

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



Nr. 3 - 2015

BORDI I BULETINIT

Kryetar:

Arjan Bregu

Anëtarë:

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

Asistent shkencor:

Herion Muja

Redaktorë letrarë:

Glediona Tola, Kleopatra Sava

Design & Layout **Genc Musa**

ISBN:

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 3-2015

KËRKIM SHKENCOR ORIJINAL

Elona Kureta, Mimoza Basho, Silva Bino

Testimi për hepatit viral B dhe C 4

Alban Ylli, Eduard Kakarriqi, Bajram Dedja, Besjan Elezaj

Studim kombëtar mbi përdoruesit problematikë të drogave
Vlerësimi i numrit të abuzuesve dhe modelet e abuzimit me drogën,
Shqipëri 2014-2015 9

Zaira Poga, Arben Luzati, Edjona Bici

Programi pilot në lidhje me situatën higjieno-sanitare të sistemit të
grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane 15

Miranda Ajdini (*kërkim shkencor origjinal*)

Akresi në planifikim familjar dhe sistemi i informacionit dhe menaxhimit
logjistik (LMIS) 23

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Aulona Zotaj, Roland Shuperka

Ndërhyrjet e shkurtra për dëmtimet nga përdorimi i alkoolit dhe duhanit 30

Sonela Xinxo, Alban Ylli, Eduard Kakarriqi (njoftime për politikë shëndetësore)

Plani i Veprimit për ngritjen e Regjistrat Kombëtar për Sëmundjet Kardiovaskulare
(Infarkti akut i miokardit dhe aksidentet cerebrovaskulare)
në nivel rajoni-reflektime nga Spitali Rajonal i Durrësit 36

Engjëll Mihali, Gentiana Qirjako

Zhvillimi i Planit të Veprimit të Promocionit Shëndetësor në Shqipëri 2016-2020 38

Testimi për hepatit viral B dhe C

Elona Kureta¹, Mimoza Basho¹, Silva Bino¹

¹Departamenti i Kontrollit të Sëmundjeve Infektive

Abstrakt

Viruset e hepatitit B dhe C mund të infektojnë individë të ndryshëm pa dhënë shenja të sëmundjes për një kohë të gjatë. Edhe pse zbulimi i hershëm i bartësve është i dobishëm, informimi i publikut lidhur me këto sëmundje mbetet ndërhyrja bazë për parandalimin e instalimit të këtyre infeksioneve. Për këtë qëllim, në kuadër të Ditës Botërore të Hepatitit Viral, në 28 korrik 2015, u morën kampionë gjaku nga 461 vullnetarë adultë në 4 rrethe të Shqipërisë: Tiranë, Vlorë, Korçë dhe Elbasan, dhe u analizuan nëpërmjet testit të shpejtë, kombinuar me dhënien e informacionit lidhur me këto sëmundje. Prevalenca totale e hepatiteve ishte 6.3% (5.6% për hepatitin B dhe 0.7% për hepatitin C), me luhatje shumë të mëdha midis rretheve në studim dhe qendrave shëndetësore të përfshira në Tiranë, kryesisht për shkak të angazhimit të vullnetarëve në studim. Studimi evidentoi që hepatiti B dhe C është i pranishëm në bartës asimptomatikë në Shqipëri. Fushatat depistuese mund të shërbejnë për zbulimin e hershëm të këtyre rasteve, marrjen e masave që mund të parandalojnë progredimin e sëmundjes në

Hyrje

Viruset e hepatitit B dhe C mund të jetojnë në organizmin e njeriut të prekur dhe të mos japin shenja të sëmundjes. Kështu një person i prekur nuk e di nëse është prekur apo jo nga këto viruse deri në momentin e shfaqjes së shenjave klinike (Chiaho 2012).

Sa më vonë të kapet sëmundja, aq më të rënda janë dëmtimet që ajo shkakton në mëlçi, siç është cirroza dhe kanceri hepatoqelizor.

Prandaj për të parandaluar sëmundjen e hepatitit viral, e rëndësishme është kapja e hershme e këtyre viruseve në organizmin e njeriut, para

shfaqjes së shenjave klinike. Kjo për vetë faktin se sa më shpejt të parandalohet, aq më shumë ulet rreziku i kalimit në gjendjen kronike dhe zhvillimin e komplikacioneve të rrezikshme për jetën e njeriut (Carlo & Silvia 2014).

Çdo person që rezulton pozitiv, megjithëse mund të mos ketë shenja klinike, duhet të ndiqet nga mjeku specialist përkatës, i cili sugjeron kryerjen e testeve të mëtejshme (Martin et al. 1996)

Në vendin tonë, testimi për hepatitin B dhe C mund të kryhet në çdo laborator mikrobiologjik/imunologjik në sektorin publik dhe atë privat.

Në kuadër të Ditës Botërore të Hepatitit Viral, 28 korrik 2015, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë ofroi testime falas për hepatitin viral B dhe C. Qëllimi i testimit ishte sensibilizimi i popullatës për njohjen e viruseve të hepatiteve virale dhe sëmundjeve që shkaktohen prej tyre.

Metodologjia

Testimi u krye në tre rrethe të vendit dhe në tri qendra shëndetësore në Tiranë. Rrethet ku u kryen këto testime ishin Korça, Elbasani dhe Vlora. Në Tiranë, testimi u krye në Qendrat Shëndetësore Nr.1, 3 dhe 9, pranë laboratorëve përkatës biokimik-klinik. Në rrethet e përzgjedhura, ky testim u krye pranë laboratorëve të spitaleve rajonale, si dhe të poliklinikave kryesore të rrethit përkatës. Testimi iu ofrua çdo personi që dëshironte ta kryente këtë ekzaminim, si dhe personave që kishin dhënë mostër gjaku për të kryer edhe analiza të tjera. Në çdo pikë testimi në Tiranë kishte një ekip të përbërë nga specialistë të Departamentit të

Kontrollit të Sëmundjeve Infektive dhe të Promocionit pranë Institutit të Shëndetit Publik. Në rrethet e tjera ekipi përbëhej nga specialistë të Drejtorive të Shëndetit Publik.

Në çdo pikë testimi, specialistët e shëndetit publik komunikuan me çdo person dhe i informuan ata në lidhje me hepatitet virale, për mënyrën e transmetimit dhe sesi mund të mbrohen prej tyre. Metoda e përdorur për evidentimin e virusit B ose C të hepatitit ishte testi i shpejtë, metoda imunokromatografike.

Në përfundim të procesit, të dhënat në lidhje me rezultatet e testimit u dërguan pranë Institutit të Shëndetit Publik.

Rezultatet

Në tabelën 1 paraqiten të dhënat në lidhje me numrin e testeve dhe përgjigjet laboratorike që rezultuan pozitiv për antigenin HBsAg dhe antitrukat antiHCV. Në total u testuan 461 persona, nga të cilët 88 persona u testuan në Vlorë, 100 në Elbasan, 173 në Tiranë dhe 100 në Korçë.

Tabela 1. Numri i testeve dhe përgjigjet laboratorike sipas rretheve

Rrethi	Numri i testeve	HBsAg pozitiv	antiHCV pozitiv
Vlorë	88 (19.1) *	3 (0.7) †	0 (0.0)
Elbasan	100 (21.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Tiranë	173 (37.5)	10 (2.2)	2 (0.4)
Korçë	100 (21.7)	13 (2.8)	1 (0.2)
Total	461 (100.0)	26 (5.6)	3 (0.7)

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

† Numri absolut dhe përqindja kundrejt numrit total (N=461) (në kllapa).

Nga 461 personat e testuar, 26 (5.6%) rezultuan pozitiv për antigenin HBsAg dhe 3 (0.7%) rezultuan pozitiv për antitrukat antiHCV (tabela 1). Në nivel rrethi, prevalenca më e lartë e mostrave pozitive për hepatitin B dhe C (prevalenca totale) rezultoi në Korçë, ku 14% (14/100) e kampionëve të marrë rezultuan pozitiv për HbsAg ose

antiHCV, ndjekur nga Tirana ku prevalenca totale e hepatitit B dhe C ishte 6.9% (12/173) dhe Vlora ku kjo prevalenca ishte 3.4%. Në Elbasan asnjë nga mostrat e gjakut të testuar nuk rezultoi pozitiv për hepatitin B ose C (Tabela 1). Prevalenca e hepatitit B ishte më e lartë në Korçë (13%), pasuar nga Tirana (5.8%) dhe

Vlora (3.4%) kurse prevalenca e hepatitit C ishte pothuajse e njëjtë në Tiranë dhe Korçë (prevalenca 1.2% dhe 1.0%, përkatësisht).

Në tabelën 2 paraqitet numri i testimeve dhe rezultatet përkatëse laboratorike në lidhje me këto testime në qendrat shëndetësore të përcaktuara në Tiranë.

Tabela 2. Numri i testimeve dhe përgjigjet laboratorike sipas qendrave shëndetësore në studim në Tiranë

Qendra Shëndetësore	Numri i testimeve	HBsAg pozitiv	antiHCV pozitiv
Numër 1	50 (28.9) *	0 (0.0) †	0 (0.0)
Numër 9	45 (26.0)	1 (2.2)	0 (0.0)
Numër 3	78 (45.1)	9 (11.5)	2 (2.6)
Total	173 (100.0)	10 (5.8)	2 (1.2)

* Numri absolut dhe përqindja sipas kolonave (në kllapa).

† Numri absolut dhe përqindja kundrejt numrit total (N=461) (në kllapa).

Vihet re që rreth 45% e ekzaminimeve janë kryer në Qendrën Shëndetësore Nr. 3, pasuar nga Qendra Shëndetësore Nr. 1 (28.9% e ekzaminimeve) dhe Nr. 9 (26.0% e ekzaminimeve) (tabela 2).

Prevalenca e Hepatitit B rezultoi më e lartë në Qendrën Shëndetësore Nr. 3 (11.5%), pasuar nga Qendra Shëndetësore Nr. 9 ku prevalenca ishte

2.2%, ndërsa në Qendrën Shëndetësore Nr. 1 nuk u zbulua asnjë kampion gjaku i infektuar me Hepatit B ose C. Hepatiti C u zbulua vetëm në Qendrën Shëndetësore Nr. 3, ku prevalenca e tij rezultoi 1.2% (2 raste).

Në tabelën 3 paraqitet numri i testimeve sipas grupmoshave të personave të testuar.

Tabela 3. Testimi për hepatitin B dhe C sipas grupmoshës dhe gjinisë

Grupmosha	Numri i testimeve	Përqindja
Grupmosha		
0-4 vjeç	13 *	3.1 †
5-14 vjeç	16	3.9
15-19 vjeç	9	2.1
20-24 vjeç	19	4.6
25-44 vjeç	146	35.3
45-59 vjeç	130	31.5
≥60 vjeç	80	19.3
Gjinia		
Mashkull	147 *	32.1
Femër	311	67.9

* Mospërputhjet me numrin total vijnë për shkak të mungesës së informacionit. Më konkretisht, lidhur me moshën mungon informacioni për 48 persona, kurse lidhur me gjininë mungon informacioni për 3 persona.

† Përqindja sipas kolonave. Për grupmoshën, totali=413; për gjininë, totali =458.

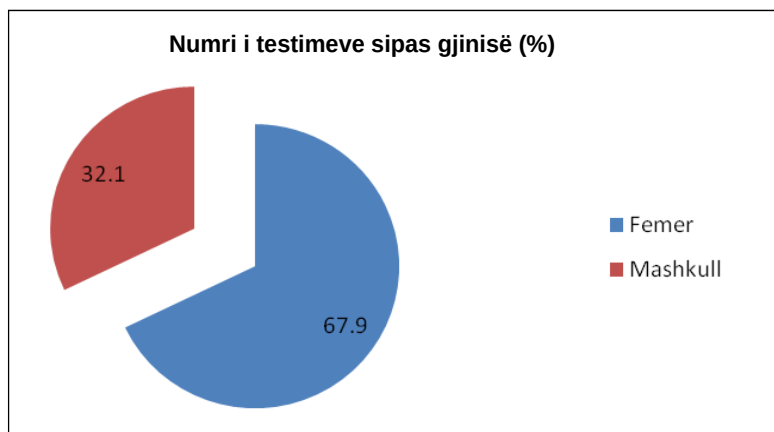
Siç shihet edhe nga tabela 3 janë testuar persona nga të gjitha grupmoshat. Pjesa më e madhe e të testuarve i përket grupmoshës 25-44 vjeç dhe

45-59 vjeç (që zënë përkatësisht 35.3% dhe 31.5% të numrit total të testimeve).

Midis personave të testuar, rreth dy të tretat e

tyre (67.9%) ishin femra dhe pjesa tjetër prej 32.1% ishin meshkuj (Figura 1).

Figura 1. Testimi për hepatitin B dhe C sipas gjinisë



Masat e ndërmarra

Qëllimi kryesor i këtij aktiviteti ishte sensibilizimi i popullatës lidhur me hepatitin B dhe C, në kuadër të Ditës Botërore Kunder Hepatiti Viral. Këshillimi u krye për të gjithë personat që iu nënshtruan testimit. Ai përfshiu :

- Dhënien e informacioneve të detajuara në lidhje me sëmundjen, rrugët e transmetimit të viruseve, shenjat klinike, testimin, si të mbrohem

prej tyre, rëndësinë e vaksinimit për hepatitin viral B etj;

- Të gjithë personat që rezultuan pozitiv u këshilluan në lidhje me sëmundjen e hepatitit viral dhe u drejtuan te mjeku specialist gastrohepatolog/infeksionist për ndjekje të mëtejshme.
- Dy nga personat që rezultuan pozitiv me testin e shpejtë për anti HCV, u paraqitën në ISHP

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Viruset e hepatitit B dhe C shkaktojnë infeksion te njerëzit shpesh pa shfaqur shenja të sëmundjes, duke zhvilluar dëmtime të rënda në organizëm para shfaqjes së shenjave klinike.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Pjesa më e madhe e subjekteve i përkiste grupmoshës 25-44 vjeç dhe 45-59 vjeç, ndërkohë që rreth dy të tretat ishin femra. Prevalenca totale e hepatitit B dhe C ishte më e lartë në qytetin e Korçës dhe më e ulët në qytetin e Elbasanit.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Hepatitet virale qarkullojnë në popullatën shqiptare të bartur në individë asimptomatikë, prandaj do të vinte në ndihmë ndërmarrja e fushatave depistuese në shkallë të gjerë për identifikimin, këshillimin dhe trajtimin tyre në kohën e duhur, për të parandaluar apo ngadalësuar progresin e sëmundjes në faza të avancuara.

për testim të mëtejshëm dhe rezultuan negativ me metodën ELISA.

