

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Eugena Tomini

Anëtarë:

**Alban Ylli, Dritan Ulqinaku, Silvia Bino,
Lindita Molla, Gentiana Qirjako**

Redaktore shkencore:

Eni Tresa

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktore letrare:

Glediona Tola

ISBN: 978-99956-32-59-5

**Buletini i
Institutit të
Shëndetit Publik**

Nr. 1-2025

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 1-2025

EDITORIAL

Eni Tresa

Europeanizimi i Politikave Shëndetësore të Ballkanit Perëndimor.....7

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Romina Hala, Rudina Çumashi, Gentiana Qirjako, Alban Ylli1, Eugena Tomini

Të kuptuarit e rolit të sjelljes dhe kulturës në depistimin e kancerit të gjirit në kuadër të fushatës “tetori rozë”.....11

RISHIKIM I LITERATURËS

Rustem Paci

Vlerësimi i dozave të rrezatimeve jonizuese i lidhur drejtpërdrejt me efektet në shëndetin publik19

RAPORTE TË SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE

Herion Muja, Romina Hala, Besjan Elezaj, Rudina Çumashi, Gentiana Qirjako

Sistemi i monitorimit për gjendjen e ushqyerjes dhe praktikave rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç në Shqipëri.....27

EDITORIAL

EDITORIAL

EUROPIANIZIMI I POLITIKAVE SHËNDETËSORE TË BALLKANIT PERËNDIMOR

Eni Tresa ¹

Departmenti i performancës së Shëndetit Publik dhe Sëmundjeve Kronike

1 Instituti i Shëndetit Publik

Ballkani Perëndimor (BP) është një rajon kompleks që ka kaluar përmes luftrash dhe konfliktesh.¹ Pavarësisht kësaj, vendet e BP ndajnë aspiratën e përbashkët për anëtarësim në Bashkimin Evropian.

Sikurse ish-president Sllovak Rudolf Schuster ka thënë:

“Duhet të kujdesemi që të shohim të gjithë qytetarët tanë që hipin në trenin e Bashkimit Evropian, - në mënyrë që të mos e shndërrojmë atë në një privilegj vetëm për më të pasurit.”

Procesi i Europianizimit përkufizohet si:

“Institucionalizimit të rregullave formale dhe jo formale, procedurave, paradigmave, mënyrat e bërjes së gjërave”, normave e besime të cilat në fillim konsolidohen në bërjen e rregullave të BE-së e më pas inkorporohen në diskurset e brendshme, strukturat politike dhe politikat publike të vendeve të tjera.”²

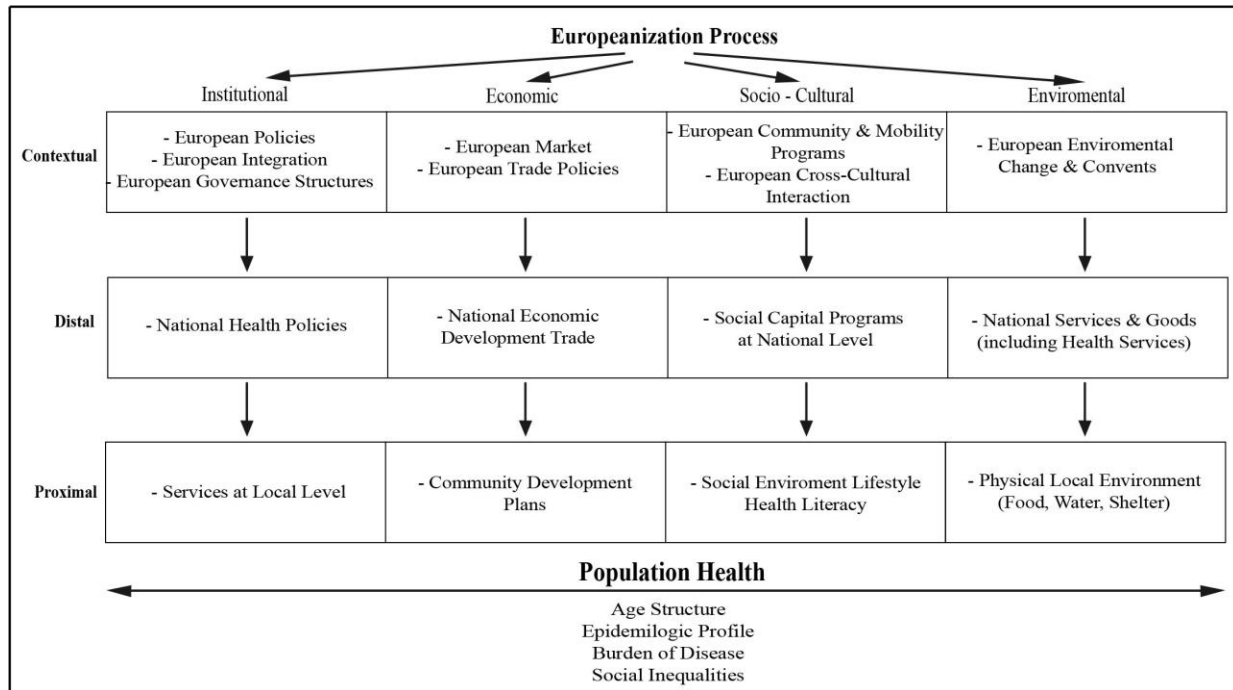
Radaelli 2003

Procesi i integritetit evropian shoqërohet me ndryshime të traktateve, zgjerime të mëdha dhe iniciativa të mëdha politike.³ Bashkimi Evropian pritet të ndikojë në shtetet anëtare të reja dhe vendet që kërkojnë anëtarësim, jo vetëm në fushat ekonomike dhe politike, por edhe në politikat e Shëndetit Publik.^{4,5} Siç thuhet në Traktatin e Maastrichtit, BE-ja kontribuon në një nivel të lartë në mbrojtjen e shëndetit të qytetarëve të saj.⁶ Acquis communautaire (kushtet e anëtarësimit) sipas të cilave vendet kandidatë dhe ato me potencial duhet të shkruajnë raportet e tyre të vitit përfshijnë kapitullin e 28-të mbi “Mbrojtjen e Konsumatorit dhe Shëndetit”.⁷

BE ka tri role të ndryshme në politikat e Shëndetit Publik: si një aktor global, si një mbështetës i sistemeve shëndetësore dhe si një rregullator i shëndetit publik. Në raportin e vitit 2014, Komisioni Evropian deklaroi se BE duhet të ketë një rol në forcimin e sistemeve shëndetësore, në reduktimin e pabarazive në qasjen ndaj shërbimeve shëndetësore, në promovimin e koherencës së politikave dhe në mbrojtjen nga kërcënimet globale për

shëndetin.⁸ Po ashtu, BE ka dy lloje ndikimesh në politikat e shëndetit publik: si një aktor ekonomik dhe përmes politikave që synojnë përmirësimin e shëndetit në Europë.⁹

Figura 1 paraqet ndikimin e procesit të Europeanizimit në shëndetin e popullatës¹⁰



Ky model paraqet katër planet kryesore të ndikimit të procesit të europeanizimit: planin institucional, ekonomik, socio-kulturor dhe mjedisor. Në nivelin kontekstual procesi i Europeanizimit ndikon përmes politikave europiane, tregut të përbashkët europian apo programeve të shkëmbimit europian. Në nivelin disal, ky ndikim arrihet nëpërmjet politikave shëndetësore në nivel kombëtar apo ofrimit të shërbimeve shëndetësore e sociale në nivel kombëtar. Ndërkohë, në nivelin proksimal, ky ndikim arrihet përmes planeve të zhvillimit të komunitetit apo mjedisit fizik ku përfshihet uji ose ajri.

Procesi i integritetit pritet të ketë një ndikim thelbësor në 27 fusha të shëndetit për të cilat do të jetë e nevojshme të ketë ndryshime legjislative:

Nr	Kategoria
1	Alkooli.
2	Shëndeti i Kafshëve dhe politikat Fito-sanitare.
3	Transfuzioni dhe siguria e gjakut.
4	Kanceri.
5	Sëmundjet e komunikueshme.
6	Mbrojtja e konsumatorit.
7	Drograt.
8	e-health dhe të dhënat shëndetësore.
9	Shëndeti Mjedsisor.
10	Siguria ushqimore.
11	Dhuna me bazë gjinore dhe diskriminimi ndaj grupeve të

	disavantazhuara.
12	Sistemet e kujdesit shëndetësor dhe shërbimet.
13	Shëndeti në burgje, refugjatet dhe azilkërkuesit.
14	Siguracioni shëndetësor.
15	Shëndeti i personave me aftësi të kufizuara.
16	Shëndeti i personave LGBTQ+.
17	Shëndeti Mendor.
18	Sëmundjet jo të transmetueshme dhe faktorët e rrezikut.
19	Shëndeti dhe siguria në punë.
20	Farmaceutika, medikamentet dhe provat klinike.
21	Legjislacioni në Shëndet Publik, VKM dhe strategji.
22	Sëmundjet e rralla.
23	Shëndeti i pupullatës Rome.
24	Shëndeti seksual dhe riprodhues, HIV/AIDS.
25	Duhani.
26	Transplani i indeve, qelizave dhe organeve.
27	Vaksinimi.

Referenca

1. Kubo K. The Radicalisation and Ethnicization of Elections: The 1990 Local Elections and the Ethnic Conflict in Croatia. *Ethnopolitics*. 2007;6(1):21-41. doi:10.1080/17449050600921173
2. Featherstone K, Radaelli C, eds. *The Politics of Europeanization*. Oxford University Press; 2003.
3. Begg I. *The European Union and Regional Economic Integration. Creating Collective Public Goods – Past, Present and Future.*; 2021.
4. Börzel TA. Towards Convergence in Europe? Institutional Adaptation to Europeanization. *Journal of Common Market Studies*. 1999;37(4):573-596.
5. Anderson P. Alcohol. In: Mackenbach JP, McKee M, eds. *Successes and Failures of Health Policy in Europe*. Open University Press; 2013.
6. McKee, Martin, Maclehoose, Laura and Nolte E. *Health Policy and European Union Enlargement*. Open University Press; 2004.
7. European Commission. *European Neighbourhood Policy and Enlargement Negotiations - Chapters of the acquis - European Commission*. Published 2021. Accessed August 12, 2021. https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/policy/conditions-membership/chapters-of-the-acquis_en
8. Battams S, van SCHAIK L, van de PAS R, Professor A, Research Fellow S. *The EU as a Global Health Actor: Policy Coherence, Health Diplomacy and WHO Reform*; 2014. <http://www.consilium>.
9. Anderson P. Alcohol. In: Mackenbach JP, McKee M, eds. *Successes and Failures of Health Policy in Europe*. Open University Press; 2013.
10. Tresa E, Czabanowska K, Clemens T, Brand H, Babich SM, Bjegovic-Mikanovic V, Burazeri G. Europeanization of health policy in post-communist European societies: Comparison of six Western Balkan countries. *Health Policy*. 2022 Aug;126(8):816-823. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.05.015. Epub 2022 May 25. PMID: 35641326.

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

**TË KUPTUARIT E ROLIT TË SJELLJES DHE
KULTURËS NË DEPISTIMIN E KANCERIT TË GJIRIT
NË KUADËR TË FUSHATËS “TETORI ROZË”**

**Romina Hala ¹, Rudina Çumashi ¹, Gentiana Qirjako ^{1,2}, Alban Ylli ^{1,2},
Eugena Tomini ^{1,2}**

1 Instituti i Shëndetit Publik,

2 Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë Tiranë.

