

**PROGRAMI KOMBËTAR I DEPISTIMIT TË KANCERIT TË QAFËS SË MITRËS
NË SHQIPËRI**

**RAPORT VLERËSIMI
(DRAFT PËRFUNDIMTAR)**

2020



Dhjetor 2019

This report is written by:

Alban Ylli

Kozeta Filipi

Lila Shundi

Albana Fico

With contributions from:

Mirela Rista, Anila Xhani, Silva Celiku, Bajram Dedja, Miranda Hajdini, Besjan Elezaj, and Majlinda Ikonimi

Special thanks go for the coordinators from local units of health care in selected districts. Without their professional work the evaluation of the program would have been impossible.

Amanda Cela	Shkoder
Alfa Peci	Elbasan
Enerta Habipaj	Berat
Nada Terpo	Korce
Anisa Meco	Lushnje
Vitore Haxhiu	Durres
Gezime Kormaku	Tirane
Adelina Kovaci	Tirane
Klementina Meco	Delvine
Jetmira Kera	Diber
Lida Ciko	Gjirokaster
Margarita Muka	Tepelene
Klementina Meco	Delvine

Dritan Roshi has helped with data management dhe Kreshnik Petrela worked on translation to Albanian and editing of the report.

PËRMBLEDHJE E GJETJEVE

Programi kombëtar i depistimit të kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri mbështetet në Dekretin e Këshillit të Ministrave Nr. 47 (30.1.2019). Programi kombëtar i depistimit përdor si ekzaminim primar testimin për HPV me rrezik të lartë. Programi fillestar synon gratë e grupmoshës 40-50 vjeç. Qëllimi është që, brenda pesë vitesh, të gjitha gratë e kësaj grupmoshe të mund të bëjnë një test për depistimin e Virusit të Papilomës Humane (HPV) me rrezik të lartë, si pjesë e ekzaminimeve rutinë të bëra në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor (KSHP).

Programi i depistimit përmirëson identifikimin e grave që paraqesin rrezik më të lartë për tu prekur nga kanceri i qafës së mitrës, zbulon në kohë dëmtimet para-kanceroze, trajtimin e tyre, si dhe parandalimin e kancerit të qafës së mitrës. Sipas programit të ri, të gjitha testet e depistimit primar dhe ekzaminimet e mëtejshme sigurohen falas në pikën e kujdesit, pavarësisht nga fakti nëse pacientët janë të përfshirë ose jo në skemën e sigurimit shëndetësor.

Në bazë të kornizës teknike të programit kombëtar të depistimit, çdo mjek i qendrës shëndetësore i referon gratë e rezultura pozitive që të kryejnë një kolposkopi diagnostike tek një gjinekolog i kualifikuar dhe, kur është e nevojshme, citologji ose biopsi. Programi bën të mundur diagnostikimin e stadeve para-kanceroze, trajtimin e tyre dhe parandalimin e kancerit të qafës së mitrës.

Programi kombëtar i depistimit është në përputhje me një numër politikash shëndetësore kombëtare, duke përfshirë Programin Kombëtar të Kancerit, Planin e Kontrollit të Sëmundjeve jo të trasmetueshme (NCD) dhe Strategjinë e Shëndetit Riprodhues. Ai është gjithashtu në përputhje me dokumentet përkatëse ndërkombëtare në këtë fushë.

Gjatë periudhës shkurt-qershor 2019, u trajnuan 538 profesionistë të shëndetësisë nga rreth 400 qendra shëndetësore në rang vendi, me qëllim përgatitjen e qendrave shëndetësore të kujdesit parësor dhe sistemit të shëndetit publik për zbatimin e programit kombëtar të depistimit.

Deri në 1 dhjetor 2019, u mbledhën më tepër se 12300 mostra nga rreth 13900 kite testimi të shpërndarë në qendrat shëndetësore. Pothuaj të gjitha mostrat vaginale të mbledhura u testuan në Laboratorin e Biologjisë Molekulare në ISHP dhe u dërguan përgjigjet. Nga mostrat e testuara, 6.1% dolën pozitive për HPV me rrezik të lartë (HR-HPV). Gjatë muajit dhjetor 2019, u shpërndanë kite testimi shtesë sipas nevojave të qendrave shëndetësore.

ISHP koordinoi të gjithë programin dhe ofroi ekspertizë teknike dhe mbështetje logjistike kur ishte e nevojshme. Në nivelin rajonal, koordinatorët ishin përgjegjës për koordinimin dhe manaxhimin lokal; marrjen e kiteve të testimit në ISHP dhe shpërndarjen e tyre në çdo qendër shëndetësore, pastaj marrjen e mostrave dhe informacionit për tu dërguar në ISHP, si dhe dërgimin e rezultateve laboratorike në qendrat shëndetësore. Në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, drejtori dhe kryeinfermierja ishin personat kyç për programin; ata u morën me të gjithë koordinimin e aktiviteteve, që nga ftesa/thirrja e grave deri në ndjekjen e mëtejshme të rasteve. Në disa zona urbane, personeli i qendrave të grave ishte mjaft mbështetës për programin. Gjinekologët e kualifikuar të Spitalit Universitar të Tiranës ofruan kujdes klinik të specializuar për diagnozat dhe trajtimin e para-kancereve.

Në programin kombëtar të depistimit ka patur një pjesëmarrje më të madhe të grave të zonave rurale. 58% e gjithë pjesëmarrëseve jetojnë në zonat rurale. Në mënyrë të ngjashme, programi është përdorur krahasimisht më shumë nga gratë më pak të arsimuara dhe ato të papuna. Duket se programi i depistimit është më tërheqës për komunitetet rurale, ku gratë janë më shumë të interesuara për akses më të lehtë në shërbimet shëndetësore bazë dhe bashkëpunojnë më mirë me personelin e kujdesit shëndetësor parësor. Një prirje e ngjashme vihet re edhe në programin e kombëtar të kontrollit mjekësor bazë (Check-up) për personat 35-70 vjeç.

Prevalenca e përgjithshme e HPV-së me rrezik të lartë ndër pjesëmarrëset në program ishte 6.1%, ndërkohë që ishte më e lartë në gratë e zonave urbane, si dhe në gratë me nivel arsimor më të lartë, të punësuarat dhe të pamartuarat.

Gratë pozitive me HPV raportuan se kishin përdorur më shpesh shërbimin e pap-testit në të shkuarën, krahasuar me gratë negative. Duke qenë se gratë pozitive me HPV i përkasin një shtrese socio-ekonomike më të lartë dhe banore të zonave urbane, ato mund të kenë qenë përdoruese më të shpeshta të një shërbimi shëndetësor, i cili është kryesisht oportun dhe me

kosto shtesë. Gratë e shtresave socio-ekonomike më të ulëta dhe banore të zonave rurale, ndërkohë që kishin prevalencë më të ulët të infektimit me HPV, ishin më të prirura për të përdorur programin kombëtar të depistimit sistematik, të joshur nga mundësia që ai ofron sa i përket aksesit të lehtë dhe kostove të papërfillshme.

Prevalenca ishte më e lartë në Tiranë, Vlorë, Lezhë, Gramsh, Gjirokastrë dhe Devoll. Prevalencë më e ulët u konstatua në Has, Peqin, Përmet, Malësi të Madhe dhe Kukës.

Ndërsa rrethprerja e partnerit nuk ishte e lidhur me gjasat e të qenit të infektuar me HPV, duhanpirja duket se është një faktor domethënës për rritjen e rrezikut të infektimit.

Rreth 6.5% e grave që morën pjesë në program ishin më të reja ose më të moshuara se grupmosha e synuar (target) nga programi (40-49). Këto gra paraqesin një prevalencë më të lartë të infektimit me HPV (7.1%). Perceptimi për rrezikun e tyre mund të lartë mund të ketë ndikuar në përfshirjen e tyre në program. Gjithashtu, më shumë se 5% e grave pjesëmarrëse kishin kryer një test HPV-je më parë, dhe prandaj nuk duheshin përfshirë në depistim gjatë vitit 2019.

81% e grave pjesëmarrëse që ishin pozitive me HPV kishin njohuri për parandalimin dhe 46% e tyre kishin njohuri për infeksionin e HPV. Në të dy këto raste, shkalla e ndërgjegjësimit rritej me rritjen e nivelit arsimor.

Shumica dërmuese e grave të intervistuar raportuan se banonin 20 minuta larg qendrës shëndetësore. Megjithatë, 33% të grave u duhej nga 20 deri 40 minuta për të shkuar në qendrën shëndetësore.

Mjeku dhe infermierja e qendrës shëndetësore u përfshinë në kontaktimin dhe këshillimin e grave gjatë depistimit primar. Pjesa më e madhe e ftesave për pjesëmarrje u bë gjatë vizitave në shtëpi dhe nëpërmjet telefonatave. Pothuaj 80% e grave kanë marrë informacion të mjaftueshëm gjatë vizitës për testin depistues primar.

Një në tri gra i kishte kërkuar ndihmë mjekut ose mamisë për marrjen e mostrës vaginale, ndërkohë që gratë më të reja ishin më të prirura për të kërkuar ndihmë. Gratë që vendosën ta merrnin vetë mostrën përdorën tualetin e qendrës shëndetësore për procedurën. Vetëm një pakicë e vogël parapëlqeu ta kryente në shtëpi, dhe pastaj të sillte mostrën në qendrën shëndetësore. Shumica e grave raportuan se procedura e marrjes së mostrës vaginale ishte shumë e thjeshtë (60%) dhe aspak e dhimbshme (72%). Vetëm 8% raportuan se ishte e vështirë dhe askush nuk raportoi se ishte shumë e dhimbshme.

Kohëzgjatja mesatare nga testi depistues primar deri në marrjen rezulttit ishte 25 ditë. 96% e grave e morën rezultatin e tyre brenda periudhës 2 mujore të premtuar nga programi. 90% e grave e morën rezultatin brenda 7 ditëve nga momenti kontaktimit. Të gjitha gratë e intervistuar që rezultuan pozitive me HPV, kishin shkuar në qendrën shëndetësore për marrjen e rezulttit.

Koha mesatare e këshillimit në kujdesin shëndetësor parësor për gratë pozitive ishte rreth 20 minuta dhe vetëm 6% e grave raportuan se nuk ishin këshilluar mjaftueshëm (5 minuta ose më pak).

Në momentin e anketimit, rreth 90% e grave pozitive me HPV kishin bërë ekzaminime të mëtejshme ose kishin planifikuar ta bënin sa më shpejt të ishte e mundur. Megjithatë, rreth 10% e tyre ende nuk kishin vendosur për të shkuar. Nuk duket se ka vonesa thelbësore në marrjen e kujdesit të mëtejshëm, duke qenë se të gjitha gratë kishin shkuar tek gjinekologu brenda një muaji nga marrja e rezulttit të testit HPV. Koha mesatare ishte vetëm 6 ditë.

Programi i depistimit duhet t'i mbajë në minimum shpenzimet nga xhepi; dekreti i Qeverisë Shqiptare, mbi të cilin mbështetet programi, thekson se të gjithë shërbimet në sektorin publik të lidhura me depistimin primar dhe ndjekjen e tij jepen falas në pikën e kujdesit shëndetësor. Personeli shëndetësor është trajnuar që t'i informojë gratë për këtë, në mënyrë që të minimizojë të gjithë shpenzimet personale. Pavarësisht kësaj, më tepër se një në tri gra që kanë kryer kolposkopi kanë zgjedhur klinikat private. Kurse 8% e tyre kanë shkuar jashtë vendit për ekzaminime të mëtejshme, zakonisht në Greqi dhe Itali. Pjesa më e madhe e kanë kryer kolposkopinë në spitalet universitare gjinekologjike të Tiranës. Gratë me arsim të lartë ishin më të prirura për ta kryer vizitën e mëtejshme në klinikë private dhe veçanërisht jashtë vendit.

Pjesa më e madhe e gjinekologëve (68%) kanë rekomanduar teste të tjera për gratë pozitive gjatë vizitës në vijim, ku 50% të grave u është rekomanduar citologji dhe 15% të tyre biopsi. Koha mesatare vizitës tek gjinekologu ishte 25 minuta. 4% e grave pozitive me HPV raportuan rezultate kompatibël me para-kancerin ose kancerin, ndërsa 73% e tyre raportuan rezultate negative pas vizitës tek gjinekologu. Të tjerat ose raportuan probleme jo kompatibël me para-kancerin, ose nuk ishin të sigurt. Frekuenca e para-kancerit ose kancerit të raportuar nga gratë e intervistuar ishte e ngjashme me frekuencën e hasur në regjistrat klinikë të Spitalit Universitar të Tiranës.

87% e grave pozitive raportuan shqetësime të konsiderueshme për rezultatin pozitiv të testit.

Rreth 9 në 10 gra e vlerësuan shërbimin e përgjithshëm në kujdesin shëndetësor parësor dhe në kujdesin e specializuar si ‘i mirë’ ose ‘shumë i mirë’. Pjesa e mbetur e konsideruan ‘mesatar’ ose ‘të keq’.

METODOLOGJIA E VLERËSIMIT

Shqyrtimi (desk review) i barrës së sëmundjeve dhe politikave shëndetësore, planeve dhe udhëzimeve për depistimin e kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri

Për të vlerësuar përputhshmërinë e programit të depistimit të kancerit të qafës së mitrës me politikat shëndetësore kombëtare dhe ndërkombëtare në fushën e kontrollit të kancerit të qafës së mitrës, u krye një shqyrtim i të gjithë dokumentave përkatës. U shqyrtuan më tepër se 15 dokumente lidhur me planet dhe politikat e depistimit të kancerit të qafës së mitrës. Veç kësaj, u mbledhën të gjitha të dhënat e pabotuara nga regjistri kombëtar i vdekjeve (INSTAT) dhe regjistri i incidencës së kancerit (ISHP) dhe u krye analizimi i tyre.

Sistemi i informacionit të programit të depistimit: Karakteristikat e përdoruesve të programit

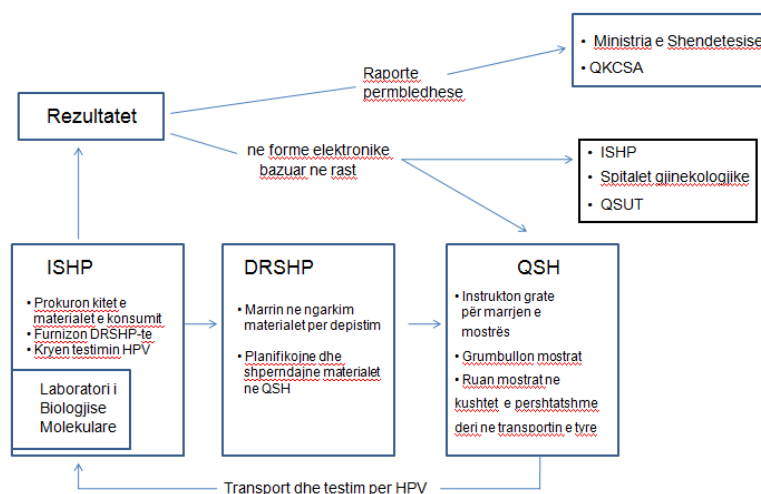
Grupi i punës përgatiti një pyetësor individual për tu plotësuar në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor nga çdo grua pjesëmarrëse në program. Mjekët ose infermieret të cilët kontaktuan gratë ishin përgjegjës për plotësimin e tyre. Pyetësi shoqërohej nga mostra vaginale, dhe të dyja së bashku u dërguan në ISHP. Pyetësorët u hartuan nga ISHP dhe u shpërndanë bashkë me kitet e depistimit në të gjitha qendrat shëndetësore. Personeli i kujdesit shëndetësor u trajnua për plotësimin e pyetësorëve.

Sistemi mundësoi analizimin e prevalencës së infeksionit HPV me rrezik të lartë në kategori të ndryshme të grave të testuara, përfshirë moshën, vendbanimin, dhe disa të dhëna për gjendjen sociale. Gjithashtu, mbledhi të dhëna për karakteristikat riprodhuese dhe faktorët e rrezikut.

Instrumenti (pyetësi) gjendet në aneksin e këtij dokumenti.

Në kohën kur filloi shqyrtimi (18 nëntor 2019), ishin mbledhur rreth 12000 pyetësorë, ndër të cilët rreth 10000 ishin hedhur në kompjuter nga stafi i trajnuar i grupit të punës.

Rrjedha e të dhënave në sistemin e informacionit të programit



Metodologjia e anketimit të grave pozitive me HPV: përvoja e tyre me programin në nivele të ndryshme të sistemit shëndetësor

U përgatit një pyetësor i detajuar dhe i strukturuar për të vlerësuar të gjithë problemet që lidheshin me pjesëmarrjen e grave në program dhe që rezultuan pozitive në testin e parë të depistimit; lidhur me përvojën e tyre në të gjithë nivelet e sistemit shëndetësor. Instrumenti i përdorur për të mbledhur këto të dhëna gjendet në aneksin 3 në fund të raportit.

Nga 37 rrethet e vendit u zgjodhën 10 rrethe me qëllim që kampioni të përfaqësonte sa më mirë popullsinë e përgjithshme. Koordinatorët lokalë të programit u ftuan të marrin pjesë dhe më pas u trajnuan për pyetësorin.

Rreth 20 gra të cilat kishin dalë pozitive në testin e parë të depistimit nga çdo rreth u zgjodhën në mënyrë rastësore nga sistemi i informacionit të programit të depistimit. U përftua një kampion me 200 gra, të cilat kishin marrë pjesë në program dhe kishin dalë pozitive.

Në fund të procesit, më 23 nëntor 2019, 198 gra u kontaktuan dhe pranuan të intervistoheshin lidhur me përvojën e tyre nga programi. Këto pjesëmarrëse ishin nga kampioni fillestar i 200 grave, të cilat kishin rezultuar pozitive në testin e parë të depistimit për HR-HPV, dhe përfaqsojnë një nënkampion të popullatës së grave që mori pjesë në program. 22 gra të cilat nuk u kontaktuan dot ose nuk pranuan të merrnin pjesë u zëvendësuan me gra të tjera nga lista.

Lidhja e regjistrave të spitaleve me sistemin e informacionit të programit të depistimit

Dy anëtarë të grupit të punës krijuan dy sisteme të thjeshtë të regjistrave klinikë në dy klinika kolposkopie pranë spitaleve gjinekologjike universitare të Tiranës. Në sistem u regjistruan të dhënat bazë të grave që kryen kolposkopinë: emri, mosha, vendbanimi dhe rezultati i ekzaminimit.

Një regjistër i tretë i thjeshtë u krijua në Shërbimin Onkologjik të Spitalit Universitar, i cili përfshinte biopsitë e kryera dhe kancerët e rinj të diagnostikuar gjatë vitit 2019.

Sistemi është ndërtuar në mënyrë të tillë që të ndihmojë për gjurmimin afatgjatë të gjendjes shëndetësore përfundimtare të grave të cilat kanë marrë pjesë në programin e depistimit, si dhe vlerësimin e para-kancereve ose normës së kancereve të zbuluar dhe trajtuar me sukses.

