

Buletini i

Institutit të Shëndetit Publik



Nr. 3 - 2016

BULETINI i
Institutit të Shëndetit Publik
Nr. 3-2016

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: 978-99956-32-59-5

PËRMBAJTJA

BULETINI I INSTITUTIT TË SHËNDETIT PUBLIK Nr. 3-2016

KËRKIM SHKENCOR ORIGINAL

Alban Ylli, Ferdinand Jorgoni, Elizana Petrela, Kozeta Filipi, Eduard Kakarriqi
Efektet në sistemin shëndetësor Shqiptar lidhur me kontrollin e kancerit të gjirit 3

Bukurie Gega, Dorina Çanaku, Alba Merdani, Bajram Dedja, Eduard Kakarriqi
Nivelet e vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijore sipas strukturës, gjinisë
dhe qarqeve për vitin 2014 në Shqipëri 15

Luljeta Alla, Silva Bino
Incidenca e sëmundjeve zoonotike (Antraksi dhe Bruceloza) në vitin 2015 në Shqipëri 27

NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Zaira Poga, Arben Luzati, Edjona Bici
Kontenierët e mbetjeve urbane dhe shëndeti publik 37

Entela Bitri
Parimet e ndërhyrjes për parandalimin e anemisë ferrodeficitare tek gratë shtatzëna 45

**KËRKIM SHKENCOR
ORIGINAL**

Efektet në sistemin shëndetësor Shqiptar lidhur me kontrollin e kancerit të gjirit

Alban Ylli¹, Ferdinand Jorgoni², Elizana Petrela², Kozeta Filipi¹,
Eduard Kakarriqi¹

¹Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

²Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakti

Vdekjet nga kanceret paraqesin një problem të rëndësishëm mjekësor dhe të Shëndetit Publik. Disa kancere janë lehtësisht të kurueshëm, ndërkohë që të tjerë janë pothuaj totalisht të pakurueshëm në momentin që diagnostikohen. Pavarësisht se kanceri i gjirit kategorizohet në grupin e kancerave të diagnostikueshëm dhe të kurueshëm nëqoftëse kapet në kohë, ai vazhdon të jetë kanceri më i shpeshtë mes femrave në Shqipëri. Të dhënat bazuar në shërbimet shëndetësore dhe të dhënat e vdekshmërisë dëshmojnë një rritje të qëndrueshme të këtij kanceri në Shqipëri gjatë viteve të fundit. Nëpërmjet këtij studimi synojmë të njohim dhe të analizojmë prirjet dhe efektet e vërejtura të kancerit të gjirit në sistemin shëndetësor në Shqipëri, me qëllim kryesor nxitjen e përpjekjeve për rritjen e kapacitetit të shërbimeve diagnostikuese e ekzaminuese dhe ndërgjegjësimin e popullatës për parandalimin dhe depistimin në kohë. Të dhënat sugjerojnë për rritje të lehtë të numrit total të rasteve të reja të hasura çdo vit në vendin tonë. Ndërkohë vitet e fundit është rritur përqindja e kapjes së kancerit të gjirit në përmasa mesatare (2-5cm) dhe është pakësuar në minimum (vetëm 3%) proporcionin e kancerit të gjirit të lënë shumë pas dore dhe të identifikuar vetëm në mbi 5cm, duke reflektuar efektet e fushatave ndërgjegjëse dhe depistuese. Gjithashtu, fushatat ndërgjegjëse janë reflektuar në rritjen e numrit të grave që kërkojnë informacione lidhur me këtë sëmundje. Bazuar në këto të dhëna, në vendin tonë mamografia është e dobishme për gratë që dyshohen se mund të jenë prekur nga kanceri i gjirit, por është e domosdoshme të rriten kapacitetet për depistimin e gjirit në nivel kombëtar.

Hyrje

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë tek femrat në shumicën dërrmuese të vendeve të botës. Incidenca e standardizuar sipas moshës në vendin tonë (45/100.000) për kancerin e gjirit është më e ulët se në vendet mesdhetare të Bashkimit European (BE), por mjaft më e lartë se vendet e Mesdheut Lindor (të tilla si Turqia, Egjipti apo Tunizia). Ka disa metoda nëpërmjet të cilave mund të kapet herët, nëse ekzistojnë mundësitë infra-strukturore dhe profesionale. Depistimi me mamografi, mbështetur ose jo me ekzaminimin klinik të gjirit, plus ndjekja e individëve me rezultate pozitive apo të dyshimta, do të reduktonte mortalitetin nga ky kancer tek gratë e moshës 50-69 vjeç me pothuaj një të tretën. Raporti vdekshmëri – incidencë, që pasqyron kapacitetet për kapje të hershme dhe trajtim për kancerin e gjirit vlerësohet të jetë 0.35 për kancerin e gjirit dhe 0.4 për kancerin e qafës së mitrës. Këto tregues, megjithëse në shumë raste më të lartë se vendet e Mesdheut Lindor janë më të ulët se në vendet mesdhetare të BE-së (përkatësisht 0.19 dhe 0.25). Përfitimi maksimal arrihet duke kryer depistim çdo 2-3 vjet. Efektiviteti i depistimit për gratë e moshës 40-49, nuk është shumë i qartë. Ekzaminimi fizik i gjirit nga mjekët është dëshmuar të japë përfitime shëndetësore tek gratë në të 50-at. Disa studime të viteve 90-të mbështesin idenë se gratë e të gjitha moshave kanë përfitime shëndetësore nga aplikimi sistematik i vetekzaminimit të gjirit. Megjithatë, një studim i kohëve të fundit në Kinë nuk dëshmoi ndonjë ulje në vdekshmërinë nga kanceri i gjirit si pasojë e vetekzaminimit të gjirit. Bazuar në këto fakte mund të thuhet se një program që do të bazohej vetëm tek inkurajimi i vetekzaminimit të gjirit nuk do të sillte ndonjë ulje të vdekshmërisë nga ky kancer. Gjithsesi, gratë duhet të këshillohen me forcë të kërkojnë ndihmë mjekësore menjëherë, nëse ato vërejnë ndonjë ndryshim të dyshimtë për kancer në gjinj të tyre.

Mamografia është një ekzaminim relativisht i shtrenjtë që kërkon sidomos shumë kujdes dhe ekspertizë, si gjatë kryerjes ashtu edhe gjatë interpretimit të rezultateve. Për këtë arsye nuk është një opsion i mundshëm depistimi për shumë vende. Megjithëse të dhënat shkencore mbi efektivitetin e ekzaminimit klinik të gjirit si metodë e vetme depistimi nuk janë të plota, ka arsye të besohet se ekzaminimi klinik i gjirit i kryer mirë nga mjekë apo infermierë të trajnuar mund të luajë një rol të rëndësishëm në uljen e vdekshmërisë. Është vërejtur në një studim psh, se shtimi i mamografisë tek gratë që ekzaminoheshin klinikisht nga mjekët në mënyrë sistematike, nuk ka sjellë reduktim shtesë të vdekshmërisë.

Metodologjia

Ky punim bazohet mbi analizën e të dhënave sekondare mbi situatën e kancerit të gjirit në vend dhe nivelin e ofrimit të shërbimeve parandaluese, depistuese dhe ekzaminuese. Të dhënat e shfrytëzuara mbi indikatorët shëndetësorë (prevalencë, incidenca, barra e kancereve, numri i përgjithshëm i shtrimeve, numri i përgjithshëm i ndërhyrjeve kirurgjikale), i referohen statistikave pranë shërbimit Onkologjik në QSUT.

Përsa i përket ofrimit të shërbimeve të ekzaminimit klinik, të dhënat e analizuara janë marrë nga Ministria e Shëndetësisë dhe Fondi i Sigurimeve Shëndetësore. Të dhënat e marra pasqyrojnë trendet e treguesve të kancerit të gjirit gjatë periudhës kohore 2009 – 2014.

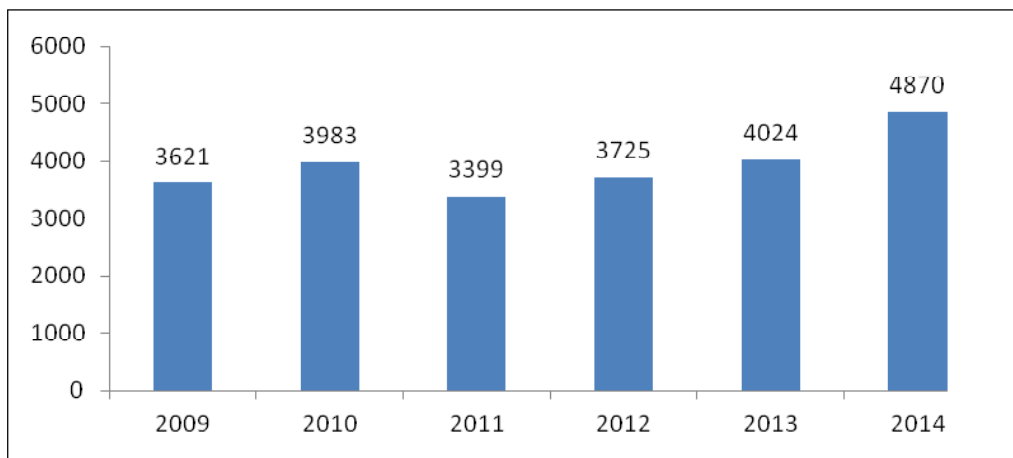
Rezultatet

Kombinimi i faktorëve epidemiologjikë, të rritjes së informimit në popullatë dhe përmirësimit të kapacitetit të shërbimeve duket të kenë pasur si efekt një rritje nga njëra anë të shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe nga ana tjetër një efekt relativisht pozitiv në ‘downstageing’ lidhur me kancerin e gjirit, përmes uljes së numrit të kancereve të diagnostikuara shumë vonë.

Rritja e barrës së kancereve në sistemin shëndetësor si edhe rritja e kapaciteteve demonstron në një analizë të volumit të shërbimeve pranë shërbimit Onkologjik në QSUT. Kështu në vitin 2014 krahasuar me 2013, janë regjistruar 26.6% më shumë pacientë të shtruar, 42.8% më shumë konsulta ambulatorie, 7.3 % më shumë pacientë të trajtuar me radioterapi, 22.1% më shumë ekzaminime biopsi dhe citologji, 7% më shumë ekzaminime radiologjike dhe endoskopike, 55% më shumë ekzaminime imuno-histokimike për

pacientët e shtruar. Figura 1 shpreh volumin e gjithë shërbimeve të ofruara përfshirë vizitat për diagnosë, kirurgji, kemioterapi dhe radioterapi në QSUT. Një pacient shtrihet disa herë në vit në spital për marrjen e këtyre shërbimeve. Ky indikator ndikohet jo vetëm nga profili i sëmundjes në popullatë por edhe nga mundësia për të ofruar me shërbime. Volumi i shtrimeve duket se ka ardhur duke u rritur dhe në vitin 2014 ka pasur një hop me rreth 20% më shumë shtrime sesa mesatarja e pesë viteve paraardhëse.