Abstrakt

Ky studim shqyrton ndikimin e faktorëve të sjelljes dhe kulturës në pjesëmarrjen e grave në programet e depistimit të kancerit të gjirit në kuadër të fushatës “Tetori Rozë”. Duke përdorur një pyetësor elektronik, u analizuan perceptimet dhe barrierat që ndikojnë në angazhimin e grave shqiptare në programin e depistimit për ekzaminimin e hershëm të kancerit të gjirit. Rezultatet treguan, se shumica e grave ishin të vetëdijshme për rëndësinë e kontrollit të hershëm, me 66% që kryenin vetëkontroll të rregullt dhe 59% që kontaktonin mjekun specialist. Faktorët mbështetës si përkrahja familjare dhe mungesa e stigmës sociale, ishin faktorë lehtësues për të marrë pjesë në programet e parandalimit, ndërsa distanca e shërbimeve dhe privatësia kishin ndikim kufizues. Studimi sugjeron strategji për të forcuar edukimin dhe përmirësuar aksesin në depistim, me synimin për të reduktuar pabarazitë dhe përmirësuar shëndetin e grave në Shqipëri.

Fjalë kyç: kancer gjiri, faktor sjelljeje, vetëkontroll gjiri.

Hyrje

Kanceri i gjirit është kanceri më i zakonshëm në mbarë botën dhe shkaku kryesor i vdekjes nga kanceri tek gratë. Kanceri i gjirit shkaktoi 670.000 vdekje globalisht në vitin 2022. Përafërsisht gjysma e të gjitha kancereve të gjirit ndodhin tek gratë pa faktorë rreziku specifik përveç seksit dhe moshës. Ai ishte kanceri më i zakonshëm tek gratë në 157 vende nga 185 vende të botës në vitin 2022.¹

Në vendin tonë, në vitin 2022 u diagnostikuan 710 gra me kancer të gjirit në të gjithë vendin ose 50.7 për 100.000 femra, me një rritje prej rreth 9% krahasuar me vitin 2015 (incidenca 46.0 për 100.000 femra). Megjithatë, prej vitit 2017 numri i rasteve të reja të diagnostikuara për herë të parë në gjithë vendin ngelet rreth 710-720 në vit.²

Kanceri i gjirit është një sëmundje në të cilën qelizat anormale të gjirit rriten jashtë kontrollit dhe formojnë tumore. Nëse lihen të pakontrolluar, tumoret mund të përhapen në të gjithë trupin dhe bëhen fatale. Qelizat e kancerit të gjirit fillojnë brenda kanaleve të qumështit dhe/ose lobujve të gjirit që prodhojnë qumësht. Forma më e hershme (in situ) nuk është kërcënuese për jetën dhe mund të zbulohet në fazat e hershme. Qelizat e kancerit mund të përhapen në indet e afërta të gjirit (invazioni). Kjo krijon tumore, që shkaktojnë gunga ose trashje. Kanceret invazive mund të përhapen në nyjet limfatike afër ose në organe të tjera (metastazojnë). Metastazat mund të jenë kërcënuese për jetën dhe fatale.

Shumë faktorë gjatë gjithë jetës mund të ndikojnë në rrezikun e kancerit të gjirit. Disa faktorë nuk mund të modifikohen, të tillë si moshimi ose historia familjare, por disa faktorë rreziku janë të modifikueshëm dhe mund të ndihmojnë në uljen e rrezikut të kancerit të gjirit.

Qëndrimi i shëndetshëm gjatë gjithë jetës mund të ulë rrezikun e zhvillimit të kancerit dhe të përmirësojë shanset për të mbijetuar nga kanceri, nëse ai ekzaminohet në faza të hershme.

Ekzaminimi i hershëm i gjirit nënkupton kontrollimin e gjinjve të një gruaje për kancer përpara se të ketë shenja ose simptoma të sëmundjes, por pjesëmarrja në programet e depistimit shpesh ndikohet nga faktorë të sjelljes dhe kulturës, të tilla si besimet dhe normat shoqërore.

Kuptimi i këtyre faktorëve luan një rol kyç për zhvillimin e strategjive që synojnë rritjen e pjesëmarrjes në programet e depistimit dhe reduktimin e pabarazive.

Materiali dhe metodat

Metodologjia e këtij studimi u bazua në një qasje transversale, duke përdorur një pyetësor elektronik të strukturuar për të vlerësuar sjelljet, perceptimet dhe faktorët kulturorë që ndikojnë në pjesëmarrjen e grave në depistimin e kancerit të gjirit. Ky pyetësor u zhvillua bazuar në literaturën ekzistuese dhe të dhënat u mblodhën në mënyrë anonime për të ruajtur konfidencialitetin.

Studimi u realizua gjatë muajit tetor si pjesë e fushatës kombëtare të ndërgjegjësimit “Tetori Rozë” në vitin 2024 dhe u administrua nga stafi i Njësive Vendore të Kujdesit Shëndetësor (NJVKSH). Pyetësori iu shpërnda 544 grave që përfituan nga shërbimi i mamografisë së lëvizshme i cili organizohet për të ofruar akses më të lehtë në depistimin e grave, që jetojnë në zona kryesisht rurale apo me akses më të ulët.

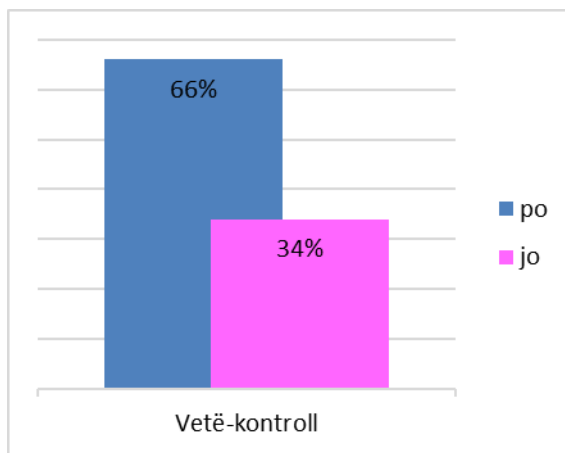
Kampioni u përzgjedh përmes përzgjedhjes sistematike nga regjistrat e mjekëve, duke synuar një

përfaqësim të gjerë gjeografik dhe socio-demografik nga i gjithë vendi. Pyetësi përmbante pyetje të mbyllura që trajtonin faktorë të ndryshëm si njohuritë mbi kancerin e gjirit, qëndrimet ndaj depistimit, ndikimin e normave shoqërore, barrierat psikologjike dhe ekonomike, si dhe nivelin e informimit mbi rëndësinë e ekzaminimit të hershëm të kancerit të gjirit. Të dhënat u analizuan duke përdorur metoda statistikore përshkruese, me qëllim identifikimin e shpërndarjes, frekuencave dhe karakteristikave kryesore të variablave të studimit.

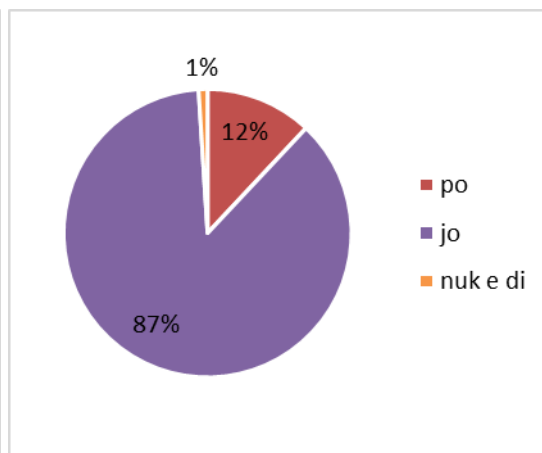
Rezultatet

Prej grave të përfshira në studim, 66% kryenin rregullisht vetëkontroll periodik të gjirit, ndërsa 34% e tyre nuk kryenin vetëkontroll të gjirit (*Grafiku nr. 1*). Pavarësisht se 87% e pjesëmarrëseve nuk kishin histori familjare të kancerit të gjirit, ato vazhdimisht u angazhuan në praktika parandaluese, duke përfshirë vetëkontrollin, ekografinë dhe mamografinë (*Lloji i kontrollit periodik të gjirit* *Grafiku nr. 2*).

Grafiku nr. 1. Lloji i kontrollit periodik të gjirit

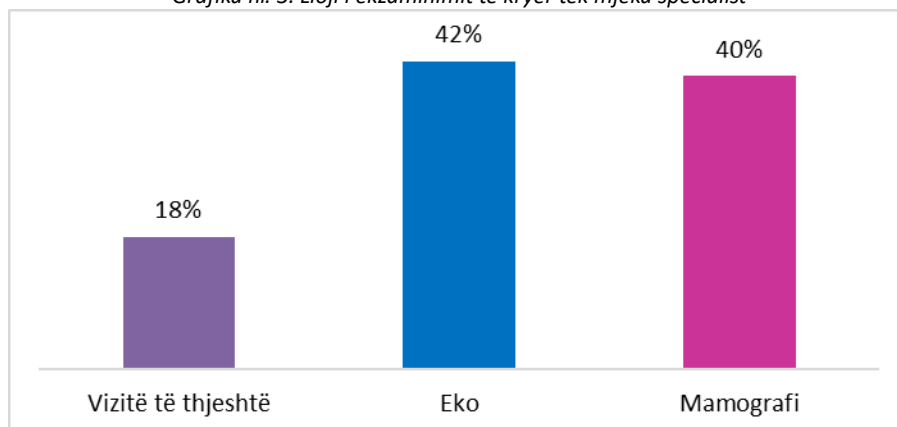


Grafiku nr. 2. Histori familjare me kancer gjiri



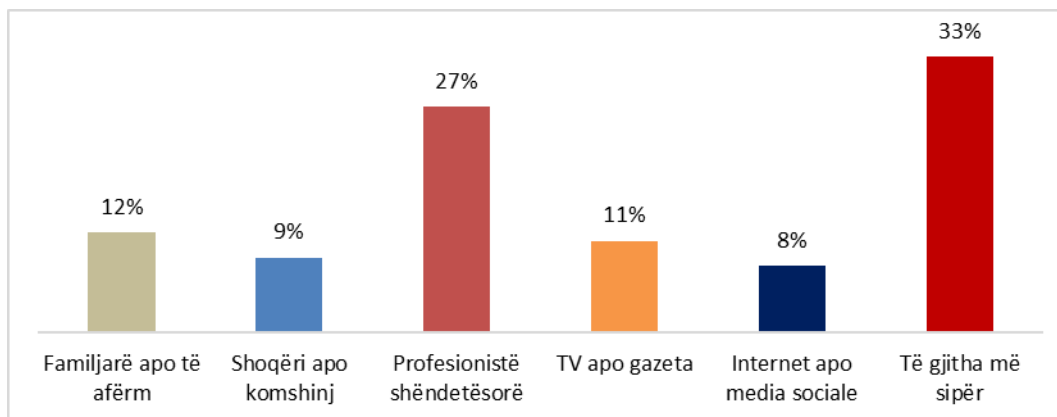
Ndër rezultatet e nxjerra lidhur me llojet e ekzaminimeve, gratë shqiptare deklaruan se 18% e tyre kishin bërë vizitë të thjeshtë tek mjeku, 42% e tyre kishin kryer ekografinë e gjirit, ndërsa 40% e pjesëmarrësve kishin kryer mamografi (*Grafiku nr. 3*).

Grafiku nr. 3. Lloji i ekzaminimit të kryer tek mjeku specialist



Nga studimi rezultoi se burimi kryesor i marrjes së informacionit ishin profesionistët shëndetësorë (27%) edhe pse një shumicë e pjesëmarrëseve në studim (33%) deklaruan se i përdornin të gjitha format e marrjes së informacionit. Përveç profesionistëve shëndetësorë burim informacioni ishin edhe informimi nga të afërmit, shoqëria, TV apo gazetatat, si dhe interneti apo mediat sociale (*Grafiku nr. 4*).