- Në të gjitha mjediset e institucioneve

shëndetësore u shpërndanë postera dhe fletëpalosje që përmbanin informacionin e nevojshëm në lidhje me hepatitin viral.

Përfundime

Ashtu siç pritej, prevalenca totale e hepatiteve dhe prevalenca e hepatitit B dhe C shënoi luhajtje të mëdha midis rretheve në studim dhe qendrave shëndetësore në Tiranë. Kjo shpjegohet me faktin që nuk u përdorën kampione probabilitare, por studimi u bazua në pjesëmarrjen vullnetare të individëve. Sidoqoftë, hepatitet virale qarkullojnë në popullatën shqiptare duke u bartur

në individë asimptomatikë, siç e dëshmoi studimi aktual. Ndërmarrja e fushatave depistuese në shkallë të gjerë do të ndihmonte në identifikimin e këtyre individëve dhe këshillimin apo trajtimin e tyre në kohë, për të parandaluar apo ngadalësuar progresin e sëmundjes në faza të avancuara.

Bibliografia

Carlo V., Silvia F. Hepatitis C virus and diffuse large B-cell lymphoma: Pathogenesis, behavior and treatment. *World J Gastroenterol* 2014 August 28; 20(32): 11054-11061. DOI: 10.3748/wjg.v20.i32.11054.

Chiaho Sh. Chronic Hepatitis B and C; Basic Science to Clinical Applications. Dec 2012.

Martin A., Nowak T., Sebastian B., Andrew M., Richard B., Howard C. Viral dynamics in hepatitis B virus infection. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* Vol. 93, pp. 4398-4402, April 1996.

Studim kombëtar mbi përdoruesit problematikë të drogave. Vlerësimi i numrit të abuzuesve dhe modelet e abuzimit me drogën, Shqipëri 2014-2015

Alban Ylli¹, Eduard Kakarriqi¹, Bajram Dedja¹, Besjan Elezaj¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

Abstrakt

Përdorimi problematik i drogave (PDU) i referohet përdorimit me injektim apo afatgjatë të opiateve dhe/ose drogës së tipit të kokainës dhe/ose amfetaminës. Megjithëse prevalenca e përdorimit të këtyre substancave në popullatën e përgjithshme është e ulët, ky indikator është i rëndësishëm duke qenë se përdorimi problematik i drogës është përgjegjës për pjesën më të madhe të problemeve shëndetësore të lidhura me drogën. Vlerësimi i saktë i prevalencës së PDU-së paraqet një sfidë në vetvete, për shkak se populla target është e vështirë të përkufizohet dhe zbulohet, sidomos në vende si Shqipëria. Për këtë arsye, qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i prevalencës së PDU-së në nivel kombëtar dhe i modeleve të përdorimit të drogës, me qëllim hedhjen dritë mbi këtë fenomen pak të studiuar në Shqipëri. Prevalenca e PDU-së u bazua në metodat capture-recapture dhe multiplier benchmark, kurse karakteristikat e përdorimit problematik të drogës u ndriçuan nëpërmjet qasjes repsonse driven.

Hyrje

Të dhënat e trajtimit dhe ato epidemiologjike nga anketat bazuar në shkollat e mesme, tregojnë një rritje të mprehtë në trendet e shfrytëzimit të drogës përgjatë viteve 90, e cila duket se është stabilizuar gradualisht që nga viti 2003 (Albania Behavioural and Biological Surveillance Study Report; Albania Demographic and Health Survey 2009).

Përdorimi problematik i drogave (PDU- problematic drug use) është përkufizuar nga

EMCDDA si përdorimi me injektim apo afatgjatë/përdorimi i rregullt i opiateve dhe/ose drogës së tipit kokainë dhe/ose amfetaminë (The European Survey on Alcohol and Other Drug Use Among Young People in Albania in 2012). Vlerësimi i PDU-së është një prioritet i përcaktuar në planin kombëtar mbi sistemin e informacionit rreth drogës (National action plan on Drug Information System, National strategy on control of drugs 2012-2016).

Bazuar në sa u tha më lart, qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë prevalencën e përdorimit problematik të drogës (PDU) në 6 qytetet kryesore të Shqipërisë, që mund të përgjithësohet në nivel kombëtar. Gjithashtu, ai synon të dokumentojë modelet e përdorimit të drogës dhe shfrytëzimit të shërbimeve nga përdoruesit e rregullt (National general population survey on substance use in Albania 2015).

Metodologjia

Të dhënat e prezantuara në këtë raport, sigurojnë për herë të parë indikatorë të besueshëm dhe karakteristika të tjera të lidhura për kategorinë PDU në 6 qytete të Shqipërisë (Tiranë, Durrës,

Vlorë, Shkodër, Korçë dhe Elbasan). Ato gjithashtu bëjnë të mundur vlerësimin e një treguesi tjetër të rëndësishëm, si vdekjet e shkaktuara nga përdorimi i drogës (DRD). Vlerësimi i PDU-së u bazua në një kombinim të metodave të capture-recapture dhe metodës multiplier benchmark. Janë përdorur tri lista të pavarura të PDU-së; arrestimet e kryera nga policia për përdoruesit, Qendrat e trajtimit me metadon dhe Qendra e varësisë dhe toksikologjisë. Një model i bazuar në një studim të tipit response driven (RDS) është përdorur për të eksploruar karakteristikat e përdorimit problematik, duke përfshirë historinë e përdorimit të drogës dhe historinë e mjekimit.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Përdorimi problematik i drogave është përdorimi afatgjatë i substancave opioide dhe drogave të tipit të kokainës dhe amfetaminës, prandaj përbën një indikator të rëndësishëm pasi është përgjegjës për pjesën më të madhe të problemeve shëndetësore të lidhura me drogën.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Mosha mesatare e fillimit të përdorimit të drogës në studim ishte 18 vjeç, dhe pjesa më e madhe e përdoruesve të drogës kanë filluar me konsumin e kanabisit, ndërkohë që heroinën dhe kokainën e kanë përdorur të paktën një herë më shumë se gjysma e tyre.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Të dhënat e këtij studimi mund të shërbejnë për hartuesit e politikave të sektorëve të shëndetësisë dhe të zbatimit të ligjit në Shqipëri, për mundësi më të mira të planifikimit dhe monitorimit të ndërhyrjeve të parashikuara në strategjinë e kontrollit të drogës.

Rezultatet

Mesatarja përfundimtare e vlerësimit të numrit të PDU-ve në 6 qytete në Shqipëri duke përdorur metodën capture-recapture është 6182 persona (95% CI 3626 dhe 8737) (tabela 1). Metoda

alternative multiplier benchmark ka rezultuar në një vlerësim pak më të ulët: 5132 PDU (95% CI kufiri minimal 3469 dhe kufiri maksimal 7686).

Tabela 1. Vlerësimi i madhësisë së PDU-së bazuar në metodën capture-recapture

Parametri statistikor		
Mesatarja		6182.2
95% Intervali i Kofidencës	Niveli i sipërm	8737.6
	Niveli i poshtëm	3626.7
5% Trimmed Mean		6193.1
Mediana		6183.5
Deviacioni standard		2435.1
Gabimi standard		994.1

12 persona ose 4.2% e PDU-së në RDS kanë pasur një mbidozë gjatë një periudhe njëvjeçare. Kjo përqindje na lejon të llogarisim rreth 250

raste me mbidozë në vit në 6 qytetet ku shtrihet studimi (Tabela 2).

Tabela 2. Rastet me mbidozë

Raste me mbidozë	Numri	Përqindja (%)
6 muajt e fundit	6	2.1
12 muajt e fundit	12	4.2

Bazuar në vlerësimet ndërkombëtare (në përgjithësi për çdo 20-25 mbidozë jofatale një përfundon në vdekje) mund të përllogariten të paktën 10 mbidoza të cilat çojnë në vdekje çdo vit në 6 qytetet e studimit. Ky vlerësim është 5 herë më i lartë se mesatarja e raportuar e vdekjeve që lidhen me përdorimin e drogës në vend, në bazë të Regjistratës të Institutit të Mjekësisë Ligjore. Mesatarja dhe mediana e moshës së fillimit të përdorimit të drogës të PDU-ja në kampionin e studimit janë respektivisht 18 dhe 18.5 vjeç, dhe

shumica e tyre (62%) e kanë filluar në vitet e adoleshencës (15-20 vjeç). Moshë më e re e raportuar e të qenit i ekspozuar ndaj drogave dhe eksperimentimit me to është 8 vjeç.

Shumica e PDU-ve (rreth 66%) e kanë filluar përdorimin e drogës me kanabis, hashash apo marijuanë. Rreth një në katër (26%) kanë filluar direkt me heroinë dhe 6% me kokainë. Një pjesë tjetër prej 7% e kampionit raporton lloje të tjera të drogave si përvojën e tyre të parë të drogës në jetë (Tabela 3).

Tabla 3. Lloji i drogës i përdorur për herë të parë

Lloji i drogës	Numri	Përqindja (%)
Kanabis (hashash, marijuanë)	176	66.1
Heroinë	75	26.0
Kokainë	16	5.6
Të tjera	21	7

Pothuajse të gjithë pjesëmarrësit në studim kanë provuar një herë heroinën (97%) dhe 81% kanë përdorur të paktën një herë kanabis. Kokaina është përdorur të paktën një herë nga 63% e

tyre, dhe rreth 15% kanë përdorur opium. Më pak se 10% kanë përdorur ndonjëherë opiate të tjera, dhe 22% kanë eksperimentuar me ekstazi, por vetëm një numër i papërfillshëm i tyre e kanë

përdorur atë kohët e fundit. Benzodiazepinat janë përdorur vetëm nga 15% e kampionit (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalenca e përdorimit të substancave të ndryshme të paligjshme, gjatë gjithë jetës

Lloji i substancës	Numri	Përqindja (%)
Kanabis (provuar një herë)	234	81.3
Heroinë (provuar një herë)	279	96.9
Kokainë (provuar një herë)	182	63.1
Ekstazi (provuar një herë)	64	22.2
Benzodiazepina (provuar një herë)	44	15.3

Injeksioni është përdorur si një mënyrë për të marrë drogë nga më shumë se 60% e PDU-ve. 17% raportuan se dikush tjetër kishte përdorur për të injektuar drogë të njëjtën gjilpërë apo

shiringë, pasi ata e kanë përdorur atë për herë të parë, të paktën një herë gjatë 6 muajve të fundit (Tabela 5 dhe 6).

Tabla 5. Lloji i drogës me injeksion të përdorur 6 muajt e fundit

Lloji i drogës	Numri	Përqindja (%)
Heroinë	105	94.5
Kokainë	17	15.3
Kanabis	13	11.7
Benzodiazepina	12	10.8

Tabela 6. Frekuenca e përdorimit të drogave të kombinuara gjatë 12 muajve të fundit.

Drogat e kombinuara	Numri	Përqindja (%)
Heroinë dhe kanabis	84	34.1
Heroinë dhe kokainë	58	24.7
Heroinë, kokainë dhe kanabis	36	17.1

Shumica dërmuese e kampionit (rreth 90%) është regjistruar për të marrë trajtim për problemet e drogës. Një numër i vogël në mesin e të intervistuarve (9%) raportuan të kenë marrë shërbime të trajtimit në burg.

Gjysma e pjesëmarrësve në studim kanë kontaktuar të paktën një herë një punonjës në

terren gjatë 6 muajve të fundit, dhe më pak se 40% kanë kontaktuar një pikë të besuar (qendër metadoni, shkëmbim shiringash etj.) në të njëjtën kohë. Një në katër pjesëmarrës nuk ka përdorur një pikë të besuar gjatë 6 muajve të fundit, për shkak se ai nuk pranon që njerëz të tjerë ta shohin atje.

Më shumë se gjysma e pjesëmarrësve janë arrestuar të paktën një herë gjatë përdorimit të drogës për një krim të lidhur me drogën, dhe gati një në dhjetë mes tyre kanë qenë të arrestuar kohët e fundit (gjatë 12 muajve të fundit). Pas “zotërimit dhe përdorimit të drogës”

vepra më e zakonshme e raportuar si shkak i arrestimit ishte “vjedhja” e ndjekur nga “shitja e drogës”. Midis arsyeve të tjera u përmendën “vjedhje me armë” dhe “tentativë vrasjeje”.

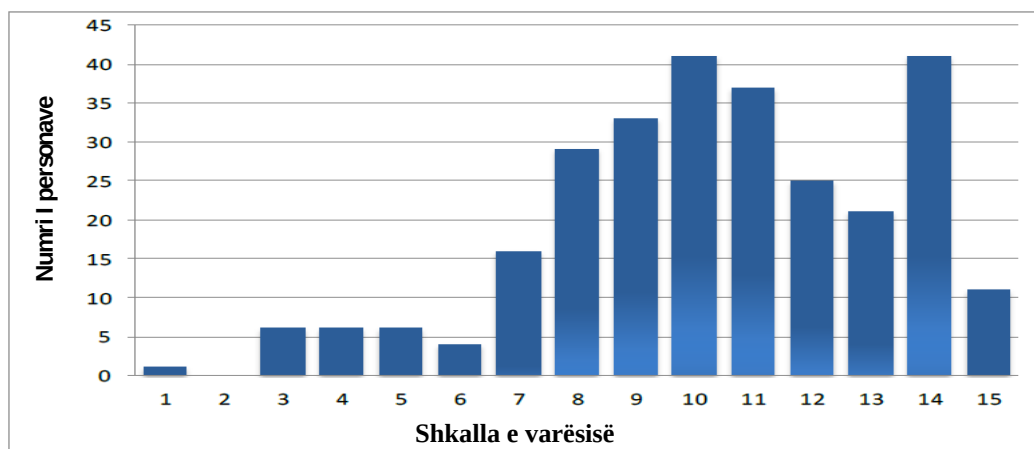
Tabela 7. Arrestimet e kohëve të fundit për një vepër të lidhura me drogën

	Numri	Përqindja (%)
Arrestuar ndonjëherë në lidhje me drogën	151	52.4
Arrestim i lidhur me drogën 12 muajt e fundit	26	9.0

Shumica e pjesëmarrësve kishin një rezultat të rëndë në shkallën e varësisë (SDS: 10 pikë ose më lart), duke treguar shkallën e lartë të varësisë,

ndërkohë që pothuajse të gjithë (95%) kishin shumë varësi (5 ose më shumë) (Figura 1).