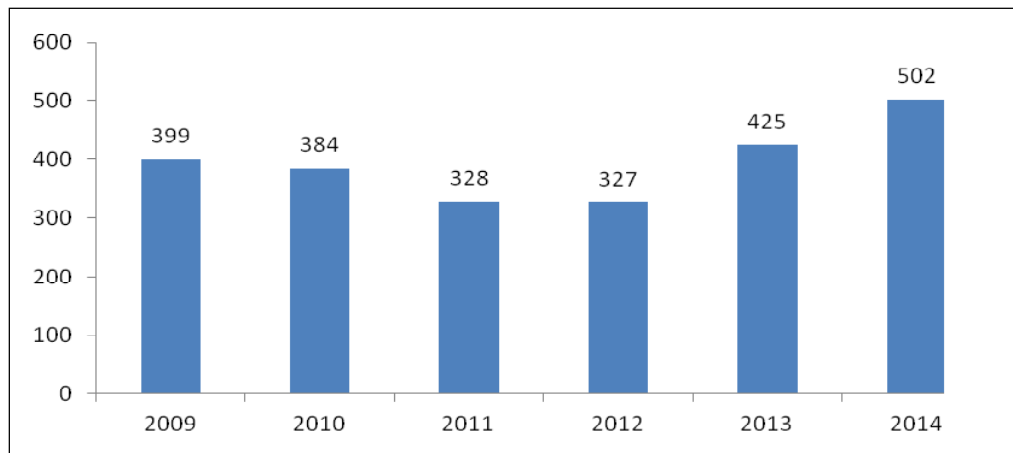
Figura 1. Numri i përgjithshëm i shtrimeve me cancer gjiri në QSUT gjatë viteve



Numri i përgjithshëm i ndërhyrjeve kirurgjikale është një tjetër tregues më specifik i shpeshtësisë së sëmundjes së kancerit të gjirit dhe i volumit të

shërbimeve të ofruara. Edhe për këtë tregues vërehet një rritje, duke arritur për herë të parë në vitin 2014 vlerën e mbi 500 operacioneve (Figura 2).

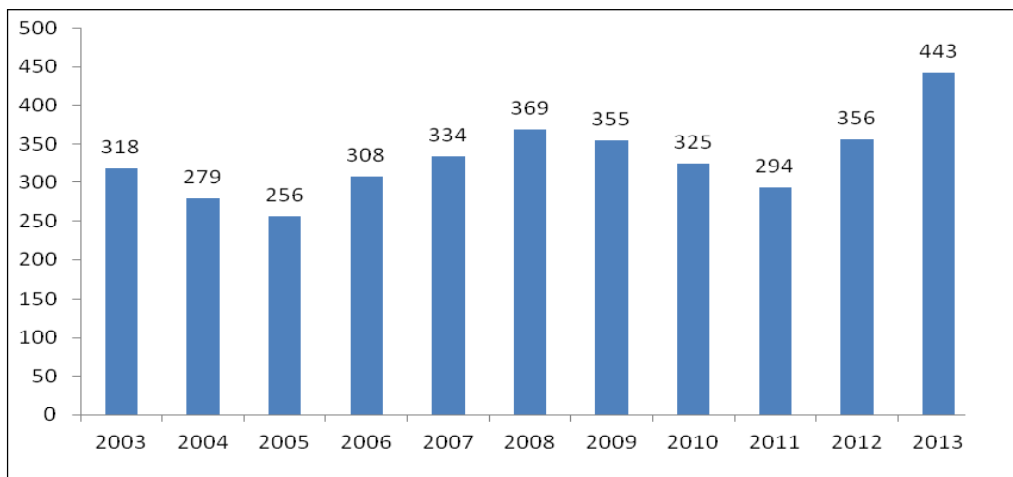
Figura 2. Numri i përgjithshëm i ndërhyrjeve kirurgjikale për kancerin e gjirit në QSUT gjatë viteve



Çdo vit në QSUT janë hasur rreth 350 raste të reja me kancer gjiri me një prirje të lehtë rritje dhe me një pik prej 443 rastesh në vitin 2013 (Figura 3). Ndërkohë që vazhdon puna për verifikimin individual të rasteve për vitin 2014,

këtë vit janë grumbulluar edhe raste të reja të raportuara nga spitalet private e spitalet rajonale. Pas raportimit të rasteve të reja individuale edhe nga QSUT-ja, për 2015 do të mund të vlerësohet një shifër më afër reales lidhur me këtë indikator.

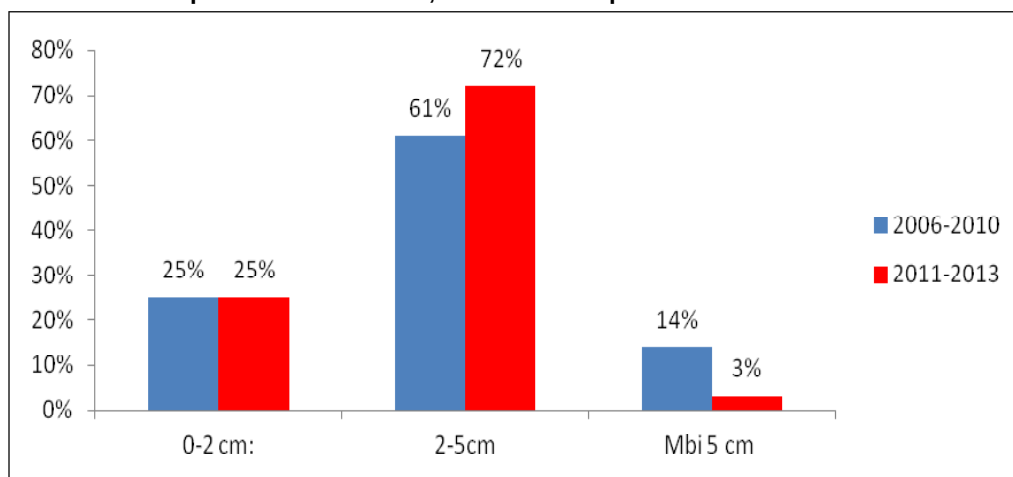
Figura 3. Raste të reja me kancer gjiri të diagnostikuar në QSUT gjatë viteve



Diametri i kancerit të gjirit në momentin e diagnozës është një tregues i rëndësishëm i lidhur me kapjen herët të këtij kanceri. Analiza e të dhënave për periudhën 2011-2013 dëshmon se ende nuk ka filluar të vërehet përmirësim në kapjen e kancerit të gjirit në kohën e duhur (proportioni kancerave të kapur me diametër

deri 2 cm ka ngelur i njëjtë). Megjithatë duket se fushatat e ndërgjegjësimi dhe forcimi i kapaciteteve në kujdesin parësor kanë filluar të japin një efekt të vogël duke pakësuar në minimum (vetëm 3%) proporcionin e kancerit të gjirit të lënë shumë pas dore dhe të identifikuar vetëm në mbi 5 cm (Figura 4).

Figura 4. Diametri i kancerit të gjirit në momentin e diagnozës. Mesataret vjetore në periudhën 2006-2010, krahasuar me periudhën 2011-2013



Përpjekjet për rritjen e kapacitetit të shërbimeve dhe ndërgjegjësimin të popullatës

Megjithëse ende Shqipëria nuk ka programe të organizuara të depistimit për kancerin e gjirit, përpjekjet e kryera gjatë 5 viteve të fundit kanë sjellë disa përparime lidhur me kapacitetet në nivele të ndryshme të sistemit shëndetësor.

Diagnoza dhe trajtimi i kancerit ofrohen në princip pa pagesë, por shumica e shërbimeve janë të përqëndruara në Spitalet Universitare në Tiranë.

Ndërkohe gjatë 5 viteve të fundit janë duke u bërë përpjekje për të forcuar kapacitetet e menaxhimit multidisiplinar të rasteve me kancer gjiri, ku nevojat ngelen ende shumë të larta. Kështu rreth 20 radiologë, teknikë mamografie, patologë, kirurgë, psikologë dhe infermierë janë trajnuar jashtë vendit.

Në shërbimet e kujdesit parësor prej vitit 2012 ka filluar të aplikohet në masë të gjerë procedura e ekzaminimit klinik të gjirit si një teknikë e kapjes së hershme të kancerit të gjirit. Janë rritur kapacitetet në qendrat shëndetësore pas trajnimit të rreth 800 mjekëve dhe infermierëve për këtë Raportohen disa qindra mijëra ekzaminime klinike të gjirit në vit në të gjithë vendin, megjithëse nga verifikimet e kryera, vërehet se kjo shifër është e zmadhuar nga mjekët.

Në 2014 u rishikua dhe aprovua nga Ministria e Shëndetësisë dhe Fondi i Sigurimeve Shëndetësore paketa e shërbimeve në kujdesin shëndetësor parësor duke përfshirë tashmë edhe aktivitete të lidhura me kapjen e hershme të kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës. Është përgatitur dhe aprovuar nga Ministria e Shëndetësisë udhëzuesi mbi ekzaminimin klinik të gjirit në qendrat e kujdesit shëndetësor parësor.

Dy njësi të lëvizshme të mamografisë kanë filluar të ofrojnë shërbimet e tyre falas gjatë vitit 2015 për zonat ku nuk ka mamografi stacionare duke përmirësuar aksesin (me rreth 5850 ekzaminime

të kryera) për gratë e qyteteve të vogla dhe fshatrave në këtë shërbim të kapjes së hershme të kancerit të gjirit. Ky shërbim ka rritur volumin e përgjithshëm të mamografive në vend me 30-40%, ndërkohë që numri i ekzaminimeve në mamografite stacionare në vend vijon të ngelet i ulët me rreth 2-4 ekzaminime në ditë për njësi mamografie.

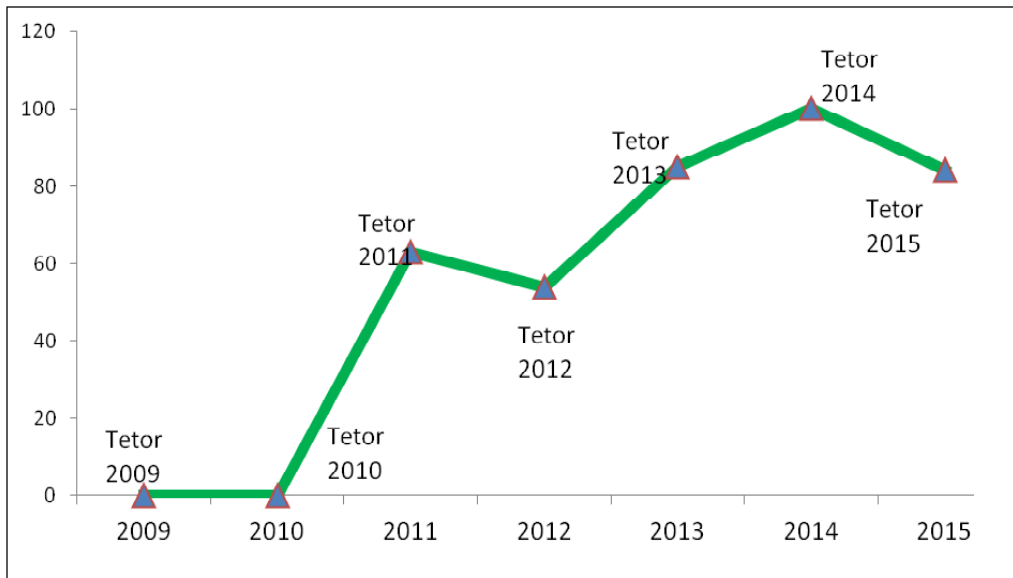
Njohuritë në popullatën e grave në moshë riprodhuese mbi kapjen e hershme të kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës kanë ardhur në rritje; prej vitit 2012 fushatat e informimit dhe ndërgjegjësimin janë duke u bërë gjithnjë e më sistemtike me përfshirje gjithnjë e më të madhe të medias. Aktivitetet e informimit publik dhe ato të avokatisë përmes përfshirjes së gjithë aktorëve të rëndësishëm në proces, janë duke u intensifikuar.