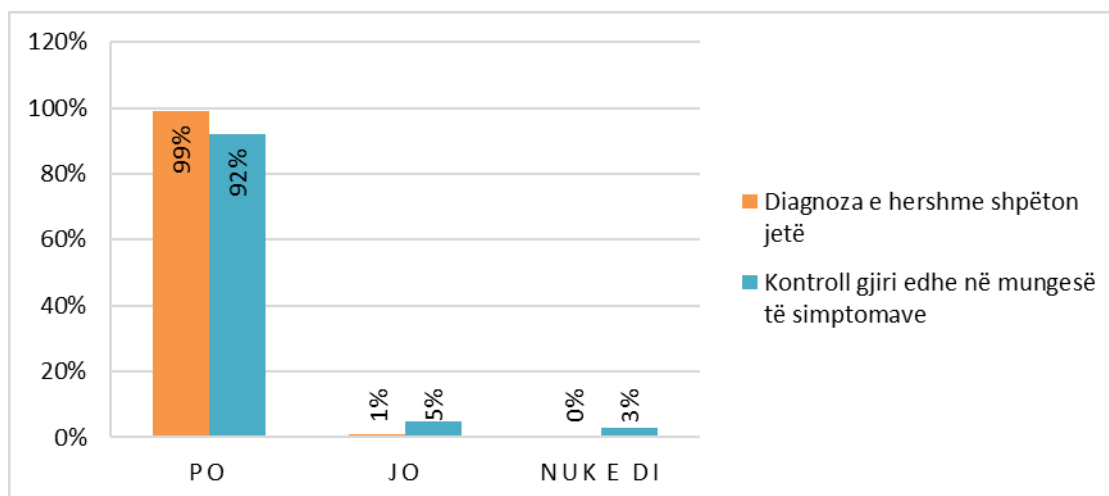
Grafiku nr. 4. Burimet e informacionit lidhur me Kancerin e Gjirit



Nga totali, 99% e grave të përfshira në fushatën e depistimit të kancerit të gjirit besonin se diagnoza e hershme shpëton jetë dhe 92% e tyre pranuan rëndësinë e ekzaminimit periodik të gjirit edhe në mungesë të simptomave të kancerit të gjirit (

Grafiku nr. 5).

Grafiku nr. 5. Rëndësia e ekzaminimit të hershëm të gjirit

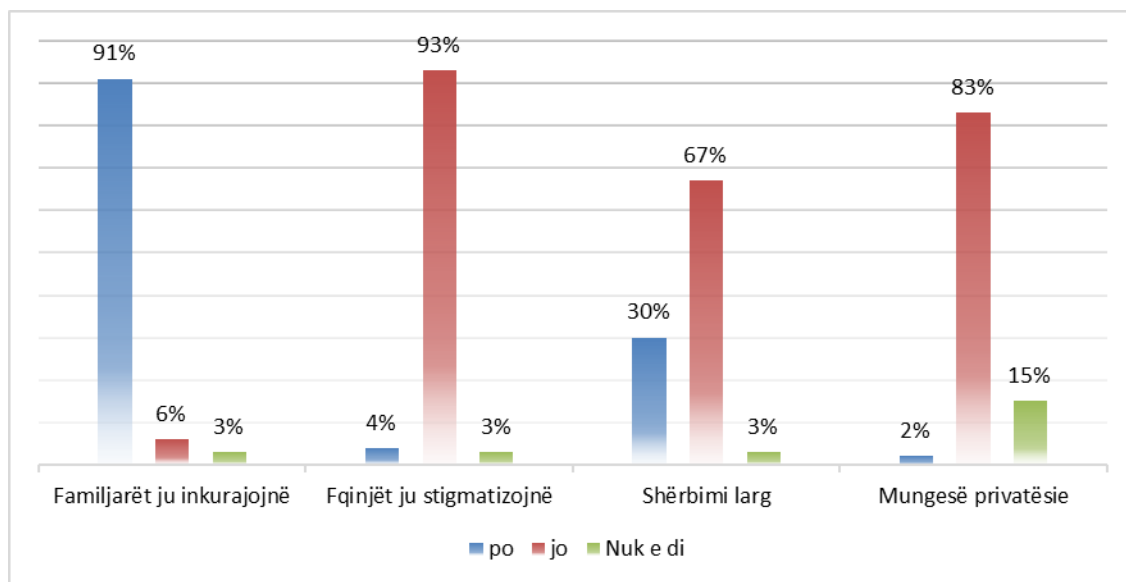


Nga vlerësimi i kryer gjatë fushatës së “Tetorit Rozë” rezultoi se 91% e grave ndiheshin të mbështetura nga anëtarët e familjes apo bashkëshortët e tyre lidhur me ekzaminimin e

kancerit të gjirit, 92% nuk kishin frikë se stigmatizoheshin “si të sëmura” nga fqinjët e tyre, nëse ata i shikonin kryenin ekzaminim të gjirit, 67% e grave raportuan se largësia e shërbimit të ekzaminimit të gjirit nuk ishte një barrierë dhe 83% raportuan shqetësime minimale lidhur me privatësinë gjatë kontrolleve të gjirit tek mjeku (

Grafiku nr. 6).

Grafiku nr. 6. Barrierat për marrjen e shërbimit për ekzaminimin e kancerit të gjirit



Diskutimi

Ky studim thekson rëndësinë që kanë sjellja dhe kultura në pjesëmarrjen e grave shqiptare në programet e depistimit të kancerit të gjirit. Të kuptuarit e këtyre faktorëve është thelbësor për të ndihmuar në përcaktimin e strategjive të reja për të rritur pjesëmarrjen dhe për të luftuar pabarazitë shëndetësore në komunitet. Në një metasintezë, ku u analizuan 47 studime cilësore në 22 vende të ndryshme u zbulua se gratë nuk merrnin pjesë në programet e kontrollit të kancerit të gjirit për shkak të barrierave personale, sociale dhe të sistemit. Barrierat personale të grave u përcaktuan si frika, sikleti, perceptimet dhe besimet për kancerin e gjirit, mungesa e motivimit, mungesa e njohurive, statusi socio-ekonomik dhe përvojat negative. Kultura dhe stigma u identifikuan si barriera sociale. Mbulimi i sigurimit shëndetësor, aksesueshmëria e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe qëndrimet e punonjësve të kujdesit shëndetësor u klasifikuan si barriera të sistemit.³

Në studimin tonë rezultoi se një pjesë e konsiderueshme e grave raportuan, se nuk kishin kryer ende vizitë tek mjeku specialist, duke sugjeruar se edhe pse shumica e tyre janë të vetëdijshme për rëndësinë e ekzaminimit të hershëm, pengesa të ndryshme si privatësia, frika dhe distanca nga shërbimet mund të ndikojnë në pjesëmarrje.

Konkluzione dhe Rekomandime

Mbështetja e familjes dhe mungesa e stigmës ishin faktorë të rëndësishëm që inkurajuan gratë të kryenin ekzaminime. Përkundër kësaj, perceptimet kulturore dhe shqetësimet për diagnozën mund të pengojnë disa gra të kërkojnë shërbimin e duhur.

Për të përmirësuar pjesëmarrjen, është e rëndësishme që fushatat e edukimit të adresojnë këto barrierë dhe të krijojnë mundësi të tjera për akses më të lehtë dhe më të sigurt në shërbime shëndetësore. Kjo mund të përfshijë ofrimin e mundësive për ekzaminime pa pengesa gjeografike dhe sigurimin e privatësisë gjatë ekzaminimeve.

Referenca:

1. World Health Organization, Facts on Cancer <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (Mars 2024)
2. Ylli A., Dedja B., Elezaj B., Filipi K. Analizë mbi kanceret në Shqipëri 2015-2022 <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2024/07/buletini-4-2023-full-pdf-FINAL.pdf>
3. Özkan İ, Taylan S. Barriers to women's breast cancer screening behaviors in several countries: A meta-synthesis study. Health Care Women Int. 2021 Sep;42(7-9):1013-1043. doi: 10.1080/07399332.2020.1814777. Epub 2020 Sep 2. PMID: 32877315.

Rishikim i literaturës

RISHIKIM I LITERATURËS

Vlerësimi i dozave të rrezatimeve jonizuese i lidhur drejtpërdrejt me efektet në shëndetin publik

Rustem Paci¹

¹Spektori i Fizikës Sanitare, Departamenti i Vlerësimit dhe Trajtimit të Risqeve të

Shëndetit Publik, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Ky studim synon të informojë kërkuesit shkencorë dhe politikëbërësit mbi efektet e rrezatimeve jonizuese në shëndet dhe lidhjen e tyre me sasinë e rrezatimit të transferuar në inde. Efektet e rrezatimeve jonizuese në shëndet mund të jenë efekte deterministike ose efekte stokastike. Efektet deterministike të rrezatimeve jonizuese ndodhin, kur doza e rrezatimit është mjaft e lartë për të shkaktuar dëme direkte dhe të matshme në indet biologjike. Këto efekte janë të parashikueshme dhe shfaqen pas një doze të caktuar të rrezatimit, të cilat kalojnë një prag të caktuar. Sa më e lartë të jetë doza e rrezatimit, aq më e madhe është mundësia e shfaqjes së këtyre efekteve. Efektet stokastike ndodhin, kur doza e rrezatimit është e ulët dhe nuk ka një prag të caktuar. Këto efekte janë rastësore dhe ndodhin në mënyrë të paparashikueshme, por sa më i lartë të jetë rrezatimi, aq më shumë rritet mundësia, që ato të shfaqen. Efektet stokastike ndodhin për shkak të ndryshimeve të rastit në materialet gjenetike të qelizave, që mund të shkaktojnë mutacione dhe në disa raste zhvillim të kancerit.

Fjalë kyç: rrezatime jonizuese, efekte deterministike, efektet stokastike, kancer

Hyrje

Efektet e rrezatimit jonizues kanë një efekt direkt në shëndetin e popullatës. Ato mund të jenë efekte deterministike ose efekte stokastike.

Efektet deterministike të rrezatimeve jonizuese ndodhin, kur doza e rrezatimit është mjaft e lartë dhe mund të shkaktojë dëme direkte dhe të matshme në indet biologjike. Këto efekte janë të parashikueshme dhe shfaqen pas një doze të caktuar të rrezatimit, të cilat kalojnë një prag të caktuar. Sa më e lartë të jetë doza e rrezatimit, aq më e madhe është mundësia e shfaqjes së këtyre efekteve. Shembuj të efekteve deterministike përfshijnë skuqje të lëkurës (erythema), katarakt dëmtimi i syrit që mund të ndodhë kur doza e rrezatimit është e lartë, dëmtime të organeve të brendshme, dëmtimi i palcës kockore, që mund të rezultojë në pamundësi për të prodhuar qeliza të gjakut. Këto efekte janë më të dukshme, kur ekspozimi është afatgjatë dhe në doza të larta. Efektet janë të varura drejtpërdrejt nga doza dhe zakonisht nuk shfaqen derisa doza të kalojë një prag të caktuar (2 Sv).¹

Efektet stokastike ndodhin, kur doza e rrezatimit është e ulët dhe nuk ka një prag të caktuar. Këto efekte janë rastësore dhe ndodhin në mënyrë të paparashikueshme, por sa më i lartë të jetë rrezatimi, aq më shumë rritet mundësia, që ato të shfaqen. Efektet stokastike ndodhin për shkak të ndryshimeve të rastit në materialet gjenetike të qelizave, që mund të shkaktojnë mutacione dhe në disa raste zhvillim të kancerit.¹

Efektet stokastike përfshijnë kancerin, pasi mutacionet e shkaktuara nga rrezatimi mund të çojnë në rritjen e ndjeshmërisë ndaj zhvillimit të kancerit, mutacionet gjenetike, dëmtime në materialin gjenetik që mund të kalojnë në brezat e ardhshëm, edhe pse individ i ekspozuar nuk zhvillon patjetër sëmundje. Këto efekte janë të varura nga probabiliteti dhe rreziku për t'u zhvilluar rritet me shtimin e dozës, por nuk është e mundur të parashikohet, se kush individ do të ndikohet dhe në çfarë mënyre.²

Ky studim ka për qëllim të japë një informacion në lidhje me efektet e rrezatimeve jonizuese në shëndet dhe lidhjen e tyre me sasinë e rrezatimit të transferuar në inde.