Figura 1. Shkalla e varësisë nga përdorimi i drogës



Përmbledhje

Ky studim, të dhënat e të cilit janë paraqitur në këtë raport shkencor, është një hap i rëndësishëm në vlerësimin e përdorimit problematik të drogave. Ai ofron për herë të parë indikatorë të besueshëm dhe informacion mbi një sërë karakteristikash të veçanta të lidhura jo vetëm me përdoruesit intravenozë të drogës, por edhe me një kategori më të gjerë të përdoruesve problematikë të drogës. Për herë të parë, matjet dhe statistika nuk janë kufizuar vetëm në Tiranë, por janë shtrirë edhe në qytete të tjera. Pritet që rezultatet e këtij studimi të shërbejnë për

hartuesit e politikave të sektorëve të shëndetësisë dhe të zbatimit të ligjit në Shqipëri, për mundësi më të mira të planifikimit dhe monitorimit të ndërhyrjeve të parashikuara në strategjinë e kontrollit të drogës. Kjo do të ndihmojë gjithashtu ofruesit e shërbimeve që punojnë në këtë fushë. Përveç kësaj, procesi dhe rezultatet e tij mbështesin krijimin e një sistemi të qëndrueshëm të monitorimit kombëtar për përdorimin e drogës (Prevention and treatment systems for drug-related health disorders in Albania 2011).

Bibliografia

Albania Behavioural and Biological Surveillance Study Report; Albania Demographic and Health Survey 2009.

Albania. National report on drugs 2013.

National action plan on Drug Information System.

National general population survey on substance use in Albania 2015.

National strategy on control of drugs 2012-2016.

Prevention and treatment systems for drug-related health disorders in Albania 2011.

The European Survey on Alcohol and Other Drug Use Among Young People in Albania in 2012.

Programi pilot në lidhje me situatën higjiëno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane

Zaira Poga¹, Arben Luzati¹, Edjona Bici¹

¹Departamenti i Shëndetit dhe Mjedisit, Sektori i Ujit dhe Sanitetit, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Mbetjet urbane përbëjnë një shqetësim të vazhdueshëm për shëndetin publik, pasi ato mund të ndikojnë negativisht në sipërfaqen e tokës ku depozitohen dhe cilësinë e ujërave sipërfaqësore e nëntokësore. Përveç kësaj, ato mund të bëhen burim sëmundjesh të ndryshme për njerëzit, pasi krijojnë kushte të favorshme për riprodhimin e një sërë kafshësh të vogla dhe insektesh që shërbejnë si vektorë të këtyre sëmundjeve tek njerëzit. Prandaj, është e domosdoshme që mbeturinat e ngurta të trajtohen në bazë të legjislacionit në fuqi. Në këtë kontekst, qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i gjendjes higjiëno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane në vendin tonë me qëllim evidentimin e problematikave dhe dhënien e rekomandimeve për përmirësimin e situatës.

Hyrje

Mbetjet urbane në këndvështrimin higjiëno-sanitar

Mbetjet urbane përbëjnë një shqetësim gjithnjë e më rritje për mjedisin dhe shëndetin publik. Në vendgrumbullimet e mbetjeve shfaqen probleme gjeologjike, sepse këto depozitime të mbetjeve vazhdimisht veprojnë mbi sistemet natyrore. Pasojat gjeologjike nga mbetjet e ngurta përfshijnë ndryshimet në sipërfaqen e tokës ku janë depozituar mbetjet, si edhe ndryshimet e mjedisit në lumenjtë, liqenet, detin dhe në ujërat nëntokësore.

Venddepozitimet e mbetjeve kanë shumë degëzime gjeologjike. Nëse grumbullimet janë të varrosura, rrezikohet cilësia e ujërave nëntokësore. Nëse ato janë hedhur në përrenj dhe në lumenj, grumbullohen në bregdet, duke ndryshuar mjedisin.

Mbetjet e lëngëta tradicionalisht janë shkarkuar në sistemet e drenazhit, përrenj e lumenj dhe që aty derdhen në liqene e dete. Ato ndryshojnë cilësinë e ujërave sipërfaqësore dhe nëntokësore.

Mbetjet e gazta ndotin ajrin. Gazrat e hedhura në atmosferë, smogu, efekti serë, shiu acid i formuar pjesërisht nga oksidet e squfurit dhe të azotit dëmtojnë ekosistemin dhe shëndetin e njerëzve, si edhe shkaktojnë efektin serë dhe ngrohjen globale. Natyrisht, mbetjet nuk mund të eliminohen të gjitha, por çështja shtrohet që ato të depozitohen në vende të përshtatshme, të përpunohen dhe të mos shkaktojnë ndotjen e mjedisit.

Mbetjet e lëngëta sot përpunohen, pastrohen dhe pas kësaj derdhen në lumenj, ose madje depozitohen në rezervuarë nëntokësorë, në thellësi të mëdha. Mbetjet urbane përbëjnë një faktor me rrezikshmëri të lartë për ndotjen e mjedisit dhe dëmtimin e ekosistemit.

Në këndvështrimin higjieno-sanitar mbetjet mbartin probleme të rëndësishme të krijimit të kushteve për praninë e kafshëve të vogla dhe insekteve si: miza, mushkonja, minj, mace, qen, etj., të cilët shërbejnë nga ana e tyre si vektorë për transmetimin e mikrobeve dhe viruseve nga mbeturinat tek njeriu, duke shkaktuar sëmundje të ndryshme infektive si: hepatit, ethet e verdha, dizanteri, poliomelit, kolerë, etj.; të inkubatorit për mikrobet dhe vezët e larvave të insekteve; pro«eset fermentuese, etj.

Problematiche është situata e djegies së mbeturinave në vendin e grumbullimit fillestar, sepse si rezultat i djegies çlirohen gaze të CO, CO₂, SO₂, dioksinave, etj. Kjo gjë sjell probleme në aparatin e frymëmarrjes sidomos tek fëmijët dhe tek të moshuarit.

Në këtë kontekst, do të ishte me interes vlerësimi i situatës higjieno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane në vendin tonë, me qëllim evidentimin e situatës dhe problematikave në lidhje me këtë sistem dhe dhënien e rekomandimeve përkatëse.

Metodologjia

Departamenti i Shëndetit dhe Mjedisit, seksioni i Ujit dhe Sanitetit, në Institutin e Shëndetit Publik

hartoi një program pilot në lidhje me situatën higjieno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve urbane në vendin tonë (Seksioni i Ujit dhe Sanitetit, ISHP). U hartua një formular me anë të të cilit janë kërkuar informacione nga inspektimet shëndetësore në terren në lidhje me situatën higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeve urbane. Informacionet e kërkuara konsistojnë në mbledhjen e të dhënave për numrin dhe gjendjen fizike të kontenierëve publik të vendosur, pastrimin, dezinfektimin e tyre, frekuencën e mbledhjes së mbetjeve, etj. Ky formular iu është dërguar drejtorive të shëndetit publik në rrethe gjatë periudhës Maj–Qershor 2014.

Gjithashtu, të dhënat për evidentimin e situatës higjieno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane në vendin tonë u plotësuan dhe me informacione nga Ministria e Transportit dhe Infrastrukturës (MTI) dhe Instituti i Statistikave (INSTAT), (Sasia e mbetjeve urbane në Shqipëri në vitet 2005 – 2012). Studimi ynë mbuloi periudhën 2005-2012.

Të dhënat janë paraqitur sipas qarqeve dhe viteve, duke paraqitur sasinë e prodhimit të mbetjeve të ngurta urbane në ton për banor (t/b).

Analiza e të dhënave u realizua në programin Microsoft Excel.

Rezultatet

Sasia e mbetjeve të ngurta urbane në vendin tonë

Ministria e Transportit dhe Infrastrukturës (MTI) në zbatim të akteve ligjore ka për detyrë të monitorojë sasinë vjetore të prodhimit të mbetjeve të ngurta urbane dhe inerte në nivel bashkie dhe qarku, si edhe të realizojë raportin vjetor duke e dërguar pranë Ministrisë së Mjedisit. Duke zbatuar VKM, Nr. 1189 datë 18.11.2009 “Për Rregullat dhe Proçedurat për Hartimin dhe Zbatimin e Programit Kombëtar të Monitorimit të Mjedisit”, MTI (ish Ministria e Punëve Publike, Transportit dhe Telekomunikacionit) ka bërë

vëzhgime në drejtim të llogaritjes së sasisë të mbetjeve urbane që prodhon një banor gjatë një viti, mbështetur në kushtet konkrete të çdo bashkie si dhe ka ngritur dhe plotësuar “Regjistrin vjetor të prodhimit të mbetjeve urbane dhe inerte

sipas bashkive dhe qarqeve”.

Nga të dhënat e INSTAT-MTI në lidhje me prodhimin e mbetjeve të ngurta urbane sipas qarqeve të vendit tonë janë përfutur grafikët e mëposhtëm për vitet 2005 – 2012. (Figurat 1-4).

Figura 1. Sasia e mbetjeve të ngurta urbane (ton/banor) në vitet 2005 – 2012 për qarqet: Kukës, Shkodër, Dibër dhe Lezhë

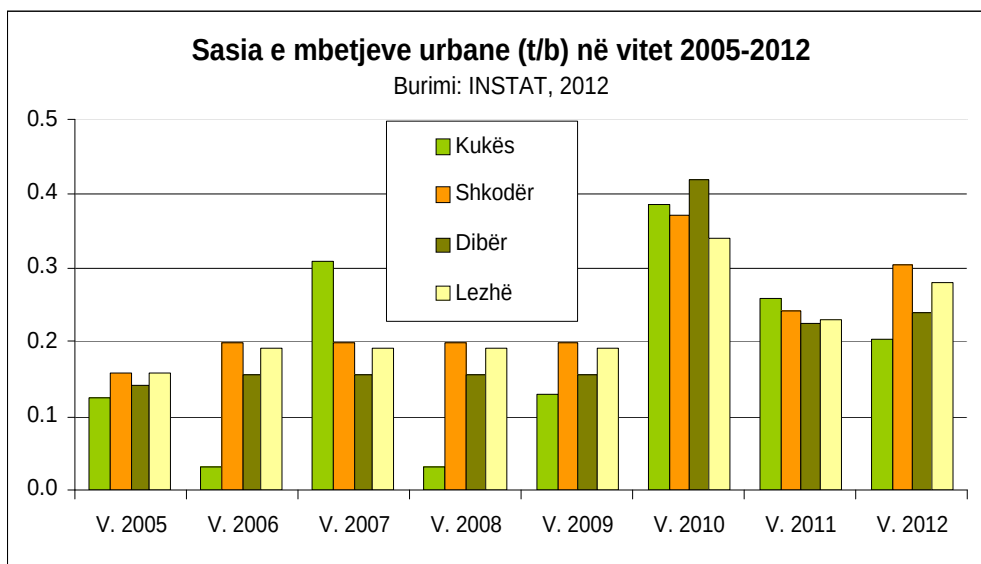


Figura 2. Sasia e mbetjeve të ngurta urbane (ton/banor) në vitet 2005 – 2012 për qarqet: Elbasan, Tiranë, Durrës dhe Fier

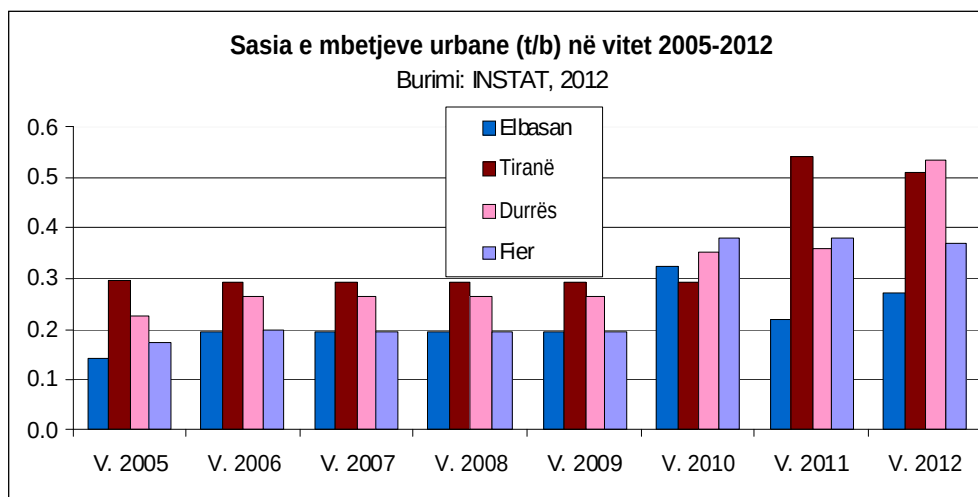


Figura 3. Sasia e mbetjeve të ngurta urbane (ton/banor) në vitet 2005 – 2012 për qarqet: Berat, Gjirokastrë, Korçë dhe Vlorë