Një shikim mbi popullaritetin e termit ‘kanceri i gjirit’ në google trends tregon që pas një piku në vitin 2012 ai ngelet i përdorur masivisht në Shqipëri në periudhën 2013-2015. Kjo është një dëshmi e një ndërgjegjësimi të madh të popullatës mbi këtë problem (Figura 5).

Megjithatë ende ekzistojnë barriera të rëndësishme financiare burokratike dhe gjeografike lidhur me aksesin në shërbimet e kapjes së hershme; kështu nuk ka një rregullim ligjor të ofrimit falas të të gjithë testeve apo ekzaminimeve të kapjes së hershme, ndërkohë që numër i madh i grave të pasiguruara nuk mund të përfitojnë falas nga shërbimet edhe kur ato ekzistojnë.

Masat e ndërmarra

Ndërgjegjësimi, kapja e hershme dhe mbidiagnoza Analizat dhe interpretimet e imazheve mamografike të kryera në fushatat me mamografite lëvizëse rekomandojnë një praktikë me ekzaminime shtesë (sidomos ekografi të gjirit) në përqindje shumë më të lartë sesa praktikatat më të mira botërore.

Figura 5. Prirja e vullmit të klikimeve të termit 'kanceri i gjirit' gjatë periudhës 2009-2015

Burimi: <https://www.google.com/trends/explore#q=kanceri%20i%20gjirit>.

Mesatarisht vetëm rreth 10% e grave të shëndetshme që kryejnë mamografi në programe depistimi të organizuara pritet të thirren për ekzaminime të tjera. Në praktikën e radiologëve të vendit tonë ky proporcion (sidomos praktika për ekografi shtesë të gjirit) shkon në 30% deri në 60% në disa raste.

Rreth 0.5%-1% e grave të shëndetshme të ekzaminuara pritet të diagnostikohen me kancer dhe ngelet e nevojshme të minimizohen kostot për t'i bërë më të aksesueshme shërbimet diagnostike si për gratë që kryejnë mamografinë dhe për ato që do të kenë nevojë për ekzaminime shtesë.

Trajnimi i ekspertëve dhe përmirësimi i metodave të përdorura për të shmangur 'mbidiagnozën', pra numrin e grave që diagnostikohen gabimisht me kancer (një sërë studimesh vlerësojnë se rreth 20% e grave me diagnozë kanceri në programet e bazuara në mamografi janë 'mbidiagnozë', pra nuk do të kishin vuajtur apo vdekur nga kanceri i gjirit).

Konkluzione

Kombinimi i faktorëve epidemiologjikë, të rritjes së informimit në popullatë dhe përmirësimit të kapacitetit të shërbimeve duket të kenë pasur si efekt një rritje nga njëra anë të shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe nga ana tjetër një efekt relativisht pozitiv në 'downstaging' lidhur me kancerin e gjirit, përmes uljes së numrit të kancereve të diagnostikuara shumë vonë.

Ndërkohë që ende ekzistojnë barrierat e rëndësishme financiare burokratike dhe gjeografike lidhur me aksesin në shërbimet e kapjes së hershme, është i nevojshëm përmirësimi i kapaciteteve dhe nxitja e standardeve të cilësisë në hallka të ndryshme të sistemit shëndetësor.

Në mënyrë specifike, lidhur me mamografinë, puna duhet prioritetizuar në varësi të përmirësimit të mjeteve dhe aftësive profesionale. Së pari, kjo teknikë duhet përdorur si mjet diagnoze paraprake, për gratë të cilat janë konsideruar të dyshimta ose pozitive në ekzaminimin klinik në qendra shëndetësore apo gjatë vetekzaminimit në shtëpi.

Nuk duhet harruar se kanceri mund të jetë i pranishëm edhe nëse mamografia rezulton normale apo negative. Mamografia si mjet depistimi primar masiv në popullatë do të duhej

të përdorej vetëm atëherë kur burimet janë të tilla që të sigurojnë depistim të cilësisë së mirë në të paktën 70% të popullatës target (gratë 50-69 vjeç).

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë tek femrat në shumicën dërrmuese të vendeve të botës. Kapja e hershme e tij përmirëson në mënyrë domethënëse nivelin e shërimit dhe mbijetesës së pacienteve të prekura. Ka disa metoda nëpërmjet të cilave mund të kapet herët, nëse ekzistojnë mundësitë infrastrukturore dhe profesionale, përfshirë mamografinë.

Çfarë të rejash sjell ky raport?

Në Shqipëri kombinimi i faktorëve epidemiologjikë, të rritjes së informimit në popullatë dhe përmirësimit të kapacitetit të shërbimeve duket të kenë pasur si efekt një rritje nga njëra anë të shërbimeve shëndetësore të ofruara dhe nga ana tjetër një efekt relativisht pozitiv në ‘downstageing’ lidhur me kancerin e gjirit, përmes uljes së numrit të kancereve të diagnostikuara shumë vonë.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Në Shqipëri mamografia duhet përdorur si mjet diagnoze paraprake për gratë të cilat janë konsideruar të dyshimta ose pozitive në ekzaminimin klinik në qendra shëndetësore apo gjatë vetekzaminimit në shtëpi. Është i nevojshëm përmirësimi i kapaciteteve dhe nxitja e standardeve të cilësisë në hallka të ndryshme të sistemit shëndetësor lidhur me kapjen e hershme të kancerit të gjirit.

Bibliografia

IARC Handbooks of Cancer Prevention 3 June 2015. Benefits of mammography screening outweigh adverse effects for women aged 50–69 years.

WHO 2013 , WHO position paper on mammography screening.

WHO, 2013 . Guidelines for referral of suspected breast cancer at primary health care in low- resource settings.

Lancet. Nov 17 2012; The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review 380 (9855):1778-1786.

Paci E. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. J Med Screen. 2012;19 Suppl 1:5-13

Public Health Agency of Canada. Organized breast cancer screening programs in Canada: report on program performance in 2005 and 2006. Ottawa, Public Health Agency of Canada. Report No.37 HP32-1/2004E-PDF. 2011

Indraneel Mittra et al BMJ. 2000 Oct 28; 321(7268): 1071–1073.

Cornelia J. Baines et al Mammography Versus Clinical Examination of the Breasts. Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 22, 1997

(<https://www.google.com/trends/explore#q=kanceri%20i%20gjirit>) (20 Tetor 2015)

Nivelet e vdekshmërisë foshnjore dhe fëminore sipas strukturës, gjinisë dhe qarqeve për vitin 2014 në Shqipëri

**Bukurie Gega¹, Dorina Çanaku¹, Alba Merdani¹, Bajram Dedja¹
Eduard Kakarriqi^{1,2}**

¹Departamenti i Epidemiologjisë dhe Sistemeve Shëndetësore

²Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë

Abstrakt

Vdekshmëria foshnjore dhe ajo fëminore konsiderohen dy tregues të rëndësishëm që reflektojnë gjendjen shëndetësore të një popullate. Ato përbëjnë një shqetësim të vazhdueshëm për shëndetin publik dhe për këtë arsye i është kushtuar një vëmendje e veçantë nga të gjithë politik, bërësit e sektorit shëndetësor në drejtim të përmirësimit të kapaciteteve dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore për kujdesin ndaj nënës dhe fëmijës. Për të njohur më mirë nivelet e këtyre dy indikatorëve në Shqipëri, është ndërmarrë ky studim i cili na informon dhe na njeh me nivelin e vdekshmërisë foshnjore dhe fëminore të ndara sipas qarqeve të vendit dhe gjinisë përgjatë vitit 2014. Të dhënat janë marrë nga Ministria e Shëndetësisë, pasi të gjitha rrethet raportojnë pranë Ministrisë së Shëndetësisë lidhur me këta tregues. Indikatorët e vdekshmërisë foshnjore, vdekshmërisë fëminore dhe vdekshmërisë perinatale paraqesin luhatje të konsiderueshme midis qarqeve të ndryshme në vitin 2014, luhatje të cilat lipset të hulumtohen me kujdes në mënyrë që të zbulohen shkaqet e këtyre ndryshimeve. Grumbullimi dhe analizimi i këtyre të dhënave do të shërbejë si një burim i rëndësishëm për vlerësimin e situatës, analizën e shkaqeve kryesore të vdekshmërisë foshnjore e fëminore, evidentimin e boshllëqeve dhe planifikimin e nevojave në të ardhmen.

Hyrje

Vdekshmëria foshnjore është përdorur gjerësisht si një tregues i gjendjes shëndetësore të popullatës dhe cilësisë së kujdesit shëndetësor. Ajo konsiderohet si një shqetësim i vazhdueshëm për shëndetin publik. Vdekshmëria foshnjore paraqet numrin e vdekjeve 0-1 vjeç gjatë një periudhe kohe të caktuar (1 vit) për 1000 lindje të gjalla. Byroja Federale për Fëmijë, e themeluar në vitin 1912, ndërmori nismën e saj të parë duke u fokusuar te vdekshmëria foshnjore dhe zyrtarisht njohu rëndësinë e saj (State Infant Mortality Toolkit, 2007).

Shkalla e vdekshmërisë foshnjore nuk shihet vetëm si një tregues i riskut për vdekjen e foshnjave, por ajo është përdorur gjerësisht si treguesi bruto për:

- Statusin shëndetësor të komunitetit;
- Varfërinë dhe nivelet e statusit socio - ekonomik në një komunitet;
- Disponueshmërinë dhe cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe teknologjisë mjekësore.

Shëndeti dhe mirëqenia e fëmijëve dhe familjeve në të gjithë globin maten me nivelet e vdekshmërisë foshnjore. Fakti që ky tregues ka qenë gjerësisht i pranuar dhe relativisht i thjeshtë në llogaritje kanë bërë që nivelet e vdekshmërisë foshnjore të përdoren për krahasime ndërmjet rajoneve, popullatave dhe periudhave kohore të ndryshme. Krahasimet të tilla të niveleve të vdekshmërisë foshnjave janë përdorur shpesh për vlerësimin e nevojave të popullatës dhe për të vlerësuar impaktin që kanë programet e shëndetit publik (World Health Statistics 2013). Një tjetër tregues i rëndësishëm është edhe vdekshmëria femërore. Vdekshmëria femërore është një tregues thelbësor për shëndetin e fëmijëve dhe mirëqenien e tyre. Në vitin 2000, udhëheqësit botërorë e përfshinë në Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM) dhe bënë thirrje për reduktimin e nivelit të vdekshmërisë femërore me dy të tretat përgjatë viteve 1990

dhe 2015. Vdekshmëria femërore paraqet numrin e vdekjeve <5 vjeç gjatë një periudhe kohe të caktuar (1 vit) për 1000 lindje të gjalla (Child Mortality Report, 2015). Vlerësimin e vdekshmërisë femërore i bazuar në evidencë është një hap themelor për:

- ndjekjen e progresit të objektivave të mbijetesës së fëmijëve;
- planifikimin kombëtar dhe strategjitë globale shëndetësore;
- politikat dhe ndërhyrjet në shëndetin dhe mirëqenien e fëmijëve.