Vlerësimi i dozave të rrezatimeve jonizuese i lidhur drejtpërdrejt me efektet në shëndetin publik

Rreziku i kancerit nga rrezatimi jonizues rezulton në prodhimin e radikaleve të lira të mutacioneve qelizore. Kjo bën, që qeliza ose indi të zhvillohet nën stres duke shkaktuar dëme të rënda në makromolekulat qelizore dhe ADN-në dhe për shkak të kësaj mund të shfaqet ndonjë sëmundje kancerogjene. Kur qeliza është e ekspozuar ndaj rrezatimit me dozë të lartë, ndarja dhe mutacioni i qelizave është i pakontrolluar, kanceri mund të shfaqet dhe pacienti duhet të përballë me sëmundje akute të rrezatimit si për shembull koagulopati, diarre,

çrregullime imuniteti, djegie, ethe, çrregullime të koordinimit dhe ekuilibrit.

Leuçemia ishte kanceri i parë që u lidh me ekspozimin ndaj rrezatimit pas dy ose tre viteve të bombardimeve në Hiroshima dhe Nagasaki, kanceri i Leuçemisë zbulohet nga fëmijët tek të rriturit. Probabiliteti për t'u shfaqur gjatë jetës tek fëmijët është më i lartë për shkak të jetëgjatësisë. Përveç Leuçemisë, gjiri, zorra e trashë dhe mushkëritë janë llojet e tjera të kancerit që raportohen me numrin më të madh të njerëzve sidomos në rastet e kontaminimeve, por kjo sëmundje është më e ekspozuar ndaj fëmijëve sesa te të rriturit për shkak të ndjeshmërisë së indeve.³

Normalisht, Leuçemia limfatike kronike (LLK) për personat me kancer të prostatës, minatorët e në minierat e uranit dhe punonjësit e dekontaminimit, përballen me efektet deterministike dhe stokastike. Në thelb, efekti deterministik mund të përkufizohet, pasi doza e rrezatimit "përcakton" efektin mbi 2 Sv e lart. Efekti deterministik rezulton patjetër në sëmundje fatale.

Përveç përcaktimit të efektit nga doza, ka disa faktorë që ndikojnë në efektin e rrezatimit si doza totale e trupit, vëllimi i indeve të rrezatuara, shpejtësia e marrjes së dozës, lloji dhe cilësia e rrezatimit, trauma fizike shoqëruese, prania e kushteve të tjera të sëmundjes dhe/ose termike, djegiet dhe ndjeshmëria individuale.

Efekti deterministik ndodh, kur aplikohet një dozë mjaft e madhe rrezatimi e cila indukon qelizën mutacion. Ky efekt mund të dëmtojë integritetin dhe funksionin e organeve dhe indeve. Doza e pragut duhet të tejkalohet përpara dëmtimit të shkaktuar nga rrezatimi. Indet do të reagojnë, kur doza është më e lartë se doza kufi e efektit deterministik. Efekti mund të shihet, pasi të ndodhë ekspozimi më i madh se doza e pragut. Sa më e madhe të jetë doza, aq më i madh është efekti dëmtues për shkak të varësisë nga sasia në dozë. Ka dy reaksione ose efekti i reagimit të hershëm, ose të vonë. Për nivelin e hershëm të reaksionit indor mund të shfaqen disa simptoma. Tri pika kryesore të kategorizuara të sindromës së ekspozimit të vetëm të rrezatimit përfshinin sindromat hematologjike, gastrointestinale dhe sistemit nervor qendror (SNQ). Sindroma hematologjike është një syndrome, që lidhet me palcën e eshtrave. Palca e eshtrave është ajo e zonës me metabolizëm të lartë e cila mund të ndikohet, kur një dozë prej 0.2 Gy rrezaton mbi të. Megjithatë, ndryshimet klinike nuk janë të konsiderueshme derisa doza të arrijë deri në 2 Gy. Limfocitet janë një nga produktet përbërëse të palcës së eshtrave në trupin tonë. Palca e eshtrave ka ndjeshmëri ndaj rrezeve dhe ndaj dëmtimit të rrezatimit. Radiodermatiti është një term që përshkruan efektet e lëkurës të radioterapisë si ulcera e lëkurës. Simptoma gastrointestinale përfshinte hemorragjinë dhe diarrenë. Problemet hematologjike dhe gastrointestinale shkaktohen nga varfërimi i qelizave staminale ndërsa për sindromat e sistemit nervor qendror janë kryesisht dëmtime, që shkaktohen nga dëmtimi i membranës. Ndërkohë, për reaksionin afatgjatë është një simptomë e vazhdueshme e reagimit të hershëm si katarakte, çrregullime kardiovaskulare, nekrozë dhe për raste ekstreme që rezultojnë me vdekje.

Efekti stokastik është një dëmtim që ndodh në materialin gjenetik edhe në rrezatimin me dozë

të ulët. Nga ana tjetër, efekti stokastik është një mutacion i shkaktuar nga rrezatimi jonizues dhe ndodh zakonisht në qelizat me ndarje të shpejtë dhe të pakontrolluar dhe në strukturat e organeve dhe indeve me rrezik më të lartë të kancerit si palca e eshtrave, gjoksi, stomaku, indet e mushkërive dhe zorra e trashë. Si për kancerin e shkaktuar nga rrezatimi ashtu edhe për sëmundjen e trashëgueshme, probabiliteti i shfaqjes së efektit varet nga doza. Rreziku i efekteve stokastike rritet me dozën, pa prag d.m.th. mungesën e një vlere mbi të cilën shfaqet. Panelet e ekspertëve të efekteve stokastike kanë diskutuar, se të dhënat ekzistuese mbështesin më së miri një vijë lineare, pa njohur një bazë për mbrojtjen nga rrezatimi. Efekti stokastik zakonisht ndodh nga efekti i vonuar si kanceri.⁴

Rrezatimi jonizues përkufizohet si rrezatim me energji të mjaftueshme për të jonizuar. Gjatë një ndërveprimi me një atom, ai mund të heqë elektronin e lidhur fort nga orbita e atomit, duke bërë që atomi të ngarkohet ose jonizohet. Rrezatimi jonizues ndahet në dy lloje të cilat janë drejtpërdrejt jonizues dhe tërthorazi jonizues. Në rrezatimin jonizues të drejtpërdrejtë ka burime rrezatuese siç janë grimcat alfa, grimcat beta, pozitronet dhe bërthamat e ngarkuara ndërsa jonizuesi indirekt përbëhet nga rrezatimi foton dhe rrezatimi neutron, që është elektrikisht neutral dhe nuk mund të ndërveprojë me materien. Rrezatimi më i zakonshëm jonizues quhet rrezatimi alfa për shkak se energjia e transferimit nga grimca me ind është shumë e lartë. Rrezatimi alfa ndodh, kur atomi i nënshtrohet zbërthimit radioaktiv, ai nis një grimcë e quajtur alfa që përbëhet nga dy protone dhe dy neutrone. Grimcat alfa janë shumë të rënda. Kur ndërvepron me materien, mund të udhëtojë vetëm disa centimetra dhe ka një efekt të madh për shkak të energjisë së madhe që i transferon lëndës, ku depërton. Vetitë e rrezatimit alfa janë se ai nuk mund të depërtojë në shtresën e jashtme të qelizave të vdekura të lëkurës, pasi mund të ndalet vetëm duke përdorur një copë letre. Ndërkohë, rrezatimi beta është në formën e një elektroni ose pozitroni. Pozitroni ka të njëjtën madhësi dhe masë si elektroni, por me ngarkesë pozitive. Është gjithashtu një grimcë që emetohet nga një atom, kur ndërvepron me energji të lartë. Grimcat beta kanë masë pak më të ulët se alfa, kështu që mund të udhëtojnë më tej në ajër dhe madje mund të depërtojnë në lëkurë. Prandaj, paraqet më pak rrezik për njeriun, energjia e transferimit është shumë më e vogël se alfat. Megjithatë, ende mund të ndalet duke përdorur një copë të trashë plastike ose alumini. Nëse një individ është i ekspozuar ndaj rrezatimit beta, ai mund të sjellë disa rreziqe të jashtme shëndetësore për trupin. Për rrezatimin jonizues indirekt ekzistojnë dy lloje kryesore të rrezatimit që dhanë efekte si rrezatimi jonizues që janë rrezatimi gama dhe neutron. Rrezatimi gama nuk ekziston në formën e grimcave si alfa dhe beta, përkundrazi është një formë energjie që emetohet nga një bërthamë e paqëndrueshme. Karakteristikat e tij janë pa masë dhe neutrale, kështu që mund të udhëtojë shumë më larg në ajër në krahasim me alfa dhe beta. Meqenëse ka karakteristikë të lartë në depërtimin e lëndës, mund të ndalet vetëm duke përdorur një material të trashë ose mjaft të dendur si plumbi dhe betoni. Këto lloj materialeesh janë mënyrat më efektive për t'u bërë objekte mbrojtëse nga rrezatimi. Rrezatimi gama nëse ekspozohet te njeriu, mund të çojë në rreziqe të jashtëzakonshme shëndetësore dhe gjithashtu mund të shkaktojë sëmundje fatale.⁵

Rreziku i rrezatimit për shëndetin e njeriut është i njohur që nga shekulli i kaluar. Mund të shkaktojë efekte biologjike, veçanërisht ndryshim të molekulave brenda qelizës. Është vërtetuar se rrezatimi ka një efekt kancerogjen, por është më pjesërisht i lidhur me efektet gjenetike.

Doza e absorbuar (DT) x faktori i peshës së rrezatimit (ËR) = doza ekuivalente (HT)

Komisioni Ndërkombëtar për Mbrojtjen Radiologjike (ICRP) ka publikuar grupin më të fundit të vlerave numerike të faktorëve të peshës së rrezatimit si më poshtë (që nga viti 2007)⁶:

ËR = 1: fotone, elektrone

ËR = 2: protone

ËR = 20: grimca alfa, fragmente të ndarjes, jone të rënda

ËR = ndryshore: neutrone (të përcaktuara nga ekuacionet komplekse)

Faktori i peshës së indeve (ËT) është një masë relative e rrezikut të efekteve stokastike që mund të rezultojnë nga rrezatimi i atij indi specifik. Ai është përgjegjës për ndjeshmërinë e ndryshueshme ndaj rrezatimit të organeve dhe indeve në trup.

Për të llogaritur dozën efektive, vlerat e dozës ekuivalente të organeve individuale shumëzohen me faktorin përkatës të peshës së indeve dhe produktet e shtuara. Shuma e faktorëve të peshës është 1.