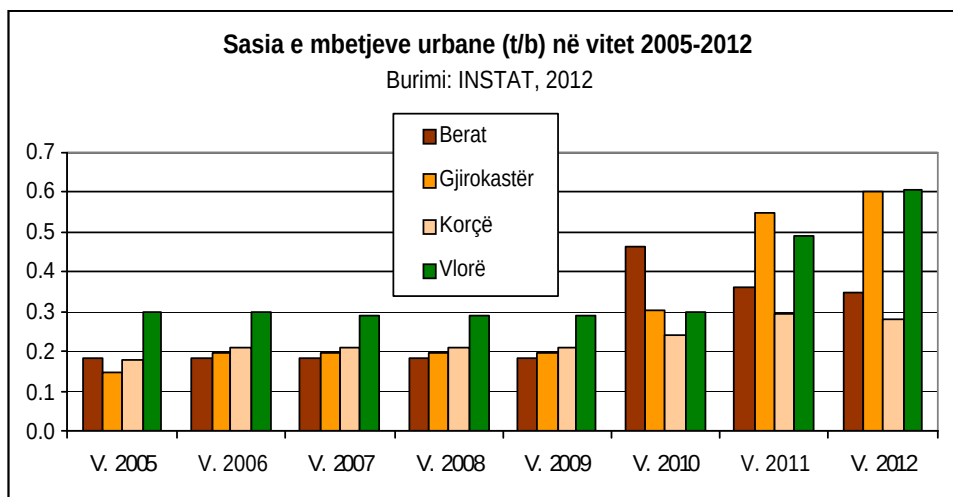
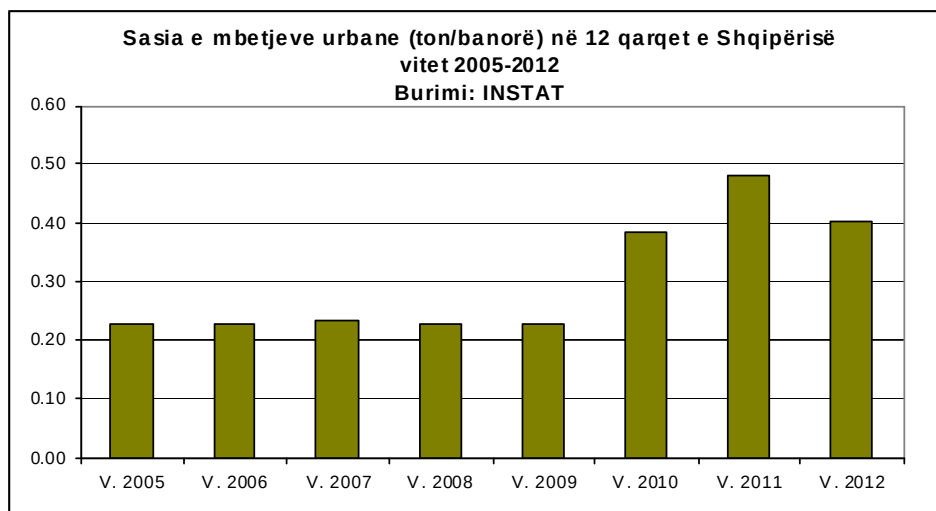
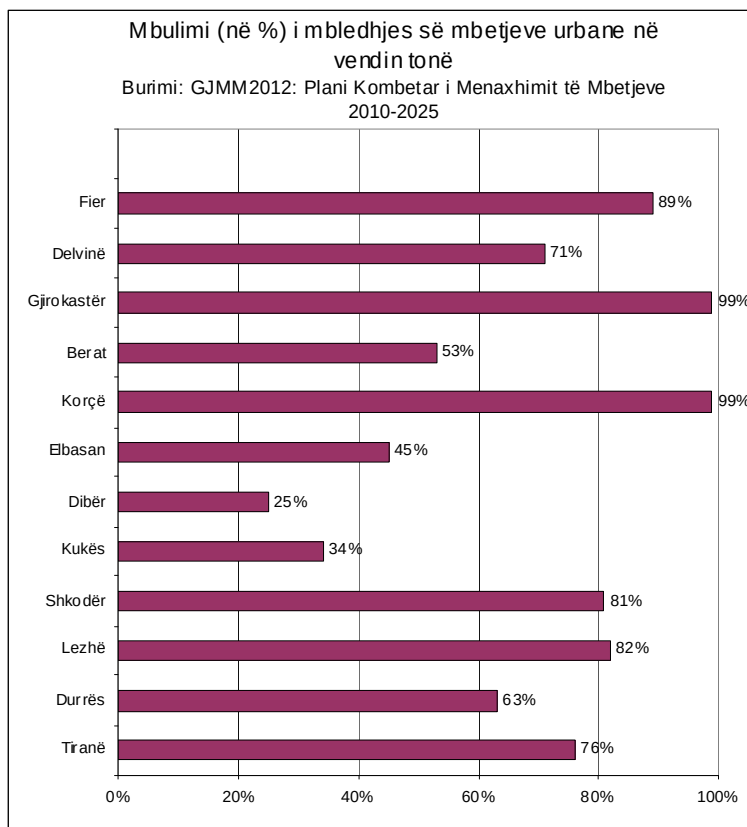


Figura 4. Sasia e mbetjeve të ngurta urbane (ton/banor) në vitet 2005 – 2012 për 12 qarqet e vendit tonë



Siç shikohet nga grafikët e mësipërm (figurat 1-3), sasinë më të madhe të prodhimit të mbetjeve të ngurta urbane e kanë qarqet si: Shkodra, Lezha, Tirana, Durrësi, Korça, Gjirokastra e Vlora, ku sasia vjetore e mbetjeve të ngurta urbane për një periudhë 8 vjeçare (2005-2012) është rreth 0.3 ton/banor. Përsa i përket sistemit të mbledhjes së mbetjeve të ngurta në zonat urbane, ato mbledhen nga kompanitë

e pastrimit, të cilat janë të kontraktuara nga bashkitë. Sipas raportit të gjendjes së mjedisit në Shqipëri (2012) mbulimi i mbetjeve urbane varion nga 45% (Elbasan) e deri në 99% (Gjirokastrë e Korçë) [Gjendja e Mjedisit në Shqipëri 2012]. Në grafikun e mëposhtëm (figura 5) jepet mbulimi (në %) i mbledhjes së mbetjeve urbane në vendin tonë.

Figura 5. Mbulimi i shërbimit për grumbullimin e mbetjeje urbane

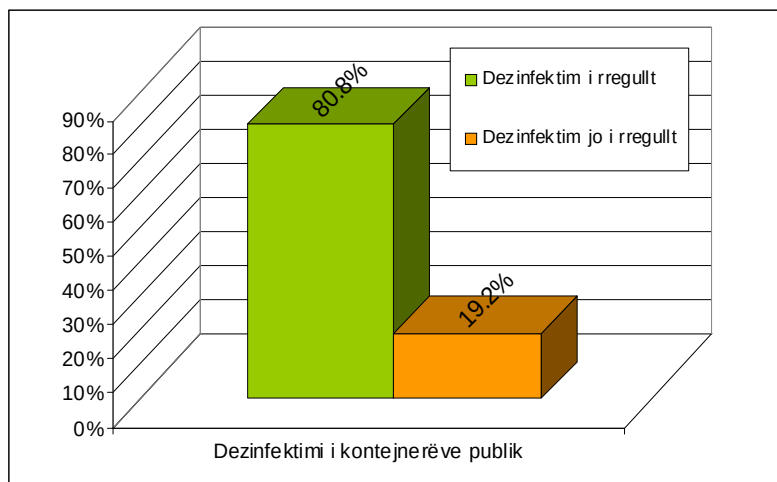
Programi pilot në lidhje me situatën higjieno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeje të ngurta urbane. Tabloja e situatës higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeje të ngurta urbane

Informacionet e kërkuara nga ana jonë në lidhje me situatën higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeje të ngurta urbane u dërguan nga 72% të të gjitha drejtorive të shëndetit publik të rretheve të vendit tonë. Nga të dhënat e përftuara rezulton se:

Grumbullimi i mbetjeje urbane nga kompanitë e pastrimit, të cilat kanë kontrata me bashkinë,

realizohet një herë ose dy herë në ditë në varësi të ngarkesave të mbetjeje urbane. Grumbullimi i tyre kryhet në orët e para të mëngjesit ose gjatë orëve të vona në darkë me anë të makinave teknologjike. Përsa i përket gjendjes së makinave teknologjike, ato kryesisht janë në gjendje të mirë teknike, por ka edhe raste, kur janë të vjetëruara. Dezinfektimi i kontenierëve publik në 80.8% të rasteve dezinfektohen pas heqjes së mbetjeje urbane, konform kontratave që janë nënshkruar midis pushtetit vendor dhe kompanive private të pastrimit. Ndërsa në 19.2 % të rasteve nuk realizohet dezinfektimi i rregullt i tyre ose ndodh shumë rrallë (Figura 6).

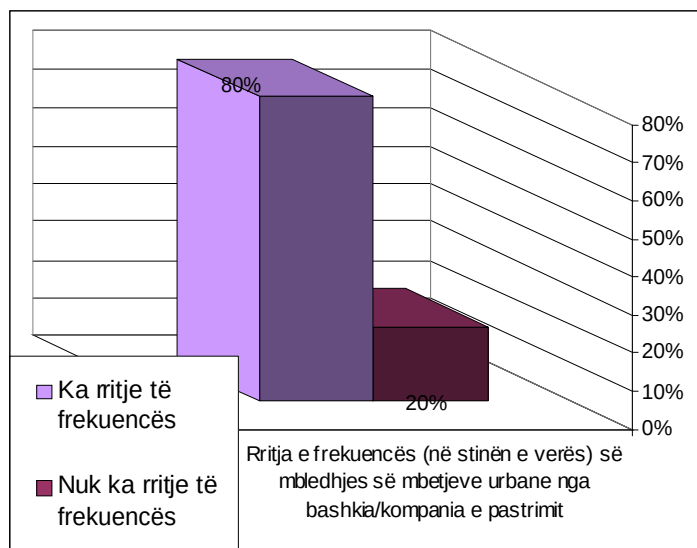
Figura 6. Dezinfektimi i kontejnerëve publik



Përsa i përket rritjes së frekuencës së grumbullimit të mbetjeve urbane nga kontejnerët publik nga ana e bashkisë apo kompanive të pastrimit gjatë stinës së verës, rezultohet se në

masën 80% të rasteve ka rritje, ndërsa në masën 20% nuk ka rritje të frekuencës (Figura 7), siç mund të përmendim rastet në qytetet: Shëngjin, Burrel, Berat, Prrenjas e Gramsh.

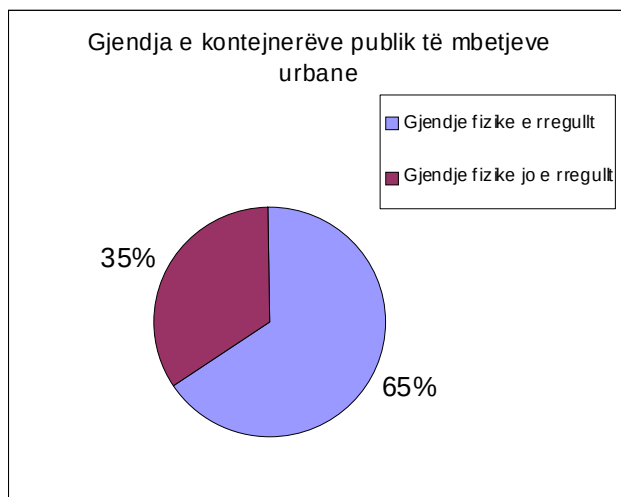
Figura 7. Ndryshimet e frekuencës së mbledhjeve të mbetjeve urbane në stinën e verës



Problematikat e sistemit të grumbullimit të mbetjeve urbane

Në 35% të rasteve kontejnerët publik të grumbullimit të mbetjeve urbane nuk janë në

gjendje të mirë, pasi ato rezultojnë të vjetëruar dhe të dëmtuar. Dëmtimi i tyre vihet re në qytetet: Krumë, Durrës, Lezhë, Berat, Mallakastër, Korçë, Vlorë, Devoll e Delvinë.

Figura 8. Gjendja e kontejnerëve publik të mbetjeje urbane

Në 70 % të rasteve kontejnerët tejmbushen nga mbetjet urbane. Kjo ndodh edhe me shumë gjatë periudhës së festave zyrtare dhe stinës së verës. Rastet të tilla mund të përmendim në këto qytete si: Pukë, Koplik, Lezhë, Vlorë, Berat Librazhd, Gramsh, Përmet, Këlcyrë, Kuçovë, Peqin,

Elbasan, Kavajë, Lushnje e Devoll. Përsa i përket nivelit qytetar në lidhje me kontejnerët publik të mbetjeje në përgjithësi ato nuk dëmtohen nga ana e komunitetit, por ka patur raste të dëmtimit të tyre apo edhe raste të djegieve të mbetjeje në mjedis të hapur.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Mbetjet urbane vazhdojnë të jenë një shqetësim i vazhdueshëm për mjedisin dhe shëndetin publik, ku mbetjet e lëngëta të cilat shkarkohen në habitatin natyror së bashku me mbetjet e gazta, ndotin në mënyrë të konsiderueshme mjedisin rrethues dhe krijojnë kushte për praninë e kafshëve të vogla dhe insekteve sëmundje-shkaktuese.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Sasia e mbetjeje urbane ka ardhur në rritje në vendin tonë, megjithëse raportohen luhatje nga viti në vit, duke evidentuar diferenca të konsiderueshme lidhur me sasinë e mbetjeje urbane për banor midis qarqeve të ndryshme, ashtu edhe brenda të njëjtit qark vit pas viti.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Duhet theksuar rëndësia e madhe mbi bashkëpunimin midis inspektoriatit të mjedisit dhe inspektoriatit shtetëror shëndetësor për të menaxhuar sa më mirë situatën higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeje urbane, si dhe të vijohet me ndërgjegjësimin e komunitetit në tërësi mbi mbajtjen sa më pastër të mjedisit.

Konkluzione dhe rekomandime

Në përgjithësi, sasia e mbetjeve të ngurta urbane ka ardhur në rritje në vendin tonë, megjithëse ka mjaft luhatje nga viti në vit (sidomos për vitet 2009-2012), kurse gjatë periudhës 2005-2008 kjo sasi ka mbetur pak a shumë konstante. Gjithashtu, ka diferenca të mëdha lidhur me sasinë e mbetjeve urbane për banor midis qarqeve të ndryshme dhe diferenca edhe më të mëdha brenda të njëjtit qark nga viti në vit. Arsytet për këto luhatje janë të panjohura. Po kështu, kemi diferenca të mëdha në mbulimin e qarqeve të ndryshme me shërbimin e mbledhjes së mbetjeve urbane.

Përsa i përket tablosë së situatës higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeve të ngurta bazuar në informacionet e marra nga drejtoritë e shëndetit publik, rezultoi që në rreth 20% të rasteve kontenierët nuk dezinfektohen, nuk rritet frekuenca e tërëqjes së mbeturinave në stinën e verës, kurse në një të tretën e rasteve kontenierët janë në gjendje jo të mirë dhe të tejmbushur. Mospajisja e kontenierëve me kapak përbën shqetësim për shëndetin publik,

sidomos në stinën e verës, pasi ato shndërrohen në vatra për praninë e vektorëve (si miza, kafshë të vogla, etj.).

Bazuar në rezultatet e paraqitura, ne sugjerojmë si vijon:

- Të shikohet mundësia për pajisjen e kontenierëve publik të mbuluar në mënyrë që të evitohet prania e vektorëve;
- Gjithashtu, ne rekomandojmë që të forcohet bashkëpunimi midis inspektoriatit të mjedisit dhe inspektoriatit shtetëror shëndetësor për një menaxhim sa më të mirë të situatës higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeve urbane;
- Të shikohet mundësia e ndërhyrjes së inspektoratit shtetëror shëndetësor për rastet, kur nuk kryhet dezinfektimi i rregullt i kontenierëve nga ana e palës menaxhuese (bashki-kompani pastrimi);
- Të përforcohen masat për ruajtjen e kontenierëve publik të mbetjeve;
- Të vazhdojë ndërgjegjësimi i komunitetit në fushën e mbetjeve dhe mbajtjen pastër të mjedisit.