Një tjetër tregues i përdorur gjatë vlerësimeve të bëra në kuadër të shëndetit të fëmijëve është edhe vdekshmëria perinatale. Vdekshmëria perinatale është numri i vdekjeve neonatale të hershme (0 – 6 ditë) plus numrin e vdekjeve fetale për 1000 lindje të gjalla.

Për shkak të rëndësisë së këtyre treguesve qëllimi i këtij punimi shkencor është vlerësimi i nivelit të këtyre indikatorëve në vendin tonë për vitin 2014 në mënyrë që të hidhet dritë mbi situatën aktuale duke orientuar vendim - marrjen të bazuar në fakte.

Metodologjia

Për llogaritjen e treguesve të vdekshmërisë, foshnjore, femërore dhe perinatale u përdorën të dhënat zyrtare të Ministrisë së Shëndetësisë të raportuara gjatë vitit 2014. Të dhënat lidhur me numrin e vdekjeve dhe numrin e popullatës referencë përkatëse (emëruesit) u përdorën për të llogaritur nivelin e vdekshmërisë foshnjore, nivelin e vdekshmërisë femërore dhe nivelin e vdekshmërisë perinatale. Këta indikatorë shprehen në përqindje.

Rezultatet

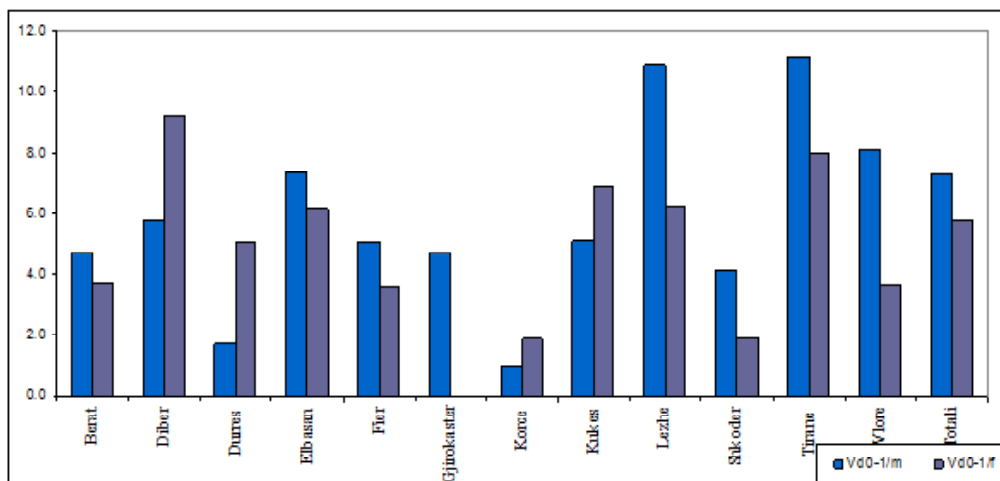
Niveli i vdekshmërisë foshnjore për vitin 2014 është 6.5/1000 lindje të gjalla (Tabela 1). Të dhënat e vdekshmërisë foshnjore raportohen nga të gjithë rrethet e vendit në Ministrinë e Shëndetësisë.

Tabela 1. Niveli i vdekshmërisë foshnjore për 1000 lindje të gjalla sipas qarqeve dhe gjinisë për vitin 2014

Qarku	Total	Gjinia	
		Meshkuj	Femra
Berat	4.2	4.7	3.7
Dibër	7.4	5.7	9.2
Durrës	3.3	1.7	5.1
Elbasan	6.8	7.3	6.1
Fier	4.4	5.1	3.6
Gjirokastrë	2.3	4.7	0.0
Korçë	1.4	1.0	1.9
Kukës	5.9	5.1	6.9
Lezhë	8.9	10.9	6.3
Shkodër	3.0	4.2	1.9
Tiranë	9.6	11.1	8.0
Vlorë	5.9	8.1	3.7
Totali	6.5	7.2	5.7

Në përgjithësi niveli i vdekshmërisë foshnjore është më i lartë tek meshkujt se tek femrat, përkatësisht 7.2 dhe 5.7 për 1000 lindje të gjalla, por sipas qarqeve vërehen ndryshime të rëndësishme. Kështu vdekshmëria foshnjore është më e lartë tek meshkujt në të gjitha qarqet me përjashtim të Dibrës, Durrësit, Korçës dhe Kukësit (Tabela 1).

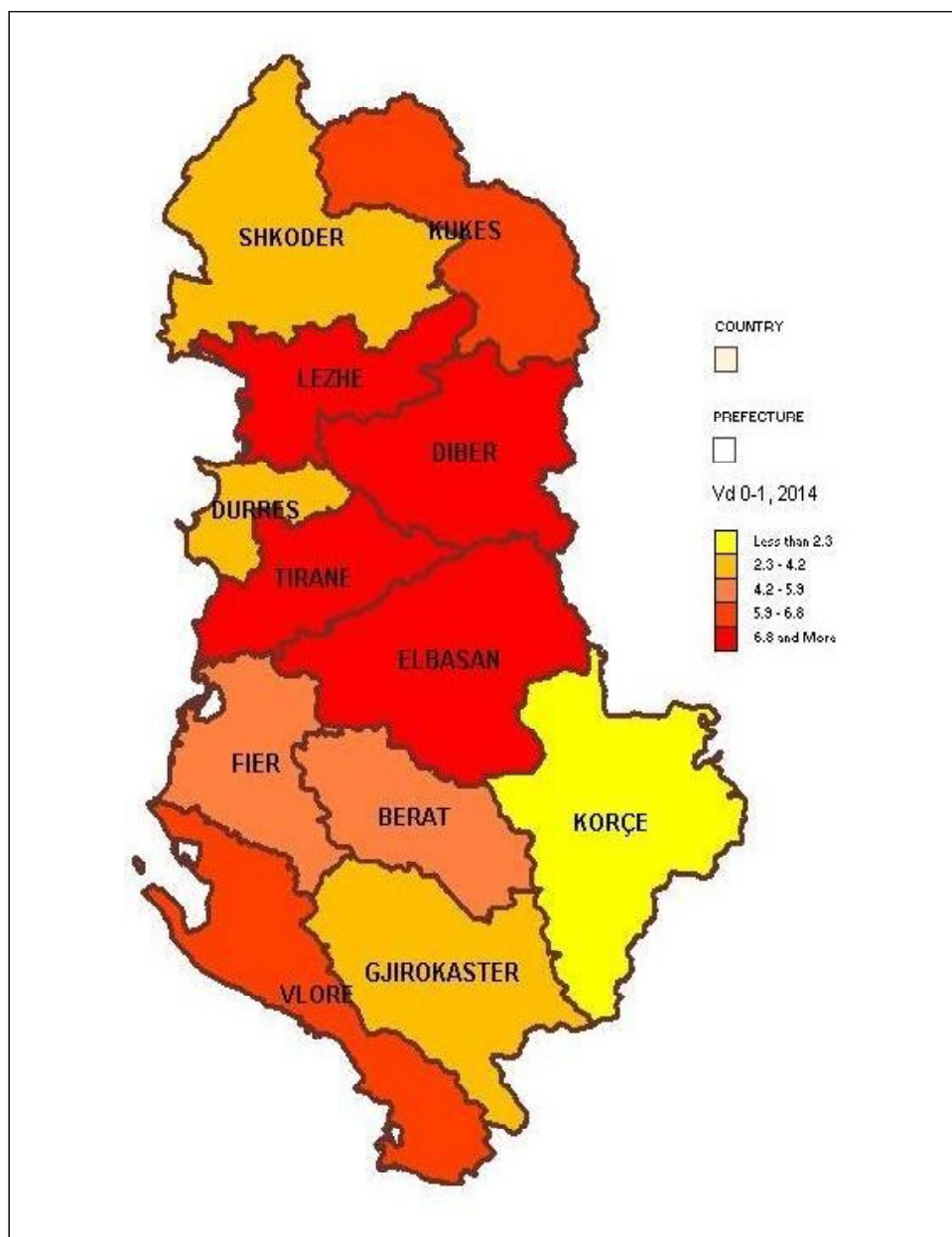
Në Figurën 1 paraqitet vizualisht niveli i vdekshmërisë foshnjore sipas qarqeve dhe gjinisë në vitin 2014, ku mund të dallohen mirë qarqet, ku trendi gjinor është i kundërt me tendencën e përgjithshme. Është e nevojshme që të hetohet më tej për të ndriçuar arsyet e diferencave gjinore dhe vdekshmërinë më të lartë midis femrave në Dibër, Durrës, Korçë dhe Kukës.

Figura 1. Niveli i vdekshmërisë foshnjore për 1000 lindje të gjalla sipas qarqeve dhe gjinisë për vitin 2014

Nga Tabela 1 dhe Figura 1 vihet re se Dibra, Tirana, Elbasani dhe Lezha janë qarqet që kanë nivele më të larta të vdekshmërisë foshnjore, kurse lidhur me gjininë meshkujt paraqesin vdekshmëri më të lartë. Në qarqet Lezhë, Tiranë dhe Vlorë, hendeku gjinor i vdekshmërisë foshnjore në favor të meshkujve është më i lartë sesa në qarqet e tjera. Në qarkun e Gjirokastrës për vitin 2014 nuk është regjistruar

asnjë vdekje tek femrat 0-1 vjeç. Dibra, Korça dhe Kukësi kanë nivel vdekshmërie foshnjore më të lartë tek femrat, ndërkohë që qarku i Korçës ka nivelet më të ulëta të vdekshmërisë foshnjore si tek femrat, ashtu dhe tek meshkujt. Të dhënat lidhur me nivelin e vdekshmërisë foshnjore sipas rajoneve paraqiten vizualisht në Figurën 2 në vijim, në formën e hartës së vendit.

Figura 2. Niveli i vdekshmërisë foshnjore sipas qarqeve për vitin 2014



Në Tabelën 2 në vijim paraqiten nivelet e vdekshmërisë perinatale, fetale dhe neonatale për vitin 2014. Niveli i vdekshmërisë neonatale dhe perinatale është ulur me uljen e nivelit të vdekshmërisë foshnjore, por zënë akoma një peshë të konsiderueshme në nivelin e vdekshmërisë foshnjore (0-1 vjeç). Nga Tabela 1 vihet re

që qarku i Gjirokastrës nuk ka asnjë vdekje neonatale të raportuar. Qarku i Shkodrës ka nivelin më të lartë të vdekshmërisë perinatale (11/1000 lindje të gjalla), dhe niveli më i ulët i kësaj vdekshmërie është regjistruar në qarkun e Beratit (0.8/1000 lindje të gjalla).

Tabela 2. Niveli i vdekshmërisë perinatale për 1000 lindje të gjalla, fetale dhe neonatale për vitin 2014

Qarku	Niveli i vdekshmërisë perinatale	Niveli i vdekshmërisë fetale	Niveli i vdekshmërisë neonatale
Berat	0.8	0.8	0.8
Dibër	7.4	3.7	3.7
Durrës	6.6	4.5	2.1
Elbasan	9.4	3.8	5.0
Fier	6.4	3.5	3.2
Gjirokastrë	0.0	0.0	0.0
Korçë	4.8	3.3	1.0
Kukës	5.9	1.0	5.9
Lezhë	6.8	2.0	6.8
Shkodër	11.0	8.0	3.0
Tiranë	9.2	4.9	6.7
Vlorë	8.9	3.6	5.3
Totali	7.8	4.1	4.6

Gjithashtu po në këto dy qarqe është regjistruar niveli më i ulët (Berat) dhe më i lartë (Shkodër) i vdekshmërisë fetale. Në vitin 2014, në të gjithë qarqet vihet re se niveli i vdekshmërisë perinatale është më i lartë se ai i vdekshmërisë

neonatale. Qarqet që kanë nivel më të lartë të vdekshmërisë neonatale janë Lezha (6.8/1000 lindje të gjalla), Tirana (6.7/1000 lindje të gjalla) dhe Kukësi (5.9/1000 lindje të gjalla) [Tabela 1 dhe Figura 3].