Në vitin 2007, Komisioni Ndërkombëtar për Mbrojtjen Radiologjike (ICRP) publikoi një grup faktorësh të peshës së indeve 2 si më poshtë:

ËT = 0,12 (për secilën nga 6): stomaku, zorra e trashë, mushkëritë, palca e eshtrave (e kuqe), gjiri dhe indet e mbetura.*

ËT = 0.08: gonaded.

ËT = 0.04: fshikëza urinare, ezofag, mëlçi, tiroide.

ËT = 0.01: sipërfaqja e kockave, lëkura, truri, gjëndrat e pështymës.

*Indet e mbetura, kolektivisht (13 organe): veshkave, rajoni ekstratorakal, fshikëza e tëmthit, zemra, veshka, nyjet limfatike, muskujt, mukoza e gojës, pankreasi, zorra e hollë, shpretka, timusi dhe mitra/qafa e mitrës, prostata.

Llogaritja e shumës së të gjithë faktorëve të ponderuar të indeve: $(0,12 \times 6) + 0,08 + (0,04 \times 4) + (0,01 \times 4) = 1,0$

Vlerat numerike të dhëna më sipër janë të vlefshme për rregulloret ligjore të BE-së për llogaritjen e dozës ekuivalente në një organ ose ind.

Shënim: Ndryshimet në ËT përkatëse nga publikimi i fundit ICRP-60 i 1993 në → Publikimi ICRP-103 i 2007 janë:

gonads: 0,20 → 0,08.

gjiri: 0.05 → 0.12 fshikëza, ezofag, mëlçi, tiroide: 0.05 → 0.04.

shtimi i trurit dhe gjëndrave të pështymës në kategorinë 0.01.

Doza efektive

Doza efektive llogaritet për të gjithë trupin. Është shuma e dozave ekuivalente për të gjitha organet, secila e rregulluar për të llogaritur ndjeshmërinë e organit ndaj rrezatimit. Doza efektive shprehet në milisievert (mSv).

Doza efektive është elementi më i rëndësishëm vlerësues. Në varësi të problematikës gjithashtu janë të rëndësishme dhe doza ekuivalente dhe ajo e absorbuar.

Kufijtë e dozës të rekomanduara nga ICRP

Këto vlera janë të detyrueshme dhe në Shqipëri.

Tabela 1: Informacion mbi kufijtë e dozës së rrezatimit

Lloji i Kufirit të Dozës	Kufiri i dozës nga ekspozimi në punë	Kufiri i dozës nga ekspozimi publik
<i>Doza efektive</i>	<i>20 mSv në vit, mesatarisht në periudha të përcaktuara prej 5 vjetësh, me asnjë vit të vetëm që i kalon 50 mSv.</i>	<i>1 mSv në vit</i> <i>Në rrethana të veçanta, një vlerë më e lartë mund të lejohet në një vit të vetëm, me kusht që mesatarja mbi 5 vjet të mos kalojë 1 mSv në vit.</i>
<i>Dozë ekuivalente me thjerrëzën e syrit</i>	<i>20 mSv në vit, mesatarisht gjatë periudhave të përcaktuara prej 5 vjetësh, pa asnjë vit të vetëm që i kalon 50 mSv</i>	<i>15 mSv në një vit</i>
<i>Doza ekuivalente për lëkurën</i>		
<i>Mesatarisht mbi 1 cm² të lëkurës pavarësisht nga zona e ekspozuar</i>	<i>500 mSv në një vit</i>	<i>50 mSv në një vit</i>
<i>Dozë ekuivalente me duart dhe këmbët</i>	<i>500 mSv në një vit</i>	-

Kufijtë e dozës janë kryesisht nga Publikimi ICRP 103 Tabela 6. Rekomandimi për punëmarrëset shtatzëna është nga Publikimi ICRP 103, Paragrafi 186. Kufiri profesional për thjerrëzat e syrit është nga paragrafi 3 i Deklaratës ICRP mbi Reaksionet Indore në Publikimin ICRP 118.

Konkluzione

1. Vetëm kufijtë e dozës nuk janë të mjaftueshëm për të siguruar mbrojtjen e duhur. Ato funksionojnë në kombinim me parimet themelore të justifikimit dhe optimizimit.
2. Këto kufij zbatohen vetëm për dozat e marra mbi rrezatimin normal të fonin natyror lokal.
3. Kufijtë në dozën efektive, të kombinuara me optimizimin e mbrojtjes, janë krijuar për të shmangur rrezikun e efekteve stokastike, që do të konsideroheshin të patolerueshme në një situatë të planifikuar ekspozimi.
4. Kufijtë në dozën ekuivalente me një organ, të kombinuara me optimizimin e mbrojtjes, janë krijuar për të parandaluar shfaqjen e efekteve deterministe.
5. Kufijtë e dozës zbatohen vetëm në situatat e planifikuara të ekspozimit. Në situata të tjera, kufizimet në dozën individuale quhen nivele referimi. Ato ofrojnë fleksibilitetin shtesë të nevojshëm në situata emergjente dhe ekzistuese të ekspozimit për të siguruar që mbrojtja të jetë e optimizuar.
6. Kufijtë e dozës nuk zbatohen për ekspozimet mjekësore. Nëse do ta bënin, efektiviteti i diagnozës ose trajtimit mund të reduktohej, duke i bërë më shumë dëm sesa mirë pacientit. Theksi vihet në justifikimin e procedurave mjekësore dhe optimizimin e mbrojtjes.

Referenca

1. Alvandi, M., Javid, R.N., Shaghaghi, Z., Farzipour, S. and Nosrati, S., 2024. An in-depth analysis of the adverse effects of ionizing radiation exposure on cardiac catheterization staff. *Current Radiopharmaceuticals*, 17(3), pp.219–228. doi:10.2174/0118744710283181231229112417.
2. Domina, E.A. and Kopylenko, O.L., 2022. Role of radioprotectors in minimization of stochastic effects of radiation incidents. *Experimental Oncology*, 44(3), pp.186–189. doi: 10.32471/exp-oncology.2312-8852.vol-44-no-3.18530.
3. Chaplin, K.R., 2024. INWORKS and Hiroshima/Nagasaki leukaemia results. *Dose-Response*, 22(4), p.15593258241303476. doi:10.1177/15593258241303476.
4. Konferenca Ndërkombëtare për Energjinë e Qëndrueshme dhe Teknologjinë e Gjelbër, 2018. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, 268, p.012005. doi:10.1088/1755-1315/268/1/012005.
5. Alcocer, G., Alcocer, P. and Marquez, C., 2020. Burns by ionizing and non-ionizing radiation. *Journal of Burn Care & Research*, [ePub ahead of print] 26 October. doi:10.1093/jbcr/iraa180.
6. Clement, C., Rühm, W., Harrison, J., Applegate, K., Cool, D., Larsson, C.M., Cousins, C., Lochard, J., Bouffler, S., Cho, K., Kai, M., Laurier, D., Liu, S. and Romanov, S., 2021. Keeping the ICRP recommendations fit for purpose. *Journal of Radiological Protection*, 41(4). doi:10.1088/1361-6498/ac1611.

**RAPORTE TË
SURVEJANCËS
EPIDEMIOLOGJIKE**

RAPORTE TË SURVEJANCËS EPIDEMIOLOGJIKE

Sistemi i monitorimit për gjendjen e ushqyerjes dhe praktikave rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç në Shqipëri

Herion Muja¹, Romina Hala¹, Besjan Elezaj¹, Rudina Çumashi¹, Gentiana Qirjako^{1,2}

1 Instituti i Shëndetit Publik

2 Universiteti i Mjekësisë Tiranë, Departamenti i Shëndetit Publik.

Abstrakt

Në Shqipëri është prezantuar një sistem i ri monitorimi për gjendjen e ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç. Bazuar në të dhënat administrative, është mbledhur informacion një sërë treguesish që lidhen me gjendjen dhe praktikën e ushqyerjes me gji të fëmijëve 0-2 vjeç dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç. Ky është një studim përshkrues i cili synon të hedhë dritë mbi sistemin e monitorimit për ushqyerjen dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç në Shqipëri për vitin 2023. Gjithashtu ky studim paraqet statusin aktual të sistemit të monitorimit, rëndësinë dhe efektivitetin e tij, zhvillimet më të fundit në këtë fushë, si dhe sfidat dhe pengesat kryesore për të kapërcyer në të ardhmen. Në nivel kombëtar, prevalenca e fillimit të hershëm të ushqyerjes me gji të të porsalindurve në vitin 2023 ishte rreth 31%. Rreth një në tre gra, kanë filluar dhënien e gjirit të të porsalindurve të tyre në kohën e duhur. Ndërkohë, prevalenca e ushqyerjes ekskluzive me gji për fëmijët e moshës 0-6 muajsh në vitin 2023 ishte rreth 70%. Në vazhdim, nënpesha tek fëmijët në vitin 2023 rezultoi të kishte një prevalencë prej rreth 1.34%. Kjo prevalencë rezultoi të ishte pothuajse e njëjtë si tek djemtë (0.77%) krahasuar me vajzat (0.76%). Ky sistem monitorimi i gjendjes së ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve ka shumë përparësi, por gjithashtu ka nevojë për mbështetje të mëtejshme për të kapërcyer disa barrierat dhe pengesat në mbledhjen dhe analizimin e informacionit.

Fjalë kyç: ushqyerje me gji, rritje e fëmijëve, ushqyerje artificiale

Hyrje

Në vitet e fundit, në Shqipëri është prezantuar një sistem i ri monitorimi për gjendjen e ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç. Bazuar në të dhënat administrative, ky sistem monitorimi ka mbledhur informacion gjatë viteve të fundit dhe ka raportuar për një sërë treguesish që lidhen me gjendjen dhe praktikën e ushqyerjes të fëmijëve të moshës 0-2 vjeç (të tilla si fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji dhe ushqyerja ekskluzive me gji), si dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç (të tillë si dobësia për moshë dhe mbipesha).

Në mënyrë të veçantë, ky proces synon të mbështesë fuqizimin e mekanizmave që sigurojnë cilësi, për të përmirësuar monitorimin e indikatorëve të ushqyerjes së fëmijëve në Shqipëri, nëpërmjet të dhënave administrative.

Informacioni i mbledhur në kopje fizike hidhet në një softuer të dedikuar (të personalizuar) të bazuar në Web për të siguruar një përpunim, analizim dhe shpërndarje të shpejtë të informacionit të mbledhur në të gjitha rrethet e Shqipërisë.

Profesionistëve të shëndetësisë të angazhuar me mbledhjen dhe raportimin e të dhënave, u është ofruar mbështetje në të gjitha fazat e zbatimit të sistemit të monitorimit, në mënyrë që të njihen dhe të jenë konfident me këtë sistem të ri monitorimi.

Gjithashtu, profesionistët që operojnë në Sektorin e Statistikave në të 36 rrethet e Shqipërisë janë trajnuar për përdorimin dhe aplikimin e këtij softueri. Për më tepër, duke pasur parasysh burimet e kufizuara njerëzore në disa rrethe dhe presionin e tyre kohor, është ofruar mbështetje e mëtejshme për profesionistët vendorë të angazhuar me hedhjen dhe përpunimin e të dhënave duke siguruar personel të kualifikuar që ndihmon për të hedhur dhe përpunuar të dhënat.

Survejanca mbështetëse e profesionistëve të shëndetit publik të angazhuar për grumbullimin e dokumentacionit, së bashku me hedhjen efektive të të dhënave në softuerin përkatës, ka gjeneruar informacion të vlefshëm për efektivitetin dhe efikasitetin e sistemit të monitorimit mbi ushqyerjen dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç.