Të dhënat u mblodhën nga specialistët e ISHP-së dhe u hodhën në kompjuter. Deri më 7 nëntor 2019 ishin kryer rreth 100 ekzaminime me kolposkopi të referuara nga program i depistimit, të cilat u kryen në të dy spitalet. U krijua lidhja e rasteve individuale nëpërmjet dy sistemeve. Ndër rastet e ekzaminuara, u diagnostikuan dy karcinoma, një para-kancer (CIN3) dhe një CIN2.

Intervistat me informuesit kyç

Rreth 15 profesionistë të shëndetësisë u intervistuan në nivel rajonal (Tiranë) me anë të një pyetësoi të pastrukturuar. Këta u përzgjedhën ndër koordinatorët e programit pranë njësive rajonale të kujdesit shëndetësor dhe gjinekologëve në spitale. Gjithashtu, u organizua një grup fokusi me koordinatorët lokalë. Pyetjet e pastrutuara për informuesit kyç gjenden në aneksin 4 të këtij raporti. Komentet nga intervistat e informuesve kyç dhe grupit të fokusit janë përmbledhur në seksionin e rezultateve.

Vlerësimi i Laboratorit Kombëtar të HPV-së

Në përfundim, u krye një analizë sistematike e të gjithë kapaciteteve dhe proceseve në laboratorin kombëtar të HPV lidhur me funksionimin e programit të depistimit. Për këtë u përdorën sistemi i regjistrave të laboratorit dhe protokollet e punës, së bashku me komentet dhe opinionet e specialistëve të laboratorit.

HYRJE: BARRA SHËNDETËSORE DHE EKONOMIKE E KANCERIT TË QAFËS SË MITRËS

Kanceri i qafës së mitrës është një nga kanceret më të zakonshëm nëpër botë, me rreth 600,000 raste të reja dhe mbi 300,000 vdekje në vitin 2018. Shpërndarja e incidencës dhe vdekshmërisë së kancerit të qafës së mitrës pasqyron pabarazitë globale në aksesin e shërbimeve shëndetësore; afërsisht 90% e vdekjeve ndodhin në vende me të ardhura të ulta dhe të mesme. Sidoqoftë, është një sëmundje që mund të parandalohet me anë të programeve efektive të parandalimit, sidomos në vendet me të ardhura të larta.

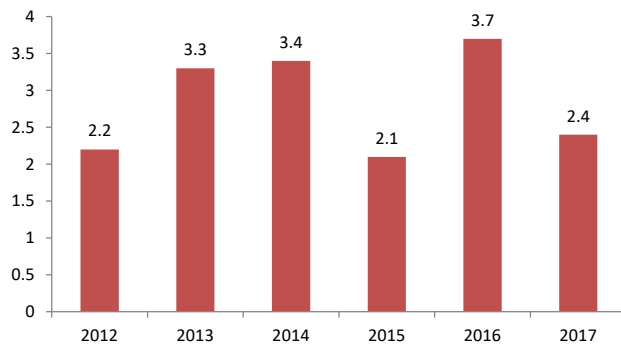
Shkaku kryesor i kancerit të qafës së mitrës është infeksioni kronik ose i qëndrueshëm nga virusi onkogjen i papilomës humane, i cili zakonisht përhapet me anë të kontaktit seksual. Strategjitë e parandalimit të kancerit të qafës së mitrës mbështeten në vaksinimin, depistimin dhe trajtimin e dëmtimeve para-kanceroze.

Kanceri i qafës së mitrës është një problem i rëndësishëm i shëndetit publik në Shqipëri. Së bashku me kancerin e mitrës, ai është kanceri i dytë më i shpeshtë ndër gratë e moshës riprodhuese (15-49 vjeç), i renditur vetëm pas kancerit të gjirit, kryesisht për shkak të rritjes karakteristike të rrezikut në moshën e mesme. Tendencat e stilit të jetës seksuale ndër shqiptarët tregojnë për një rritje potenciale të këtij kanceri në mungesë të strategjive parandaluese. Sipas të dhënave zyrtare të vendit tonë, niveli mesatar i vdekshmërisë nga kanceri i qafës së mitrës gjatë periudhës 2013-2017 në Shqipëri është 2.9/100,000, ndërsa incidenca për vitin 2015 (viti i parë i vënies në punë të regjistrimit kombëtar të kancerit) është 9.2/100,000 (Raporti kombëtar i SJT). Raporti vdekshmëri/incidencë për kancerin e qafës së mitrës në Shqipëri është 32%.

Incidenca e standardizuar është më e ulët krahasuar me vendet e tjera të Evropës Juglindore, por shumë më e lartë se vendet e Mesdheut Lindor.

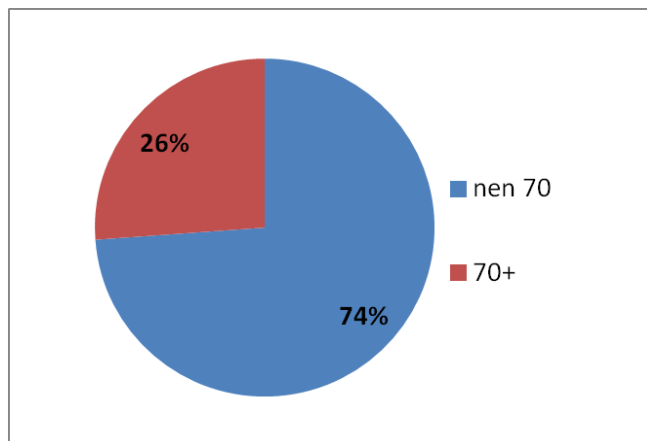
Ndërkohë që në shumë nga vendet e BE-së vdekshmëria dhe incidenca e kancerit të qafës së mitrës janë në ulje, tendenca gjatë viteve në Shqipëri nuk ka dhënë shenja uljeje, as të incidencës (regjistri i Spitalit Universitar), dhe as të indikatorëve të vdekshmërisë (INSTAT), duke treguar ndikimin e kufizuar të shërbimeve shëndetësore tradicionale, të cilat janë bazuar kryesisht në detektim të hershëm në shkallë të vogël, episodik dhe oportun.

Niveli i vdekshmërisë nga kanceri i qafës së mitrës në Shqipëri gjatë viteve (/100000)



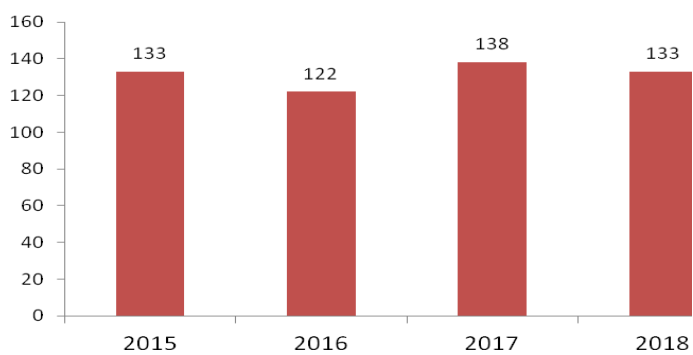
INSTAT

Shpërndarja e vdekjeve sipas grupmoshave (70+ dhe nën 70)



INSTAT

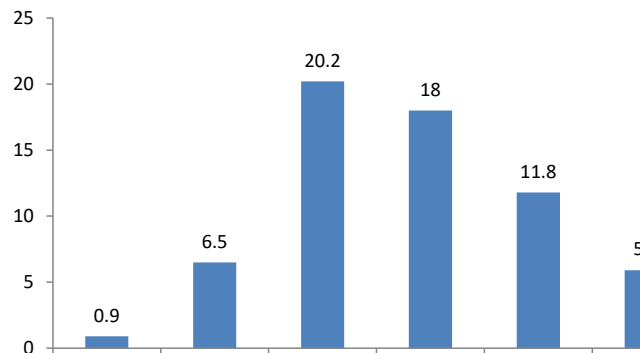
Rastet e reja të kancerit të qafës së mitrës.



ISHP

Krahasuar me kanceret e tjerë, kanceri i qafës së mitrës arrin nivelin më të lartë të incidencës në moshat relativisht të reja. Në Shqipëri, rreziku më i lartë është në moshën 40-49, dhe më tej vjen në rënie.

Incidenca e kancerit të qafës së mitrës sipas grupmoshave në Shqipëri* (/100000)



* Shifrat për dy vitet 2014 dhe 2015. Regjistri Kombëtar i Kancerit

Kostoja e kancerit të qafës së mitrës për shoqërinë shqiptare

Parandalimi paraqet mundësi mjaft të mëdha, rezultatet e të cilit parashikohet të rritin numrin e viteve të shëndetshëm të jetës. Është përllogaritur që çdo vit në Shqipëri humbasin rreth 2,000-3,000 vite jete të shëndetshme dhe produktive për shkak të sëmundjes dhe vdekjes nga kanceri i qafës së mitrës. Sipas një vlerësimi konservator, kanceri i qafës së mitrës i ka kushtuar të paktën 5,000,000 USD në vit shoqërisë shqiptare, për shkak të humbjes së produktivitetit dhe kostove të lidhura me sistemin shëndetësor. Veç kësaj, trajtimi i kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri përllogaritet se kushton rreth 1,300,000 USD në vit (trajtimi i kancerit të qafës së mitrës në vende me të ardhura të përafërta me Shqipërinë kushton nga 8500 deri 12,400 USD*).

Kosto të tjera afatgjatë, familjare ose shoqërore, mund të rritin më tej këto shifra.

*Comprehensive global cervical cancer prevention. Costs and benefits of scaling up within a decade. Centre for health decision science. Harvard school of public health. 2016

PËRPUTHSHMËRIA E PROGRAMIT TË DEPISTIMIT TË KANCERIT TË QAFËS SË MITRËS ME DOKUMENTAT E POLITIKAVE KOMBËTARE DHE NDËRKOMBËTARE

Ka një konsensus të gjerë ndërkombëtar për kontrollin e kancerit të qafës së mitrës si një ndërhyrje prioritare dhe kosto-efektive:

1. Në shtator 2014, Kombet e Bashkuara shqyrtuan arritjet pas 20 viteve të ICPD-së në Kajro dhe riformuluan një plan të ri veprimi për më tej. ICPD +20 propozoi ndërhyrje specifike për kanceret e traktit riprodhues, veçanërisht për kancerit e gjirit dhe atë të qafës së mitrës, duke investuar në depistimin rutinë në kujdesin shëndetësor parësor.

2. Strategjia globale e KB për shëndetin e fëmijës dhe gruas (2010), dhe

3. Deklarata politike e Asamblesë së Përgjithshme të KB për sëmundjet jo të transmetueshme është një tjetër dokument ndërkombëtar, i cili mbështet ndërhyrjet për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës.

4. Së fundi, programi i depistimit të kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri është planifikuar që të ndihmojë në arritjen qëllimit nr. 3 të zhvillimit të qëndrueshëm ‘Sigurimi i jetës së shëndetshme dhe promovimi i mirëqenies për të gjithë në të gjitha moshat’ dhe objektivat specifike të tij:

3.7 Deri në vitin 2030, të sigurohet akses universal për shërbimet e kujdesit shëndetësor seksual dhe riprodhues, duke përfshirë planifikimin familjar, informimin dhe edukimin, si dhe integrimin e shëndetit riprodhues.

3.8 Deri në vitin 2030, të ulet me një të tretën vdekshmëria e parakohshme nga sëmundjet jo të transmetueshme me anë të parandalimit, trajtimit dhe promovimit të shëndetit mendor dhe mirëqenies në strategjitë dhe programet kombëtare.

5. OBSH ka përgatitur një udhëzues të praktikës bazë lidhur me kontrollin gjithëpërfshirës të kancerit të qafës së mitrës, botimi i dytë në vitin 2014. Gjithashtu, OBSH po zhvillon një strategji globale për zhdukjen si problem në shëndet publik të kancerit të qafës së mitrës.

6. Bashkimi Evropian ka përditësuar udhëzimet e tij për Sigurimin e Cilësisë lidhur me zhvillimin testeve depistues të kancerit të qafës së mitrës në vitin 2015.

Udhëzimet theksojnë se “Ka evidencë të qartë shkencore që depistimi i mbështetur në teste të validuar për ADN-në e HPV onkogjenik si test primar dhe zbatimi i një protokolli të përshtatshëm është më efektiv se sa depistimi i mbështetur në citologji për parandalimin e kancerit invaziv të qafës së mitrës. Për më tepër, kjo përfshin një rritje të kufizuar - nëse ka të tillë - të efekteve të padëshiruar, si në referimin e panevojshëm për testet diagnostikuese, ashtu edhe në diagnostikimin e tepërt dhe trajtimin e tepërt të lezioneve spontanisht regressive.”

Disa parime të tjerë të theksuar në udhëzimet e BE-së dhe OBSH-së janë:

- Interval të paktën 5 vjeçar pas testit negativ: risku kumulativ 5 vjeçar i CIN të shkallës së lartë pas një testi HPV negativ është më i ulët se rreziku 3 vjeçar pas një citologjie normale.
- Depistimi i HPV-së nuk duhet të fillojë para moshës 30-35 vjeç.
- Vetëm teste ADN për HPV onkogjenike që janë të validuar me standardin më të mirë.
- Jo testim të dyfishtë me citologji dhe HPV.

Protokollet shqiptare mbështeten në udhëzimet dhe rekomandimet e OBSH-së, si dhe në Guidën e Bashkimit Evropian për depistimin e kancerit të qafës së mitrës me anë të testit HPV.

Zbulimi i hershëm dhe depistimi i kancerit të qafës së mitrës është përfshirë në një sërë politikash shëndetësore të Shqipërisë.

1. Ligji mbi shëndetin riprodhues (Nr. 8876, dt. 4.4.2002) nuk e përmend në mënyrë specifike kancerin e qafës së mitrës, por në nenet 22 dhe 23 rregullohet trajtimi i sëmundjeve të traktit riprodhues dhe përfshirja në shërbimet e shëndetit riprodhues të aktiviteteve edukuese, parandalimit, zbulimit, trajtimit dhe ndjekjes.

2. Strategjia Kombëtare e Shëndetit i referohet Planit Kombëtar për Kontrollin e Kancerit kur përmend depistimin për kancerin e qafës së mitrës.

3. Plan i Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020 ka si qëllim nr. 1 ‘zhvillimin e një programi kombëtar me qëllim uljen e vdekshmërisë nga kanceri i gjirit dhe ai i qafës së

mitrës'. Më hollësisht, pika 5 e këtij qëllimi përmend 'depistimin, manaxhimin e rasteve, dhe sigurimin e cilësisë së testeve për kancerin e gjirit dhe atë të qafës së mitrës në kujdesin shëndetësor parësor dhe spitale'.

4. Në Programin Kombëtar për parandalimin dhe kontrollin e SJT-ve 2016-2020, kanceri i qafës së mitrës renditet ndër prioritetet kryesore të SJT-ve në seksionin e analizës së situatës. Më tej, programi rekomandon përdorimin e sistemit ekzistues të kontrollit mjekësor bazë (Check-up) për 'përgatitjen e terrenit për zhvillimin e një programi depistimi për kancerin e qafës së mitrës, në linjë me Plan Veprimin e Kontrollit Kombëtar të Kancerit'. Pika 3.4 kërkon integrimin e praktikave të depistimit në të gjithë nivelet e kujdesit shëndetësor, duke theksuar 'pilotimin e depistimit bazuar në popullatë për kancerin e qafës së mitrës për zgjerim të mëtejshëm' në aktivitetin 3.4.4. Indikatori i matjes së rezultatit 3.4.4 specifikon se 'janë zbatuar gjetjet dhe rekomandimet nga depistimi pilot i kancerit të qafës së mitrës bazuar në popullatë'.

5. Dokumenti strategjik dhe plani veprimit për shëndetin seksual dhe riprodhues 2017-2021 rendit ndër objektivat strategjike madhore 'parandalimin, zbulimin e hershëm dhe trajtimin e kancereve të traktit riprodhues'. Seksioni special (1.5) kushtuar tyre thekson në objektivin 2 'forcimin e kapaciteteve diagnostikuese për manaxhimin e kancerit të qafës së mitrës', ndërsa aktiviteti 2 është për 'zhvillimin e protokolleve të depistimit për kancerin e qafës së mitrës'.

6. Plan i veprimit i strategjisë së promocionit shëndetësor 2017-2021 përmend edhe kontrollin e kancerit të qafës së mitrës në objektivin 1.9 aktiviteti 2 'organizimi i fushatave kombëtare për rritjen e ndërgjegjësimit për depistimin e kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës tek gratë'.

7. Paketa bazë e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor e aprovuar me dekret të Këshillit të Ministrave (nr. 101, 4.2.2015) përfshin shërbimet e lidhura me zbulimin e hershëm të kancerit të qafës së mitrës.

8. Në dhjetor 2016, Ministri i Shëndetësisë miratoi një udhëzim të plotë dhe protokollin përkatës kushtuar ekskluzivisht depistimit të kancerit të qafës së mitrës në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor. Ky miratim nuk u shoqërua me mbështetje të menjëhershme.

**Veprime, reforma të politikave, drejt zhvillimit të programit kombëtar të depistimit:
2010-2019**

Ndërhyrjet në fushën e parandalimit të kancerit të qafës së mitrës para vitit 2010 nuk ishin sistematikë apo të qëndrueshëm. Gjatë dekadës së fundit, përpjeket filluan të koordinoheshin më mirë dhe të integroheshin në politikat shëndetësore kombëtare. Një sërë analizash të sistemit shëndetësor, ndërtimit të kapaciteteve, aktiviteteve të ndërgjegjësimit, zhvillimit të politikave dhe përgatitjes së udhëzimeve janë bërë nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë (MSH), Institutit të Shëndetit Publik (ISHP), Spitaleve Universitare (SU) në bashkëpunim me Kombet e Bashkuara ose agjencitë e Bashkimit Evropian.

Më poshtë jepet një paraqitje e zhvillimeve kryesore gjatë dekadës së fundit, që arritën pikën më të lartë me nisjen e Programit Kombëtar të Depistimit.