Bibliografia

“Gjendja e Mjedisit në Shqipëri 2012” Ministria e Mjedisit (www.moe.gov.al)

“Sasia e mbetjeve urbane në Shqipëri (ton/banor) në vitet 2005 – 2012”. INSTAT www.instat.gov.al

Seksioni i Ujit dhe Sanitetit (ISHP) “Formulari mbi sistemin e grumbullimit të mbetjeve urbane në vendin tonë”, 2014

Akresi në planifikim familjar dhe sistemi i informacionit dhe menaxhimit logjistik (LMIS)

Miranda Ajdini¹

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore,
Instituti i Shëndetit Publik

Abstrakt

Planifikimi familjar (PF) është një ndër dhjetë arritjet më të mëdha në fushën e shëndetit publik duke ndikuar thelbësisht në përmirësimin e shëndetit të grave, fëmijëve dhe familjeve në tërësi. Megjithatë, nevojat për planifikim familjar nuk arrijnë të plotësohen, sidomos në vendet në zhvillim. Edhe në Shqipëri përdorimi i PF dhe metodave moderne kontraceptive lëpër të dëshiruar. Kështu, nevojat e pa plotësuara për PF në vitin 2014 ishin 12.9%, kurse nevojat e pa plotësuara për metoda moderne kontraceptive ishte 61.0%, duke shënuar ulje krahasuar me vitin 2008 (Instituti Shëndetit Publik). Arsyt kryesore për fshijnë gamën e kufizuar të metodave kontraceptive në dispozicion. Akresi i kufizuar në këto metoda për disa grupe të popullatës, frika e efekteve anësore, cilësia e dobët e shërbimeve, paragjykimet, barrierat gjinore, etj. Sistemi Kombëtar i Informacionit të Menaxhimit Logjistik (LMIS), pranë Institutit të Shëndetit Publik, grumbullon të dhëna për monitorimin e trendeve të përdorimit të PF-së në vendin tonë, duke shërbyer si një burim i rëndësishëm për vlerësimin e situatës, evidentimin e boshllëqeve dhe planifikimin e nevojave.

Hyrje

Planifikimi familjar (PF) fuqizon të drejtat e njerëzve për të përcaktuar numrin e fëmijëve dhe hapësirën midis lindjeve. Kjo arrihet nëpërmjet përdorimit të metodave moderne kontraceptive. Promovimi i planifikimit familjar dhe qasja për të siguruar një metodë të preferuar kontraceptive për gratë dhe çiftet është thelbësor për sigurimin e mirëqenies dhe pavarësinë e grave (WHO 2015). Shtatzënitë e padëshiruara

ndodhin më shumë tek gratë me të ardhura dhe nivel arsimor të ulët, tek gratë me moshë 18- 24 vjeç dhe tek ato që bashkëjetojnë.

Planifikimi familjar është një nga 10 arritjet më të mëdha në fushën e shëndetit publik në shekullin e 20-të duke arritur rezultate në përmirësimin e shëndetit për gratë, foshnjat, fëmijët dhe familjet (Electronic Logistics Management Information System, LMIS).

Qëllimi i planifikimi familjar deri në 2020 është përmirësimi i shtatzënive, hapësira midis tyre dhe parandalimi i shtatzënive të padëshiruara (Family Planning, Healthy People 2020).

Rreth 225 milionë gra në vendet në zhvillim do të donin të vononin apo ndalonin lindjen e fëmijëve, por nuk e arrijnë këtë, sepse nuk janë duke përdorur ndonjë metodë të kontracepsionit.

Planifikimi familjar / kontracepsioni zvogëlon nevojën për abort, sidomos abortin e pasigurt. Duke parandaluar shtatzëninë e padëshiruar, planifikimi familjar / kontracepsioni parandalon vdekjen e nënave dhe fëmijëve. Metoda e planifikimit familjar, përdorimi i kondomit, ndihmon në parandalimin e përhapjes së HIV dhe infeksioneve të tjera seksualisht të transmetueshme (Contraceptive security index 2012).

Disa nga përfitimet e planifikimit familjar / kontracepsionit janë:

- Parandalon shtatzënitë me risk të lartë dhe mbron shëndetin e gruas;
- Mbron shëndetin e fëmijëve duke lejuar hapësirë midis lindjeve;
- Ndihmon në parandalimin e HIV/AIDS, IST-ve;
- Mbështet gruan për arsimim, punësim, pjesëmarrje;
- Redukton shtatzënitë tek adoleshentët;
- Ngadalëson rritjen e popullsisë (London Summit on Family Planning - Marie Stopes 2012).

Përdorimi i kontraktivëve dhe nevojat e paplotësuara për kontracepsion

Përdorimi i kontraktivëve është rritur në shumë vende të botës, veçanërisht në Azi dhe në Amerikën Latine, por vazhdon të jetë i ulët në disa vende të tjera të rajonit përfshi dhe vendin tonë. Përdorimi i metodave moderne kontraktive është rritur pak, nga 54% në vitin 1990 në 57.4% në vitin 2014. Përqindja e femrave të moshës 15-49 që raporton përdorimin e një metode moderne kontraktive, është rritur minimalisht nga 2008 në 2014. Në Afrikë nga 23.6% në 27.6%, në Azi është rritur

pak nga 60.9% në 61.6%. Miliona gra në vendet në zhvillim do të donin të përdornin një metodë moderne kontraktive për të vonuar lindjet e fëmijëve, por nuk janë duke përdorur. Nevojat e paplotësuara për metoda moderne kontraktive mbetet akoma i lartë (United National Population Division Fertility and Family Planning Indicator 2015).

Nevojat e paplotësuara në vendin tonë janë: nevojat për PF 14% në 2008, 12.9% për 2014; nevojat e paplotësuara për metoda moderne kontraktive 67.9% e 2008, 61.0% për 2014. Kërkesa totale për PF 79.5 % në vitin 2008, 79.4% për vitin 2014 (United National Population Division Fertility and Family Planning Indicator 2015).

Arsyet përfshijnë:

- Zgjedhja e kufizuar e metodave;
- Qasja e kufizuar në kontracepsion, veçanërisht te të rinjtë, segmentet e varfëra të popullatës dhe individët e pamartuar;
- Frika apo përvoja e efekteve anësore;
- Opinioni kulturor ose fetar;
- Cilësia e dobët dhe mungesa e shërbimeve në dispozicion;
- Paragjykime midis përdoruesit dhe ofruesit;
- Barrierat me bazë gjinore.

Pengesat në përdorimin e shërbimeve të planifikimit familjar nga ana e popullatës janë: kostoja e shërbimeve; qasje të kufizuara në shërbimet e financuara me fonde publike; kufizime në sigurimet. Qendrat që ofrojnë planifikim familjar dhe koha nuk janë të përshtatshme për klientët, vështirësitë për t'u arritur nga popullata shërbimi i planifikimit familjar, transport i kufizuar, shërbime jo të përshtatshme për burrat, mungesa e shërbimeve miqësore për të rinjtë.

UNFPA punon për të mbështetur planifikimin familjar duke siguruar një furnizim të qëndrueshëm, të besueshëm dhe cilësor me metoda moderne kontraktive; forcimin e sistemeve shëndetësore kombëtare, duke avokatuar për politika

mbështetëse të planifikimit familjar. UNFPA gjithashtu siguron udhëheqje globale në rritjen e aksesit në planifikim familjar, duke ofruar asistencë teknike dhe financiare për vendet në zhvillim (Family Planning, United Nations Population Fund, UNFPA).

Strategjia e Planifikimit Familjar, UNFPA 2012-2020: “choice no chance -zgjedhje jo shans” është në qendër të misionit të saj e orientuar drejt një arritje universale për planifikim familjar, bazuar në të drejtat njerëzore, si pjesë e shëndetit seksual, riprodhues dhe të drejtat riprodhuese. Strategjia

përcakton pesë rezultate të matshme:

1. Mjedise të përshtatshëm për të ushtruar të drejtat në planifikimin familjar si pjesë integrale e të drejtave të shëndetit seksual dhe riprodhues;
2. Rritja e kërkesës për planifikim familjar sipas qëllimeve riprodhuese;
3. Gadishmëria, përmirësimi dhe furnizimi me kontraceptivë cilësor;
4. Gadishmëria dhe përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar;
5. Forcimi i sistemeve të informacionit kanë të bëjnë me planifikimin familjar.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështje?

Planifikimi familjar është evidentuar të jetë një nga arritjet më të mëdha në fushën e shëndetit publik i cili ka ndikuar në mënyrë të dukshme në përmirësimin e shëndetit në popullatë. Gjithashtu, duhet theksuar që kërkesat dhe nevojat për planifikim familjar jo gjithmonë kanë mundësi të plotësohen, sidomos në vendet në zhvillim.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Edhe pse janë bërë përmirësime të dukshme të treguesve të shëndetit të nënës dhe fëmijës, si dhe të kontrollit të fertilitetit në vendin tonë, përdorimi i metodave moderne kontraceptive është ende i ulët.

Cilët janë implikimet për shëndetin publik?

Bazuar nga të dhënat për planifikim familjar, është e nevojshme që të forcohen kapacitetet menaxheriale të sistemit LMIS, por gjithashtu duhet të monitorohet dhe vlerësohet trendi i këtyre treguesve dhe qasjes për mbulim universal me medota kontraceptive të të gjithë popullatës.

Planifikimi familjar dhe kontracepsioni në vendin tonë

Shërbimet bazë të planifikimit familjar janë pjesë e paketës së shërbimeve shëndetësore. Në të njëjtën kohë funksionon Sistemi Kombëtar i Informacionit të Menaxhimit Logjistik (LMIS), përmes të cilit grumbullohen statistika për

shërbimet si dhe informacion logjistik mbi kontraceptivët (Strategjia kombëtare e sigurimit të kontraceptivëve 2012-2016). Kjo i jep mundësi Institutit të Shëndetit Publik dhe Ministrisë së Shëndetësisë të përlogaritë nevojat kombëtare për kontracepsion modern si dhe të monitorojë ecurinë, progresin dhe mbarëvajtjen

e programit kombëtar të planifikimit familjar dhe masën e përdorimit të tyre në shkallë vendi (Instituti Shëndetit Publik). Në vitin 2011 u hartua Strategjia e Dytë Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve 2012-2016, qëllim kryesor i së cilës është: përmirësimi i qasjes dhe cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar dhe shëndetit riprodhues, për të rritur përdorimin e metodave moderne të planifikimit familjar, për të ulur numrin e aborteve dhe për të përmirësuar shëndetin e nënës dhe fëmijës në Shqipëri (Rishikimi afatmesëm i strategjisë kombëtare e sigurimit të kontraceptivëve 2012-2016). Ministria e Shëndetësisë në vitin 2010 hartoi dokumentin strategjik për shëndetin riprodhues deri në 2015, ku si objektivi kryesor është rritja e përdorimit të metodave kontraceptive në 15%. Por megjithatë akoma niveli i përdorimit të metodave moderne kontraceptive është ende i ulët krahasur me vende të tjera dhe larg objektivit (Strategjia Kombëtare e Shëndetit Riprodhues).

Studimi demografik dhe shëndetësor (SDSH, 2009) tregoi, se njohuritë mbi metodat e planifikimit familjar janë thuajse të plota në Shqipëri, ku rreth 99% e të intervistuarve të moshës 15-49 vjeç njohin të paktën një metodë të planifikimit familjar (moderne apo tradicionale). Në përgjithësi, femrat (sidomos ato të martuara) kanë më shumë njohuri dhe informacion se meshkujt, sa u përket këtyre metodave. Por në krahasim me njohuritë, përdorimi i metodave moderne kontraceptive mbetet tepër i ulët, madje ndër më të ultët në Europë. Ky studim tregoi, se 58% e grave të moshës 15-49 vjeç përdornin metodën natyrale të tërheqjes si masë mbrojtëse ndaj shtatzënive, ndërsa përdorimi i metodave moderne kontraceptive ishte rreth 11% (Studimi Kombëtar Demografik dhe Shëndetësor 2008-2009).

Për sigurinë e kontraceptivëve jo vetëm nga sektori publik, Ministria e Shëndetësisë me

mbështetjen e UNFPA, ka bërë përpjekje për të përdorur konceptin e (Total Market Approach - . Qasja Totale e Tregut) që merr në konsideratë rolin e sektorit publik, sektorit komercial dhe organizatave jo-qeveritare në sigurimin e furnizimit të vazhdueshëm të popullatës me kontraceptivë në mënyrë që të krijohet mundësia, që e gjithë popullata të ketë akses në një gamë të gjerë kontraceptivësh me cilësi dhe me «mime të përballueshme.

Treguesit e planifikimit familjar të analizuar nga të dhënat e sistemit të informacionit LMIS në ISHP-së flasin gjithësesi për ulje të përdorimit të medova moderne kontraceptive. Në analizën e dy viteve të fundit kjo rënie shpjegohet me arsyet dhe problemet, që ka vetë sistemi lidhur me sasitë e prokuruar të kontraceptivëve, gadishmërinë e financave, mungesa për një kohë e disa metodave nga 3-4 muaj për Microgynonin, Microlut dhe për një periudhë prej gati dy vjetësh të depo-proverës. Mungesa për këto kontraceptivë shkon 20-30 % deri në 50 për depo-proverën. Aktualisht jemi në pritje të kontraceptivit të ri, NORISTERAT që zëvendëson depo-proverën në muajin Shtator. Mungesa e kontraceptivëve, problemet në nivel ofrimi shërbimi nga personeli shëndetësor i patrajnuar në disa raste shkon deri në 30-40%, që janë dhe një ndër shkaqet kryesore për këtë përdorim të ulët të PF. Vlerësimi i performancës së punonjësve që ofrojnë shërbimin e planifikimit familjar, do të ishte një nxitje për ta rritur interesin për këtë shërbim. Monitorimi dhe vlerësimi i vazhdueshëm i pro«eseve të zinxhirit të furnizimit ndihmon për sigurinë e kontraceptivëve.