Materiale dhe metoda

Ky është një studim përshkrues i cili synon të hedhë dritë mbi sistemin e monitorimit për ushqyerjen dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç në Shqipëri për vitin 2023. Gjithashtu ky studim paraqet statusin aktual të sistemit të monitorimit, rëndësinë dhe efektivitetin e tij, zhvillimet më të fundit në këtë fushë, si dhe sfidat dhe pengesat kryesore për të kapërcyer në të ardhmen.

Për më tepër, ky studim informon mbi cilësinë e sistemit të monitorimit dhe çështjet që duhen marrë në konsideratë për forcimin dhe konsolidimin e këtij sistemi monitorimi për ushqyerjen dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç në Shqipëri.

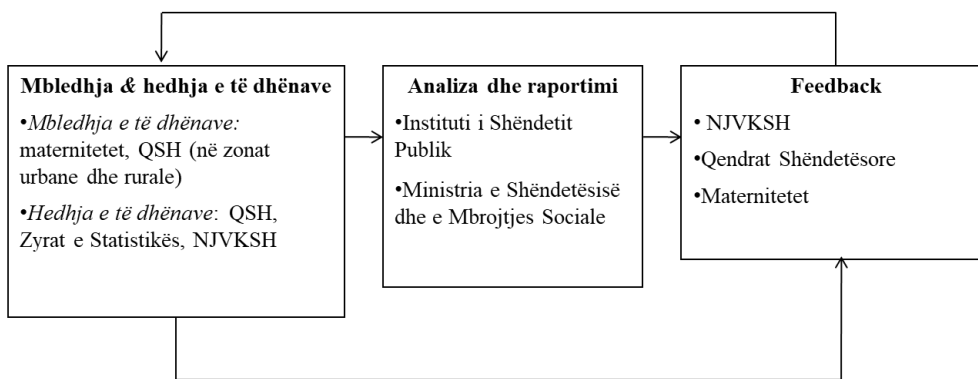
Më e rëndësishmja, ky raport paraqet prevalencën dhe shpërndarjen e treguesve të përzgjedhur

të ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve 0-5 vjeç në të gjitha rrethet e Shqipërisë. Këta tregues janë paraqitur të ndarë sipas gjinisë së fëmijëve (djem përkundrejt vajza), si dhe sipas rretheve (36 rrethe) dhe vendbanimit (zonat urbane vs. zonat rurale).

Në këtë kuadër dhe në përputhje të plotë me zhvillimet kryesore në të cilat është përfshirë sistemi shëndetësor në vendin tonë, që nga viti 2013 dhe në vazhdim, në Shqipëri është prezantuar sistemi i monitorimit për gjendjen e ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç.

Figura 1: Informacion mbi sistemin e monitorimit

Rrjedha e informacionit të sistemit të monitorimit të praktikave të ushqyerjes së fëmijëve



Plani për ngritjen e këtij sistemi monitorimi u bazua në kuadrin e treguesve të përcaktuar në Planin e ri Kombëtar të Ushqyerjes në Shqipëri dhe u pasua më pas në dy Plane Veprimi të njëpasnjëshme që është Plani i Veprimit për Shëndetin Riprodhues dhe Plani i Veprimit për Promovimin e Shëndetit. Gjithashtu, ky sistem monitorimi është përcaktuar si prioritet në Strategjinë Kombëtare të Shëndetësisë 2021-2030.

Treguesit e sistemit të monitorimit të gjendjes së ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç

Sistemi i monitorimit të gjendjes së ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve të moshës 0-5 vjeç në Shqipëri përfshin treguesit e mëposhtëm:

- 1.Fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji (maternitet);
- 2.Ushqyerja ekskluzive me gji (0-6 muaj);
- 3.Ushqyerja artificiale;
- 4.Vazhdimi i ushqyerjes me gji;
- 5.Shtesat ushqimore (6-8 muaj);
- 6.Nënpesha;
- 7.Mbipesha;
- 8.Gjatësia për moshë; (stunting)
- 9.Peshë për gjatësi. (wasting)

Një nga treguesit raportohet në nivel materniteti (“fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji”), ndërsa të gjithë treguesit e tjerë janë raportuar në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor duke përfshirë qendrat e konsultorit të fëmijëve dhe qendrat shëndetësore (në zonat urbane) dhe qendrat shëndetësore (në zonat rurale).

Rezultate

1. Fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji

Në nivel kombëtar, prevalenca e fillimit të hershëm të ushqyerjes me gji të të porsalindurve në vitin 2023 ishte rreth 31%. Për këtë arsye, rreth një në tre gra, kanë filluar dhënien e gjirit të të porsalindurve të tyre në kohën e duhur. Prevalenca e fillimit në kohë të ushqyerjes me gji ishte shumë e ngjashme tek vajzat dhe tek djemtë, por disi më e lartë në zonat rurale (rreth 37%) krahasuar me zonat urbane (rreth 34%). Tabela më poshtë paraqet informacion vetëm për bashkitë të cilat kanë raportuar të dhënat përkarëse.

Tabela 1: Shpërndarja e “fillimi i hershëm i ushqyerjes me gji” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	17.30	15.21	19.46	15.54	18.54
Dibër	42.78	43.49	41.95	41.75	43.03
Durrës	45.26	45.1	45.44	44.43	47.28
Fier	34.91	34.14	35.71	-	-
Gjirokastër	41.50	41.61	41.4	43.23	36.36
Gramsh	64.01	58.33	69.23	83.33	57.89
Kavajë	75.02	72.73	77.78	90.91	55.56
Korçë	21.88	24.43	19.03	18.75	24.58
Kukës	83.91	85.07	82.76	85.14	82.97
Librazhd	94.71	96.39	93.1	100	93.43
Lushnje	38.13	41.91	34.52	44.05	35.08
Mat	82.61	90	76.92	80	83.33
Mirditë	33.33	40	0	0	50

Pogradec	97.37	97.56	97.14	100	90.48
Pukë	50	66.67	33.33	30	75
Skrapar	100	-	100	-	100
Vlorë	12.85	10.06	16.13	12.37	14.49
Shqipëri	30.74	30.62	30.86	33.62	36.97

Prevalenca e fillimit në kohë të ushqyerjes me gji tek të porsalindurit për vitin 2023 ishte më e ulët në disa rrethe të mëdha përfshirë Korçën (20%), Beratit (17%) dhe veçanërisht Vlorën (13%) krahasuar me disa rrethe shumë më të vogla me një nivel shumë të lartë, si Librazhdi (95%), Pogradeci (97%) dhe veçanërisht Skrapari (10%).

2.Ushqyerja ekskluzive me gji deri në muajin e gjashtë

Në përgjithësi, prevalenca e ushqyerjes ekskluzive me gji për fëmijët e moshës 0-6 muajsh në vitin 2023 ishte rreth 70%. Kjo prevalencë ishte mjaft e ngjashme tek djemtë dhe tek vajzat. Vlen të përmendet se prevalenca e ushqyerjes ekskluzive me gji ishte dukshëm më e lartë në zonat rurale (rreth 73%) krahasuar me zonat urbane (rreth 66%). Tabela më poshtë paraqet shpërndarjen e “ushqyerjes eskluizime me gji” sipas bashkive përkatëse.

Tabela 2: Shpërndarja e “ushqyerja ekskluzive me gji deri në muajin e 6” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	74.69	71.11	78.73	72.76	75.94
Bulqizë	68.56	67.14	69.7	68.31	68.7
Delvinë	26	36.36	17.86	25	27.78
Devoll	59.42	52.94	65.71	88.23	50
Dibër	74.79	74.92	74.64	91.89	74.29
Durrës	77.62	78.01	77.21	76.54	79.36
Elbasan	71.49	72.21	70.75	59.37	77.53
Fier	67.38	69.73	64.95	61.43	74.45
Gjirokastrë	37.97	35.44	40.48	36.5	46.54
Gramsh	81.58	77.13	85.94	80.4	82.68
Has	48.57	50.55	46.43	59.21	40.4
Kavajë	76.8	74.61	76.13	69.61	75.15
Kolonjë	86.33	94.87	79.14	89.83	83.33
Korçë	76.69	77	76.37	80.2	71.93
Krujë	72.81	74.42	70.8	57.77	75.73
Kuçovë	67.66	74.36	61.8	72.04	62.16
Kukës	69.38	71.15	67.32	48.03	73.57
Kurbin	78.76	77.21	76.99	69.14	76.43
Lezhë	72.18	73.68	70.21	83.89	63.76
Librazhd	62.78	62.59	62.95	65.26	62.33
Lushnjë	66.77	65.39	68.3	52.03	73.21
Malësi e Madhe	80.58	85.34	76.35	92.94	72.77
Mallakastër	65.55	64.91	66.13	78.95	59.26

Mat	68.02	67.47	68.72	73.43	66.1
Mirditë	56.72	46.87	65.71	50.63	60.66
Përmet	49.68	63.93	40.63	38.16	60.49
Pogradec	76.5	74.18	78.83	66.89	80.41
Pukë	62.38	63.85	61.27	59.86	64.6
Sarandë	62.71	60.08	58.89	54.75	59.07
Shkodër	56.92	55.92	57.96	51.28	66.24
Skrapar	80	83.33	76.92	79.41	85.71
Tepelenë	47.79	58.62	36.36	27.5	58.9
Tiranë	57.81	56.32	59.33	54.97	73.47
Tropojë	63.16	57.69	66	100	60
Vlorë	63.35	64.64	61.63	62.58	65.98
Shqipëri	69.49	69.61	69.36	66.04	73.11

Përsa i përket dallimeve rajonale, u evidentua prevalencë më e lartë e ushqyerjes ekskluzive me gji tek fëmijët 0-6 muajsh në shumë rrethe të vogla, përfshirë Kolonjën (86%), Gramshin (82%), Malësinë e Madhe (81%) dhe Skraparin (80%). Në rrethin e Tiranës, prevalenca e ushqyerjes ekskluzive me gji të fëmijëve 0-6 muajsh ishte 58% (një nga më të ulëtat në vend), me një diferencë të dukshme midis zonave urbane (55%) dhe zonave rurale (73%).

3.Ushqyerja artificiale

Në total, prevalenca e ushqyerjes artificiale për fëmijët 0-6 muajsh në vitin 2023 ishte vetëm 4,6%. Kjo përqindje ishte lehtësisht më e lartë te djemtë sesa tek vajzat (përkatesisht 4,7% përkundrejt 4,5%). Gjithashtu, prevalenca e ushqyerjes artificiale rezultoi të ishte më e lartë në zonat urbane (5.6%) krahasuar me zonat rurale (3.6%).

Tabela 3: Shpërndarja e “ushqyerja artificiale” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	3.33	3.97	2.61	4.82	2.38
Bulqizë	5.67	5.63	6.06	4.93	6.1
Delvinë	8	9.09	7.14	12.5	-
Devoll	8.69	11.76	5.71	5.88	9.62
Dibër	1.53	1.04	2.07	-	1.53
Durrës	4.38	3.82	4.95	4.82	3.66
Elbasan	3.03	3.01	3.05	5.7	1.7
Fier	2.69	2.7	2.67	2.25	3.21
Gjirokastrë	1.38	0.56	2.2	0.65	5.66
Gramsh	2.73	4.13	1.35	2.84	2.62
Has	3.43	3.30	3.57	6.58	1.01
Kolonjë	1.56	0.45	2.88	2.54	0.72
Korçë	3.84	4	3.69	3.15	4.8
Krujë	2.59	1.7	3.34	1.94	2.75
Kuçovë	4.19	2.69	7.86	2.15	6.76
Kukës	4.39	6.01	2.51	11.02	3.09

Lezhë	7.73	7.02	8.53	11.2	5.3
Librazhd	3.56	3.5	3.61	6.31	3.06
Lushnje	4.41	5.57	3.14	5.77	3.81
Malësi e Madhe	3.49	2.93	3.99	2.35	4.21
Mat	3.49	4.32	2.42	5.9	2.63
Mirditë	10.94	16.67	5.71	7.59	13.11
Përmet	3.82	3.28	4.17	6.58	1.23
Pogradec	3.58	5.39	1.75	7.43	1.93
Pukë	4.95	4.61	5.2	4.93	4.97
Shkodër	10.57	11.2	9.93	11.5	9.05
Tepelenë	2.65	-	5.45	5	1.37
Tiranë	8.93	9.44	8.44	10.35	5.26
Vlorë	4.94	4.77	5.16	5.15	4.23
Shqipëri	4.57	4.66	4.47	5.58	3.6

Në përgjithësi përqindja e ushqyerjes artificiale ishte më e ulët në disa rrethe të Shqipërisë (përfshirë Beratin, Shkodrën, Elbasanin dhe Beratin) krahasuar me shumë rrethe më të vogla (të tilla si Kolonja, Dibra dhe Gjirokastra). Në rrethin e Tiranës, prevalenca e ushqyerjes artificiale ishte ndër më të lartat në vend (8.9%).