Viti	Ndërhyrja, ndryshimi i politikave, progresi	Institucionet dhe partnerët kryesorë
2010	Seminar ndërkombëtar mbi depistimin e kancerit në Shqipëri. Me pjesëmarrjen e ekspertëve të Agjencisë Ndërkombëtare të Kërkimit mbi Kancerin (IARC). Rekomandime mbi analizat dhe ndërtimin e kapaciteteve.	MSH, IAEA, OBSH, UNFPA
2011	Plani i parë Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020 zhvillohet dhe miratohet nga Ministri i Shëndetësisë.	MSH, IAEA, OBSH, UNFPA
2012	Analizat e para të sistemit lidhur me mundësitë e depistimit të kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës me mbështetjen e UNFPA dhe Shoqatës Evropiane të Depistimit të Kancerit Cervikal.	MSH, ISHP, UNFPA
2013	Studimi i parë kombëtar i kapaciteteve spitalore për depistimin e kancerit të qafës së mitrës. Një ekip profesionistësh të gjinekologjisë, citologjisë dhe shëndetit publik përgatitën një raport pasi vizituan të gjithë spitalet rajonale dhe intervistuan një kampion të madh profesionistësh të shëndetit.	MSH, ISHP, SU, UNFPA
2013	ISHP i dërgon MSH-së dokumentin e parë teknik me rekomandime specifike mbi depistimin e kancerit të qafës së mitrës.	ISHP
2014	Seminar teknik kombëtar për kontrollin gjithëpërfshirës të kancerit të qafës së mitrës. Deklarata e Mençurisë nënshkruhet nga ministrat, zv/ministrat, deputetë të parlamentit dhe personalitete të njohur. Dokumenti theksoi nevojën për të bërë më tepër për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës dhe për mbrojtjen e jetës së grave nga kjo sëmundje.	MSH, ISHP, SU, UNFPA, OBSH
2015	Grup pune ndër institucional mbi udhëzimet për kancerin e qafës së mitrës në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, nën drejtimin e ISHP-së dhe Qendrës për Cilësi në Kujdes Shëndetësor (CQHC). Udhëzime dhe protokollet për kontrollin e kancerit të qafës së mitrës në kujdesin shëndetësor parësor (KSHP) u miratuan nga Ministri i Shëndetësisë më 16 dhjetor 2016.	ISHP, CQHC, SU, ACPD, UNFPA, OBSH
2016	Analizat e TAIEX për depistimin e kancerit të qafës së mitrës. Kursi i parë i trajnimit i akredituar për praktikantë të depistimit të kancerit të qafës së mitrës në nivel KSHP, mbështetur në udhëzime dhe protokolle. Program pilot në shkallë të vogël në 3 qendra shëndetësore në Tiranë dhe Fier.	MSH, ISHP, BE, UNFPA
2017	Organizohet programi pilot për depistimin e kancerit të qafës së mitrës në	ISHP, UNFPA, CPO

	rrethin e Fierit, në bashkëpunim me institucione të specializuara italiane dhe franceze. Testi HPV me rrezik të lartë u përdor si testi depistues primar.	InCA, ACPD
2018	Mision teknik i OBSH-së për depistimin e kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës. ISHP përgatit kornizën teknike për një program kombëtar depistimi.	OBSH ISHP
2019	Programi Kombëtar i depistimit të kancerit të qafës së mitrës miratohet me anë të një ligji dhe financohet nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS). Në shkurt nis puna për ndërtimin e kapaciteteve dhe organizimin e programit në të gjithë nivelet. Grave të grupmoshës 40-49 vjeç u ofrohet depistim falas mbështetur në testet HPV me rrezik të lartë në kujdesin shëndetësor parësor.	MSHMS, ISHP, UNFPA, ACPD, OBSH

Përgatitja e Programit Kombëtar: 2019

Përshkrim i procedurave standarde dhe rezultatet e testeve të para

Në fund të janarit të vitit 2019, qeveria shqiptare mori vendimin e rëndësishëm për të filluar të parin program kombëtar depistimi të koordinuar të kancerit të qafës së mitrës në vend. Programi fillestar synoi gratë e grupmoshës 40-50 vjeç. Qëllimi është që tu ofrojë teste depistimi HPV me rrezik të lartë grave të kësaj grupmoshe, si pjesë e ekzaminimeve rutinë të bëra në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor. Programi i depistimit është planifikuar që të përmirësojë identifikimin e grave që kanë rrezik më të lartë për tu prekur nga kanceri i qafës së mitrës, zbulimi i hershëm i dëmtive para-kanceroze, dhe trajtimi i duhur i tyre. Sipas programit të ri, të gjithë testet e depistimit primar dhe ekzaminimet e mëtejshme bëhen falas në pikën e shërbimit shëndetësor, pavarësisht faktit nëse pacienti është apo jo i përfshirë në skemën e sigurimit shëndetësor.

Mjekët e përgjithshëm i dhanë më shumë përgjegjësi infermiereve të shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor, me qëllim për të minimizuar ngarkesën e punës që sjell çdo program depistimi. Veç kësaj, testet depistues mbështetur në marrjen e mostrës nga vetë pacienti u konsideruan shumë praktike për gratë dhe garantojnë një ngarkesë minimale për punonjësit e kujdesit shëndetësor.

Të gjitha hollësitë teknike të programit përshkruhen në ‘Kornizën Teknike të Programit Kombëtar të Depistimit’ përgatitur nga ISHP.

Kjo kornizë teknike ka shërbyer si bazë për kryerjen e kursit të trajnimit, dhe gjatë periudhës shkurt-qershor 2019 u trajnuan 538 profesionistë të shëndetësisë nga rreth 400 qendra shëndetësore në mbarë vendin.

Personeli i trajnuar për programin e depistimit

Rrethi	Mjekë	Infermiere	Totali
Tiranë	38	25	63
Shkodër	23	15	38
Vlorë	22	15	37
Lushnjë	25	16	41
Berat	25	17	42
Durrës	23	16	39
Fier	23	15	38
Elbasan	21	14	35
Lezhë	25	16	41
Korçë	38	25	63
Kukës	22	15	38
Dibër	22	15	37
Gjirokastrë	34	23	57
Totali	323	215	538

ISHP 2019

Në bashkëpunim me drejtorinë lokale të shëndetit publik, u caktua një koordinator në çdo rreth për organizimin e shpërndarjes së kiteve në çdo qendër shëndetësore, mbledhjen e mostrave dhe dërgimin e testeve në ISHP. Ky person u mor gjithashtu me shpërndarjen e rezultateve të testeve në çdo qendër shëndetësore, në mënyrë që mjekët e familjes përkatës të informojnë gratë dhe të bëjnë rekomandimet përkatëse në varësi të rezultatit të testit.

Paralelisht me zhvillimin e trajnimit, kitet e testimit dhe materialet informuese përkatës u shpërndanë në çdo drejtori të shëndetit publik. Shpërndarja e kiteve dhe materialeve shoqëruese përfundoi në muajin korrik 2019, me përjashtim të një rezerve të vogël të mbajtur në ISHP për t’ju përshtatur përgjigjes së popullatës ndaj programit.

Njëkohësisht me shpërndarjen e materiave të depistimit dhe zhvillimin e trajnimeve në çdo rreth, programi filloi ofrimin e shërbimeve: duke ftuar gratë e grupmoshës së synuar, duke

zhvilluar testet depistuese dhe dërguar mostrat për testim në ISHP. Deri më 1 dhjetor 2019, nga të gjithë kitet e shpërndarë në qendrat shëndetësore u mbledhën më tepër se 12,300 teste. Të gjithë mostrat vaginale të mbledhura u testuan në Laboratorin e Biologjisë Molekulare të ISHP-së. Nga të gjithë mostrat e testuara, 6.1% e tyre rezultuan pozitive për HPV me rrezik të lartë (HR-HPV), shifër e cila do të përcaktonte prevalencën e pozitivitetit për këtë kategori të testuar.

Për secilën nga mostrat e analizuar në laborator u dërgua një përgjigje e personalizuar në njësiti lokale të kujdesit shëndetësor, të cilat më pas e dërguan rezultatin në çdo qendër shëndetësore.

Rezultatet e mostrave HPV të mbledhura dhe të analizuara

Rrethi	Nr. i testeve të shpërndarë	Nr. i mostrave të mbledhura	Nr. i mostrave të testuar për HPV	Nr. i rasteve pozitive
Tiranë	3000	2458	2385	211
Shkodër	1150	1085	1072	60
Vlorë	650	638	638	54
Lushnjë	600	580	578	31
Berat	750	728	724	27
Durrës	1350	1278	1274	77
Fier	1050	963	957	55
Elbasan	1550	1422	1414	67
Lezhë	700	646	644	45
Korçë	1150	994	991	57
Kukës	550	477	473	15
Dibër	750	699	696	25
Gjirokastrë	650	368	279	15
Totali	13.900	12.337	12.125	739

ISHP. Laboratori kombëtar i HPV-së. 1 Dhjetor 2019

Duke u mbështetur në kornizën teknike të programit, mjekët e qendrave shëndetësore këshillojnë gratë që kanë dalë pozitive për kryerjen e një kolposkopie diagnostikuese tek një gjinekolog i kualifikuar, si dhe, kur është e nevojshme, citologji ose biopsi. Programi bën të mundur diagnostikimin e stadeve para-kanceroze, trajtimin e tyre dhe parandalimin e kancerit të qafës së mitrës. Nga një kampion prej 100 kolposkopish të grave pozitive me HPV, të kryera në dy spitalet universitarë të Tiranës (sipas kornizës së programit), u krye identifikimi i dy karcinomave, një rast para-kanceri (CIN3) dhe një CIN2 (4% CIN2 + dëmtime).

REZULTATET NGA SISTEMI I INFORMACIONIT TË PROGRAMIT TË DEPISTIMIT

Të dhënat mbi gratë pjesëmarrëse në program

Deri në datën 23 nëntor u hodhën 10002 raste në bazën e të dhënave të programit. Duke qenë se sistemi është manual, duhet kohë për hedhjen në kompjuter të pyetësorëve, të cilët vijnë në laboratorin kombëtar bashkë me mostrat vaginale të mbledhura nga qendrat e kujdesit shëndetësor parësor. Plotësimi në sistemin e informacionit vonohet në varësi të kohëzgjatjes së punës në laborator. Kjo shpjegon ndryshimin ndërmjet numrit të testeve të përfunduar në laborator (rreth 13,000) dhe rasteve në bazën e të dhënave (rreth 10,000).

Megjithatë, kampioni është mjaftueshëm i madh për të lejuar përfundime të sakta për prevalencën e HPV+ në kategori të ndryshme demografike, gjeografike dhe sociale.

Ka pak të dhëna që mungojnë sa i përket rezultateve të testeve HPV. Të dhënat të tjera që mungojnë janë treguar në tabela.

Prevalenca e rasteve pozitive me HPV, sipas karakteristikave demografike dhe gjeografike

Prevalenca e përgjithshme e HPV-së me rrezik të lartë në këtë kampion ishte 6.2%. Kjo shifër nuk ndryshon shumë nëse llogaritet për 13,000 rastet e testuara në laborator (6.1%).

6.5% e grave që morën pjesë në program ishin jashtë grupmoshës së synuar (40-49) nga programi. Gratë e kësaj grupmoshe kanë një prevalencë më të lartë të infektimit me HPV. Prevalenca për gratë pjesëmarrëse nën ose mbi grupmoshën target ishte 7.1% (Tabela 1.1). Perceptimi për këtë rrezik më të lartë mund të ketë patur kontribut në përfshirjen e tyre në program.

Duke qenë se gjatë vitit 2019 programi kishte në fokus grupmoshat 44-45 dhe 48-49, këto janë edhe grupmoshat më të përfaqësuara në program, pra 80% e pjesëmarrëseve ishin në këto grupmosha. Megjithatë, pati edhe gra të grupmoshave të tjera të cilat u ftuan në vitin e parë të programit dhe kjo ka patur rol në uljen mbulimit të synuar për këtë vit (Figure 1.1).

Prevalenca e HPV-së është dukshëm më e lartë ndër gratë e zonave urbane (6.9%) krahasuar me gratë e zonave rurale (4.7%), duke konfirmuar rritjen e rrezikut të infektimit me shtimin e urbanizimit në të ardhmen në vendin tonë (Tabela 1.2).

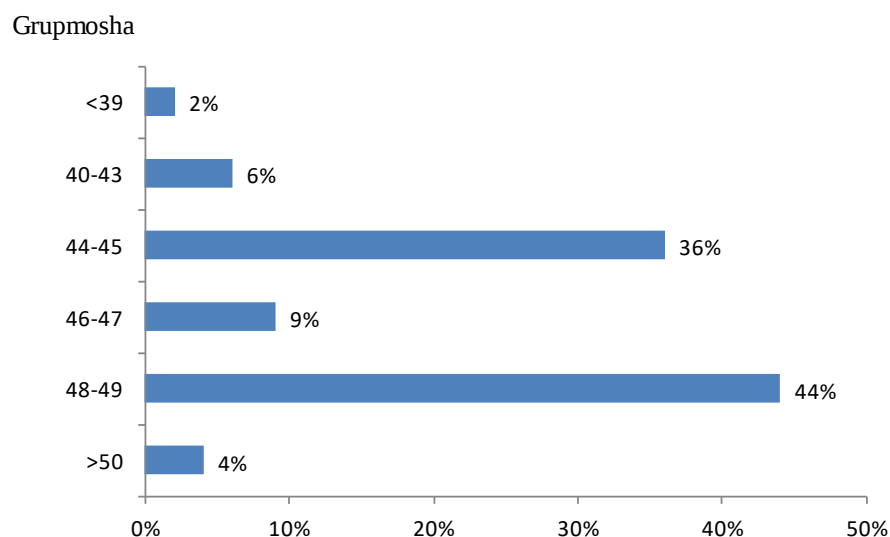
Tabela 1.1 Prevalenca e HR-HPV sipas grupmoshave

	HPV+	HPV + (%)	HPV -	Totali	Totali (%)
35-39	18	7.8%	213	231	2.3%
40-49	570	6.2%	8744	9314	93.5%
50-55	28	6.7%	387	415	4.2%
Totali	616	6.2%	9344	10002	100.0%

Tabela 1.2 Prevalenca e HR-HPV sipas vendbanimit

	HPV+	HPV + (%)	HPV -	Totali	Totali (%)
Rural	265	4.7%	5423	5688	57.5%
Urban	299	6.9%	4015	4314	42.5%
Totali	613	6.2%	9271	10002	100.0%

Figura 1.1. Grupmoshat e grave pjesëmarrëse në program



Nuk ka ndryshim moshor midis dy kategorive HPV pozitiv dhe HPV negativ.

Megjithëse ka luhatje në grupmoshat nominale (Figura 1.2), moshë mesatare ndër kategoritë HPV pozitiv dhe HPV negativ është 46 vjeç (Tabela 2).

Tabela 2. Moshë mesatare e kategorive HPV pozitiv dhe HPV negativ

	Totali	HPV+	HPV-
Moshë mesatare (vite)	46.4	46.2	46.4

Figura 1.2. Shkalla e prevalencës HPV+ (%) sipas moshës

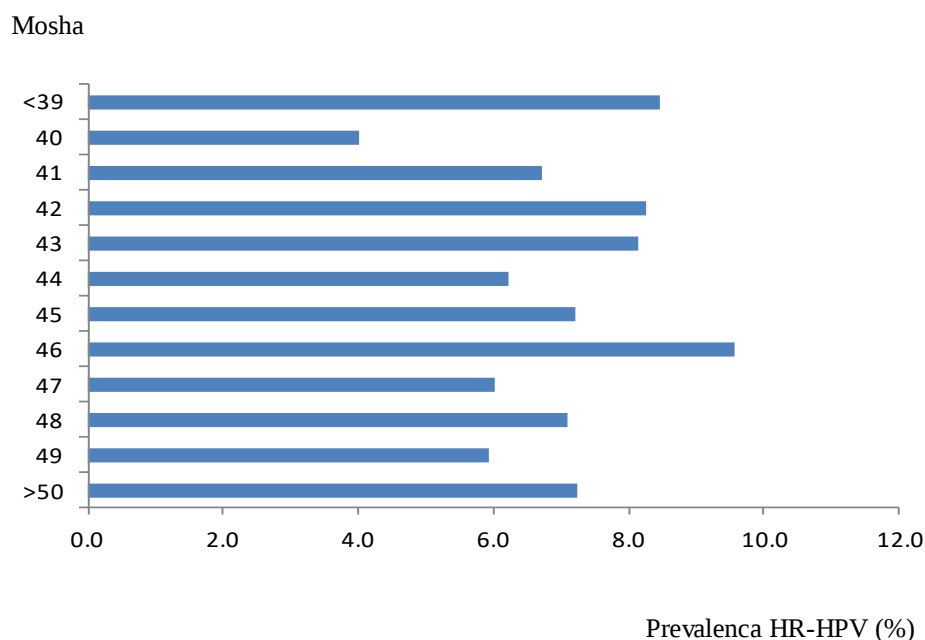


Tabela 3 tregon shkallën e prevalencës HPV pozitiv në të gjithë rrethet e vendit. Prevalenca e HPV-së është më e lartë në Tiranë, Vlorë, Lezhë, Gramsh, Gjirokastrë dhe Devoll. Hasi, Peqini, Përmeti, Malësia e Madhe, dhe Kukësi janë rrethet me prevalencën më të ulët.

Tabela 3. Shpërndarja e prevalencës HPV+ sipas bashkive

Bashkia	Raste HPV+	HPV + (%)	Raste HPV –	Totali i rasteve	Totali (%)
Berat	17	3.4	488	505	5.1
Devoll	5	10.6	42	47	0.5

Durrës	44	5.7	724	768	7.8
Elbasan	34	4.0	806	840	8.5
Fier	35	5.7	583	618	6.3
Gjirokastrë	5	8.9	51	56	0.6
Gramsh	12	8.6	127	139	1.4
Has	1	1.1	88	89	0.9
Kavajë	19	7.6	231	250	2.5
Korçë	21	4.8	421	442	4.5
Krujë	22	7.8	259	281	2.8
Kuçovë	5	3.8	125	130	1.3
Kukës	5	2.7	177	182	1.8
Kurbini	4	4.7	81	85	0.9
Lezhë	28	8.5	303	331	3.3
Librazhd	7	4.5	148	155	1.6
Lushnjë	27	5.1	499	526	5.3
M. Madhe	3	2.2	133	136	1.4
Mallakastër	7	5.9	111	118	1.2
Mat	7	3.2	213	220	2.2
Mirditë	7	6.5	101	108	1.1
Përmet	2	1.4	146	148	1.5
Peqin	0	0.0	54	54	0.5
Pogradec	22	7.0	291	313	3.2
Pukë	5	5.7	83	88	0.9
Shkodër	18	5.0	344	362	3.7
Skrapar	3	5.5	52	55	0.6
Tepelenë	4	8.9	41	45	0.5
Tiranë	184	9.0	1857	2041	20.6
Tropojë	3	3.7	79	82	0.8
Vau i dejës	9	7.3	115	124	1.3
Vlorë	48	8.8	498	546	5.5
Totali	613	6.2	9271	9884	100.0

Karakteristikat sociale të grave HPV pozitive dhe HPV negative

Në tabelat 4.1-4.4 tregohen rastet HPV pozitive dhe HPV negative sipas karakteristikave të caktuara sociale. Këto shërbyen për të identifikuar ndryshimet sociale midis atyre që janë infektuar me HPV dhe atyre që nuk janë infektuar.