Disa të dhëna të treguesëve kryesorë të sigurisë së kontraceptivëve dhe të ofrimit të shërbimit të PF, ku mund të veçonim konsumin dhe mungesën e tyre, stock-out, janë të paraqitura në tabelat dhe figurën në vijim:

Tabela 1. Konsumi i metodave kontraceptive në vite

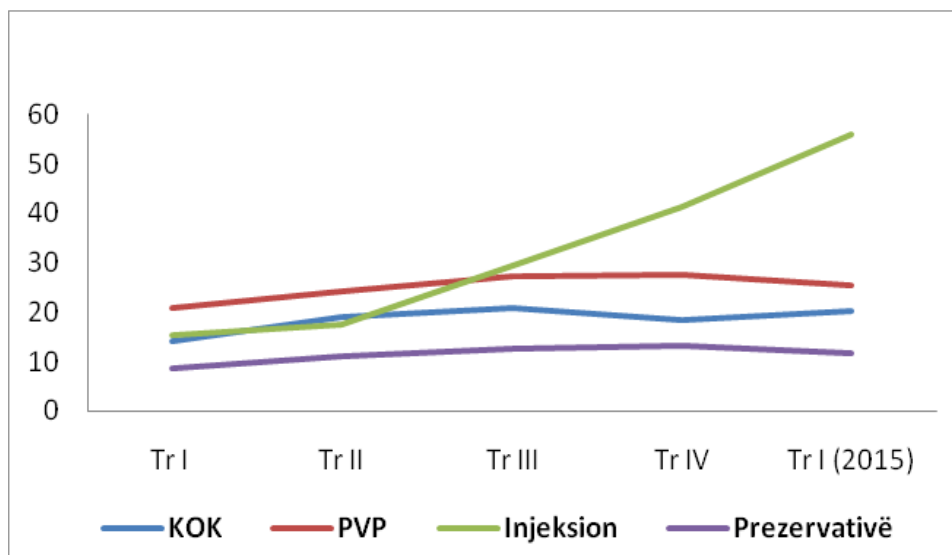
Vitet	Metoda kontraceptive				
	KOK	PVP	Injeksione	DIU	Prezervativë
2010	62,767	10,288	14,879	1,765	439,894
2011	56,527	9,446	14,631	1,637	435,426
2012	55,926	10,029	14,929	1,494	442,340
2013	57,301	10,223	14,132	1,578	410,772
2014	51,112	10,006	10,660	1,153	421,398

Tabela 2. Konsumi sipas metodave dhe tremujorëve, viti 2014

Periudha kohore	Metoda kontraceptive				
	KOK	PVP	Injeksione	DIU	Prezervativë
Tremujori I 2014	13,429	2,678	3,299	312	109,835
Tremujori II 2014	12,471	2,276	3,239	260	104,512
Tremujori III 2014	12,355	2,415	2,414	289	104,902
Tremujori IV 2014	12,857	2,637	1,708	292	102,149
Total	51,112	10,006	10,660	1,153	421,398

Tabela 3. Mungesa me kontraceptivë në vitin 2014, dhe tremujorin I të vitit 2015, në përqindje

Periudha kohore	Metoda kontraceptive			
	KOK	PVP	Injeksion	Prezervativë
Tremujori I 2014	14.2	20.9	15.2	8.7
Tremujori II 2014	19.0	24.1	17.2	11.3
Tremujori III 2014	20.7	27.2	29.4	12.7
Tremujori IV 2014	18.3	27.4	41.2	13.3
Tremujori I 2015	20.0	25.2	56.1	11.7

Figura 1. Mungesa me kontraceptivë në vitin 2014, dhe tremujorin I të vitit 2015, në përqindje

Përmbledhje

Planifikimi familjar përmirëson shëndetin e gruas, fëmijëve dhe të familjes. Gjithashtu, planifikimi familjar parandalon shtatzënitë në risk, redukton shtatzënitë të adoleshentët vajzat e reja dhe ndihmon në parandalimin e infeksione të HIV/AIDS dhe IST. Planifikimi familjar i ofrohet falas gjithë popullatës nga sektori publik. Megjithë përmirësimet në vendin tonë të treguesve të shëndetit të nënës dhe fëmijës dhe kontrollit të fertilitetit, përdorimi i metodave moderne kontraceptive është ende i ulët. Problemet me sigurinë e kontraceptivëve

dhunojnë një nga parimet bazë dhe objektivin për një mbulim universal të gjithë popullatës që ka nevojë për këto metoda kontraceptive, përfshi dhe vajzat e reja për të marrë shërbimin e planifikimit familjar.

Bazuar nga të dhënat për planifikim familjar, por dhe nga të dhënat e LMIS për treguesit e konsumit dhe të stock-out, është e nevojshme të forcohen kapacitetet menaxheriale të sistemit LMIS, si dhe të monitorohet dhe vlerësohet trendi i këtyre tregueseve dhe qasjes për mbulim universal me metoda kontraceptive gjithë popullatës.

Bibliografia

Contraceptive security index 2012 USAID DELIVER PROJECT.

Electronic Logistics Management Information System (LMIS)

Family Planning and Reproductive Health Global Health

Family planning/ Healthy 2020 .gov

Family planning/ United Nations Population Fund UNFPA

Instituti Shendetit Publik Sistemi i Informacionit dhe Shpërndarjes së Kontraceptiveve (LMIS)
www.ishp.gov.al

London Summit on Family Planning - Marie Stopes 2012

Rishikimi afatëmesëm i strategjisë Kombëtare e sigurimit të kontracptiveve 2012-2016, Nëntor 2014

Strategjia Kombëtare e sigurimit të kontracptiveve 2012-2016(SKSK 2010) mash.gov.al

Strategjia Kombëtare e Shëndetit Riprodhues SH R(2009- 2015) mash.gov.al

Studimi Kombëtar Demografik dhe Shëndetsor 2008-2009 (DHS)

United National Population Division Fertility and Family Planning Indicator 2015

WHO | Logistics Management and Information System (LMIS)

WHO Family planning / contraception (Updated May 2015)

Ndërhyrjet e shkurtra për dëmtimet nga përdorimi i alkoolit dhe duhanit

Aulona Zotaj¹, Roland Shuperka¹

¹Departamenti i Promocionit Shëndetësor, Instituti i Shëndetit Publik

Abstrakt

Qëllimi i këtij manuali është të shpjegojë bazat teorike dhe evidencat për efektivitetin e ndërhyrjeve të shkurtra, dhe të ndihmojë punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor të përfshijnë ndërhyrje të shkurtra për qytetarët që rrezikohen nga përdorimi i substancave. Në këtë manual paraqitet një qasje gjithëpërfshirëse për mënyrën sesi duhet të shfaqet ndërhyrja e shkurtër edhe në rastet kur ajo, në rrethana specifike, nuk ka pasur efektivitet nga punonjësit e kujdesit parësor. Arsyeja pse është projektuar ndërhyrja e shkurtër është përmirësimi i shëndetit të popullatës dhe grupeve të klientëve si dhe individëve.

Hyrje

Çfarë janë ndërhyrjet e shkurtra?

Ndërhyrjet e shkurtra janë ndërhyrje që zgjasin 3-15 minuta dhe u jepen qytetarëve që kanë bërë testin e depistimit, duke përcaktuar pikët e rrezikut (i ulët, i moderuar ose i lartë) për çdo substancë (Shuperka dhe Rusta). Teknikat e ndërhyrjeve të shkurtra që përkthehen në këtë manual fokusohen më shumë në modifikimin e sjelljes së përdoruesve të alkoolit ose duhanit (substancës që është identifikuar nga qytetari dhe që ka pikët më të larta në testin e depistimit). Depistimi dhe ndërhyrjet e shkurtra kanë si qëllim të identifikojnë problemet aktuale ose potenciale që vijnë si rezultat i përdorimit të substancave, si dhe të motivojnë njerëzit në rrezik që të ndryshojnë sjelljen duke krijuar një lidhje midis

mënyrës së tanishme të përdorimit dhe rrezikut apo dëmtimit. Ndërhyrjet e shkurtra janë hartuar për t'u aplikuar te njerëzit me rrezik të moderuar të përdorimit të substancave dhe për t'u dhënë atyre ndërhyrjet e duhura (Shuperka R., Ramasaço L.).

Këta janë njerëzit që nuk janë të varur nga përdorimi i substancave, por ata përdorin ndonjë substancë që i dëmton dhe u krijon probleme shëndetësore, sociale, ligjore ose financiare. Në përgjithësi, ndërhyrjet e shkurtra nuk përdoren si një trajtim i vetëm për njerëzit që kanë varësi ndaj përdorimit të substancave ose që janë në rrezik të lartë.

Megjithatë, një ndërhyrje e shkurtër duhet të përdoret për të inkurajuar qytetarët të pranojnë

sugjerimin për t'u trajtuar te një specialist, qoftë ky në kujdesin shëndetësor parësor ose te një agjenci e specializuar për trajtimin e varësisë. Qëllimi i ndërhyrjes është të ndihmojë qytetarin të kuptojë se përdorimi i substancës po e vë atë në rrezik të lartë për shëndetin e tij, dhe kjo mund të shërbejë si një motivim për të reduktuar përdorimin e substancës. Ndërhyrjet e shkurtra duhet të jenë të personalizuar dhe duhet të ofrohen në një mënyrë mbështetëse dhe jogjyquese (Shuperka R.).

Ndërhyrjet e shkurtra ndjekin 10 hapa të sugjeruara (ku 5 hapat e para për ndërhyrje të shkurtra janë 3 minutëshe) të cilat janë:

1. Pyetet qytetari nëse është i interesuar të shohë pikët që ka grumbulluar nga pyetësi.
2. Sigurohet përfundimi i personalizuar për qytetarin rreth pikëve të tij, duke përdorur kartën e raportit përfundimtar (përfundimi i pyetësi).
3. Jepen këshilla sesi duhet reduktuar rreziku që lidhet me përdorimin e alkoolit dhe duhanit.
4. Lejohet qytetari që të marrë përgjegjësinë për zgjedhjen përfundimtare të problemit të identifikuar.
5. Pyetet qytetari se sa i shqetësuar është për pikët e grumbulluara në pyetësor.
6. Vlerësohen “gjërat e mira” të përdorimit të alkoolit dhe duhanit.
7. Vlerësohen “gjërat më pak të mira” të përdorimit të alkoolit dhe duhanit.
8. Përmbledhen deklaratat e qytetarëve të cilat duhet të reflektojnë dhe të theksojnë “gjërat më pak të mira”.
9. Pyetet qytetari se sa i shqetësuar është për “gjërat më pak të mira”.
10. U jepen qytetarëve materiale që t'i marrin me vete për të përkrahur ndërhyrjet e shkurtra.

Shumë profesionistë të kujdesit shëndetësor parësor shmangin depistimin për përdorimin e

substancave dhe kjo çon në shmangien e ndërhyrjes. Kërkimet kanë treguar se arsyet kryesore që punonjësit e shëndetit raportojnë për mospërfshirje janë: mungesë kohe, ndiejnë se nuk janë kompetentë për dhënien e këshillave dhe shqetësohen se mos qytetarët i refuzojnë ndërhyrjet. Ky manual përpiket t'i sqarojë të gjitha këto shqetësime. Si depistimi ashtu edhe ndërhyrja e shkurtër mund të realizohen efektivisht dhe shpejt, veçanërisht ndërhyrja e shkurtër e cila mund të jepet në 3 minuta nëse fokusohet në substancën kryesore që përdor qytetari. Dhënia e ndërhyrjeve të shkurtra, e cila përshkruhet hap pas hapi në këtë manual, është parë se motivon qytetarët të reduktojnë përdorimin e substancës, si dhe has shumë pak rezistencë nga qytetari (Shuperka R., Rusta M., Hoxha L.).

Punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor shpesh kanë një marrëdhënie të vazhdueshme me qytetarët dhe i kuptojnë nevojat e tyre. Qytetarët përgjithësisht presin nga mjeku i familjes të përfshihet në të gjitha aspektet e shëndetit të tyre, dhe ndihen më rehat rreth diskutimeve të çështjeve të ndjeshme (p.sh. rreth përdorimit të substancave) pasi ai është dikush që e njohin dhe e besojnë. Marrëdhënia e vazhdueshme nënkupton se, ndërhyrjet mund të shpërndahen në kohë dhe të jenë pjesë e disa konsultave. Akoma më shumë, ndërhyrjet e shkurtra janë një mënyrë me kostoeftektivitet të lartë.

Arsyeja kryesore dhe të dhënat

Duke qenë se përdorimi i alkoolit dhe duhanit është mjaft i përhapur në vendin tonë, dhe meqenëse përdorimi i ekzagjeruar i tyre mund të shoqërohet me një sërë efektesh të padëshirueshme në shëndet, atëherë njohja dhe aplikimi me ndërhyrjet e shkurtra mund të ndihmojë në ndryshimin e sjelljeve me rrezik të përdoruesve të tyre, dhe në parandalimin e efekteve të dëmshme në shëndet.

Model i ndryshimit të sjelljes

Një model i ndryshimit të sjelljes i zhvilluar nga Prochaska dhe Di Clemente jep një kuadër të dobishëm për kuptimin e procesit sesi njerëzit ndryshojnë sjelljen, dhe merr në konsideratë sesa të gatshëm janë të ndryshojnë përdorimin e substancës ose sjellje të tjera të stilit të jetesës. Modeli propozon se njerëzit shkojnë në stade jo të shfaqura të ndryshimit. Proceset nëpërmjet të cilave njerëzit ndryshojnë duket se janë të njëjta, me ose pa trajtim. Modeli përfshin stade të ndryshme si paraplanifikimi, planifikimi,

përgatitja, veprimi, ruajtja (e ndryshimit) të cilat tregohen në figurën 1.

Qëllimi i ndërhyrjeve të shkurtra është të ndihmojë njerëzit të kalojnë nga njëri stad në tjetrin, duke filluar lëvizjen nga paraplanifikimi në planifikim, dhe pastaj përgatitje për veprim dhe ruajtje të ndryshimit. Lëvizja nga niveli i paraplanifikimit në planifikim mund të mos rezultojë në vendimin për ulje të përdorimit të substancës, megjithatë është një hap pozitiv që mund të çojë në stadin e veprimit në të ardhmen.