4.Vazhdimi i ushqyerjes me gji

Vazhdimi i ushqyerjes me gji kishte një prevalencë në nivel kombëtar prej rreth 16% në vitin 2023. Të dhënat janë mjaft të ngjashme si tek vajzat ashtu edhe tek djemtë (përkatësisht 16,7% përkundrejt 16,2%). Nga ana tjetër, të dhënat eidentojnë se përqindja ishte më e lartë në zonat rurale (17.5%) krahasuar me zonat urbane (15%).

Tablea 4: Shpërndarja e “vazhdimi i ushqyerjes me gji” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	14.58	14.56	14.61	12.43	15.49
Bulqizë	16.25	14.96	17.68	15.71	16.46
Delvinë	1.09	0.63	1.74	1.56	0.95
Devoll	12.69	7.37	17.65	12	12.79
Dibër	14.42	14.76	14.06	27.37	14.29
Durrës	16.95	16.64	17.27	13.81	20.79
Elbasan	17.18	16.82	17.53	14.74	17.84
Fier	26.32	26.39	26.25	30.13	23.11
Gjirokastrë	24.14	26.58	21.72	23.4	27.53
Gramsh	23.22	22.47	24	21.04	24.49
Has	38.28	39.63	36.84	27.59	44.56
Kavajë	17.56	16.89	17.62	13.21	17.51
Kolonjë	10.19	10.18	10.19	24.18	5.67
Korçë	15.05	14.67	15.43	15.59	14.48
Krujë	19.13	18.77	19.53	12.52	20.97

Kuçovë	12.89	13.6	12.32	7.11	16.94
Kukës	17.58	17.15	18.08	2.38	19.65
Kurbin	18.97	18.11	20.04	9.85	16.74
Lezhë	12.06	9.84	14.56	0.55	15.98
Librazhd	12.28	12.03	12.51	16.67	11.75
Lushnje	20.84	19.79	21.92	16.95	22.8
Malësi e Madhe	22.76	22.82	22.73	17.45	25.17
Mat	16	14.95	17.03	9.49	17.96
Mirditë	20.21	19.91	20.52	12.26	24.19
Përmet	12.54	14.85	10.23	14.21	11.69
Pogradec	17.04	19.03	15.03	16.8	17.18
Pukë	20.28	19.48	21.19	21.82	19.96
Sarandë	14.98	10.21	15.72	12.81	14.73
Shkodër	10.23	9.88	10.59	10.03	10.57
Skrapar	12.99	7.83	18.10	7.95	22.5
Tepelenë	6.3	6.21	6.37	-	6.3
Tiranë	11.6	11.97	11.25	11.15	17.09
Tropojë	12.66	13.38	12.07	9.09	12.79
Vlorë	13.31	12.87	13.83	14.13	11.77
Shqipëri	16.42	16.17	16.68	15	17.49

Vlen të përmendet se përqindja e vazhdimet të ushqyerjes me gjë ishte shumë e ulët në rrethin e Delvinës (rreth 1%) e ndjekur nga Tepelena (rreth 6%). Nga ana tjetër, ky tregues rezultoi me përqindje më të lartë ishte në rrethet Has (38%), Fier (26%), Gjirokastrë (24%), si edhe Gramsh dhe Malësi e Madhe (23%). Në qarkun e Tiranës, prevalenca e vazhdimet të ushqyerjes me gjë rezultoi në 11.6% (11.2% në zonat urbane përkundrejt 17.1% në zonat rurale).

5.Shtesat ushqimore (6-8 muaj)

Në përgjithësi, shtesa ushqimore tek fëmijët e moshës 6-8 muaj në vitin 2023 rezultoi të kishte një prevalencë prej rreth 38%. Kjo prevalencë ishte disi më e lartë tek djemtë (38.7%) krahasuar me vajzat (37.8%). Gjithashtu, në zonat urbane, shtesa ushqimore ishte dukshëm më e ulët se në zonat rurale (përkatësisht 35.6% përkundrejt 40.8% në zonat rurale). Tablea më poshtë paraqet informacion mbi “shtesat ushqimore” tek fëmijët 6-8 muaj për vitin 2023.

Tabela 5: Shpërndarja e “shtesat ushqimore” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	60.71	70.04	60.34	60.73	60.7
Bulqizë	20.32	20.82	10.82	30.52	10.63
Delvinë	80	90.09	70.14	-	80
Devoll	10.45	20.94	-	-	10.92
Dibër	70.69	70.86	70.50	80.11	70.67
Durrës	20.64	20.54	20.74	20.55	20.79
Elbasan	40.41	30.91	40.90	70.43	20.9

Fier	30.81	30.66	30.97	30.82	30.81
Gjirokastrë	80.39	90.09	70.69	80.1	80.66
Gramsh	10.77	10.65	10.89	8.5	20.62
Has	12.57	15.38	9.52	11.84	13.13
Kolonjë	20.34	8.55	35.97	16.95	28.98
Korçë	32.68	35.24	30.08	26.98	40.59
Krujë	45.96	48.39	42.94	16.5	34.34
Kuçovë	17.96	12.82	22.47	8.16	40.54
Kukës	34.88	26.44	44.69	47.24	32.46
Lezhë	33.59	31.58	36.36	17.13	57.59
Librazhd	35.6	34.97	36.14	52.63	32.5
Lushnjë	41.86	45.82	37.49	58.76	34.48
Malësi e Madhe	30.35	29.31	31.34	11.76	42.1
Mat	34.88	38.06	30.84	36.9	45.99
Mirditë	34.83	41.67	28.57	63.29	16.39
Përmet	44.59	65.57	30.13	52.63	37.04
Pogradec	35.78	34.68	36.89	50.68	28.97
Pukë	56.1	84.61	34.68	56.33	55.91
Shkodër	48.06	47.73	48.4	33.34	71.48
Tepelenë	44.24	17.62	90.91	75	27.4
Tiranë	18.92	21.60	16.23	17.34	16.84
Tropojë	13.16	38.46	8.67	12.15	14.29
Vlorë	25.16	24.4	26.16	25.32	24.59
Shqipëri	38.21	38.65	37.78	35.61	40.78

Treguesi lidhur me shtesat ushqimore tek fëmijet e moshës 6-8 muajsh ishte veçanërisht e ulët në Devoll (rreth 10%), Gramsh (11%), Has (12%) dhe Tropojë (13%). Nga ana tjetër, ky tregues ishte më i lartë në Gjirokastrë dhe Delvinë (80%) i ndjekur nga Berati (60%). Në rrethin e Tiranës, prevalenca e shtesave ushqimore, rezultoi të ishte rreth 19% (17.3% në zonat urbane përkundrejt 16.8% në zonat rurale).

6.Nënpesha

Në vazhdim, nënpesha tek fëmijët në vitin 2023 rezultoi të kishte një prevalencë prej rreth 1.34%. Kjo prevalencë rezultoi të ishte pothuajse e njëjtë si tek djemtë (0.77%) krahasuar me vajzat (0.76%). Duhet theksuar se, në zonat urbane, nënpesha ishte më e ulët krahasuar me zonat rurale (përkatësisht 0.66% përkundrejt 0.88% në zonat rurale).

Tabela 6: Shpërndarja e “nëneshës” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	0.28	0.26	0.29	-	0.4
Bulqizë	0.60	0.54	0.67	0.3	0.67
Devoll	6.36	5.84	6.56	5	6.76
Dibër	0.90	0.78	1.03	-	0.91

Durrës	1.05	1	1.1	1.06	1.04
Elbasan	1.62	1.66	1.57	2.55	1.37
Fier	0.82	0.77	0.87	0.54	1.06
Gjirokastrë	3.51	3.52	3.5	3.32	4.44
Gramsh	1.81	2.41	1.2	1.59	1.94
Has	6.14	6.64	6.22	5.62	6.53
Kavajë	1.86	1.94	1.76	1.68	1.91
Kolonjë	3.68	3.71	3.66	2.47	4.07
Korçë	2.43	2.19	2.67	2.58	2.27
Krujë	0.56	0.46	0.67	0.35	0.6
Kuçovë	0.65	0.36	0.87	0.39	0.83
Kukës	7.85	6.78	7.91	6.52	6.85
Kurbin	1.05	0.98	1.03	1.05	1.07
Lezhë	0.66	0.77	0.53	0.44	0.75
Librazhd	2.25	2	2.5	2.68	2.2
Lushnjë	0.71	0.69	0.72	1.08	0.51
Mallakastër	0.97	0.48	1.45	0.83	1.03
Mat	2.5	2.71	2.27	5.96	1.46
Mirditë	0.64	0.84	0.43	-	0.96
Përmet	1.65	2.31	0.99	1.47	1.74
Pogradec	0.99	0.82	1.17	1.88	0.81
Pukë	0.5	0.2	0.83	1.62	0.26
Sarandë	3.33	2.97	3.14	2.23	3.05
Shkodër	1.94	1.77	2.13	2.31	1.35
Skrapar	3.03	1.73	4.31	3.97	1.25
Tepelenë	2.46	3.72	1.47	-	2.82
Tiranë	2.51	2.31	2.73	1.51	1.06
Vlorë	0.68	0.67	0.68	0.7	0.65
Shqipëri	1.54	0.77	0.76	0.66	0.88

Gjithashtu treguesi lidhur me nënpeshën tek femijët ishte veçanërisht i ulët në Berat (rreth 0.28%), Pukë (0.50%), Bulqizë (0.6%) dhe Mirditë (0.64%). Nga ana tjetër, ky tregues ishte më i lartë në Kukës (7.85%) dhe Devoll (6.36%) i ndjekur nga Hasi (6.14%). Në rrethin e Tiranës, prevalenca e nënpeshës, rezultoi të ishte rreth 2.51% (1.51% në zonat urbane përkundrejt 1.06% në zonat rurale).

7.Mbipesha

Në përgjithësi, prevalenca e mbipeshës tek fëmijët në vitin 2023 ishte 8.7%. duhet theksuar që, prevalenca e mbipeshës ishte më e ulët tek djemtë krahasuar me vajzat (7,7% përkundrejt 9,5%, respektivisht). Gjithashtu, prevalenca e mbipeshës ishte më e ulët në zonat rurale (7.6%) krahasuar me zonat urbane (10.5%).