Figura 3. Niveli i vdekshmërisë perinatale për 1000 lindje të gjalla sipas qarqeve për vitin 2014

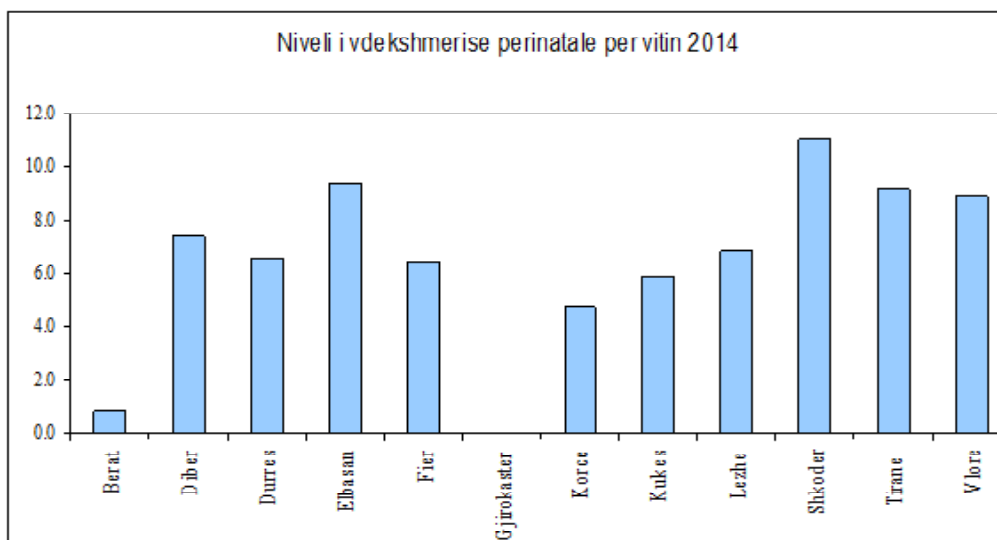
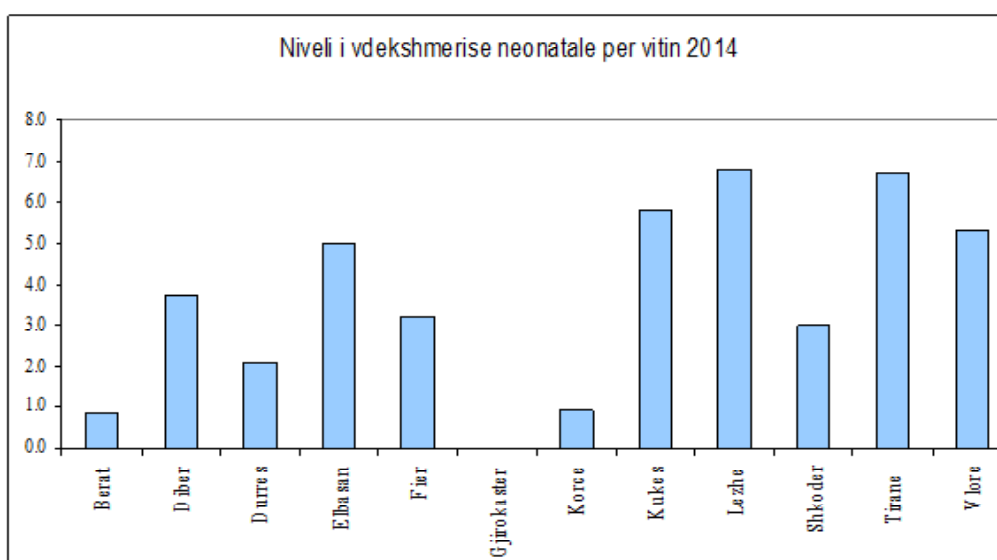


Figura 4. Niveli i vdekshmërisë neonatale për 1000 lindje të gjalla sipas qarqeve për vitin 2014.



Në 2014, niveli i vdekshmërisë foshnjore në të gjitha qarqet është më i lartë sesa niveli i vdekshmërisë 1-4 vjeç (Tabela 3). Nivelin më të lartë të vdekshmërisë fëmijore (0-5 vjeç) e kanë qarqet e Dibrës dhe të Tiranës, respektivisht 10.4 për 1000 lindje të gjalla. Gjithashtu nivele

të larta të kësaj vdekshmërie paraqesin dhe qarqet e Kukësit (8.8/1000 lindje të gjalla), Lezhës (8.9/1000 lindje të gjalla) dhe të Vlorës (8.3/1000 lindje të gjalla). Nivelet më të ulëta të vdekshmërisë 0-5 vjeç vërehen në qarqet e Korçës (1.9/1000 lindje të gjalla) dhe të Gjirokastrës (2.3/1000 lindje të gjalla).

Tabela 3. Niveli i vdekshmërisë femërore për 1000 lindje të gjalla sipas qarqeve për vitin 2014

Qarku	Niveli i vdekshmërisë 0-5 vjeç	Niveli i vdekshmërisë 0-1 vjeç	Niveli i vdekshmërisë 1-4 vjeç
Berat	4.2	4.2	0.0
Dibër	10.4	7.4	3.0
Durrës	4.5	3.3	1.2
Elbasan	7.1	6.8	0.3
Fier	5.3	4.4	0.9
Gjirokastrë	2.3	2.3	0.0
Korçë	1.9	1.4	0.0
Kukës	8.8	5.9	2.9
Lezhë	8.9	8.9	0.0
Shkodër	3.5	3.0	0.5
Tiranë	10.4	9.6	0.8
Vlorë	8.3	5.9	2.4
Totali	7.4	6.5	0.9

Për vitin 2014 vdekshmëria foshnjore (0-1 vjeç) në vendin tonë (6.5/1000 lindje të gjalla) është më e ulët sesa niveli i kësaj vdekshmërie në Evropë (10.2/1000 lindje të gjalla) dhe në vendet e Mesdheut Lindor (41.6/1000 lindje të gjalla). Gjithashtu po në këtë vit, në vendin tonë nivelet e vdekshmërisë neonatale dhe femërore (0-5 vjeç) janë më të ulëta në krahasim me Evropën dhe Mesdheun Lindor. Në vendin tonë vdekshmëria neonatale raporto

het 4.6/1,000 lindje të gjalla, ndërsa në Europë raportohej 6.2/1000 lindje të gjalla, dhe në Mesdheun Lindor raportohej 27.3/1000 lindje të gjalla. Vdekshmëria femërore (0-5 vjeç) në vendin tonë raportohej 7.4/1000 lindje të gjalla, ndërsa në Europë raportohej 11.7/1000 lindje të gjalla dhe në Mesdheun Lindor raportohej 53.6/1000 lindje të gjalla.

Nga Tabela 4 dhe Figura 5 vihet re se rajonet me nivel më të lartë janë Dibra, Kukësi, Tirana dhe Vlora.

Figura 5. Niveli i vdekshmërisë femënore për 1000 lindje të gjalla për vitin 2014

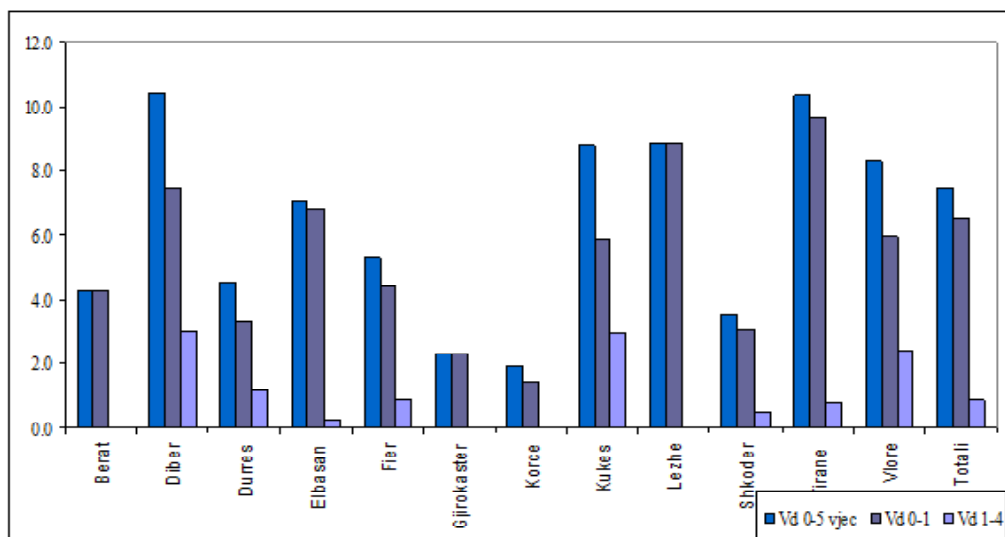
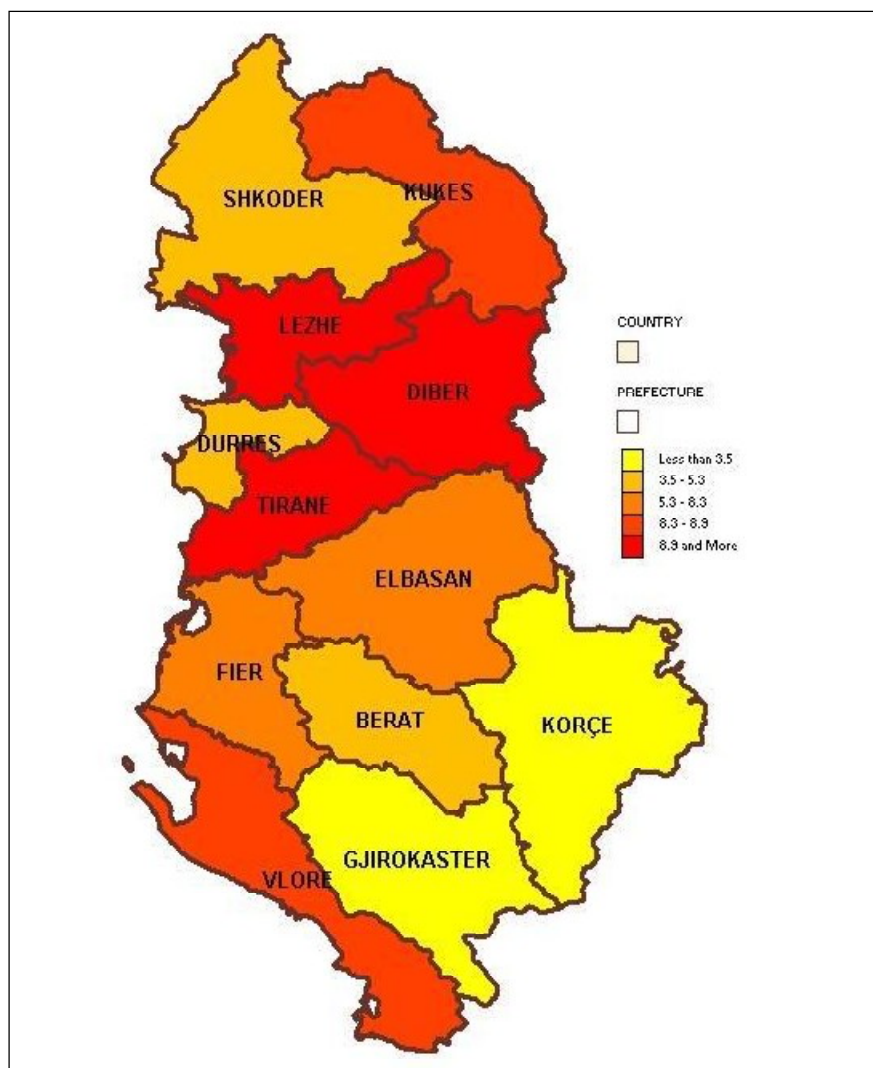