Figura 1 . Modeli i stadeve të ndryshimit

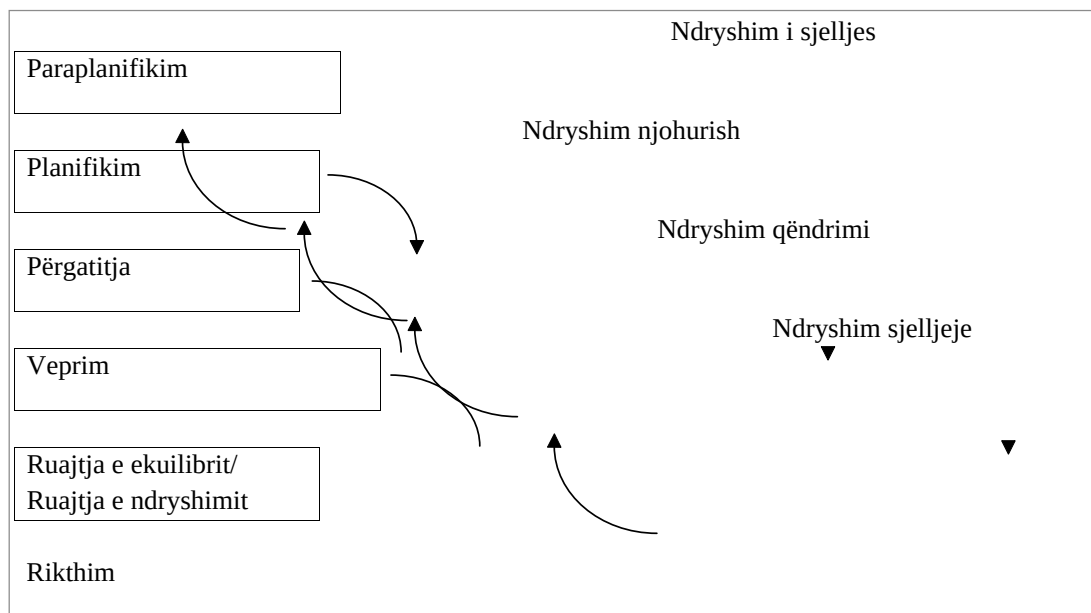
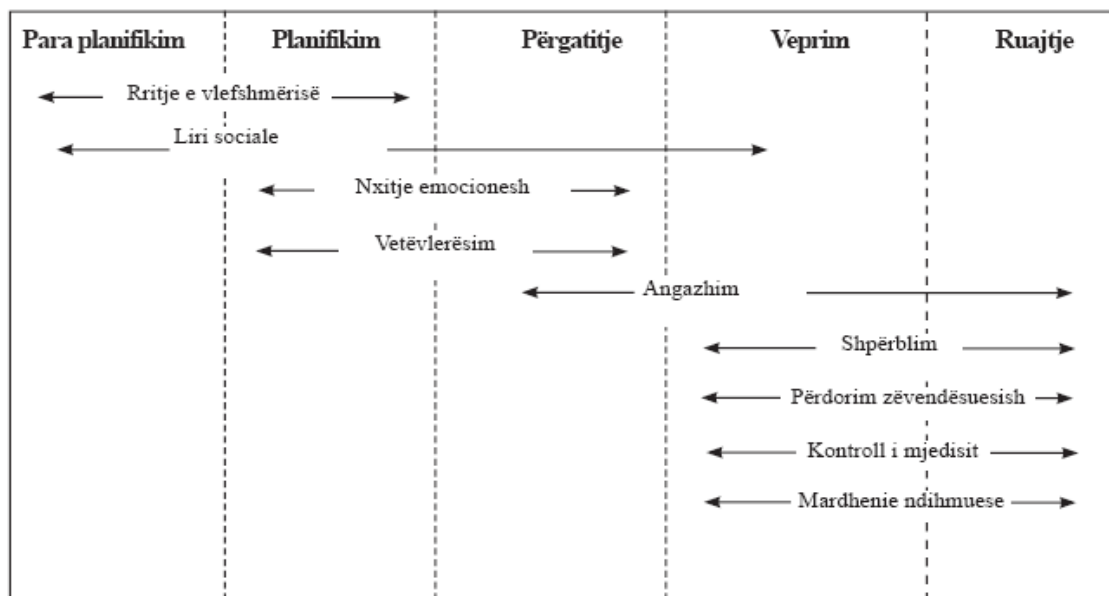


Figura 2. Proceset e ndrvshimit



Vërehet se nuk ka ndonjë sasi kohe të përcaktuar që një njeri duhet të kalojë në çdo stad (mund të jenë minuta, muaj apo vite) dhe njerëzit mund të kthehen disa herë midis stadeve. Disa qytetarë mund të lëvizin direkt nga paraplanifikimi në veprim duke ndjekur një ndërhyrje të shkurtër. Në vijim jepet një përshkrim i shkurtër për procesin e sjelljes dhe njohurive për çdo stad. Megjithatë, punonjësit e kujdesit shëndetësor që japin ndërhyrje më shumë se 15 minuta ose në seanca në vazhdimësi me qytetarët, mund të kenë nevojë për njohuri më të zgjeruara për modelin e sjelljes dhe teknikat përkatëse.

Paraplanifikim

Shumë njerëz që dalin pozitivë në testin e depistimit mund të jenë në këtë stad. 10 hapat e ndërhyrjeve të shkurtra që sugjerohen në këtë manual janë kryesisht të këtij stadi. Njerëzit në këtë stad:

- Nuk mendojnë të ndryshojnë përdorimin e substancës.
- Fokusohen në aspektet pozitive të përdorimit të substancës.

- Mund të shfaqin rezistencë për të folur rreth përdorimit të substancës.

- Nuk e dinë ose nuk e pranojnë se substanca e përdorur është problematike.

- Nuk u përgjigjen këshillave direkte për të ndryshuar sjelljen e tyre, por mund të jenë të interesuar ndaj informacioneve rreth rreziqeve në lidhje me nivelin dhe mënyrën e pirjes së substancave, të dhëna nga punonjësi i shërbimit parësor.

Planifikim

Disa qytetarë që dalin pozitivë në testin depistimit mund të jenë në këtë stad.

10 hapat e ndërhyrjeve të shkurtra të sugjeruara në këtë manual kanë si synim në pjesën më të madhe të tyre fazën e bindjes.

Njerëzit në këtë stad:

- Mendojnë të reduktojnë ose të ndalojnë përdorimin e substancës.

- Ndihen mirë me përdorimin e këtyre substancave, dhe mendojnë se nuk do të ndihen po aq mirë kur të mos i përdorin ato.

- Janë të ndërgjegjshëm rreth disa problemeve që lidhen me përdorimin e

substancës, dhe mund të dinë avantazhet dhe disavantazhet e mënyrës së përdorimit të tyre.

- I përgjigjen informacionit në lidhje me rreziqet që vijnë nga përdorimi i substancës, këshillave për të reduktuar përdorimin e substancës, si dhe përfshihen në diskutime rreth përdorimit të saj (nëse trajtohet në mënyrën e duhur nga punonjësi i shëndetit).

Një pjesë e njerëzve në stadin planifikimit mund të kenë dëshirë të ndryshojnë por:

- Mund të mos dinë si të bëjnë një ndryshim.
- Nuk besojnë se janë në gjendje të ndryshojnë.

Përgatitja

Përgatitja vjen pas planifikimit dhe përfshin planifikimin për veprim në të ardhmen e afërt, si dhe kryerjen e përgatitjeve të fundit para se ndryshimi i sjelljes të fillojë. Qytetarët në këtë fazë janë bindur për të vepruar dhe janë të gatshëm për të ndryshuar, megjithatë ata ende kanë disa pasiguri apo dyshime.

Njerëzit në stadin e përgatitjes:

- Përgatiten për të ndërmarrë veprime.
- Mund t'u tregojnë të tjerëve për ndryshimin, dhe qartësojnë plane sesi do ta arrijnë këtë.
- Bëjnë ndryshime të vogla në përdorimin e substancës.
- Rishqyrtojnë sjelljen e tanishme dhe marrin në konsideratë se çfarë do t'u ofrojë ndryshimi i sjelljes.
- Bëhen më të vetëdijshëm dhe janë gati të ndryshojnë sjelljen.
- Marrin në konsideratë mundësitë e vlefshme për ta.
- Vendosin data dhe përcaktojnë strategji për të ndryshuar.

Veprimi

Një pjesë e vogël e atyre njerëzve që plotësojnë pyetësin janë në stadin e veprimit, ku bëjnë

ndryshime të dukshme dhe shpenzojnë shumë energji për të ndryshuar.

Njerëzit në këtë stad:

- Kanë marrë vendimin se mënyra e tyre e përdorimit të substancës duhet ndryshuar.
- Janë duke bërë diçka për ndryshimin e sjelljes.
- Kanë reduktuar sasinë e konsumuar ose kanë ndaluar fare konsumin e substancës.
- Mund të vazhdojnë të ndihen ende të pasigurtë rreth përdorimit të substancës, dhe kanë nevojë për inkurajim dhe mbështetje që të vazhdojnë me vendimin e tyre.

Ruajtja e ndryshimit/Ruajtja e ekuilibrit

Suksesi në terma afatgjatë do të thotë qëndrimi në këtë stad.

Njerëzit në stadin e vazhdueshmërisë:

- Përpiqen që të ruajnë ndryshimet që kanë bërë në sjellje.
- Punojnë që të parandalojnë një rikthim (rreziku i një rikthimi rritet me kalimin e kohës).
- Tregojnë kujdes ndaj situatave me rrezik të lartë, dhe strategjive për t'i menaxhuar këto situata.
- Janë të mirëpërgatitur me një strategji për të shmangur situatat që paraqesin rrezik për rikthim.
- Sigurojnë mbështetje dhe marrëdhënie të mirë ndihmuese si dhe vetëshpërblehen.

Rikthimi

Pjesa më e madhe e njerëzve që përpiqen të bëjnë ndryshime në sjelljen e tyre në lidhje me përdorimin e substancave, do të dështojë të paktën një herë. Kjo duhet të pritët dhe të shihet si një proces mësimi dhe jo si një dështim. Shumë pak njerëz ndryshojnë që në përpjekjen e parë, dhe rikthimi është koha më e mirë për t'i ndihmuar ata të rishohin planin e veprimit. Rishikimi duhet të ekzaminojë kuadrin kohor, çfarë strategjish funksionuan aktualisht apo nëse strategjitë ishin të paqarta, shumë ambicioze dhe

jorealiste. Duhanpirësit për shembull bëjnë afërsisht 6 përpjekje për të lënë duhanin, para se ata të jenë të suksesshëm. Duke kaluar në rikthim, ata do të kthehen në fazat e mëparshme të paraplanifikimit, planifikimit, përgatitjes, veprimit ose ruajtjes së ekuilibrit (ruajtje e ndryshimit). Për disa njerëz, ndryshimi i përdorimit të substancës bëhet më i lehtë sa herë që ata e provojnë, derisa të jenë përfundimisht të suksesshëm.

Si konkluzion, stadet e modelit të ndryshimit mund të përdoren për proceset e ndryshimit. Për të ndryshuar sjelljen, njerëzit ndryshojnë edhe aspekte të tjera të jetës së tyre, përfshirë:

- Vetëdijen për veten
- Vetëdijen për efektet që lë sjellja tek ata
- Ndjenjat rreth sjelljes
- Imazhi për veten dhe të menduarit

Modifikimi i sjelljes është ndryshimi më i dukshëm, dhe shpesh kërkon më shumë vëmendje. Ne mund

t'i ndihmojmë ata të lëvizin nga njëri stad në tjetrin.

Vlen të theksojmë se, 10 hapat e sugjeruara për ndërhyrjet e shkurtra mbas testit të depistimit që jepen në këtë manual, kanë si qëllim që qytetarët të kalojnë në këto procese në stade të ndryshme si: rritja e vetëdijes, liria sociale, këshillat emocionale, rivlerësimi i vetes, angazhimi, vetëshpërblimi, përdorimi i medikamenteve, kontrolli i mjedisit dhe marrëdhëniet ndihmuese.

Punonjësit e shëndetit nuk duhet të shqetësohen nëse lexojnë këtë material, dhe të mendojnë sesi mund të japin ndërhyrje të shkurtra dhe të përcaktojnë nëse qytetari është në rrugën e ndryshimit. Rritja e eksperiencës duke administruar testin e depistimit dhe ndërhyrjet e shkurtra, është mënyra më e mirë për të kuptuar sesi ndryshon qytetari dhe si zhvillohen 10 hapat e ndërhyrjes.

Bibliografia

Shuperka R., Rusta M. Testi i depistimit për përdorimin e substancave, duhan, alkool, drogë "ASSIST". Manual për kujdesin shëndetësor parësor, rekomandim nga OBSH-ja.

Shuperka R., Rusta M. "Ndërhyrjet e shkurtra" për dëmtimet nga përdorimi i substancave. Manual për kujdesin shëndetësor parësor, rekomandim nga OBSH-ja.

Shuperka R., Rusta M. "Strategji vetëndihmuese" për të ndaluar përdorimin e substancave, guidë.

Shuperka R., Ramasaço L. "Ndërhyrjet e shkurtra" për alkoolpirjen e rrezikshme dhe të dëmshme. Manual për shërbimin parësor.

Shuperka R., Ramasaço L. "Të ndihmojmë duhanpirësit të lënë duhanin" paketë trajnuese e OBSH-së për punonjësit e shërbimit parësor shëndetësor.

Shuperka R., Rusta M., Hoxha L. "Trajtimi i duhanpirësve për të lënë duhanin". Udhëzues për mjekët e familjes.

Shuperka R., Arta L. "Si ta lë duhanin".

Shuperka R., Rusta M. "Lëre duhanin sot".

Shuperka R. "Më pak alkool, më mirë".

Plani i Veprimit për ngritjen e Regjistrit Kombëtar për Sëmundjet Kardiovaskulare (Infarkti akut i miokardit dhe aksidentet cerebrovaskulare) në nivel rajoni-reflektime nga Spitali Rajonal i Durrësit

Sonela Xinxo¹, Alban Ylli¹, Eduard Kakarriqi¹

¹ Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore.

Implementimi në nivel kombëtar i regjistrave të sëmundjeve kardiovaskulare me fokus në infarktin akut të miokardit (IAM) dhe aksidentet cerebrovaskular (ACV) është paraprirë nga një fazë pilotimi në Spitalin Rajonal të Durrësit.

Qëllimi i fazës së pilotimit është përcaktimi i modelit të ngritjes së sistemit të raportimit (përcaktimi i personave përgjegjës për raportimin e rasteve me IAM dhe ACV, mënyra e plotësimit të skedave të raportimit, shpeshtësia e raportimit të informacionit dhe rrjedha e e tij nga niveli rajonal drejt Institutit të Shëndetit Publik, si dhe limitimet në mbledhjen e të dhënave).