Ka më pak gra të martuara ndër gratë pozitive me HPV krahasuar me ato negative. Në kategorinë ‘tjetër’ përfshihen gra të pamartuara, të divorcuara ose të ndara, ato që bashkëjetojnë me një partner, etj. (Tabela 4.1)

Tabela 4.2 është një mënyrë tjetër për të analizuar lidhjen ndërmjet vendbanimit dhe rrezikut të infektimit me HR-HPV, të treguar në tabelën 1.2. Profili urban-rural është mjaft i ndryshëm ndërmjet dy grupeve HPV pozitive dhe HPV negative. Shumica e grave të infektuara me HPV jetojnë në qytete (52.5%), ndërsa vetëm 41.2% e grave të pa infektuara me HPV jetojnë në qytete. Shumica e grave HPV negative jetojnë në fshat (58.2%). Duhet theksuar se ka një mbi përfaqësim të grave rurale në program. 57.5% e pjesëmarrësve në program jetojnë në zonat rurale, ndërkohë që popullsia që jeton në zonat urbane është më e madhe. Vihet re se programi depistimit është më i mirëpritur në komunitetet rurale, ku bashkëpunimi i grave me personelin shëndetësor të kujdesit shëndetësor parësor është më i frytshëm.

Kur analizohet shpërndarja e kategorive të nivelit arsimor të grave në kampionin e përgjithshëm, vihet re se ka një mbipërfaqësim të lehtë në program të grave me arsim të ulët (shkollë 8-vjeçare), kurse gratë me arsim universitar (i lartë) janë të nënpërfaqësuar. Kjo analizë bazohet në krahasimin e përqindjes së nivelit arsimor të pjesëmarrësve në program me raportimet e ADHS 2018 (gratë 15-49 vjeç: pa shkollë 4%, arsim i ulët 35%, arsim i mesëm 34%, arsim i lartë 26%). Kur krahasohen kategoritë e nivelit arsimor ndërmjet grave pozitive me HPV dhe atyre negative në këtë kampion, vihet re se ka një probabilitet më të lartë që gratë pozitive me HPV të kenë arsim më të lartë se gratë negative me HPV.

Diçka e ngjashme vihet re edhe kur analizohet lidhje midis punësimit dhe rezultatit HPV pozitiv. Ka më shumë gra të punësuar ndër ato që janë pozitive me HPV dhe më shumë të papunësuar ndër ato negative me HPV. Theksojmë edhe një herë se shpërndarja e kampionit të përgjithshëm në kategoritë e punësimit tregon se të papunësuarat janë të mbipërfaqësuar në program krahasuar me popullsinë e përgjithshme, duke pasqyruar me gjasë mbipërfaqësimin rural të shpjeguar më lart.

Tabela 4.1. Gjendja civile

	Numri total	Totali (%)	Raste HPV+	HPV + (%)	Raste HPV –	HPV- (%)
Tjetër	817	8.2%	87	14.1%	730	7.8%
Të martuara	9185	91.8%	529	85.9%	8656	92.2%
Totali	10002	100%	616	100%	9386	100%

Tabela 4.2. Vendbanimi

	Numri total	Totali (%)	Raste HPV+	HPV + (%)	Raste HPV –	HPV- (%)
Rural	5675	56.7%	325	52.8%	5350	57.0%
Urban	4327	43.3%	291	47.2%	4036	43.0%
Totali	10002	100%	616	100%	9386	100%

Tabela 4.3. Niveli arsimor

	Numri total	Totali (%)	Raste HPV+	HPV + (%)	Raste HPV –	HPV- (%)
Pa shkollë	31	0.3%	3	0.5%	28	0.3%
Fillor	4419	44.2%	234	38.0%	4185	44.6%
I mesëm	3302	33.0%	223	36.2%	3079	32.8%
I lartë	1901	19.0%	138	22.4%	1763	18.8%
Pa përgjigje	349	3.5%	18	2.9%	331	3.5%
Totali	10002	100%	616	100%	9386	100%

Tabela 4.4. Punësimi

	Numri total	Totali (%)	Raste HPV+	HPV + (%)	Raste HPV –	HPV- (%)
Të punësuar	4247	42.5%	302	49.0%	3945	42.0%
Të papunësuar	5167	51.7%	282	45.8%	4885	52.0%
Pa përgjigje	588	5.9%	32	5.2%	556	5.9%
Totali	10002	100%	616	100%	9386	100%

Jeta riprodhuese e grave HPV pozitive dhe HPV negative

Kur merren në analizë një sërë indikatorësh të jetës riprodhuese, gratë pozitive në testin e HPV-së me rrezik të lartë kanë ndryshime të lehta krahasuar me gratë që rezultojnë negative.

Mosha mesatare e shtatzënisë së parë është e njëjtë për të dy grupet e grave, ndërsa mosha mesatare e marrëdhënies së parë seksuale është pak e ndryshme: gratë pozitive me HPV e fillojnë jetën e tyre seksuale vetëm 3 muaj më herët.

Numri mesatar i lindjeve është i ngjashëm për të dy grupet, por ka krahasimisht më shumë gra HPV pozitive me vetëm një ose asnjë lindje, kurse gratë HPV negative kanë më shumë gjasë për të patur 2 ose më shumë lindje.

Anasjelltas, numri mesatar i aborteve është disi më i lartë ndër gratë HPV pozitive, veçanërisht kur krahasohen kategoritë e grave që kanë patur 2 ose më shumë aborte.

Tabela 5.1. Indikatorët e sjelljes riprodhuese ndër gratë HPV+ dhe HPV-

	Kampioni i plotë i grave pjesëmarrëse në program	HPV+	HPV-
Mosha mesatare e marrënisë së parë seksuale	20.8 vjeç	20.5 vjeç	20.8 vjeç
Mosha mesatare e shtatzënisë së parë	22.7 vjeç	22.7 vjeç	22.7 vjeç
Numri mesatar i lindjeve	2.8 lindje	2.7 lindje	2.8 lindje
Numri mesatar i aborteve	1.6 aborte	1.7 aborte	1.6 aborte

Tabela 5.2. Ndryshimet në sjelljen riprodhuese ndërmjet grave HPV+ dhe HPV-

	Kampioni i plotë i grave pjesëmarrëse në program		HPV+		HPV-	
	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)
Mosha e marrëdhënies së parë seksuale						
13- 17 vjeç	686	6.9%	55	8.9%	631	6.7%
18-22 vjeç	6688	66.9%	410	66.6%	6278	66.9%

≥23 vjeç	2029	20.3%	107	17.4%	1922	20.5%
Pa përgjigje	599	6.0%	44	7.1%	555	5.9%
Mosha e shtatzënisë së parë						
14-18 vjeç	418	4.2%	27	4.4%	391	4.2%
19-22 vjeç	4716	47.2%	289	46.9%	4427	47.2%
23-27 vjeç	3427	34.3%	192	31.2%	3235	34.5%
mbi 28 vjeç	757	7.6%	49	8.0%	708	7.5%
Pa përgjigje	684	6.8%	59	9.6%	625	6.7%
Numri i lindjeve						
0	610	6.1%	55	8.9%	555	5.9%
1	599	6.0%	56	9.1%	543	5.8%
2	3901	39.0%	227	36.9%	3674	39.1%
3	2905	29.0%	171	27.8%	2734	29.1%
4	1196	12.0%	58	9.4%	1138	12.1%
Më shumë se 4	791	7.9%	49	8.0%	742	7.9%
Numri i aborteve						
0 ose pa përgjigje	7246	72.4%	432	70.1%	6814	72.6%
1	1612	16.1%	97	15.7%	1515	16.1%
2	782	7.8%	57	9.3%	725	7.7%
3	234	2.3%	18	2.9%	216	2.3%
Më shumë se 3	128	1.3%	12	1.9%	116	1.2%

Shpërndarja e faktorëve të caktuar që lidhen me kancerin e qafës së mitrës

Ndërsa rrethprerja e partnerit mund të konsiderohet si faktor mbrojtës nga infektimi me HPV, shumë studime kanë identifikuar duhanpirjen si një faktor të pavarur rreziku për kancerin e qafës së mitrës. Në pyetësin e standardizuar të përdorur gjatë testit të parë të depistimit u përfshinë pyetje për të marrë informacion për këto dy karakteristika. Duhanpirja përfshinte jo vetëm duhanpirjen e rregullt, por edhe atë rastësore.

Rezultatet e analizës paraqiten në Tabelën 6. Ndërkohë që rrethprerja e partnerit nuk lidhet me rrezikun e infektimit me HPV, duhanpirja duket se është një faktor i rëndësishëm që rrit gjasat e infektimit. Janë më tepër se 20% e grave HPV pozitive që pinin duhan, ndërsa prevalenca e duhanpirjes ndër gratë HPV negative ishte vetëm 16%.

Tabela 6. Faktorët që lidhen me rrezikun e kancerit të qafës së mitrës

	Totali		HPV+		HPV-	
	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)
Rrethprerja e partnerit						
Po	3054	30.5%	186	30.2%	2868	30.6%
Jo	6317	63.2%	385	62.5%	5932	63.2%
Pa përgjigje	631	6.3%	45	7.3%	586	6.2%
Pirja e duhanit						
Po	1623	16.2%	124	20.1%	1499	16.0%
Jo	7781	77.8%	454	73.7%	7327	78.1%
Pa përgjigje	598	6.0%	38	6.2%	560	6.0%

Përdorimi i shërbimeve parandaluese

U analizua përdorimi i mëparshëm i shërbimeve shëndetësore parandaluese për të identifikuar ndryshimet ndërmjet grave HPV pozitive dhe HPV negative, si dhe sjelljes shëndetësore afatgjatë të grave në popullatën target.

Rreth një në pesë gra pjesëmarrëse në program kishin kryer të paktën një pap-test në të shkuarën (Tabela 7). Kjo shifër mund të përfaqësojë normën e popullsisë së përgjithshme (në këtë moshë) të përdorimit të shërbimit depistues rastësor të pap-testit. Gratë HPV pozitive ishin më të prirura për të përdorur shërbimin e pap-testit në të shkuarën, ku gati 24% e tyre hynin në këtë kategori. Përqindja e grave HPV negative që kishin bërë pap-testit në të shkuarën ishte rreth 20%, pra disi më u ulët (Tabela 7).

Një shpjegim potencial për këtë ndryshim mund të jetë fakti se, siç u përmend më lart, gratë HPV pozitive i përkasin shtresave më të larta socio-ekonomike dhe banojnë në zona urbane. Këto faktorë mund të kenë ndikuar në një përdorim më të mirë të shërbimit shëndetësor, i cili është kryesisht oportun/rastësor dhe i shoqëruar me shpenzime të mëdha nga xhepi, sidomos logjistike. Gratë e shtresave më të ulëta socio-ekonomike dhe banoret e zonave rurale, ndërsa kanë rezultuar me prevalencë më të ulët të infektimit me HPV, ishin më të prirura për të përdorur programin kombëtar të depistimit sistematik, të nxitur nga pengesat më të pakëta: akses i lehtë dhe shpenzime minimale.

Tabela 7. Pap-testi në të shkuarën

	Totali		HPV+		HPV-	
	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)	Numri	Përqindja (%)
Po	2052	20.5%	145	23.5%	1907	20.3%
Jo	7950	79.5%	471	76.5%	7479	79.7%

REZULTATET E ANKETËS SË VLERËSIMIT NË KAMPIONIN E GRAVE HR-HPV POZITIVE

Karakteristikat socio-demografike të kampionit dhe ndërgjegjësimi për parandalimin

U përzgjedhën 198 gra të cilat u ftuan dhe pranuan të intervistohen lidhur me përvojën e tyre me programin. Pjesëmarrëset ishin nga kampioni fillestar i 200 grave, të cilat rezultuan pozitive në testin e parë të depistimit për Hr-HPV, dhe përfaqësojnë një nënkampion të popullatës totale të grave që morën pjesë në program. 22 gra të cilat nuk u kontaktuan dot ose nuk pranuan të marrin pjesë u zëvendësuan me gra të tjera nga lista.

Tabela 8 paraqet kampionin sipas shtresave socio-demografike.

11% e pjesëmarrëseve nuk i përkasin grupmoshës së synuar (target) nga programi. Kjo përqindje është më e lartë se ajo në popullatën totale të grave që morën pjesë në program (6%).

Pjesa më e madhe e grave ishin të martuara, 8% të divorcuara, dhe 5% vejusha. Vetëm 4% e tyre ishin të pamartuara.

Krahasimi i nivelit arsimor të grave në kampionin e vlerësimit me atë të raportuar nga Studimi Demografik Shqiptar 2018 është një mënyrë e mirë për të vlerësuar ndonjë mbipërfaqësim të mundshëm të niveleve arsimore të caktuar. Në këtë kampion të grave HPV pozitive, të zgjedhur nga pjesëmarrëset në program, profilet e arsmimit ishin shumë të ngjashme me atë të popullsisë totale të grave në moshë riprodhuese në Shqipëri. Gratë e grupmoshës 15-49 vjeç sipas ADHS 2018 kishin këto nivele arsimore: pa shkollë 4%, i ulët 35%, i mesëm 34%, i lartë 26%. Interesant është fakti se ky kampion prej 200 grash pozitive me HR-HPV është më i ngjashëm me popullsinë e përgjithshme sa i përket nivelit arsimor, se sa me kampionin e përgjithshëm të grave pjesëmarrëse në program.

Mbi 30% e grave ishin të papuna. Gratë që punonin në sektorin publik dhe ato në sektorin privat ishin të përfaqësuara në masë të njëjtë (28% dhe 29%).

13% e pjesëmarrëseve ju përgjigjën me ‘po’ pyetjes nëse kishin sëmundje të tjera të diagnostikuara. Kjo shifër është e ngjashme me prevalencën e vetë-raportuar për sëmundjet jo të transmetueshme (11.5%) të raportuar nga ADHS 2018. Është vetëm 1.5% më e lartë se kjo

shifër dhe kjo gjë mund të reflektojë moshën mesatare më të madhe të kampionit të anketës së vlerësimit.

Tabela 8. Karakteristikat socio-demografike të kampionit

(Gratë pozitive me HR-HPV pjesëmarrëse në program)

Grupmoshat	Numri	Përqindja (%)
<40	9	5%
40-44	71	37%
45-49	106	52%
>50	11	6%
Totali	198	100%
Gjendja civile		
E pamartuar	8	4%
E martuar	165	85%
E divorcuar	16	8%
E ve	9	5%
Totali	198	100%
Arsimimi		
Pa shkollë	5	3%
I ulët	74	38%
I mesëm	65	34%
I lartë	54	25%
Totali	198	100%
Punësimi		
Sektor publik	57	29%
Sektor privat	56	28%
Punë nga shtëpia	25	13%
E papunë	60	31%
Totali	198	100%
Sëmundje kronike		
Po	26	13%
Jo	167	87%
Totali	193	100%

Gratë u pyetën nëse kishin njohuri për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës dhe HPV-së përpara testit depistues dhe nëse kishin kryer një ekzaminim gjinekologjik në të shkuarën (Tabelat 9.1 dhe 9.2).

Ishin 81% e grave që kishin njohuri për parandalimin dhe vetëm 46% që dinin për infeksionin e HPV-së. Në të dy rastet shkalla e ndërgjegjësimit ishte më e lartë me rritjen e nivelit arsimor. Shkalla e ndërgjegjësimit për pap-testin në ADHS 2018 ishte 75%, dhe ky ndryshim i vogël mund të shpjegohet nga mosha mesatare më e madhe në kampionin e anketës së vlerësimit. ADHS 2019 nuk përfshiu ndërgjegjësimin e HPV-së dhe ekzaminimet gjinekologjike të shkuara.

Tabela 9.1. Ndërgjegjësimi për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës (sipas nivelit arsimor)

Niveli arsimor	Po (Numri)	Jo (Numri)	Po (%)
I ulët	55	26	68%
I mesëm	53	8	87%
I lartë	51	4	93%
Totali	159	38	81%

Tabela 9.2. Ndërgjegjësimi për infeksionin e HPV-së (sipas nivelit arsimor)

Niveli arsimor	Po (Numri)	Jo (Numri)	Po (%)
I ulët	24	55	30%
I mesëm	21	37	36%
I lartë	42	12	78%
Totali	87	104	46%

Rreth tre e katërta e grave të intervistuar kishin kryer një ekzaminim gjinekologjik të qafës së mitrës (përfshirë këtu ekzaminime të kancerit të qafës së mitrës, si marrja e mostrës vaginale për pap-test) në të shkuarën. Kjo gjetje është e ngjashme me atë të një studimi në popullatë në moshën riprodhuese në Fier (i pabotuar, 2017). 25% e tyre nuk kishin kryer asnjëherë ekzaminim ose test (Tabela 9.3). Nuk vihet re ndonjë ndikim i nivelit arsimor në këtë sjellje shëndetësore.

Në protokollin e programit dhe në udhëzimet gjatë seancave të trajnimit përgatitor për programin e depistimit, u rekomandua që të mos ftohen për testin HPV gratë të cilat kishin bërë një test të tillë brenda pesë viteve të shkuar. Megjithatë, ishin 14 gra ose 7% e të intervistuarve që i përkisnin kësaj kategorie dhe me shumë gjasë kishin bërë një test të tillë brenda pesë viteve të fundit.

Tabela 9.3. Gra që kanë kryer të paktën një ekzaminim gjinekologjik (sipas nivelit arsimor)

Niveli arsimor	Po (numri)	Jo (numri)	Po (%)
I ulët	57	22	72%
I mesëm	47	11	81%
I lartë	42	12	78%
Totali	146	45	76%

Figura 2.1. Ndërgjegjësimi mbi parandalimin sipas nivelit arsimor

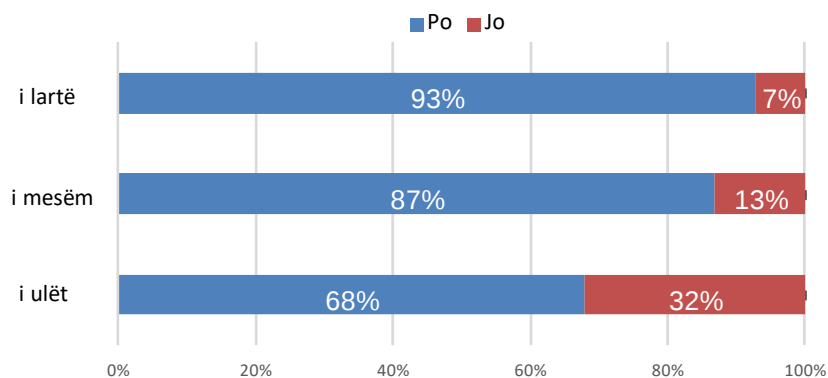
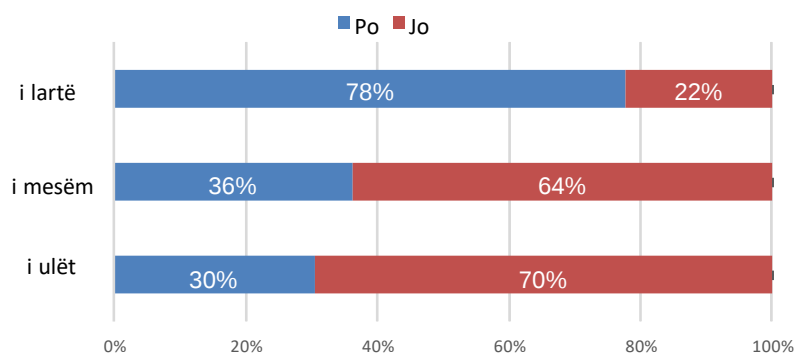


Figura 2.2. Ndërgjegjësimi për infeksionin HPV sipas nivelit arsimor



Përvoja e grave gjatë kontaktit të parë me shërbimet e depistimit

Largësia nga qendra shëndetësore ku kryhet testi depistues primar mund të jetë pengesë për shumë gra të shëndetshme të cilat janë ftuar në program.