Figura 6. Niveli i vdekshmërisë femënore (0-5 vjeç) sipas qarqeve për vitin 2014



Në vitin 2014, në vendin tonë, anomalitë kongenitale, sëmundjet e të porsalindurit dhe sëmundjet e aparatit respirator janë shkaqet më të shpeshta të vdekshmërisë foshnjore (0-1 vjeç) (Tabela 4). Në qarqet e Dibrës, Durrësit dhe Elbasanit sëmundjet e aparatit respirator përbëjnë shkakun më të shpeshtë të vdekshmërisë

foshnjore. Në qarqet e Tiranës dhe Vlorës, anomalitë kongenitale përbëjnë shkakun më të shpeshtë të vdekshmërisë foshnjore. Sëmundjet e të porsalindurit përbëjnë shkakun më të shpeshtë të vdekshmërisë foshnjore në Kukës (Tabela 4).

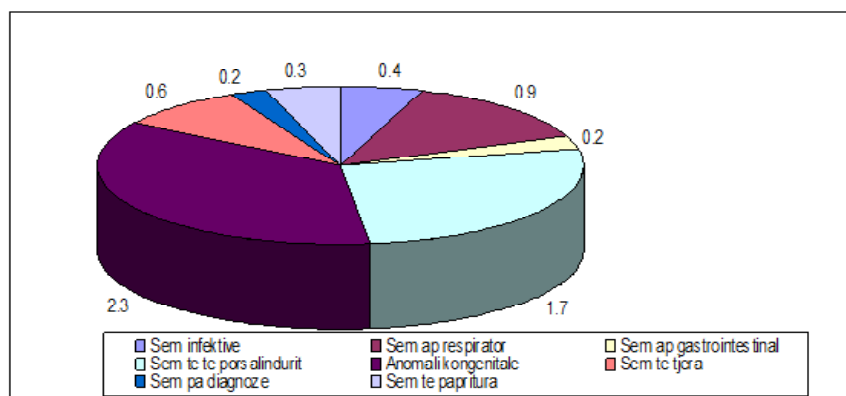
Tabela 4. Niveli i vdekshmërisë 0-1 vjeç, për 1000 lindje të gjalla sipas shkaqeve të vdekjeve për vitin 2014

Qarqet	Sëmundjet infektive	Sëmundjet ap respirator	Sëmundjet ap gastrointestinal	Sëmundjet e të porsalindurit	Anomali kongenitale	Sëmundjet e të tjera	Sëmundjet pa diagnozë	Sëmundjet të papritura
Berat	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	2.5	0.8	0.0
Dibër	1.5	3.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	1.5
Durrës	0.3	1.2	0.0	0.6	0.9	0.3	0.0	0.0
Elbasan	0.0	2.6	0.0	2.1	0.9	0.6	0.3	0.3
Fier	0.0	0.6	0.3	2.0	0.6	0.9	0.0	0.0
Gjirokastrë	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3
Korçë	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.0	0.5	0.0
Kukës	0.0	0.0	0.0	4.9	0.0	1.0	0.0	0.0
Lezhë	0.0	0.0	0.7	0.0	1.4	4.1	0.0	2.7
Shkodër	0.0	0.0	0.0	1.5	1.0	0.0	0.0	0.5
Tiranë	0.8	0.6	0.3	2.6	5.1	0.2	0.2	0.1
Vlorë	0.0	1.2	0.0	0.6	2.4	0.0	0.0	0.6
Totali	0.4	0.9	0.2	1.7	2.3	0.6	0.2	0.3

Figura 6 në vijim paraqet vizualisht nivelin e vdekshmërisë midis fëmijëve të moshës 0-1 vjeç në vitin 2014 në vendin tonë. Në vitin 2014, në vendin tonë, anomalitë kongenitale, sëmundjet e

të porsalindurit dhe sëmundjet e aparatit respirator janë shkaqet më të shpeshta të vdekshmërisë foshnjore (0-1 vjeç).

Figura 6. Niveli i vdekshmërisë 0-1 vjeç sipas shkaqeve të vdekjeve për vitin 2014



Vdekshmëria neonatale akoma zë një peshë të konsiderueshme në vdekshmërinë foshnjore (Tabela 5). Niveli më i lartë i vdekshmërisë vërehet në periudhën 1-6 ditë mbas lindjes. Nivelet më të larta të vdekshmërisë neonatale të vonshme (1-6 ditë) e vërejmë në qarqet e Kukësit, Lezhës dhe Tiranës, që përkon më nivelet e larta të vdekshmërisë neonatale që paraqesin këto qarqe (Tabela 5).

Megjithatë nga vlerësimet e UNICEF ky nivel është i nënraportuar, për shkak të nënregjistrimit të vdekjeve 0-1 vjeç dhe mosplotësisht të saktë të certifikatave të vdekjeve. Ministria e Shëndetësisë, zyrat e gjendjeve civile dhe INSTAT duhet të koordinojnë punën midis tyre për një raportim të saktë që çdo hallkë e këtij sistemi raportimi të funksionojë.

Tabela 5. Niveli i vdekshmërisë neonatale për 1000 lindje të gjalla sipas strukturës moshore dhe qarqeve për vitin 2014

Qarku	Niveli i vdekshmërisë neonatale	Niveli i vdekshmërisë 0-1 ditësh	Niveli i vdekshmërisë 1-6 ditësh	Niveli i vdekshmërisë 6-28 ditësh
Berat	0.8	0.8	0.0	0.0
Dibër	3.7	3.0	0.7	0.0
Durrës	2.1	0.6	1.5	0.0
Elbasan	5.0	2.4	2.6	0.0
Fier	3.2	2.3	0.6	0.3
Gjirokastrë	0.0	0.0	0.0	0.0
Korçë	1.0	1.0	0.0	0.0
Kukës	5.9	0.0	4.9	1.0
Lezhë	6.8	0.7	4.1	2.0
Shkodër	3.0	2.0	1.0	0.0
Tiranë	6.7	0.6	3.6	2.5
Vlorë	5.3	4.7	0.6	0.0
Totali	4.6	1.4	2.1	1.1

Përfundime

Ky studim bën një pasqyrim të të dhënave epidemiologjike të vitit 2014 mbi:

- vdekshmërinë foshnjore sipas:
- qarqeve;
- gjinisë;
- shkaqeve të vdekjes;
- vdekshmërinë femërore sipas strukturës moshore në qarqe të ndryshme;
- vdekshmërinë neonatale, perinatale dhe fetale sipas qarqeve.

Gjithashtu, ky studim ofron një mundësi të mirë për të hartuar raporte të cilat pasqyrojnë trendin e nivelit të vdekshmërisë foshnjore dhe asaj femërore ndër vite. Ajo që bie në sy është se niveli i vdekshmërisë foshnjore dhe femërore përgjatë viteve, ka pësuar një ulje progresive ku vdekshmëria foshnjore nga 23.3 /1000 lindje të gjalla që ka qenë në vitin 1994 është reduktuar në 6.5/ 1000 lindje të gjalla, ndërsa vdekshmëria perinatale nga 14.6/1000 lindje të gjalla ka shkuar në 7.8 /1000 lindje të gjalla. Kjo tregon se është

bërë një progres i dukshëm në infrastrukturën e sistemit shëndetësor, në kualifikimin e stafit mjekësor, në diagnostikim e hershëm të anomalive apo mbajtjen në kontroll të shkaqeve që çojnë në vdekjen e foshnjave apo fëmijëve.

Është e rëndësishme kryerja e studimeve që mundësojnë një tablo më të qartë për politikëbërësit, në mënyrë që të ndërmarrë masat e duhura për uljen e mëtejshme të këtyre niveleve duke i bërë ato të krahasueshme me vendet e rajonit apo të BE-së. Ndër masat e sygjera do të ishin:

- ngritja e shërbimeve cilësore të shëndetit

të nënës dhe fëmijës në komunitet dhe sidomos në zonat rurale;

- përmirësimi i strukturave ekzistuese;
- rritja e numrit të profesionistëve në shërbimet shëndetësore primare (ekipe multi-disiplinare);
- rritja e kapaciteteve të profesionistëve shëndetësorë në komunitet me qëllim depistimin e hershëm të anomalive apo problemeve shëndetësore;
- ndërhyrjet specifike të tilla si: këshillimi, trajtimi dhe referimi drejt hallkave të tjera të sistemit shëndetësor.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Vdekshmëria foshnjore dhe fëmijore përbëjnë një shqetësim serioz për shëndetin publik dhe sistemet shëndetësore në të gjithë botën, pasi janë një tregues bruto i statusit shëndetësor dhe socio - ekonomik të popullatës, disponueshmërisë dhe cilësisë së shërbimeve shëndetësore.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ky raport jep një pamje më të qartë të niveleve reale të vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijore sipas qarqeve të vendit dhe sipas gjinisë të raportuara në Ministrinë e Shëndetësisë për vitin 2014.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Të dhënat e këtij studimi mund të shërbejnë për njohjen e vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijore si një nga prioritet kryesorë të sektorit shëndetësor, pasi ka nevojë të vazhdueshme për uljen e mëtejshme të niveleve të këtyre treguesve. Kjo mund të realizohet falë ngritjes dhe forcimit të kapaciteteve në funksion të shëndetit të nënës dhe fëmijës në përgjithësi, por dhe realizimit të ndërhyrjeve specifike të ndryshme.

Bibliografia

CDC , Reproductive Health , Infant Mortality.

Ministria e Shëndetësisë, Statistika, Vdekshmëria foshnjore.

WHO (2013). World Health Organization. Global Burden of Disease, 2013.

WHO (2013). World Health Organization, World Health Statistic 2013 .