Tabela 7: Shpërndarja e “mbipeshës” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	13.5	14.96	12.27	19.82	8.2
Bulqizë	6.59	7.52	5.79	8.38	5.51
Delvinë	13.63	12.89	13.94	12.77	13.95
Dibër	7.89	8.46	9.13	9.53	6.32
Durrës	10.62	11.78	10.01	10.54	11.23
Elbasan	9.29	9.31	9.3	10.16	9.05
Fier	10.73	9.28	11.32	9.84	11.23
Gjirokastrë	7.92	8.54	7.41	8.4	7.12
Gramsh	10.16	11.9	9.26	11.76	9.18
Has	6.37	6.82	6.26	5.78	6.98
Korçë	9.71	9.27	9.89	8.99	10.79
Krujë	8.46	8.92	8.14	7.29	9.75
Kuçovë	7.63	8.41	6.95	8.13	7.24
Kukës	6.15	7.12	5.82	7.49	5.98
Lezhë	8.23	8.03	8.64	7.89	9.35
Librazhd	7.74	7.69	7.26	7.54	7.97
Lushnje	8.04	8.13	7.95	9.13	7.36
Mallakastër	10.36	10.49	10.03	11.31	9.92
Mat	7.98	8.32	7.41	7.69	8.12
Pogradec	8.74	8.42	8.96	9.08	7.53
Pukë	7.59	8.34	6.19	8.21	6.87
Shkodër	9.53	10.92	8.29	10.78	8.09
Skrapar	11.23	11.12	11.68	11.98	10.39
Tepelenë	9.23	10.12	8.21	10.18	8.91
Tiranë	8.37	9.26	8.04	9.24	8.09
Vlorë	9.33	10.67	8.98	10.53	8.69
Shqipëria	8.7	7.66	9.53	10.51	7.64

Prevalenca e mbipeshës ishte më e lartë në rrethet Delvinë dhe Berat (rreth 14% në secilin prej tyre). Nga ana tjetër, prevalenca e mbipeshës rezultoi të ishte më e ulët në rrethet Kukës, Has dhe Bulqizë (rreth 6% në secilin prej tyre). Në qarkun e Tiranës, prevalenca e mbipeshës u evidentua 8.4% (9.2% në zonat urbane përkundrejt 8.1% në zonat rurale).

8.Gjatësia për moshë

Në përgjithësi, përqindja e fëmijëve më të shkurtër për moshë në Shqipëri për vitin 2023 ishte rreth 1.1%. Kjo prevalencë ishte disi më e ulët tek djemtë sesa tek vajzat, por dukshëm më e ulët në zonat urbane (0.7%) krahasuar me zonat rurale (1.3%).

Tabela 8: Shpërndarja e “gjatësisë për moshë” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Bulqizë	0.17	0.18	0.16	0.24	0.01
Devoll	0.51	0.01	0.98	0.01	0.58
Dibër	0.24	0.12	0.37	0.01	0.26
Durrës	0.37	0.36	0.38	0.48	0.24
Elbasan	0.6	0.77	0.44	0.69	0.58
Fier	0.44	0.42	0.46	0.15	0.69
Gjirokastrë	5.18	5.38	4.98	6.05	1.07
Gramsh	1.28	1.73	0.8	1.33	1.24
Has	0.8	0.93	0.66	1.29	0.51
Kolonjë	0.07	0.16	0.01	0.01	0.09
Korçë	1.05	0.92	1.18	0.69	1.45
Krujë	0.34	0.28	0.41	0.88	0.28
Kuçovë	1.31	0.74	1.76	0.39	1.94
Kukës	0.36	0.27	0.46	0.59	0.32
Lezhë	0.38	0.49	0.27	0.33	0.41
Librazhd	0.69	0.47	0.91	0.54	0.71
Lushnje	0.43	0.43	0.44	0.73	0.28
Malësi e Madhe	0.06	0.13	0.01	0.01	0.08
Mallakastër	1.22	1.93	0.49	0.83	1.38
Mat	0.33	0.45	0.21	0.77	0.2
Mirditë	0.43	0.42	0.44	0.01	0.65
Përmet	0.17	0.33	0.01	0.01	0.25
Pogradec	0.06	0.06	0.06	0.31	0.01
Pukë	0.28	0.21	0.36	0.65	0.2
Shkodër	0.8	0.86	0.73	1	0.47
Skrapar	9.09	6.09	12.07	13.2	1.25
Tepelenë	0.14	0.01	0.25	0.01	0.16
Tiranë	1.89	2.05	1.73	1.28	2.47
Vlorë	0.16	0.13	0.19	0.24	0.01
Shqipëria	1.08	1.07	1.09	0.72	1.29

Përqindja e fëmijëve më të shkurtër për moshë ishte më e lartë në rrethet Skrapar (9%) dhe Gjirokastrë (rreth 5%). Nga ana tjetër, kjo përqindje rezultoi të ishte më e ulët në rrethet Pogradec (vetëm 0,06%) dhe Kolonjë (vetëm 0,07%). Në qarkun e Tiranës, ishte pothuajse 1.9% (1.3% në zonat urbane përkundrajt 2.5% në zonat rurale).

9. Peshë për gjatësi

Në nivel kombëtar, prevalenca e fëmijëve më të dobët për moshën që kanë në vitin 2023 ishte vetëm rreth 0.6%. Në përgjithësi përqindja e fëmijëve më të dobët për moshë ishte disi më e lartë tek vajzat krahasuar me djemtë (0,63% përkundrajt 0,61%, respektivisht). Është interesante se kjo prevalencë ishte më e ulët në zonat rurale (0.5%) krahasuar me zonat urbane (0.7%).

Tablea 9: Shpërndarja e “peshë për gjatësi” në vitin 2023 (%)

Rrethi	Total	Djem	Vajza	Urban	Rural
Berat	0.05	0.05	0.05	0.01	0.08
Bulqizë	0.26	0.18	0.34	0.01	0.36
Devoll	0.51	0.01	0.98	0.01	0.58
Dibër	0.18	0.14	0.22	0.01	0.19
Durrës	0.67	0.7	0.64	0.36	0.93
Elbasan	0.93	1.1	0.77	1.04	0.91
Fier	0.41	0.33	0.48	0.15	0.63
Gjirokastrë	1.73	1.73	1.72	1.94	0.71
Gramsh	2.45	2.99	1.9	1.55	3.99
Has	0.48	0.31	0.66	0.43	0.51
Kolonjë	0.13	0.01	0.23	0.27	0.09
Korçë	1.14	1.04	1.24	0.63	1.7
Krujë	0.25	0.15	0.35	0.18	0.27
Kuçovë	0.65	0.37	0.88	0.39	0.83
Kukës	0.29	0.13	0.46	0.59	0.24
Lezhë	0.36	0.34	0.37	0.11	0.44
Librazhd	0.75	0.82	0.68	2.69	0.52
Lushnjë	0.42	0.52	0.32	0.71	0.28
Malësi e Madhe	0.06	0.01	0.11	0.01	0.09
Mallakastër	0.98	0.97	0.99	0.01	1.38
Mat	0.26	0.4	0.10	0.22	0.27
Mirditë	0.65	0.85	0.44	0.01	0.97
Përmet	0.17	0.33	0.01	0.01	0.25
Pogradec	0.06	0.06	0.06	0.31	0.01
Pukë	0.45	0.21	0.71	1.63	0.2
Shkodër	0.49	0.44	0.54	0.34	0.73
Skrapar	2.6	2.61	2.59	3.31	1.25
Tepelenë	0.14	0.01	0.25	0.01	0.16
Tiranë	2.79	2.54	3.05	0.7	3.63
Vlorë	0.35	0.36	0.34	0.38	0.3
Shqipëria	0.62	0.61	0.63	0.67	0.5

Përqindja e fëmijëve më të dobët për moshën që kanë ishte më e ulët në qarkun e Beratit (0,05%), ndjekur nga Kolonja dhe Tepelena (rreth 0,1%). Nga ana tjetër, prevalenca e fëmijëve të pazhvilluar për moshën që kanë ishte më e lartë në rrethet e Tiranës (2.8%) e ndjekur nga Skrapari (2.6%) dhe Gramshi (2.5%).

Konkluzione dhe Rekomandime

Në kontekstin e Shqipërisë, ky raport jep informacion të ri dhe shumë të vlefshëm për prevalencën dhe shpërndarjen e treguesve të përzgjedhur për gjendjen e ushqyerjes, praktikën e të ushqyerit dhe rritjen e fëmijëve të moshës 0-5 vjeç në të gjitha rrethet e vendit për vitin 2023.

Informacioni mbi këta tregues gjenerohet nëpërmjet një sistemi monitorimi të zbatuar dhe testuar vitet e fundit në të gjitha rrethet e Shqipërisë në nivel të kujdesit shëndetësor parësor. Ky sistem monitorimi përbëhet nga të dhëna administrative, që janë informacione të mbledhura në mënyrë rutinë në të gjitha qendrat e kujdesit shëndetësor parësor dhe qendrat e konsultorit të fëmijëve (në zonat urbane) dhe qendrat shëndetësore (në zonat rurale), si dhe të gjitha maternitetet në Shqipëri.

Në fakt, që nga viti 2017, ky sistem gjeneron informacion mbi disa tregues në nivel kombëtar, rajonal (12 prefektura) dhe nivel lokal (36 rrethe).

Ky sistem monitorimi i gjendjes së ushqyerjes dhe rritjes së fëmijëve ka shumë përparësi, por gjithashtu ka nevojë për mbështetje të mëtejshme për të kapërcyer disa barrierë dhe pengesa.

Rekomandime mbi përparësitë e sistemit të monitorimit të fëmijëve në Shqipëri

Në përgjithësi, përparësitë kryesore të sistemit të monitorimit për gjendjen e ushqyerjes dhe rritjen e fëmijëve 0-5 vjeç në Shqipëri janë përmbledhur më poshtë:

- Sistemi i monitorimit përbëhet nga një metodologji e standardizuar e cila është një parakusht bazë për sigurimin e treguesve të vlefshëm dhe të besueshëm.
- Sistemi i monitorimit ofron të dhëna të dobishme në nivel kombëtar që informojnë për pabarazitë shëndetësore midis rajoneve të ndryshme dhe grupeve të ndryshme të popullsisë në Shqipëri (ndryshimet rajonale, diferencat sipas vendbanimit, si dhe ato në bazë gjinore).
- Sistemi i monitorimit ofron informacion të vlefshëm për formulimin e politikave, vendimmarrjen dhe ndërhyrjet në kohë.
- Sistemi i monitorimit lejon krahasueshmërinë e treguesve të shëndetit të fëmijëve ndërmjet rajoneve të ndryshme, por dhe ndërmjet Shqipërisë dhe vendeve të tjera të rajonit dhe më gjerë.
- Sistemi ofron të dhëna në kohë reale për praktikën e ushqyerjes së fëmijëve dhe treguesit e rritjes.
- Nuk ka kosto shtesë. Të dhënat mblidhen dhe hidhen në sistem nga personeli shëndetësor gjatë punës së tyre rutinë.

Referenca

1. Indikatorët e përbashkët shëndetësorë europianë (echi) <http://ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/04/libri-indikatoreve-final.pdf>
2. Strategjia kombëtare e shëndetësisë 2021-2030 në Shqipëri <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2017/05/Strategjia-Kombetare-e-Shendetesise-2021-2030.pdf>
3. Raport Shëndetësor Kombëtar 2014 https://www.ishp.gov.al/?page_id=1355
4. Albania Demographic health Survey 2018
<https://www.instat.gov.al/al/publikime/librat/2018/albania-demographic-and-health-survey-2017-2018/>

ISBN 999563259-4



BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK:
Rr. Aleksandër Moisiu, Nr. 80, Tiranë, SHQIPËRI
E-mail: ishp@shendetesia.gov.al
Tel: 04 23 74 756, Fax: 04 23 70 058