Pjesa dërrmuese e grave të intervistuar u përgjigjën se banonin më pak se 20 minuta larg nga qendra shëndetësore. Megjithatë, për 33% të tyre largësia nga qendra shëndetësore mund të ishte nga 20 deri 40 minuta (Tabela 10).

Tabela 10. Largësia nga qendra shëndetësore

Largësia në minuta	Numri	%
<10 min	37	19%
10 deri 20 min	96	49%
20 deri 40 min	58	29%
>40 min	7	4%
Totali	198	100%

Si mjeku ashtu edhe infermieri i qendrës shëndetësore ishin njëloj të përfshirë për të ftuar gratë që të merrnin pjesë në program (Tabela 11.1).

Në programin e depistimit nuk u përdor ftesa nëpërmjet postës, për shkak se nuk u konsiderua praktike në kushtet e vendit. Një mënyrë e shpeshtë informimi ishte gjatë vizitave në qendrat shëndetësore pasi mësonin nga TV-ja për shërbimin ose gjatë vizitave në kuadrin e programit Check-up (program kombëtar për kontrollin mjekësor bazë të personave 35-70 vjeç). Një tjetër mënyrë që u përdor shpesh ishte vizita në shtëpi. Vlen për tu përmendur se vizitat në shtëpi nga infermirët mbeten një mënyrë mjaft e shpeshtë për të punuar me gratë në kujdesin shëndetësor parësor në Shqipëri. Gjithashtu, në 20% të rasteve u përdor telefoni. Rrallëherë (3% e rasteve) u kontaktua fillimisht një anëtar i familjes. Përdorimi i vizitave në qendër për të ftuar gratë në programin e depistimit ngre problemin e depistimit oportun, duke shmangur gratë që nuk janë përdoruese të kujdesit shëndetësor (Tabela 11.2).

Tabela 11.1. Burimi i informacionit për programin e depistimit

	Numri	%
Mjeku	86	44%
Infermieri	101	51%
Të dy	11	5%

Totali	198	100%
---------------	-----	------

Tabela 11.2. Mënyra se si u ftuan gratë në programin e depistimit

	Numri	%
Telefoni	39	20%
Vizita në shtëpi	66	34%
Gjatë një vizite mjekësore	88	45%
Anëtar i familjes	5	3%
Totali	198	100%

Pasi gratë u ftuan/informuan për programin, nuk pati vonesa domethënëse për ardhjen e tyre në qendrën shëndetësore për kryerjen e depistimit. Koha mesatare ishte vetëm 4 ditë. Një e katërta e grave u përgjigjën se shkuan brenda ditës për testin e depistimit, ndërsa gjysma e tyre e kryen atë brenda 5 ditëve. Rreth 20% shkuan në qendrën shëndetësore brenda 10 ditëve (Tabela 12).

Tabela 12. Koha e kaluar nga ftesa deri te testimi

	Numri	%
Brenda ditës	49	24%
2-5 ditë	96	49%
6-10 ditë	43	21%
11-14 ditë	12	6%
Totali	193	100%
Vonesa mesatare 4 ditë		

Ashtu si në rastin e ftesës së grave për të marrë pjesë në program, këshillimi gjatë vizitës u krye nga mjeku i përgjithshëm ose infermieri/ja. Në një të katërtën e rasteve ishin të përfshirë që të dy në procesin e këshillimit (Tabela 13).

Tabela 13. Personi që kreu këshillimin në qendrën shëndetësore

	Numri	%
Vetëm mjeku	79	38%
Mjeku dhe infermieri/ja	46	26%
Vetëm infermieri/ja	74	36%
Totali	193	100%

Personeli shëndetësor duhet të kalojë një kohë të mjaftueshme për të këshilluar gratë, ndër të tjera, se si të marrin mostrën vaginale, në mënyrë që të minimizojnë gabimet. Koha mesatare për këshillimin e grave gjatë vizitës së parë me gratë e ftuara ishte 15 minuta, ndërsa pas marrjes së mostrës vaginale ishte 11 minuta. Kjo kohë duket e mjaftueshme për të dhënë sasinë e duhur të informacionit. Megjithatë, në një numër të konsiderueshëm rastesh këshillimi zgjati vetëm 5 minuta ose më pak (Tabela 14.1).

Pothuaj 80% e grave morën informacion për të dyja çështjet: si të marrin mostrën vaginale, si dhe rëndësinë e testit depistues (Tabela 14.2).

Në 5% të rasteve gratë u informuan vetëm për rëndësinë e testit, por këto ishin rastet kur mostra u mor nga një personel shëndetësor (gjinekolog ose mami).

Tabela 14.1. Kohëzgjatja e këshillimit para dhe pas marrjes së mostrës vaginale për testin e depistimit

	Para		Pas	
5 min	15	8%	52	27%
10 min	80	41%	81	41%
15 min	34	16%	32	16%
20 min	46	24%	22	12%
30+	22	12%	8	4%
Totali	197	100%	197	100%
	Mesatarja 15 min		Mesatarja 11 min	

Tabela 14.2. Çështjet e trajtuara gjatë këshillimit

	Numri	%
Si merret mostra vaginale	35	18%
Pse është i rëndësishëm testimi	10	5%
Të dyja	151	77%
Totali	196	100%

Teknologjia e testit depistues primar të përdorur në program i jep mundësi grave që ta marrin vetë mostrën vaginale. Zbatimi pilot i modelit të depistimit në rrethin e Fierit gjatë vitit 2017 tregoi se kjo ishte mënyra më e parapëlqyer nga gratë. Gjithashtu, kjo u konsiderua mjaft e përshtatshme për qendrat shëndetësore rurale, ku nuk ka shtretër gjinekologjikë ose mjekë apo mami të trajnuar për të kryer procedurën. Megjithatë, në disa raste gratë mund të kërkojnë që procedura të kryhet nga mjeku. 33% e grave nga kampioni raportuan se kanë

kërkuar ndihmin e mjekut për marrjen e mostrës (Tabela 15.1). Gratë më të reja ishin më të prirura për të kërkuar ndihmën e mjekut për marrjen e mostrës vaginale (Figura 3).

Ndër gratë që vendosën ta merrnin mostrën vetë, shumica, ose 106 prej tyre, përdorën tualetin e qendrës shëndetësore për kryerjen e procedurës. Vetëm një pjesë e vogël e tyre (17 gra) parapëlqyen që ta kryenin në shtëpinë e tyre, dhe pastaj ta sillnin mostrën në qendrën shëndetësore (Tabela 15.2). 91% e grave që morën mostrën në shtëpi e dërguan në qendrën shëndetësore brenda të njëjtës ditë (nuk tregohet në tabelë).

Tabela 15.1. Kërkimi i ndihmës nga mjeku ose mamia për marrjen e mostrës vaginale

	Numri	%
Po	66	33%
Jo	132	67%
Totali	197	100%

Figura 3. Kërkimi i ndihmës për marrjen e mostrës vaginale sipas grupmoshave

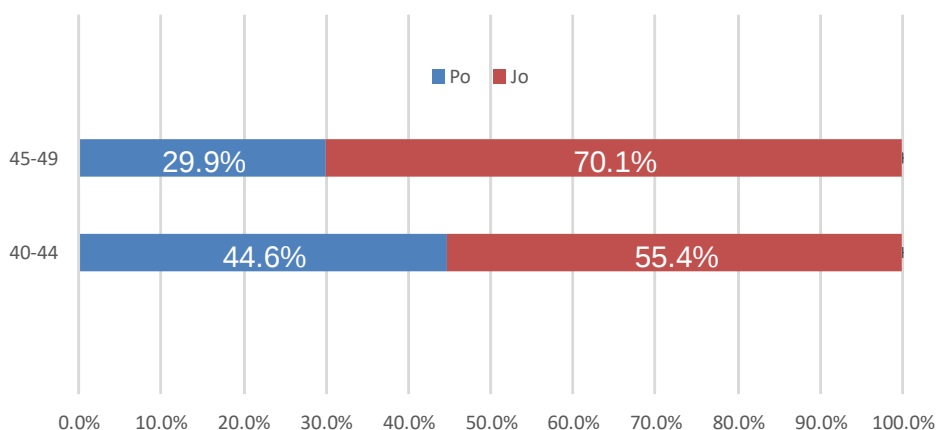


Tabela 15.2. Vendi i marrjes së mostrës

	Numri	%
Dhoma e QSH-së	68	35%
Tualeti i QSH-së	109	54%
Shtëpia	21	10%
Totali	198	100%

Për pjesën më të madhe të grave procedura e marrjes së mostrës vaginale ishte shumë e thjeshtë (60%) dhe aspak e dhimbshme (72%). Rreth një e treta e tyre e konsideroi ‘disi të thjeshtë’ dhe ‘pak të dhimbshme’. 8% e tyre raportuan se ishte e vështirë. Askush nuk u përgjigj se ishte ‘shumë e dhimbshme’ (Tabela 16.1 dhe 16.2).

Tabela 16.1. Sa e vështirë ishte procedura e marrjes së mostrës vaginale

	Numri	%
Shumë e lehtë	119	60%
Disi e lehtë	65	32%
E vështirë	14	8%
Totali	198	100%

Tabela 16.2. Sa e dhimbshme ishte procedura e marrjes së mostrës vaginale

	Numri	%
Aspak e dhimbshme	141	73%
Pak e dhimbshme	56	27%
Totali	198	100%

Vlerësimi i përgjithshëm i shërbimit në qendrën e kujdesit shëndetësor parësor nga gratë që e përdorën ishte ‘i mirë’ dhe ‘shumë i mirë’ (Tabela 17). Vetëm 11% e grave e konsideruan ‘mesatar’ ose ‘të keq’ (7% dhe 4% respektivisht).

Tabela 17. Vlerësimi i përgjithshëm i shërbimit të depistimit primar

	Numri	%
1 (i keq)	7	4%
2-3 (mesatar)	13	7%
4 (i mirë)	101	51%
5 (shumë i mirë)	76	39%
Totali	198	100%

Përvoja e grave me marrjen e përgjigjes të testit depistues

Programi garantoj që mostrat vaginale individuale të mblidheshin nga drejtoritë e shëndetit publik (të njohura tani si njësi vendore të kujdesit shëndetësor) të çdo rrethi dhe të dërgoheshin periodikisht për testim në laboratorin kombëtar të Institutit të Shëndetit Publik. Më pas, rezultatet e testimeve dërgoheshin në zarfa individual të mbyllur në qendrat shëndetësore (sërish nëpërmjet drejtorive rajonale të shëndetit publik). Koha mesatare nga kryerja e testit depistues primar deri në dhënien e përgjigjes për gratë nga personeli shëndetësor ishte 25 ditë. 96% e grave e morën përgjigjen brenda 2 muajve, siç premtonte programi (Tabela 18).

Tabela 18. Koha e marrjes së përgjigjes të testit depistues nga personeli shëndetësor

	Numri	%
2 javë	54	26%
Brenda 1 muaji	110	57%
Brenda 2 muajve	25	13%
Më shumë se 2 muaj	7	4%
Totali	196	100%
Mesatarja 25 ditë		

Në ndryshim nga ftesa e parë drejtuar grave për të marrë pjesë në program, mënyra më e shpeshtë e dërgimit të rezultateve të testit ishte me anë të telefonatës. Vizitat në shtëpi u përdorën në 18% të rasteve, ndërsa vizitat në qendrat shëndetësore vetëm në 13% të rasteve (Tabela 19.1).

Nuk pati vonesa ose pengesa domethënëse lidhur me kohën e kaluar nga çasti i kontaktimit deri në paraqitjen në qendrën shëndetësore për marrjen e rezultatit dhe këshillimin e mëtejshëm. Asnjë nga gratë e intervistuar nuk mungoi vizitën e dytë në qendrën shëndetësore. Pjesa më e madhe e tyre (57%) shkuan tek mjeku brenda ditës, ndërsa një e treta shkoi brenda javës. Më pak se 5% e tyre shkuan pas dy javësh (Tabela 19.2).

Tabela 19.1. Mënyra e kontaktimit të grave për përgjigjen e testit

	Numri	%
Telefon	133	68%
Vizitë në shtëpi	36	18%
Vizitë në QSH	26	13%
Anëtar i familjes	3	2%

Totali	198	100%
---------------	-----	------

Tabela 19.2. Koha e paraqitjes në qendrën shëndetësore pas kontaktimit për përgjigjen e testit

	Numri	%
1 ditë	111	57%
2-7 ditë	65	33%
8-14 ditë	12	6%
Më tepër se 14	8	4%
Totali	198	100%

Koha mesatare e shpenzuar nga mjekët për informimin e grave HR-HPV pozitive mbi përgjigjen e testit dhe këshillimin për ekzaminime të mëtejshme ishte 19 minuta (Tabela 20.1). Ashtu siç pritej, kjo kohë është më e gjatë se ajo e vizitës së testit primar. Pjesa më e madhe e grave (62%) raportuan se u këshilluan për më shumë se 20 minuta nga mjeku. Kurse në 6% të rasteve koha prej 5 minutash duket e pamjaftueshme (Tabela 20.2). Ky fakt pasqyrohet edhe në përqindjen e ngjashme të grave që raportuan se informacioni i dhënë nga personeli shëndetësor ishte i pamjaftueshëm (Tabela 20.3).

Tabela 20.1. Koha e shpenzuar për dhënien e përgjigjeve dhe këshillimin e mëtejshëm

	Numri	%
5 min	12	6%
10-15 min	63	32%
20-30 min	100	51%
mbi 30 min	22	11%
Totali	197	100%
Koha mesatare 19 min		

Tabela 20.2. Këshillimi dhe rekomandimet specifike në vizitën e testit depistues primar

	Numri	%
Kryerja e kolposkopisë	127	24%
Informacion rreth infeksionit HPV	114	22%
Ku të drejtohen për kolposkopinë	74	14%
Informacion mbi kolposkopinë	91	17%
Informacion rreth dëmtimeve gjinekologjike	55	11%
E drejta e konfidencialitetit	60	12%
Pa përgjigje	2	0%

Tabela 20.3. Sasia e informacioni pas marrjes së rezultatit pozitiv

	Numri	%
I mjaftueshëm	184	93%
I pamjaftueshëm	14	7%
Totali	198	100%

Infeksioni HPV është në thelb një infeksion seksualisht i transmetueshëm, por zakonisht nuk mund të kontrollohet me të njëjtat mënyra si infeksionet e tjera seksualisht të transmetueshme. Veç kësaj, stigma rreth tij dhe mungesa e perceptuar e konfidencialitetit në rastet pozitive mund t'i pengojnë seriozisht gratë që të marrin pjesë në një program depistimi për HPV. Gratë mund të ndihen fajtores për infeksionin, ndërkohë që besojnë se partnerët e tyre do të jenë dyshues dhe jo përkrahës.

Personeli mjekësor i programit shqiptar të depistimit u rekomandua që t'i këshillonte gratë të mos i tregonin partnerëve ose personave të tjerë, nëse nuk kishin dëshirë. Kështu, ndërsa shumica e grave pozitive i kishin treguar ndonjë të afërmi për infeksionin, pothuaj një e katërta e tyre kishin vendosur të mos ja thonin të tjerëve (Tabela 21.1). Shumica (60%) e grave që kishin treguar, ja kishin bërë të ditur partnerëve të tyre, 20% prindërve të tyre, dhe 20% e mbetur shoqërisë (Tabela 21.2).

Tabela 21.1. Ndarja e informacionit rreth rezultatit pozitiv

	Numri	%
Po	152	77%
Jo	45	23%
Totali	197	100%

Tabela 22.2. Personi me të cilën është ndarë informacioni për infeksionin

	Numri	%
Bashkëshorti	99	60%
Prindërit	25	20%
Shoqëria	26	20%
Totali	150	100%

Të qenit e identifikuar si e infektuar me HR-HPV nuk do të thotë se gruaja ka ose do të ketë kancer. Kjo nuk do të ndodhë në 90% të rasteve, por megjithatë, kjo rrit në thelb rrezikun e gruas për tu prekur nga kanceri në të ardhmen. Programi i depistimit duhet të bëjë të pamundurën për të mos shkaktuar shqetësim apo ankth të panevojshëm për sëmundjen tek personat pozitiv me HR-HPV që janë të shëndetshëm. Pavarësisht kësaj, një përqindje e vogël (13%) e grave pozitive raportuan se nuk kanë shqetësime për shëndetin në lidhje me rezultatin pozitiv të testit (Tabela 22.1). Shkalla e shqetësimit është zakonisht mjaft e lartë, ku pothuaj gjysma e grave raportuan nivelin më të lartë të tij (Tabela 22.2).

Tabela 22.1. Shqetësimi për rezultatin e testit

	Numri	%
Po	172	87%
Jo	26	13%
Totali	198	100%

Tabela 22.2. Niveli i shqetësimit

	Numri	%
1-pak	4	3%
2	12	8%
3	35	21%
4	34	20%
5-shumë	87	47%
Totali	167	100%

Përvoja e grave me vizitat ekzaminuese të mëtejshme

Një nga elementët më thelbësorë të programit të depistimit është garantimi që pothuaj të gjitha gratë pozitive me HR-HPV të kryejnë një kolposkopi në një klinikë të specializuar gjinekologjike. Ky ekzaminim rekomandohet nga algoritmi klinik i programit. Indikator i kësaj performance është përqindja e grave që kanë kryer kolposkopi ndër gratë e rezultuara pozitive në testin depistues primar. Programi duhet të synojë që indikatorin të jetë të paktën 90%, megjithëse parapëlqehet të jetë sa më pranë 100%. Indikatorin nuk mund të përllogaritet duke u mbështetur vetëm në të dhënat e spitaleve publike, duke qenë se shumë gra parapëlqejnë të shkojnë në klinika private ose jashtë shtetit.

Në kohën e studimit, vetëm 72% e grave HR-HPV pozitive që morën pjesë në anketën e vlerësimit raportuan se e kanë kryer ekzaminimin kolposkopik (Tabela 23.1). Kjo shifër mund të konsiderohet e kënaqshme, sepse 66% e grave që ende nuk kishin shkuar te gjinekologu, kishin në plan që të shkonin sa më parë. Nëse marrim parasysh edhe një numër të vogël të grave të cilat kanë bërë të paktën një pap test pas depistimit primar, janë në total më shumë se 90% e grave që kanë kryer, ose po planifikojnë të kryejnë, ekzaminimet e mëtejshme. Një grua raportoi se ka kryer ekografi të qafës së mitrës si ekzaminim të mëtejshëm.