Incidenca e sëmundjeve zoonotike (Antraksi dhe Bruceloza) në vitin 2015 në Shqipëri

Luljeta Alla¹, Silva Bino¹

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

Abstrakt

Sëmundjet zoonotike të kontrollit dhe parandalimit veterinar vijnë të paraqiten gjithnjë e më shqetësuese për shëndetin publik në vendin tonë. Bacili i antraksit dhe mikroorganizmat e gjinisë “brucella” mund të infektojnë individë të ndryshëm, por më së shumti janë të lidhura me njerëzit që merren me blegtori, bujqësi, me veterinerët, kasapët etj. Të dhënat janë bazuar në sistemin SMBS pasqyra 14-Sh sipas informacionit person-vend-kohë. Bruceloza zë peshën specifike më të madhe në sëmundshmërinë zoonotike. Në vitin 2015 janë raportuar 160 raste duke rezultuar në një incidencë prej 6.0 raste/10.000 banorë kundrejt Leptospirozave me 33 raste (incidenca 1.2/raste/10.000 banorë), antraksit me 31 raste (incidenca 1.1raste/10.000 banorë), L.Viscerale me 15 raste (incidenca 0.5/raste100.000 banorë), Tbc ekstrapulmonar (incidenca 2.0 raste /10.000 banorë). Përpunimi dhe analiza e të dhënave është kryer në programin statistikor SPSS, dhe paraqitja e hartave është realizuar në programin Health Mapper. Të dhënat e grumbulluara na japin mundësinë që të studiojmë praninë dhe shkallën e përhapjes së këtyre dy zoonozave përgjatë vitit 2015 në rrethe të ndryshme të vendit tonë. Për shkak të impaktit direkt dhe indirekt që këto dy zoonoza kanë te shëndeti i njerëzve dhe te bagëtisë është realizuar ky studim, i cili do të shërbejë si një burim i rëndësishëm për vlerësimin e situatës në vend, për evidentimin e boshllëqeve dhe planifikimin e strategjive afatshkurtra, afatmesme e afatgjata të veprimtarive veterinarë.

Hyrje

Antraksi (plasja) është një nga infeksionet zoonotike më të rënda, i cili fatkeqësisht është i shpërndarë edhe në disa zona të vendit tonë me ekonomi blegtorale. Shkaktar për të është bacili i antraksit i cili përgjithësisht është rezistent ndaj temperaturës dhe acideve, dhe është i pranishëm në produktet ushqimore të bagëtive të infektuara dhe në lëkurën e tyre. Përgjithësisht, kjo sëmundje ka karakter profesional dhe më të rrezikuar janë blegtorët, kasapët, veterinerët, ata që punojnë në fabrikat e përpunimit të qumështit, të mishit, të lëkurës, të brirëve, personeli mjekësor që punon në laboratorë etj .

Rrugët kryesore të infektimit janë si vijon:

1. Respiratore (marrja e ajrit në mjedise ku përpunohen materiale të infektuara me antraks).
2. Gastrointestinale (nga konsumi i produkteve ushqimore me duar të palara pasi ka rënë fillimisht në kontakt me bagëtitë dhe produktet e tyre të infektuara me antraks).
3. Sipërfaqja e lëkurës (kruajtja e lëkurës me duar të palara).

Diagnoza e antraksit është e vështirë në statet e para kur nuk janë shfaqur shenjat e plota, por duke pasur për bazë mjekësinë preventative bëhet i mundur zbulimi i vatrave të infeksionit dhe vaksinimi i punonjësve që kanë lidhje me bagëtitë (NIAID, Anthrax 2001).

Bruceloza është një sëmundje zoonotike që shkaktohet nga mikroorganizma të njohura si *Brucella* dhe që janë 3 lloje:

- *Bovis*
- *Suis*
- *Melitensis*

Ato gjenden kryesisht në qumështin e bagëtive të infektuara, në mishin e bagëtive të infektuara dhe nënproduktet e tyre që nuk i janë nënshtruar përpunimit termik. Njëkohësisht, blegtorët apo veterinerët mund të infektohen gjatë periudhës së barrës apo abortit të bagëtive pasi placenta dhe embrioni gjatë abortit përmbajnë shumë brucela.

Bruceloza mund të paraqitet me një kuadër klinik kryesisht akut por që gradualisht, në qoftë se nuk mjekohet mirë, kalon në format kronike duke shfaqur një shumëllojshmëri simptomash, duke prekur sisteme të shumëfishta dhe duke shkaktuar forma të ndryshme të infeksioneve lokale (Masouridou et al. 2003).

Krahas aspektit profesional, këto dy zoonoza mund të prekin dhe konsumatorët e produkteve të infektuara, sidomos kur përdoret qumësht i cili nuk i është nënshtruar pasterizimit ose që nuk e ka kaluar temperaturën e zierjes, në rastin e brucelozës dhe produkteve të mishit të paziera në të dyja rastet (Fred Unger dhe Susanne Münstermann, DFID Animal Health Programme). Drejtoria e Shërbimit Veterinar në bashkëpunim me kontrollin sanitar janë autoritetet përgjegjëse për rregullimin e përgjithshëm të çështjeve veterinare lidhur me shëndetin e kafshëve dhe zoonozave përkatëse. Meqënëse në vendin tonë ka pasur disa zona që konsiderohen “endemike” është e rëndësishme kryerja e studimeve të tilla që na shërbejnë për krijimin e disa hartave epidemiologjike, të cilat mundësojnë forcimin e politikave të shëndetit dhe mirëqenies së kafshëve të gjalla, si dhe hartimin e programeve të parandalimit, kontrollit, eliminimit deri në çrrënjosjen e sëmundjeve të ndryshme infektive në kafshë (Ministria e Bujqësisë, Shërbimi Veterinar).

Metodologjia

Studimi u krye për të dhënat e raportuara në vitin 2015 në të gjitha rrethet e Shqipërisë. Të dhënat janë bazuar në sistemin SMBS në pasqyrën 14-Sh sipas informacionit person-vend-kohë.

Nga të dhënat e raportuara nëpërmjet këtij sistemi informacioni, u bë e mundur llogaritja e treguesve të shpeshtësisë së hasjes së sëmundjeve zoonotike në vendin tonë gjatë vitit 2015, dhe më konkretisht vlerësimi i nivelit të rasteve të reja të këtyre sëmundjeve apo nivelit të

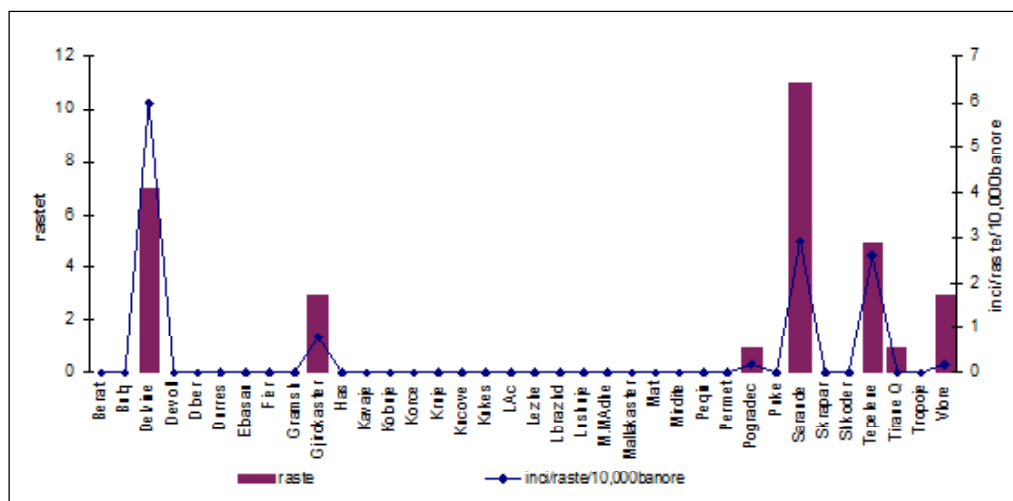
incidencës. Të dhënat u paraqitën në formë tabelash dhe grafikësh. Paraqitja e hartave është realizuar në programin Health Mapper. Përpunimi dhe analiza e të dhënave është kryer në programin statistikor SPSS, versioni 20.

Rezultatet

Antraksi

Në vitin 2015 u raportuan në total 31 raste me Antraks (incidenca 1.1 raste/10.000 banorë) (figura 1). Rastet e raportuara i përkasin formës kutane.

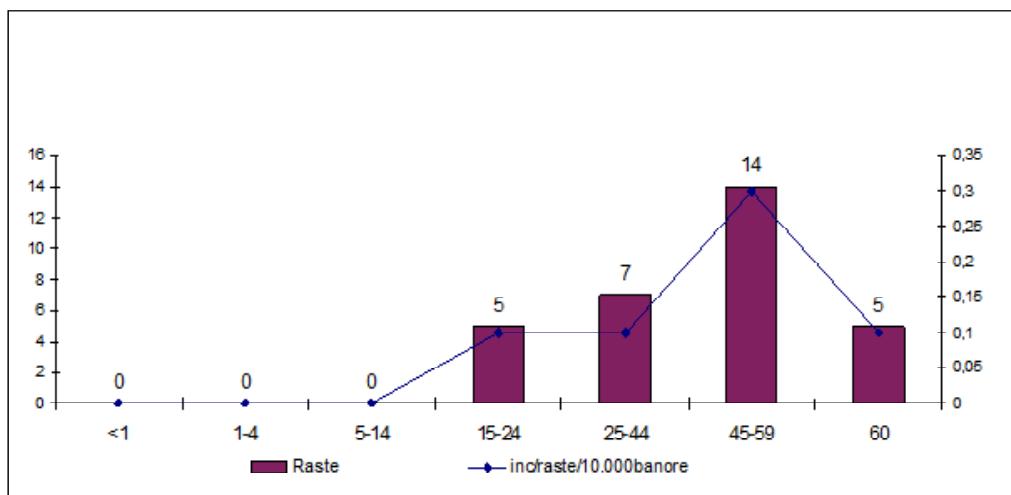
Figura 1. Shpërndarja gjeografike e rasteve me Antraks kutan në vitin 2015



Infeksioni paraqitet tradicionalisht i pranishëm në rrethet e Shqipërisë së Jugut. Rrethet të cilat paraqesin incidencën më të lartë të rasteve të raportuara me antraks në vitin 2015 janë përkatësisht: Delvina - 6.0 raste/10.000 banorë, Saranda - 2.9 raste/10.000 banorë dhe Tepelena - 2.6 raste/10.000 banorë (figura 1). Zonat rurale rezultojnë më të prekura krahasuar me ato urbane me rreth 80.6 % të totalit të rasteve të raportuara. Rastet e konfirmuara zënë rreth 54.8% të rasteve të raportuara .

Shpërndarja sipas grup-moshave tregon se janë pikërisht moshat e rritura aktive për punë, ato që përfaqësojnë target-grupin më të prekur nga kjo sëmundje, lidhur pikërisht me natyrën kryesisht profesionale të infeksionit në njerëz. Peshën specifike më të madhe shprehur në përqindje e zë grup-mosha 45-59 vjeç me rreth (14 raste nga 31 gjithsej) ose 41.2% të totalit të rasteve të raporuar (figura 2). Meshkujt rezultojnë më të prekur krahasuar me femrat dhe ato përfaqësojnë 80.6% të rasteve.

Figura 2. Shpërndarja e rasteve me Antraks sipas grup-moshës në vitin 2015

**Bruceloza**

Për vitin 2015 rastet e raportuara me brucelozë kanë qenë 160 (incidenca 5.7 raste/10.000 banorë).

Në figurën 3 paraqitet shpërndarja e rasteve me

brucelozë gjatë vitit 2015 në Shqipëri sipas rretheve të vendit. Mund të vihet re që numri më i madh i rasteve të konfirmuara me brucelozë është evidentuar në Kukës, Kolonjë, Lushnjë, Vlorë dhe Sarandë (figura 3).