Kjo fazë është shtrirë nga muaji shkurt deri në korrik të vitit 2015.

Gjatë fazës së pilotimit të procesit të implementimit të regjistrave kardiovaskulare me fokus në infarktin akut të miokardit dhe aksidentet cerebrovaskulare, është arritur në përfundim se ngritja e sistemit të raportimit për sëmundjet kardiovaskulare duhet të kalojë në këto hallka:

1. Letër drejtuar Drejtorisë Rajonale të Shëndetit Publik dhe Spitalit Rajonal në lidhje me

detyrimin për raportimin mbi sëmundjet që janë bazuar në VKM përkatëse.

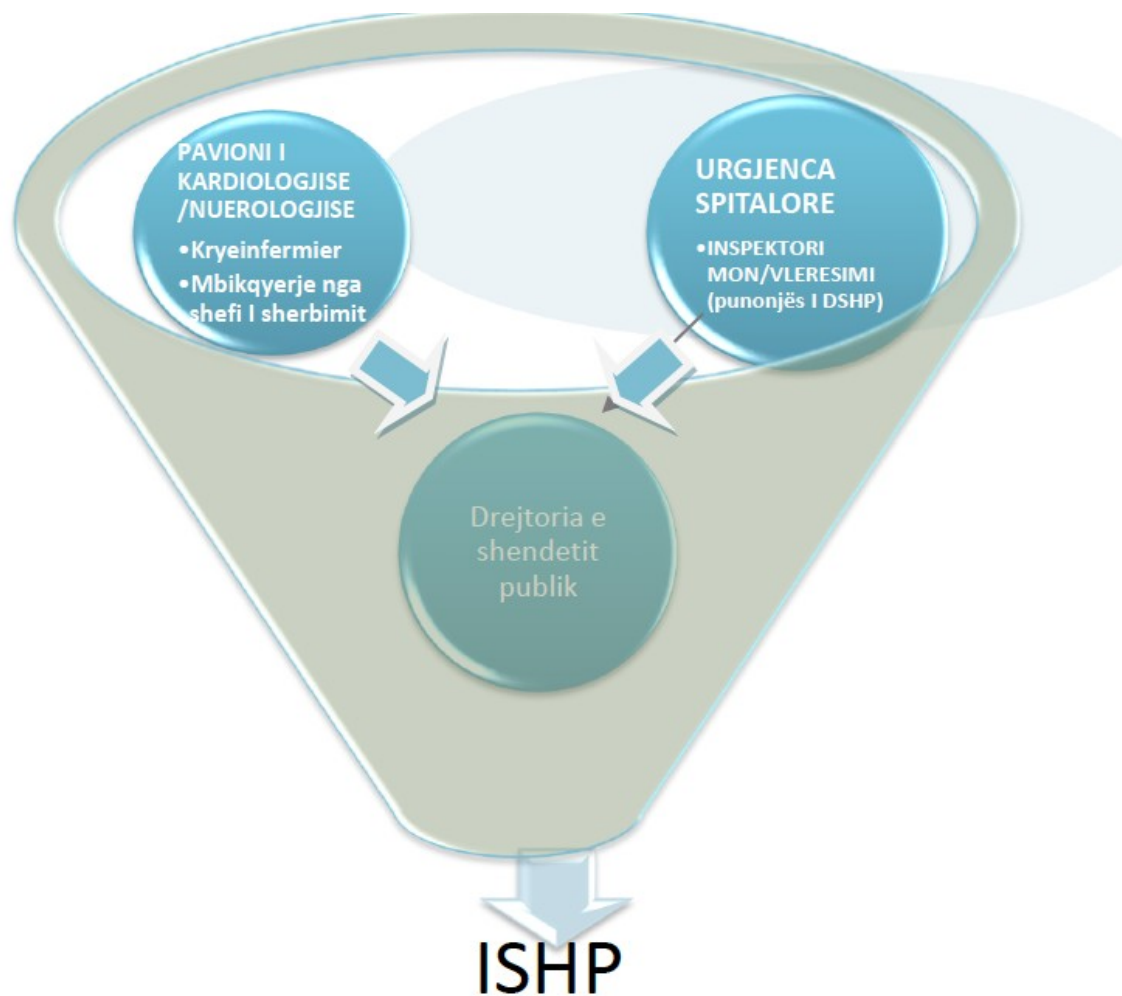
2. Letër drejtuar administratorëve të spitaleve private që operojnë në këtë rajon mbi detyrimin që kanë për të raportuar rastet me sëmundje kardiovaskulare që trajtohen në këto spitale.

3. Vizitë në Spitalin Rajonal dhe Drejtorinë Rajonale të Shëndetit Publik për caktimin e personave përgjegjës për raportimin dhe njohjen me skedat përkatëse të raportimit (IAM dhe ACV). Raportimi do të kryhet nga pavioni i urgjencës dhe pavioni i kardiologjisë dhe neurologjisë, për të përfshirë rastet të cilat janë identifikuar në pavionin e urgjencës por që zgjedhin një spital privat për trajtim.

4. Njohja me rrjedhën e informacionit nga niveli rajonal (spitali rajonal) drejt nivelit qendror (Instituti i Shëndetit Publik) dhe shpeshtësinë e raportimit.

5. Kontrolli i cilësisë të të dhënave (në fillim çdo dy javë dhe më vonë çdo muaj/dy muaj). Në mënyrë vizuale sistemi i raportimit paraqitet në figurën 1.

Figura 1 Rrjedha e informacionit në sistemin e raportimit të sëmundjeve kardiovaskulare



Zhvillimi i Planit të Veprimit të Promocionit Shëndetësor në Shqipëri 2016-2020

Engjëll Mihali¹, Gentiana Qirjako¹

¹Departamenti i Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor,
Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë.

Abstrakt

Fundi i vitit 2012 përkon me përfundimin e afatit kohor 10 vjeçar të “Strategjisë Kombëtare të Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor 2002-2012”. Problematika e trajtuar në këtë Strategji, si dhe prioritetet shëndetësore të fiksuar në të, përcaktojnë drejtimet kryesore të punës së Institutit të Shëndetit Publik, dhe në mënyrë më të veçantë të Departamentit të Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor. Duke qenë se, që prej 3 vitesh nga përfundimi i mandatit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor 2002-2012, kanë ndodhur zhvillime të mëdha në fushën e shëndetit publik dhe promocionit shëndetësor, janë bërë përpjekje për hartimin dhe miratimin e dokumentit të ri strategjik për periudhën 2016-2020, i cili do të përcaktojë drejtimet prioritare të promocionit shëndetësor në vendin tonë.

Hyrje

Strategjia Kombëtare e Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor 2002-2012, udhëhoqi drejtimet prioritare të shëndetit publik dhe promocionit shëndetësor në veçanti në drejtim të përmbushjes së misionit qendror të shëndetit publik: parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi

i shëndetit. Zbatimi i kësaj Strategjie ka rezultuar në përmirësimin e dukshëm cilësor të punës në Departamentin e Promocionit në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP), si njësi bazë e cila udhëheq dhe koordinon veprimtaritë parandaluese dhe promovuese të shëndetit në vend. Por zhvillimet e reja në fushën e shëndetit publik dhe në fushën e promocionit të shëndetit në veçanti, si edhe përfundimi prej gati 3 vitesh i afatit kohor të Strategjisë së Shëndetit Publik 2002-2012, shtrojnë me forcë nevojën për një dokument aktual që jo vetëm të përshkruajë situatën në të cilën operon promocioni i shëndetit sot, por edhe të projektojë të ardhmen e afërt të tij, duke përcaktuar synimet dhe objektivat për të gjitha fushat prioritare që mbulon Promocioni i Shëndetit. Në këtë situatë merr kuptim, për të mos thënë se bëhet i domosdoshëm, hartimi dhe miratimi i një dokumenti të ri strategjik i cili do të përcaktojë drejtimet e reja prioritare të promocionit shëndetësor. Në funksion të kësaj nevoje, Departamenti i Promocionit në ISHP, pas miratimit të kërkesës nga strukturat drejtuese të ISHP-së dhe Ministrisë së Shëndetësisë (MSH), ka nisur punën për hartimin e këtij dokumenti.

Është për t'u nënvizuar se pas diskutimesh të shumta, në disa workshop-e me specialistë të shumtë kombëtarë dhe ndërkombëtarë, si edhe pas diskutimit me MSH-në, u ra dakord që të hartohet dhe të zhvillohet "Plani i Veprimit të Promocionit Shëndetësor në Shqipëri", me një kohëzgjatje 5-vjeçare.

Metodat

Metoda bazë në punën për hartimin e këtij Plani Veprimi ka qenë metoda e gjithëpërfshirjes; të gjithë aktorët që në mënyrë direkte dhe indirekte ndikohen nga objektivat e këtij Plani, kanë qenë pjesë e paneleve të ndryshme të diskutimit lidhur me përcaktimin e prioritetëve të promocionit shëndetësor, të përcaktimit të rolit dhe funksionit të secilit aktor në këtë Plan Veprimi, si edhe pjesë aktive e shkrimit të pjesëve të veçanta të dokumentit. Në kuadër të kontributit të aktorëve në këtë proces, vlen të përmendim të gjithë punonjësit e Departamentit të Promocionit të ISHP-së, punonjës të Departamenteve të tjera të ISHP-së, punonjës të Ministrisë së Shëndetësisë, Ministrisë së Arsimit, punonjës të Kabineteve të Promocionit nga DSHP-të e rretheve, si edhe përfaqësues të shoqërisë civile. Në këto workshop-e kanë qenë pjesëmarrës aktivë edhe përfaqësues të donatorëve që kanë marrë përsipër mbështetjen e këtij procesi, si Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullatën (UNFPA) dhe HAP (Health for All Project). Realizimi i gjithëpërfshirjes në këtë proces ka mundësuar edhe qarkullimin e vazhdueshëm të materialit të të gjithë aktorët, si dhe komentet e tyre lidhur me pjesë të veçanta të kornizës së Planit të Veprimit. Të gjitha komentet dhe objeksionet janë vlerësuar dhe diskutuar nga një grup i zgjedhur specialistësh dhe sipas rastit janë pasqyruar në draft-dokumentin që do të miratohet në takimin e radhës.

Arsyeja kryesore dhe të dhënat

Nxitja kryesore për këto aktivitete buroi nga përfundimi i afatit të Strategjisë Kombëtare të Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor 2002-2012, si dhe zhvillimet e reja në fushën e shëndetit publik dhe promocionit të shëndetit.

Paraqitja e pjesëve përbërëse të Planit të Veprimit 2016-2020

Struktura e propozuar dhe e miratuar tashmë nga të gjithë aktorët është si më poshtë:

I. Sfondi

a. Nevoja për një strategji të re të promovimit të shëndetit

(përshtetja e situatës; faktet mbi problemet aktuale të promovimit të shëndetit në Shqipëri; parimet e Kartës së Otavës për promocionin shëndetësor).

b. Përcaktuesit e shëndetit dhe pabarazitë në shëndet

- Faktorët socialë, ekonomikë dhe mjedisorë
- Stili i jetës dhe faktorët e sjelljes

c. Statusi i shëndetit të popullsisë shqiptare

II. Drejtimet strategjike

a. Qëllimi i përgjithshëm i Strategjisë

Fuqizimi i popullatës shqiptare për të përmirësuar dhe rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre nëpërmjet ndërhyrjeve të promovimit të shëndetit.

b. Drejtimet strategjike të promocionit të shëndetit sipas grupeve të popullatës, mjedisit, dhe çështjeve të shëndetit.

III. Ndërhyrjet e strategjisë të promocionit të shëndetit sipas grupeve të popullatës, mjedisit dhe çështjeve të shëndetit.

IV. Plani i veprimit dhe buxheti i aktiviteteve të promocioni të shëndetit.

Metoda gjithëpërfshirëse e punës për hartimin e Strukturës së Planit të Veprimit ka qenë shumë e dobishme, pasi ajo ka sjellë në tryezë përvojën e të gjithë aktorëve dhe kontributin e tyre për ta parë problemin nga të gjitha anët, në një optikë sa më të gjerë e të qartë. Kjo gjë mundëson trajtimin shterues të të gjitha problemeve që evidentohen dhe trajtohen për t'u zgjidhur. Kjo është një arsye që hartuesit e dokumentit në fjalë menduan dhe sugjeruan që, gjatë gjithë vazhdimësisë së kësaj pune të sigurohet vazhdimësi në shpërndarjen e materialeve me të gjithë aktorët dhe marrjen e opinioneve dhe sugjerimeve të tyre, për të përfituar kështu vizionin e plotë të zhvillimeve të ardhme 5-vjeçare në fushën e promocioni të shëndetit. Ky Plan Veprimi tenton t'i përgjigjet sfidave të promocioni shëndetësor në Shqipëri në periudhën 2016-2020, duke shfrytëzuar pikat e forta të sistemit shëndetësor në vend, dhe duke synuar të ruajë aspektet pozitive të tij ("Drejt një vendi të shëndetshëm me njerëz të

shëndetshëm"-Strategjia e Shëndetit Publik dhe Promocioni të Shëndetit 2002-2012). Po ashtu gjejmë me vend të theksojmë se, në hartimin e këtij Plan Veprimi jemi mbështetur në të dhënat bazike të dokumentit të Zyrës Rajonale të OBSH-së për Evropën: "Shëndet për të gjithë në shekullin e 21-të" në të cilin theksohet se: "Ne riafirmojmë vullnetin tonë për të promovuar shëndetin duke adresuar përcaktuesit dhe parakushtet bazë për shëndetin. Ne e dimë që ndryshimet në situatën shëndetësore botërore kërkojnë që ne të bëjmë të efektshme "Politikat për Shëndet për të gjithë në shekullin e 21-të" përmes politikave dhe strategjive të përshtatshme rajonale dhe nacionale (World Health Organization 1998, p.4).

Në këtë kontekst, edhe Plani ynë i Veprimit për Promocionin e Shëndetit është një plan veprimi kombëtar për periudhën 2016-2020 i cili synon t'u krijojë lehtësi strukturave të promocioni të shëndetit në mbarë vendin që të veprojnë lokalisht për t'u fokusuar në objektiva lokale, dhe për të punuar në partneritet për arritjen e këtyre objektivave.

Bibliografia

"Drejt një vendi të shëndetshëm me njerëz të shëndetshëm" Strategjia e Shëndetit Publik dhe Promocioni të Shëndetit, Tiranë 2003.

"Health for All in the 21-st century", World Health Organization 1998, p.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