Ka ende shumë punë për t'ju afruar indikatorit 100%, sepse më shumë se 8% e grave nuk kanë ndjekur rekomandimin e mjekut të përgjithshëm dhe nuk kishin planifikuar për ta bërë në të ardhmen e afërt (Tabela 23.2). Arsyet kryesore për këtë ishin: ngarkesa e punës (6 gra), frika (5 gra), nuk dinin ku të shkonin (2 gra), kujdesi i specializuar është shumë larg (2 gra), dhe kostoja e lartë e ekzaminimit të mëtejshëm (vetëm 1 grua). Duket se pjesa më e madhe e këtyre problemeve mund të zgjidhen me një bashkëpunim ndërmjet kujdesit shëndetësor parësor dhe personelit të shëndetit publik.

Tabela 23.1. Gratë që kryen ekzaminim kolposkopik

	Numri	%
Po	142	72%
Jo	56	28%
Totali	198	100%

Tabela 23.2. Arsyeja e moskryerjes së ekzaminimit kolposkopik

	Numri	%
Do të shkoj së shpejti	37	66%
Shumë e zënë	6	11%
Nuk di se ku	2	4%
Shumë larg	2	4%
I kushtueshëm	1	2%
Frika	5	9%
Kreu pap-test	2	4%
Kreu ekografi	1	2%
Totali	56	100%

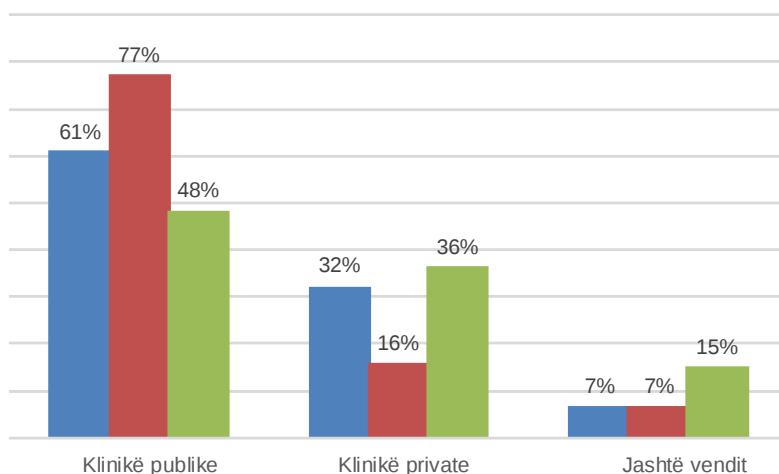
Programi i depistimit duhet të përpiqet t’i mbajë në minimum shpenzimet nga xhepi, ndërkohë që dekreti i Qeverisë Shqiptare mbi të cilin mbështetet programi, nënvizon se të gjithë shërbimet e lidhura me testin primar të depistimit dhe vizitat në vijim janë falas në pikën e kujdesit të sektorit publik. Personeli shëndetësor është trajnuar që t’i informojë gratë për këtë, në mënyrë që të ulin të gjitha shpenzimet e panevojshme. Megjithatë, më shumë se një në tri gra (35%) që kanë kryer kolposkopi, kanë zgjedhur një klinikë private. Një përqindje domethënëse (8%) kanë shkuar jashtë vendit për ekzaminimin në vijim, zakonisht në Greqi dhe Itali. Pjesa më e madhe (42%) e kanë kryer kolposkopinë në spitalet universitare gjinekologjike të Tiranës (Tabela 24).

Gratë me arsim të lartë ishin më të prirura për ta kryer vizitën e mëtejshme në një klinikë private ose jashtë vendit (Figura 4).

Tabela 24. Vendi i kryerjes së kolposkopisë

	Numër	%
SUOGJ ‘Koco Gliozheni’, Tiranë	27	19%
SUOGJ ‘Mbretëresha Geraldinë’, Tiranë	32	23%
Spital rajonal	33	23%
Spital privat	39	27%
Jashtë vendit	11	8%
Totali	142	100%

Figura 4. Vendi i kryerjes së kolposkopisë sipas nivelit arsimor



Nuk duket se ka vonesa thelbësore në marrjen shërbimeve në vijim, duke qenë se të gjitha gratë kanë shkuar tek mjeku gjinekolog brenda 1 muaji nga çasti i marrjes së rezultatit të testit HPV. Koha mesatare ishte vetëm 6 ditë. Pjesa dërmuese ose 74% e grave e kryen ekzaminimin kolposkopik brenda një jave (Tabela 25).

Tabela 25. Koha e kaluar nga rekomandimi tek kolposkopia

	Numri	%
1 ditë	23	17%
2-7 ditë	81	57%
8-14 ditë	27	19%
15-30 ditë	11	7%
Totali	142	100%
Mesatarja 6 ditë		

Tabela 26 përshkruan problemet e trajtuara gjatë këshillimit në ekzaminimin e mëtejshëm, të kryer zakonisht nga gjinekologu. Shumë nga problemet pasqyrojnë rezultatin e ekzaminimit dhe nevojat individuale për këshillim të pacientëve mbështetur në gjykimin klinik të mjekut specialist. Megjithëse rekomandimi për një ndjekje afatgjatë duhet t'i ishte dhënë të gjitha grave HR-HPV pozitive, ai u dha për vetëm 64% të tyre. Sipas protokollit të programit, ato duhet të kryejnë sërish testin e depistimit brenda tre viteve. Largimi nga ndjekja sistematike afatgjatë e grave HR-HPV pozitive të cilat rezultuan negative në kolposkopi, mund të rrezikojë efektivitetin e programit dhe duhet të adresohet në të dy nivelet: nga mjeku i përgjithshëm i kujdesit shëndetësor parësor dhe gjinekologët e spitaleve.

Tabela 26. Këshillimi gjatë ekzaminimit të mëtejshëm

	Numri	%
Iu rekomandua vizita e mëtejshme	91	61%
Dëmtimet e qafës së mitrës	68	26%
Para-kanceri dhe kanceri	48	18%
Ku të drejtohen për ekzaminime të mëtejshme	71	27%
Monitorim afatgjatë	55	21%
Kostoja e testeve	16	6%
Pap test	8	3%
U dha më shumë se një përgjigje nga të intervistuarat		

Veç kësaj, pjesa më e madhe e gjinekologëve që kishin këshilluar për një ndjekje afatgjatë duket se përdorin një standard më të shpeshtë se ai i nevojshëm (në protokoll thuhet se gratë HR-HPV pozitive të cilat rezultojnë negative në kolposkopi, këshillohet që të bëjnë një tjetër vizitë brenda 3 viteve); 42% e tyre i kanë këshilluar gratë që të vijnë për vizitë kontrolli brenda 3 deri 6 muajve, ndërsa 49% e tyre brenda një viti (Tabela 27).

Tabela 27. Koha për ndjekjen e rastit

	Numri	%
3-6 muaj	38	42%
12 muaj	45	49%
24 muaj	5	5%
36 muaj	2	2%
60 muaj	1	1%

Një shumicë e konsiderueshme e gjinekologëve (68%) kanë rekomanduar teste të tjerë gjatë vizitës së mëtejshme (Tabela 28.1). 66 gra (47% e totalit prej 142 rastesh që kanë kryer kolposkopinë) raportuan se i është rekomanduar pap-testi; 23 gra (16% e totalit prej 142 rastesh që kanë kryer kolposkopinë) u është rekomanduar biopsia dhe 13 grave (9% e totalit prej 142 rastesh që kanë kryer kolposkopinë) u është rekomanduar një tjetër test HPV (Tabela 28.2). Ndërkohë që numri i rekomandimeve për pap-test dhe biopsi duket relativisht i tepruar, testimi shtesë për HPV, i cili mund të bëhet vetëm në klinika private dhe me kosto të lartë për gratë, mund të konsiderohet i dyshimtë nga pikëpamja shkencore dhe me gjasë i panevojshëm. Për këtë çështje rekomandojmë për kërkime të mëtejshme.

Tabela 28.1. Testet e tjerë të rekomanduar nga gjinekologu

	Numri	%
Po	92	68%
Jo	40	30%
Totali*	132	100

Mungojnë të dhënat në 10 raste

Tabela 28.2 Testet e rekomanduara nga gjinekologu gjatë vizitës së ndjekjes

	Numri	%*
Citologji	66	47%
Tjetër test HPV	13	8%
Biopsi	23	15%
Kulturë vaginale	6	4%
Ultratinguj	4	3%

Mund të rekomandohet më tepër se një test

* llogaritur për të gjitha ato që kryen kolposkopi (142 gra)

Një e treta e grave që shkoi te gjinekologu raportoi se vizita kishte zgjatur më pak se 15 minuta. 56% e tyre raportuan se vizita zgjati 20-30 minuta, ndërsa për 11% të tyre zgjati më shumë se 30 minuta (Tabela 29.1).

Koha e pritjes para vizitës gjinekologjike gjithashtu varionte nga 5 deri në më shumë se 40 minuta, ndërsa shumica e grave (88%) raportuan se kishin pritur më pak se 30 minuta (Tabela 29.2).

Tabela 29.1. Kohëzgjatja e vizitës tek gjinekologu

	Numri	%
5-15 min	43	33%
20-30 min	74	56%
35-45 min	9	7%
60 min	5	4%
Totali*	131	100%

*11 raste mungojnë

Tabela 29.2. Koha e pritjes para vizitës

	Numri	%
5-15 min	82	62%
20-30 min	34	26%
40+ min	15	11%
Totali*	131	100%

*11 të dhëna mungojnë

Vetëm 17% e grave ende nuk kanë bërë testet e rekomanduara nga gjinekologu, por shumica e tyre kishte planifikuar të shkonte së shpejti. Të gjitha biopsitë e rekomanduara janë kryer, por jo të gjitha citologjitë. Vetëm 2 gra e konsideruan koston si pengesë për ekzaminimet e mëtejshme. Një prej tyre kishte planifikuar të shkonte jashtë vendit (Greqi). (Tabela 30.1-3).

Tabela 30.1. Rekomandim për ekzaminime të tjera nga gjinekologu

	Numri	%
Po	76	83%
Jo	16	17%
Totali*	92	100

* vetëm atyre që i janë rekomanduar teste të tjera nga gjinekologu.

Tabela 30.2. Testet e kryer sipas rekomandimit të gjinekologut

Testet e kryer	Numri	%
Pap-test/citologji	47	54%
Tjetër test HPV	13	15%
Biopsi	23	26%
Ultratinguj	4	5%
Mund të bëhej më shumë se një test		

Tabela 30.3. Arsyeja për mos kryerjen e testeve

	Numri	%
Do ta bëj së shpejti	13	81%
Shumë i shtrenjtë	2	13%
Planifikoj ta bëj jashtë	1	6%
Totali*	16	100%

*Vetëm gratë që nuk kanë bërë testet e rekomanduar.

Në më tepër se 40% të rasteve gjinekologët kanë rekomanduar trajtim, i cili përfshinte antibiotikët, antimykotikët, dhe trajtime të tjera për infeksionin (Tabela 31.1-2). Metodologjia nuk mundëson kërkim të mëtejshëm rreth përdorimit të tepruar të antibiotikëve ndër gratë pozitive me HR-HPV.

Tabela 31.1. Rekomandohet apo jo trajtim nga gjinekologu

	Numri	%
--	-------	---

Po	57	41%
Jo	78	59%
Totali*	134	100%

*7 të dhëna mungojnë

Tabela 31.2. Trajtimi i rekomanduar nga gjinekologu

	Numri	%
Antibiotikë, antimykotikë, detergjentë vaginalë	49	86%
Produkte të ‘kujdesit ndaj Papilomës’	5	9%
Tjetër	3	5%

Përvoja e përgjithshme e grave në vizitën gjinekologjike është vlerësuar si e ‘mirë’ dhe ‘shumë e mirë’, ndërsa vetëm një pakicë e tyre e kanë vlerësuar si ‘mesatare’ ose ‘nën mesataren’. Ky rezultat është i ngjashëm me vlerësimin e përvojës së vizitës së depistimit primar.

Tabela 32. Vlerësimi i përvojës së vizitës gjinekologjike

	Numri	%
1-keq	1	1%
2-3-mesatare	12	8%
4-mirë	31	22%
5-shumë mirë	94	70%
Totali*	138	100%

*4 mungojnë

Niveli i para-kancereve dhe kancereve të vetëraportuar në ekzaminimin vijues

Pjesëmarrëset u pyetën për rezultatin e kolposkopisë dhe ekzaminimet e tjera vijuese; nëse kishin rezultuar negative ose pozitive, dhe nëse mund të raportonin diagnozën e mjekut specialist. 73% e tyre u përgjigjën se rezultati ishte negativ. 13% e tyre raportuan një gjendje jo kompatibël me para-kancerin (kryesisht probleme infektive) dhe 4% raportuan gjendje kompatibël me para-kancerin dhe kancerin. 9% e grave nuk ishin të sigurta ose nuk e dinin rezultatin.

Megjithëse duhet të tregohemi të kujdesshëm, ky rezultat është tejet i ngjashëm me shifrën e para-kancerit të përlogaritur nga të dhënat paraprake në njësitë e kolposkopisë në spitalet universitare ‘Koço Gliozheni’ dhe ‘Mbretëresha Geraldinë’ në Tiranë.

Mosha mesatare e grave të diagnostikuara me para-kancer ose kancer ishte 46 vjeç.

Numri i para-kancereve dhe kancereve të identifikuar nga program është një indikator i rëndësishëm, i cili ndihmon në vlerësimin e efikasitetit të programit për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës dhe vitet e shëndetëshme të jetës të fituar.

Tabela 33. Ekzaminimi kolposkopik dhe rezultatet e ekzaminimeve në vijim

	Numri	%
Negative	104	73%
Pozitive: jo neoplazi ose CIN 1	19	13%
Pozitive: tregues për CIN2+ ose kancer	5	4%
Nuk e di, nuk e mbaj mend	13	9%
Totali	142	100%

*E vetë-raportuar, e pa standardizuar, mbështetur në kujtesën e të anketuarve.

Komente dhe sugjerime të përgjithshme

Pjesëmarrëset pozitive me HR-HPV iu kërkuan komente ose rekomandime të pastrukturuara lidhur me programin. Gjysma e grave dhanë komentet e tyre. Ato mund të kategorizohen në tre grupe të mëdha përgjigjesh:

1. Lavdërim i përgjithshëm për shërbimin dhe programin e ri, duke theksuar pengesën e ulët financiare në të gjithë nivelet.

2. Zgjerimi i programit në grupmoshat e tjera ose përfshirja e shërbimeve të tjera të kujdesit ndaj kancerit, si p.sh. marker tumori. Përfshirja e testeve të tjerë klinikë për gratë në kujdesin shëndetësor parësor.

3. Shqetësime për faktin se kolposkopia nuk mund të bëhet në spitalin e tyre rajonal dhe ato duhet të shkojnë në klinika private. Disa prej tyre shqetësohen pasi nuk dinë se ku të shkojnë për vizitat e mëtejshme.

4. Shqetësime të përgjithshme për shëndetin e tyre dhe nivelin e rrezikut në të ardhmen.

5. Tjetër, e pa specifikuar. Për shembull, në njërin nga rastet bashkëshorti ndërpreu intervistën.

Në aneksin 1 përfshihet lista e plotë e komenteve.

REZULTATET NGA INTERVISTA ME INFORMUESIT KYÇ DHE GRUPIN E FOKUSIT

Koordinatorët në nivel rajonal u konsideruan si personel kyç për administrimin e programit. Ata ishin përgjegjës për marrjen e kiteve të testimit nga ISHP dhe shpërndarjen e tyre në çdo qendër shëndetësore, pasi përllogaritnin numrin e popullatës target që mbulonte qendra shëndetësore. Më pas, ata mblidhnin mostrat dhe informacionin, i dërgonin në ISHP për testim, dhe pastaj shpërndanin përgjigjet e testeve në qendrat shëndetësore. Në nivelin e qendrave shëndetësore, personeli kyç për programin ishte drejtori dhe kryeinfermierja; ata u morën me koordinimin e aktiviteteve, që nga ftesa e grave për pjesëmarrje deri në garantimin e ndjekjes së rasteve.

Gratë u ftuan të merrnin pjesë në mënyrë direkte nëpërmjet telefonit celular dhe vizitës në shtëpi, por edhe programi i Check-up-it ishte një mundësi e mirë për të ftuar gratë që të kryenin testin e HPV-së. Megjithatë, sipas mendimit të disa informuesve të zonave urbane, ka nevojë për më shumë fushata ndërgjegjësimi për të përmirësuar bashkëpunimin e grave. Është bërë një punë e madhe nga infermieret për identifikimin dhe kontaktimin e shumë grave të synuara nga programi. Në zonat urbane, një rol mbështetës të rëndësishëm kanë luajtur infermieret/mamitë në klinikat e grave. Shqetësimi dhe frika nga rezultati i testit mund të jetë një faktor i rëndësishëm që ndikon si në shëndetin mendor të grave, ashtu edhe në mbarëvatjen e programit në të ardhmen, prandaj duhet të adresohet.

Shumë nga informuesit në nivel rajonal e vlerësuan programin si efektiv, duke sjellë një vlerë të shtuar sa i përket aksesit në kujdes shëndetësor; gratë e grupmoshës target nuk kanë patur kontakt me sistemin shëndetësor për mesatarisht 10-15 vjet pasi kanë lindur dhe i janë përkushtuar fëmijëve të tyre. Gjithashtu, procedura duket mjaft e thjeshtë, mund të bëhet pranë vendbanimit të grave dhe nuk kërkon pajisje të veçanta apo aftësi të madhe klinike.

Testi është i sigurtë dhe nuk ka patur ankesa nga gratë. Laboratori ka dhënë përgjigjet e testimeve në kohën e caktuar, mesatarisht brenda 20-30 ditëve (ndonëse dy informues janë ankuar për vonesa). Në anën tjetër, programi duhet të kishte pajisur më mirë qendrat shëndetësore me materiale informuese dhe manuale më të mirë. Jo të gjitha qendrat shëndetësore kanë një infrastrukturë shumë të mirë sa i përket dhomave të veçanta, ku gratë të mund të marrin mostrën nën mbikqyrjen e personelit dhe prandaj vendosin që ta kryejnë këtë në shtëpi.

Gratë nuk paguajnë për testin depistues primar në qendrat shëndetësore dhe nuk janë raportuar pagesa informale nga ana e tyre. Megjithatë, shumë gra kanë paguar për ekzaminimin e kolposkopisë, veçanërisht kur ato referohen në spitalet e Tiranës ose kur parapëlqejnë t'i drejtohen klinikave private.

Shumë informues bien dakord se në të gjitha qendrat shëndetësore ka personel shëndetësor të trajnuar për të ofruar këtë shërbim me cilësi të mirë, por ka nevojë për më shumë mbështetje, sidomos në rastet kur mjekët ose infermieret e trajnuara zhvendosen për të punuar në qendra të tjera.

Shumë informues rekomandojnë një bashkëpunim më të mirë midis mjekëve të përgjithshëm dhe gjinekologëve gjatë ndjekjes së grave pozitive. Gjithashtu, disa prej tyre sugjerojnë se një koordinim më i mirë do të garantohej nga përfshirja e programit të depistimit në programin e kontrollit mjekësor bazë (Check-up) në kujdesin shëndetësor parësor.

Sa i përket logistikës dhe transportit të mostrave, shumica e informuesve nuk raportuan probleme serioze. Fakti më i përmendur ishte se shkrimi me dorë i kodit në enën mbajtëse të mostrës mund të dëmtohet ose shuhet, në rast se nuk mbahet me kujdes.

Informuesit theksuan nevojën e një monitorimi më të mirë të grave që rezultojnë negative në kolposkopi ose pap test, pasi dalin pozitive në testin depistues të HPV-së. Ka gjasa që ato mund të harrojnë për nevojën e ekzaminimeve gjinekologjike periodike.

Gjithashtu, ata shprehën dyshime për cilësinë e marrjes së mostrës vaginale nga ana e grave dhe rekomanduan një mbikqyrje më të mirë të procesit nga ana e mjekëve të përgjithshëm ose mamive.

Në dy raste (zonat rurale të Tiranës) u raportua se mostrat mbaheshin për më shumë se dy javë në qendrat shëndetësore, pa u koordinuar me drejtoritë e shëndetit publik (njësitë e kujdesit vendor shëndetësor). Gjithashtu, po në qytetin e Tiranës, ka patur konfuzion lidhur me dërgimin e mostrave direkt në ISHP apo ndjekjes së protokollit dhe dërgimin e tyre fillimisht në Autoritetin Shëndetësor të Tiranës. ISHP duhet të japë më shumë mbështetje në koordinimin dhe monitorimin e menaxhimit të mostrave nga qendrat shëndetësore.

Në disa qendra shëndetësore u vu re një interesim mjaft i madh i grave për kryerjen e testit depistues, sa që nuk mjaftuan kitet e testimit të shpërndarë nga ISHP. Po ashtu, pati raportime

për gra më të reja ose më të vjetra se grupmosha target 40-49, të cilat kishin dëshirë të merrnin pjesë në program. Edhe gratë e komunitetit Rom ishin shumë të interesuara për të kryer testin, edhe kur nuk bënë pjesë në grupmoshën target. Shumë gra u drejtuan në qendrat shëndetësore për të pyetur për programin pasi kishin marrë vesh për të nga media. Disave prej tyre ju kërkua që të paraqiten vitin e ardhshëm kur të arrijnë moshën e caktuar për depistim.

Është e domosdoshme përfshirja e shërbimeve të testit depistues që jepen në pikat e kujdesit shëndetësor parësor në kontratën vjetore ndërmjet qendrave shëndetësore dhe Fondit të Sigurimit Shëndetësor.

Informuesit kyç nga spitalet shprehën lavdërim të përgjithshëm për programin dhe potencialin e arritjeve shëndetësore të tij. Në Spitalet Universitarë të Tiranës është vërejtur një rritje e konsiderueshme e ngarkesës së punës pas nisjes së programit. Për t'ju përgjigjur këtij shtimi të ngarkesës, është e domosdoshme përfshirja e më shumë specialistëve të kualifikuar për kolposkopi. Në të njëjtën kohë, është e nevojshme që ky pozicion pune të jetë me kohë të plotë në disa spitale (gjinekologë që bëjnë vetëm kolposkopi).

Trajtimi i para kancereve është mjaft efektiv me metodat e reja të elektro-koagulimit LEEP. U rekomanduan pajisje më të mira për këto teknika në spitalet universitarë, ndërkohë që më shumë gjinekologë duhen të trajnohen për këtë procedurë. Veç kësaj, nevojiten bisturi diatermik të llojeve dhe madhësive të ndryshme për një menaxhim më të mirë të mostrave të biopsisë. Këto teknika mund të shkurtojnë kohën e procedurës për diagnozë dhe trajtim deri në 15-20 minuta.

Disa gjinekologë rekomandojnë futjen e një testi tjetër (test mRNA), i cili ndihmon në përcaktimin e pranisë së E6/E7 mRNA nga 14 genotipe HPV me rrezik të lartë (onkoproteinat HPV E6/E7 luajnë rol mediator në zhvillimin e kancerit të qafës së mitrës), dhe kjo mund të ulë nevojën për kolposkopi për një numër grash pozitive me HR-HPV.

Një tjetër teknologji, e cila mund ta përmirësojë garantimin e cilësisë dhe përmirësimin e vazhdueshëm të saj, është kolpokopia që mundëson digjitalizimin e imazheve klinike individuale.

Disa rekomandime kishin të bënin me bazën elektronike të të dhënave të programit, e cila duhet zgjeruar në mënyrë që të përfshijë të gjithë nivelet e shërbimit pas depistimit primar.

Së fundi, shumë informues kyç besojnë se është e rëndësishme që të sigurohen shërbime ndjekëse falas për gratë që nuk janë të mbuluara nga skema e sigurimit shëndetësor.

VLERËSIMI I LABORATORIT KOMBËTAR TË HPV-SË: KAPACITET DHE PROCESET.

Dekreti i Këshillit të Ministrave vendosi që testimi laboratorik për programin e depistimit të kancerit të qafës së mitrës të zhvillohet i centralizuar në një laborator të specializuar në Institutin e Shëndetit Publik, i cili duhet të ofrojë infrastrukturën e nevojshme laboratorike.

Stafi i laboratorit i tejkaloi të gjitha vështirësitë fillestare që u ndeshën në laboratorin ekzistues, ndërsa kapacitetet njerëzore u zhvilluan vitet e fundit kur metoda po aplikohet dhe pilotohet në shkallë të kufizuar.

Më poshtë po paraqesim një vlerësim të kapaciteteve dhe proceseve të laboratorit HPV gjatë vitit të parë të zhvillimit të programit, i strukturuar sipas elementëve të rëndësishëm të proceseve: infrastruktura, pajisjet, personeli dhe procedurat.

1. Mjedisi fizik, infrastruktura, pajisjet dhe kapaciteti i ruajtjes në laboratorin e HPV-së

Mjedisi fizik dhe infrastruktura

Në mënyrë që të garantohej mjedisi fizik dhe infrastruktura e nevojshme për komponentin laboratorik të programit, u shqyrtuan disa hapësira fizike në ISHP dhe u skicua një projekt për rindërtimin e tyre në përputhje me kërkesat e një laborator kombëtar depistimi. Për shkak se nuk u arrit që ky projekt të realizohej në kohën e duhur, atëherë u bë modifikimi dhe përshtatja e Laboratorit të Biologjisë Molekulare (LBM) në ISHP, si vijon:

Për fazën para-analitike të testimit:

Dhoma 1: Pritja e mostrave, regjistrimi dhe ruajtja

Dhoma 2: Denatyrimi i mostrave dhe ruajtja

Dhoma 3: Përgatitja e mostrave dhe reagentëve për testim

Për fazën analitike të testimit:

Dhoma 4: Analiza e mostrave

Për fazën pas-analitike të testimit:

Dhoma 5: Validimi i rezultateve dhe përgatitja e raporteve

Pajisjet

Laboratori i Biologjisë Molekulare në ISHP ka një përvojë 8 vjeçare në testimin e HPV-së. Laboratori ka një sistem automatik Qiagen për testimin e HPV-së (*digene Rapid Capture System*) me kapacitet të lartë testimi dhe kontroll cilësie, me teknologji Hybrid Capture (HC2).

Për të qenë në linjë me standardet ndërkombëtare, si dhe për sigurimin e cilësisë së procesit, duhet të investohet për forcimin e infrastrukturës mbështetëse të laboratorit. Përparësi duhet të ketë përmirësimi i sistemit ftohës të laboratorit për ruajtjen e kiteve të depistimit dhe ruajtjen e mostrave para dhe pas testimit.

Gjithashtu, nevojitet një vaskë uji me vëllim të madh për procesin e denatyrimit të mostrave.

Kapaciteti ruajtës

Aktualisht, LBM ka jashtë përdorimi të gjithë frigoriferët + 4°C si dhe një ngrirës - 80°C. Ka vetëm një ngrirës - 20°C të disponueshëm për programin e depistimit, i cili është i pamjaftueshëm për ruajtjen e të gjitha mostrave gjatë fazave para-analitike dhe analitike të testimit.

2. Stafi teknik

Stafi teknik i përfshirë në procesin e testimit laboratorik për programin e depistimit, mbështetur në rrjedhën e punës dhe sasinë e mostrave për testim, duhet të ketë përbërjen e mëposhtme:

- Një (1) specialist të biologjisë molekulare me titull doktor, me një përvojë mbi 10 vjeçare në fushën e Diagnostikimit Molekular dhe në menaxhimin e një laboratorit të biologjisë molekulare.
- Katër (4) teknikë laboratorit të specializuar për laboratorët e mikrobiologjisë dhe biologjisë molekulare.

Gjatë këtij viti, programi kombëtar i depistimit shfrytëzoi stafin ekzistues të LBM-së, pa angazhuar persona shtesë. Stafi i LBM ka përbërjen e mëposhtme:

Stafi i LBM	Specializimi	Koha e punës në NCCSP (%)
Shef laborator	Biolog molekular/ Mjek gjenetist	80%
Specialist	Biolog molekular	30%
Specialist	Mikrobiologji	30%
Teknik	Laborator mikrobiologjie	80%

LBM është i vetmi laborator i ISHP-së që ka vetëm një teknik laborator në strukturë. Përfshirja e LBM-së në programin kombëtar të depistimit ka shtuar volumin dhe ngarkesën e punës për stafin ekzistues. Për këtë arsye, rekomandojmë që të angazhohet personel shtesë (të paktën 3 teknikë laborator të angazhuar me programin).

LBM varet nga Sektori i Laboratorëve të Referencës për Sëmundjet Ngjitëse, pranë Departamentit të Laboratorëve Kombëtarë të Referencës (ISHP), por njëkohësisht ai bashkëpunon me Departamentin Monitorimit të Sëmundjeve Kronike dhe Shëndetit Publik (ISHP) për programin kombëtar të depistimit. Për të lehtësuar procedurat e punës dhe komunikimit, do të ishte e këshillueshme që LBM, njëkohësisht Laborator Kombëtar për Depistimin e HPV-së, të organizohet si sektor më vete.

3. Procedurat laboratorike

Procedurat Standarde të Operimit (PSO)

Që prej nisjes së programit kombëtar të depistimit në shkurt 2019, LBM ka rishikuar dhe përshtatur PSO-të e mëposhtme:

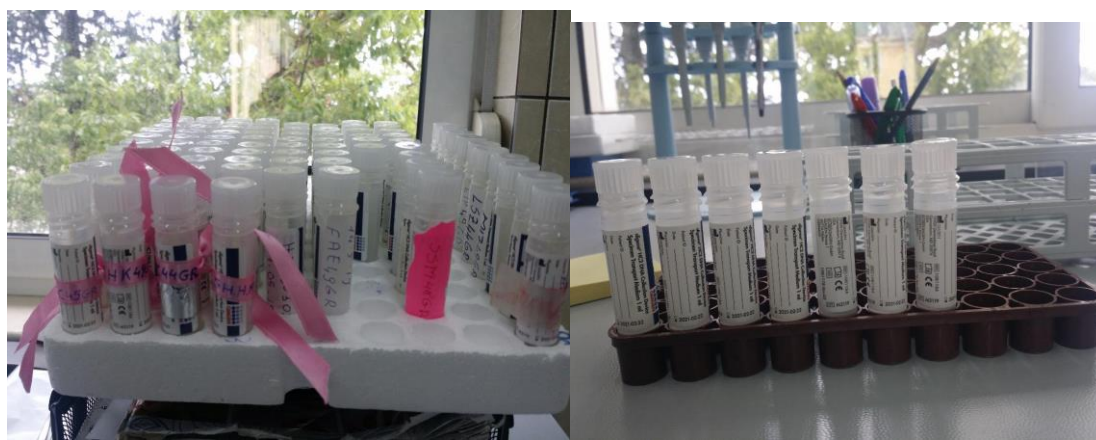
- Marrjen e mostrave;
- Transportin e mostrave;
- Pritjen dhe regjistrimin e mostrave në laborator;
- Përpunimin dhe ruajtjen e mostrave para testimit;
- Testimin e HPV-së me metodën HC2;
- Vlerësimin e rezultateve dhe dhënien e përgjigjeve;

- Trajtimin e mbetjeve;
- Përgatitjen e reagentëve;
- Përdorimin e sistemeve të ftohjes;
- Ruajtjen e mostrave pas testimit.

Mbledhja e mostrave

Mostrat për testimin e HPV-së në programin kombëtar të depistimit të kancerit të qafës së mitrës merren nga vetë personat. Protokoli i marrjes dhe etiketimit të mostrave u shpjegua me hollësi gjatë trajnimit të personelit shëndetësor të përfshirë në program. Megjithatë, mbi 1% e mostrave nuk u morën siç duhet, duke rezultuar të papërshtatshme për testim të mëtejshëm. U vu re etiketim i pasaktë në më shumë se 40% të mostrave totale, duke vështirësuar identifikimin e tyre. Rekomandohet që Qendrat e Kujdesit Shëndetësor (QKSH) të pajisen me program kompjuterik për regjistrimin automatik të barkodit të mostrave.

Në fotografitë e mëposhtme tregohen raste të etiketimit të gabuar:

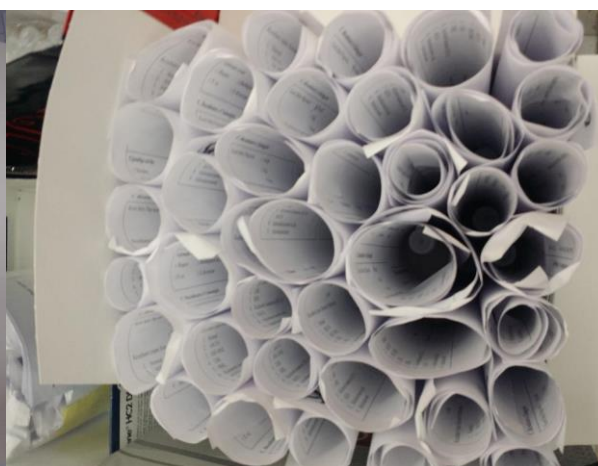




Transporti i mostrave

Transporti i mostrave në laborator dhe dhënia e rezultateve laboratorike ka qenë e vështirë gjatë këtij viti. Mjekët e familjes dhe infermieret janë trajnuar me hollësi për procesin. Megjithatë, shumë nga mostrat kanë ardhur në laborator jashtë limitit kohor (3 javë) të caktuar në protokoll (3, 5 ose 6 muaj nga marrja e tyre).

Transporti i mostrave është kryer në mënyrë rrethanore nga QKSH, shpesh në mënyra të pasakta dhe kaotike, siç tregohet në fotografitë e mëposhtme. Në të ardhmen, rekomandohet blerja e mbajtëseve statikë dhe kutive nga buxheti i Njësive Lokale të Kujdesit Shëndetësor.



Regjistrimi i mostrave

Regjistrimi i mostrave në laborator bëhet në mënyrë manuale, një metodë që kërkon një kohë të gjatë dhe është e papërshtatshme për një program depistimi ku ngarkesa e punës është

shumë e lartë. Rekomandohet përdorimi i një programi kompjuterik për regjistrimin automatik të barkodeve.

Ruajtja e mostrave

Pas regjistrimit, mostrat ruhen në temperaturë -20°C deri në procesin e testimit. Problemet me ruajtjen e mostrave u diskutuan më lart.

Testimi HPV dhe raportimi i rezultateve

Testimi HPV realizohet me anë të *Digene Rapid Capture System* (Qiagen) mbështetur në teknologjinë HC2 dhe i aprovuar nga FDA. Sistemi analizon 352 mostra në 4.5 orë.

Çdo grua e testuar ka marrë rezultatin brenda tre javëve nga procesi i mbledhjes së mostrës. Rezultati jepet në formë të shkruar. Rezultatet e testit merren në LBM nga një person i autorizuar i QKSH ose dërgohen me postë. Do të ishte shumë më tepër e shpejtë dhe efiçiente nëse do të bëhej referimi automatik i rezultateve nga laboratorit qendror tek QKSH-të (mjeku i familjes) me anë të një sistemi kompjuterik të informatizuar.

Sistemi i informacionit

Ekziston një sistem informacioni i thjeshtë si në laboratorin e HPV-së edhe në qendrat e kujdesit shëndetësor, por nuk janë të lidhur me njëri-tjetrin dhe nuk përdorin të njëjtin program kompjuterik.

Një Sistem Informacioni, i aksesueshëm nga të gjithë aktorët dhe strukturat brenda programit kombëtar të depistimit, është një nga sfidat më të rëndësishme si për laboratorin, ashtu edhe për të gjithë komponentët e programit. Ky sistem duhet të mbledhë informacionin në pikat e kujdesit shëndetësor lokal me anë të formularëve ose regjistrave të grave, dhe më pas duhet të kalojë tek laboratorit qendror dhe koordinatori i programit për monitorimin e rezultateve të testit dhe synimet e mbulimit të programit. Gjithashtu, sistemi i informacionit mund të përdoret për vlerësimin e cilësisë së testit HPV.

Sistemi i sigurimit të cilësisë

Vendosja e një sistemi të sigurimit të cilësisë është thelbësore për laboratorin e HPV-së, i cili duhet të regjistrohet në një organizëm të njohur botërisht të certifikimit të cilësisë/vlefshmërisë (p.sh., CAP, NEQAS, QCMD).

Aneksi 1

Komente nga gratë pozitive me Hr HPV që morën pjesë në anketën e vlerësimit

- Testi ishte shume i dobishem per mua
- Rikontroll pas 3-muajsh
- U Shqetesova shume nga Rezultati i HPV por u qetesova pasi kolposkopia me doli negative
- Gjinekologia rikontroll pas 3 - muajesh
- U tremba shume nga pergjigjja sa kam frike te shkoj te bej kolposkopine
- E lumtur qe po i kushtohet rendesi problemeve te grave dhe qe motivohen te kontrollohen.
- Kam permiresime
- Gjate plotesimin te pyetesorit erdhi burri i cili nuk e lejoi gruan te vazhdonte
- Te behen depistime dhe per mosha te tjera grash
- Jam e kenaqur qe nga fillimi i ketij testimi deri ne fund. Ju falenderoj!
- Kontrolle te tjera te metejshme
- Kam permiresime
- te vazhdoj perseri dhe te na thone ku te shkojm pas rezultatit pozitiv
- HPV duhet te behet ne cdo grua pasi eshte nje ekzaminim shume i thjeshte dhe mund te na shpetoje jeten
- Te ofrohen analiza te tjera sic jane markuset tumorale falas ne Q.Sh
- Te behen sa me shpesh keto testime.
- Te ofrohen analiza te tjera sic jane markuset tumorale falas ne Q.Sh
- jam shume e kenaqur nga sherbimi shendetesor
- Jam Shum e kenaqur me testimin falas e mbi te gjitha qe na ofrohet ne shtepit tona. Ju falenderoj!
- te behet perseri
- Deshiroj testime te metejshme
- jam e kenaqur nga sherbimi shendetesor
- Skam vendosur akoma se ku do ta kryej Kolposkopine
- Mbas kolpskopis me doli negative pergjigjja
- Pas rezultatit pozitiv te dime ku te shkojme
- Planifikoj te shkoj se shpejti ne Greqi te bej egzaminimet e nevojshme
- Jam shume e kenaqur me sherbimin e ofruar falas. Shpresoj te riofrohet serish.
- Te ofrohen depistime dhe per mosha te tjera grash
- Te keshillohemi me shume pas rezultatit
- U shqetesova shume nga Rezultati i HPV por u qetesova pasi kolposkopia me doli negative
- jam shume e kenaqur

- Jam shumë e kenaqur si me testimin ashtu dhe me stafin mjekesor qe me ka sherbyer. Ju faleminderit!
- Kontrolle te metejshme te gjenekologu ne Tirane
- Te rekomandohet nje vend specifik ku te shkojme mos qe mos te perfundojm te privati qe para se te kryej kolposkopin te bene testimet te tjera dhe thote shikojm per kolposkopin
- Testi i HPV ishte i sakte pasi edhe kolposkopia me doli pozitive.
- Te behet me shpesh dhe pa kufi moshe, te perfshihen edhe mosha te ndryshme.
- Ju falenderoj per mundesin qe na keni dhene duke na ofruar testimin falas.
- Mbas kolposkopis me doli negative pergjigja
- Jam shume e kenaqurme kete depistim dhe me sherbimin mjekesor si nga paresori ashtu dhe nga mjeket specialist. Edhe pas Pap Testit dola negative jam e qete dhe vazhdoj nje jete normale por do bej rikontrolle te herepashershme, prandaj ju lutem na riorroni testimin serish falas.
- Faleminderit me sherbeu per diagnostikimin e hershem te kancerit
- Mbas kolposkopis me doli negative pergjigja
- Kam permiresime
- jam shume e kenaqur nga sherbimi shendetesor
- Te riorronet sherbimi i testimit.
- te behet per me shume gra
- Une konfirmova problemin qe isha ne djeni, te ndihmohen dhe te tjerat si une
- Te mos zgjatet kaq shume koha e pergjigjes se testimit te HPV
- Nuk ka bere asnje lloj kontrolli qe pas referimit per kolposkopi
- Ju falenderoj per kete mundesi qe na keni ofruar me u testu falas. Jam shum e kenaqur.
- Nuk ka bere asnje lloj kontrolli qe pas referimit per kolposkopi
- Pap testi me doli Negativ dhe gjinekologu me rekomandoi rikontroll per 3 muaj
- Ndihej mire pas trajtimit
- Kolposkopia ne maternitetin e Korces nuk funksionon dhe detyrohem te shkojme ne privat.
- Shpresoj qe te ofrohen edhe testimet e tjera po falas sikurse dhe testimi i HPV-se.
- Fushate sensibilizuese me te shpeshta
- E perjetova shume keq pergjigjen dhe kam frike te bej kolposkopine
- Kontrolle te tjera te metejshme te gjenekologu ne Tr
- Jam e kenaqur me testimin.
- Pergjigja e Kolposkopise me doli negative
- Jam e kenaqur e kenaqur me sherbimin be pergjithesi
- Kontrolle te tjera te metejshme
- Nuk kam ndonje koment ne lidhje me permiresimin, vetem falenderim per mundesin e testimit falas.
- Te behem sa me shpesh kontrolle te ofruara nga Q.Sh.
- Ndjekja te mos lihet deri tek rezultati

- Te behem sa me shpesh kontrolle te ofruara nga Q.Sh dhe informimi i grave ne lidhje me shendetin
- Te behet per te tjera gra
- Te ofrohen analiza te tjera sic jane markuset tumorale falas ne Q.Sh
- Asgje e lash me kaq
- Te behem sa me shpesh kontrolle te ofruara nga Q.Sh.
- Kontrolle te metejshme te ginekologu
- Duhet te funksionoj Kolposkopia ne qytetin e Korces
- Kam shume frike mos me zhvillohet kancer
- Ju falenderoj per mundesin qe na ofruat kete testim falas.
- Shpresoj te ofrohen falas edhe testimet e tjera afer zones ku ne banojme. Jam shum e kenaqur me sherbimin.
- Tebehet per me shume gra. Faleminderit
- Jam e kenaqur me sherbimin e personilit mjekesor, ishin nje numer i kufizuar grash, ndaj te shtohet numri i grave per testim.
- Testimi ishte shume i mire e duhet te vazhdoje te behet per te gjitha grate
- Kolposkopia ne maternitetin e Korces nuk funksionon dhe detyrohemi te shkojme ne privat.
- Te informohet popullata per parandalimin e kesaj semundjeje te rrezikshme.
- Mbas kolpskopis me doli negative pergjigja
- Te behen sa me shume testime te tilla me qellim qe te parandalohet semundja.
- Kontrolle te tjera te metejshme te gjenekologu ne Tirane
- Te ofrohen sa me shume nga Q.Sh depistime
- Nuk kam besim tek testi
- Nuk ka vend per komente mbi perpmiresimin, vetem shpresoj qe te ri ofrohet si sherbim.
- Dihet nga te afermit qe ka dal pozitiv per kancer dhe po trajtohet jashte vendit (itali)
- Temos lihet me kaq
- Te kemi sa me shume informacion me ecurine dhe ndjekjen
- Jam shum e kenaqur me testimin dhe komplet sherbimin. Ju falenderoj per mundesin qe na keni ofruar.
- Nuk ka vend per permiresim. Thjesht ju falenderoj per mundesin qe na dhate duke kryer kete testim falas dhe afer shtepis tone.
- Te ndihmohemi pas marjes se rezultatit dhe te behet prape per te tjera
- Nuk ka vend per permiresim, jam shume e kenaqur me testimin e ofruar falas. Shpresoj te vazhdoj cdo vit edhe me moshat e tjera.
- Te realizohen depitime ne Q.Sh
- Planifikoj te shkoj se shpejti ne Greqi ose Maqedoni te bej egzaminimet e nevojshme
- Te dime ku te shkojm dhe te behet me shume per personat me probleme ekonomike si une

Aneksi 2

SKEDA PERSONALE E GRUAS

Nr. i kartës identitetit | _ | _ | || _ | _ | || _ | _ | _ | _ | || _ | _ |

Kodi i gruas* _____

Rrethi _____ **Fshati** _____

Data e marrjes së mostres | | | | | | | |

Qendra Shëndetësore Nr._____

Data e ardhjes në laborator | | | | | | | |

Mjeku raportues_____

Kodi i Laboratorit_____

A. Të dhëna social-demografike

B. Sjellje të jetës seksuale

Emër Atësi.....

Mbiemër.....

Mosha | | | vjeç

Vendbanimi.....

Datëlindja | | | | | | | | | |

Nr. Telefoni.....

Arsimimi:

☐ Pa arsim ☐ 8-vjeçar ☐ Fillor

☐ I mesëm ☐ I lartë

Profesioni

Punon ☐ PO JO ☐

Gjendja civile:

☐ Beqare ☐ Bashkëjeton në çift ☐ E martuar

☐ E ve ☐ E divorcuar ☐ Të tjera

Mosha e menstruacioneve	___ vjeç
Mosha e menopauzës	___ vjeç
Mosha e raportit të parë seksual	___ vjeç
Mosha e shtatzanisë së parë	___ vjeç
Numri i shtatzanive	___
Numri i aborteve të vullnetshme	___
Partneri i bërë synet	☐ PO ☐ JO
Pi duhan	☐ PO ☐ JO
Përdor kontraceptivë	☐ PO ☐ JO
Nëse PO cfarë:	
▪ Oralë	☐
▪ Intrauterinë	☐
▪ Kondomë	☐

C. Rezultatet e Citologjisë

Keni bërë Pap-test ☐ Asnjë

☐ Një

☐ Disa

Rezultatet (sipas Sistemit të Bethesdes):

1. Normal ☐
2. ASCUS ☐
3. ASC-HSIL ☐
4. LSIL ☐
5. HSIL ☐
6. Kacinomë skuamoze (SCCA) ☐
7. AGUS ☐
8. Adenokarcinomë in situ ☐
9. Adenokarcinomë ☐

***Kodi i gruas do të jetë i përbërë nga:**

Shkronja e parë e Emrit.....(Ana).....**A**

Shkronja e parë e emrit të Babait.....(Lin).....**L**

Shkronja e parë e Mbiemrit.....(Bushi).....**B**

Mosha.....**45**

Inicialet e rrethit.....(Tiranë).....**TR**

ALB45TR

Aneksi 3



Programi Kombëtar i Depistimit të kancerit të qafes së mitres

PYETESOR MBI VLERESIMIN E PROGRAMIT

VETEM PER GRATE QE KANE REZULTUAR POZITIVE NE TESTIN PRIMAR TE Hr-HPV

Data do të plotësohet nga shërbimi shëndetësor

Data e plotësimit _____

Qendra shëndetësore ku gruaja është testuar _____

Rrethi _____

E dashur pjesëmarrëse,

Me qellim që të përmiresojmë shërbimet e parandalimit të kancerit të qafes së mitres, Instituti i Shëndetit Publik, kryen këtë vlerësim për të kuptuar me mirë mbarevajtjen e programit dhe efikasitetin e shërbimeve gjatë vitit të parë të zbatimit të tij.

Ky pyetësor është anonim (nuk duhet emri juaj) dhe përgjigjet tuaja do të përdoren vetëm vetëm për qëllime studimi. Ky vlerësim do të marrë 1-20 minuta për t'u plotësuar.

Ju faleminderit për bashkëpunimin në këtë vlerësim!

Te dhëna të përgjithshme

Te dhëna demografike	
Mosha ☐ ☐ Vite	Shkollimi ☐ Nuk ka përfunduar 8-vjeçare ☐ Ka përfunduar 8-vjeçare ☐ Ka përfunduar të mesme ☐ ka përfunduar universitet
Statusi civil ☐ Beqar ☐ Martuar ☐ Divorcuar ☐ E ve	Punesimi ☐ Punesim sektori publik ☐ Punesim sektori privat ☐ Pune pa pagesë shtëpi ☐ Pa pune
Semundje kronike ☐ Po ☐ Jo	Distanca nga qendra shëndetësore ☐ ☐ Në minuta
Nese po cila _____	

Te dhena mbi pervojen lidhur me testimin per HPV ne qendren shendetsore

1. A kishit degjuar per parandalimin e kancerit te qafes se mitres para testimit ? ☐ Po ☐ Jo

2. A kishit degjuar per virusin e Papilomes njerezore (HPV) para testimit ? ☐ Po
☐ Jo

3. Kishit kryer me pare nje ekzaminim per qafen e mitres? ☐ Pap test
☐ HPV
☐ Ekzaminim gjinekologjik

4. Nese po, para sa kohesh ☐ ☐ Muaj

4. Kush ju informoi per te shkuar per kryerjen e testimit? ☐ Mjekja
☐ Infermierja
☐ Tjeter

5. Si ju informuan per te shkuar per kryerjen e testimit? ☐ Telefon
☐ Vizite ne shtepi
☐ Gjate nje vizite ne qender
☐ Nepermjet nje te afermi
☐ Tjeter _____

6. Pas sa kohesh nga momenti i informimit shkuat per testim ? ☐ ☐ Dite

7. Kur shkuat per testim kush ju priti dhe keshilloi ? ☐ Mjekja
☐ Infermierja
☐ Tjeter _____

8.1 Sa kohe zgjati instruksioni/keshillimi para testimit? ☐ ☐ Minuta

8.2 Sa kohe zgjati instruksioni/keshillimi pas testimit? ☐ ☐ Minuta

9. A ju keshilluan mbi keto ceshtje ? ☐ Si te merrni mostren vaginale
☐ Per se sherben testi
☐ Tjeter _____

10. I kerkuat mjekut qe tua merrte ai mostren vaginale ? ☐ Po ☐ Jo

11. Nese jo, ku vendoset ta merni vete mostren vaginale ? ☐ Ne qendren shendetsore (nje dhome)
☐ Ne qendren Shendetsore (tualet)
☐ Ne shtepine tuaj
☐ Tjeter _____

12. Nese e moret mostren ne qendren shendetesore,
si ishin kushtet. Nga 1 (keq) ne 5 (mire) ? ☐ Vendos nje numer nga 1 ne 5
13. Nese e moret mostren ne shtepi,
Pas sa ditesh e dorezuat ne qendren shendetsore ? ☐ ☐ Dite
14. Ishte marrja e mostres e thjeshte? ☐ Shume ☐ Pak ☐ Aspak
15. Ishte marrja e mostres e dhimbshme? ☐ Aspak ☐ Pak ☐ Shume

Te dhena mbi marrjen e rezultatit

16. Pas sa kohesh morret pergjigje mbi rezultatet e tesimit ? ☐ ☐ Minuta
17. Ne c'menyre u kontaktuat per kete ? ☐ Telefon
☐ Vizite ne shtepi
☐ Gjate nje vizite ne qender
☐ Nepermjet nje te afermi
☐ Tjeter _____
18. Pas sa kohesh nga informimi shkuat per rezultatin? ☐ ☐ Dite
19. Kur shkuat per rezultatin kush ju priti dhe keshilloi ? ☐ Mjekja
☐ Infermierja
☐ Tjeter _____
20. Sa kohe zgjati keshillimi mbi rekomandimet? ☐ ☐ Minuta
21. A ju keshilluan mbi keto ceshtje ? ☐ Te shkoni per kolposkopi te
gjinekologu ☐ Informacion mbi infeksionin nga
HPV ☐ Informacion mbi spitalin ku te
shkoni ☐ Informacion mbi kolposkopine
☐ Informacion mbi lezionet
gjinekologjike
☐ Te drejten per intimitet mbi
rezultatin

- ☐ Tjeter _____
22. Ne opinionin tuaj, ishte keshillimi i mjaftueshem? ☐ Po plotesisht ☐ Deri diku ☐ Jo
22. A follet mbi rezultatet me persona te tjere? ☐ Po ☐ Jo
23. Nese po me cilin? ☐ Bashkeshortin
☐ Prinderit/motrat/vellezerit
☐ Shoqe/miq
☐ Tjeter _____
24. Patet shqetesime emocionale lidhur me rezultatin? ☐ Po ☐ Jo
25. Nese po, rendisni nga 1 (pak) ne 5 (shume) ☐ Vendos nje numer nga 1 ne 5

Te dhena mbi ekzaminime te metejshme

26. E kryet kolposkopine pas informimit mbi infeksionin HPV? ☐ Po ☐ Jo
27. Nese jo per c'arsye? ☐ Planifikoj te shkoj se shpejti
☐ Skam kohe. E zene me pune
☐ Nuk ja vlen. Nuk besoj te spitalet
☐ Nuk e di ku te shkoj
☐ Eshte shume larg
☐ Kushton shume
☐ Kam frike
☐ Nuk me lejojne
☐ Tjeter _____
28. Nese po ku e kryet? ☐ Spitali Koco Gliozheni (Tirane)
☐ Mbreteresha Geraldine (Tirane)
☐ Spital Rajonal _____
☐ Spital privat _____
☐ Jashte shtetit _____
☐ Tjeter _____
29. Pas sa kohesh nga rekomandimi shkuat per kolposkopi? ☐ ☐ Dite
30. Cili ishte rezultati i kolposkopise? ☐ Negativ
☐ Pozitiv (lezione intraepiteliale)
☐ Nuk e di

31. Nese mundeni, vendosni rezultatin specifik.

32. A ju keshilloi gjinekologjia mbi keto ceshtje ?

- ☐ Lezionet gjinekologjike ne kolposkopi
- ☐ Para-kancerin dhe kancerin
- ☐ Ku te kryeni teste te metejshme
- ☐ Monitorimi afatgjate shume vjecar
- ☐ Kostot e testimeve
- ☐ Tjeter _____

33. Nese negativ, ju keshilluan te riktheheni per monitorim?

☐ Po ☐ Jo

34. Nese po pas sa kohesh ?

☐ ☐ Vjet ☐ ☐ Muaj

35. Ju keshilloi gjinekologjia testime/analiza te tjera?

☐ Po ☐ Jo

36. Nese po, cilin?

- ☐ Pap-test/citologji
- ☐ Nje test HPV tjeter (per tipizim)
- ☐ Biopsi
- ☐ Tjeter _____

37. Sa kohe zgjati ekzaminimi gjinekologjik/ rekomandimet?

☐ ☐ Minuta

38. Sa kohe zgjati pritja para takimit me mjekun?

☐ ☐ Minuta

39. Kryet testime te tjera te rekomanduara nga gjinekologu?

☐ Po ☐ Jo

40. Nese po, cilin?

- ☐ Pap-test/citologji
- ☐ Nje test HPV tjeter (per tipizim)
- ☐ Biopsi
- ☐ Tjeter _____

41. Nese jo, per c'arsye ?

- ☐ Planifikoj te shkoj se shpejti
- ☐ Nuk e di ku te shkoj
- ☐ Kushton shume
- ☐ Kam frike
- ☐ Tjeter _____

42. Ju kane rekomanduar trajtim/mjekim?

☐ Po ☐ Jo

43. Nese po cilin?

44. Vleresoni sherbimin gjinekologjik dhe testimet e tjera
me nje numer nga 1 (keq) ne 5 (mire)

☐ Vendors nje numer nga 1 ne 5

45. Komentet, propozimet per permiresim

Ju falemnderit.

Aneksi 4

Pyetje per informuesit kyç

Organizimi

A gjurmon sistemi grate qe kerkojne folloë-up

Pengesa finaciare, gjeografike dhe administrative lidhur me depistimin, diagnozen dhe trajtimin

Cilesia e grumbullimit te mostrave dhe transporti

Cilet jane anet e forta te programit. Cilat jane pikat e dobeta te programit

Aksesi ne sistem. Ndjekja e metejshme e grave pozitive

Kush kryen sherbimet e depistimit primar,

Si u identifikuan dhe u ftuan grate per depistim,

Si mund te permiresohet identifikimi i popullates target

Ku kryhet testimi, ne QSH, shtepi.

A jane trajnuar personeli shendetesor

Si eshte cilesia e ekzaminimit gjinekologjik, si mund te permiresohet

Sa eshte mesatarja ne kohe per kthimin e pergjegjeve te testit,

Kush i fton grate per rezultatet dhe ja komunikon pergjigjet, ai merr gruaja pergjigjet, dhe a keshillohet per me tej

Cilesia e grumbullimit te mostrave dhe cilesia e informacionit

Probleme lidhur me kodet ne kite, shenimi mbi to, skedat

Sistemi i nformacionit

Si funksionon kodi identifikues

Si grumbullohet informacioni per depistim dhe folloë up

Pengesat, sfidat, e monitorimit të të dhënave

Konkluzione/ komente/rekomandime