Figura 3. Shpërndarja gjeografike sipas rretheve e rasteve me brucelozë në vitin 2015

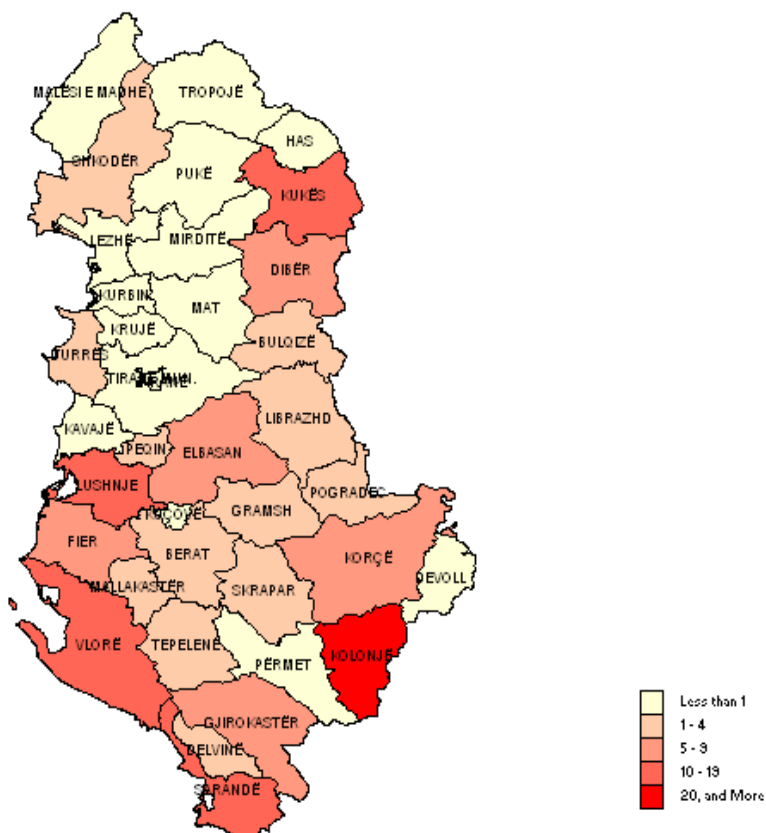
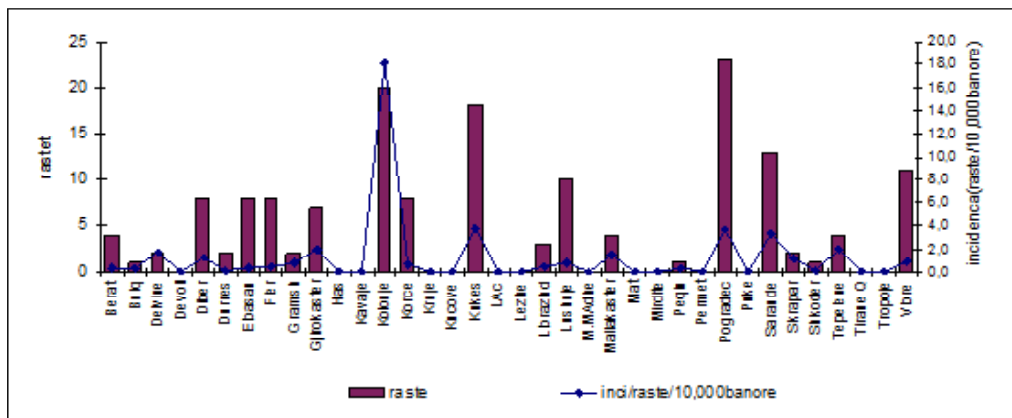


Figura 4 paraqet nivelin e incidencës së brucelozës (numër rastesh për 10.000 banorë) sipas rretheve të Shqipërisë në vitin 2015.

Incidenca është më e lartë në Pogradec, Kolonjë, Kukës, Vlorë dhe Sarandë (figura 4).

Figura 4. Incidenca (raste/10000 banorë) e brucelozës në Shqipëri në vitin 2015



Në vitin 2015 bruceloza ka pësuar një ulje të lehtë krahasuar me vitin 2014. Këtu mund të përmendim Kolonjën me 20 raste (18.1 raste/10.000 banorë), Kukësin me 18 raste (3.8 raste/10.000 banorë), Sarandën me 31 raste (3.4 raste/10.000 banorë) e më pas vijon Korça dhe Vlora. Numri më i madh i rasteve është raportuar në stinën e pranverës dhe verës, por pavarësisht karakterit

sezonal të sëmundjes, gjithsesi raste janë raportuar gjatë gjithë vitit. Grup-mosha më e prekur me brucelozë rezulton 45-59 vjeç, grup-moshë e cila zë dhe peshën specifike më të lartë, me rreth 32.2% të totalit të rasteve të raportuara, e ndjekur nga grup-mosha 25-44 vjeç dhe personat me moshë 60 vjeç e lart. Raste sporadike janë raportuar dhe në grup-moshën 5-14 vjeç (figura 5).

Figura 5. Shpërndarja e rasteve me brucelozë sipas grup-moshës në vitin 2015

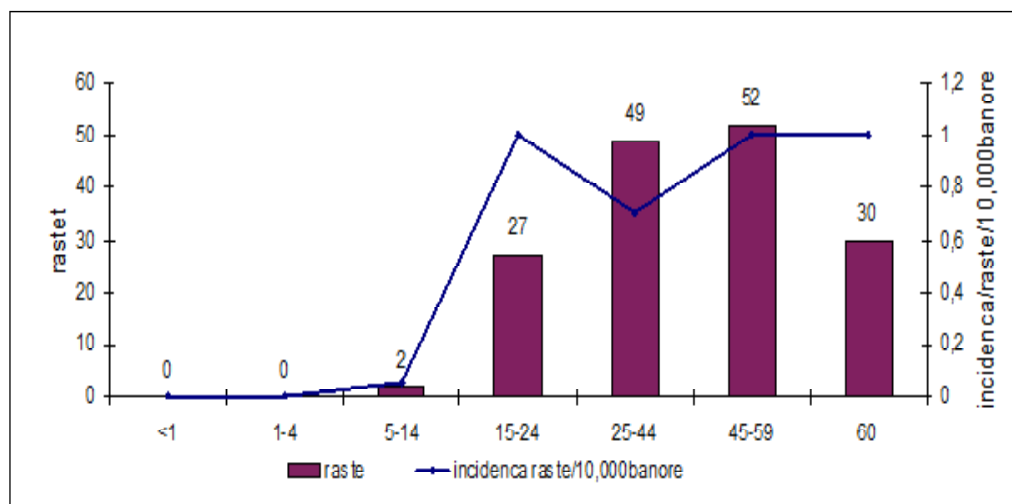
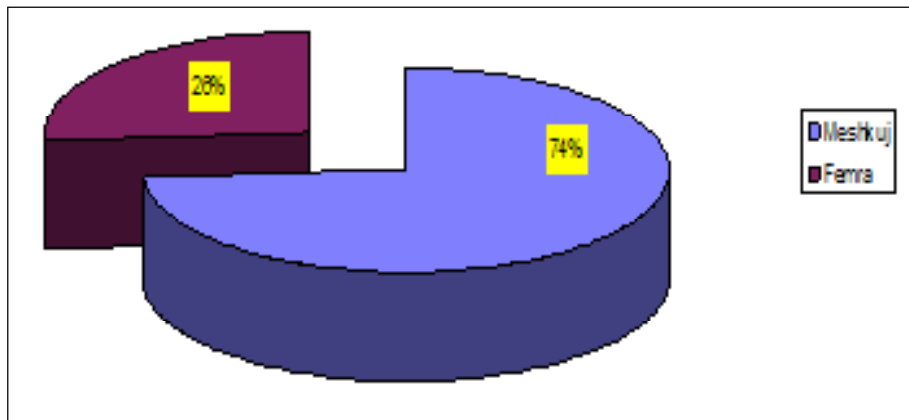


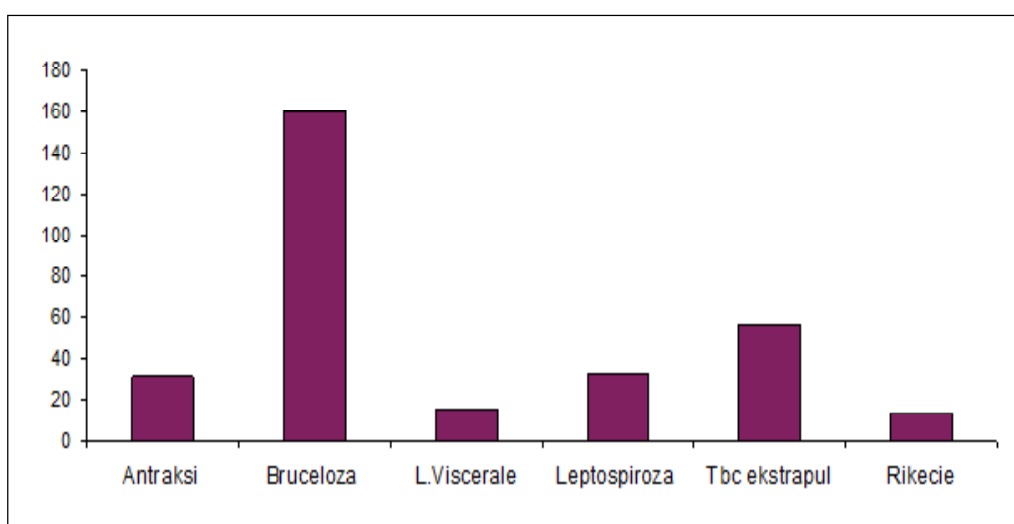
Figura 6 paraqet raportin gjinor (meshkuj/femra)

në hasjen e sëmundjes së brucelozës në vitin 2015.

Figura 6. Raporti meshkuj/femra lidhur me hasjen e brucelozës në Shqipëri në vitin 2015

Ashtu siç pritej, meshkujt preken rreth tri herë më shpesh sesa femrat, pasi për çdo femër të prekur nga bruceloza rezultojnë rreth tre meshkuj të infektuar. Natyrisht, meshkujt janë më të angazhuar në profesionet të cilat rrisin ekspozimin ndaj shkaktarit të brucelozës, duke u reflektuar në nivele disa herë më të larta të incidencës së kësaj sëmundjeje te meshkujt krahasuar me femrat (figura 6). Ky ndryshim është domethënës nga ana statistikore ($P < 0.01$). Zonat rurale rezultojnë më të prekura kundrejt atyre urbane.

Për sa i përket peshës specifike që zë antraksi dhe bruceloza midis sëmundjeve të tjera zoonotike, figura 7 paraqet një informacion të detajuar. Bruceloza zë peshën specifike më të madhe në sëmundshmërinë zoonotike. Në vitin 2015 janë raportuar 160 raste - incidenca 6.0 raste/10.000 banorë kundrejt Leptospirozave me 33 raste, incidenca - 1.2/raste/10.000 banorë, antraksit me 31 raste (incidenca 1.1raste/10.000 banorë), L.Viscerale me 15 raste (incidenca - 0.5 raste për 10.000 banorë), Tbc ekstrapulmonar me incidencë 2.0 raste për 10.000 banorë).

Figura 7. Numri i rasteve të prekura nga Antraksi, Bruceloza kundrejt zoonozave të tjera Leptospiroze, Tbc ekstrapulmonar Rikecie, L.Viscerale

Konkluzione dhe rekomandime

- Antraksi dhe bruceloza janë dy zoonoza të rëndësishme të shëndetit publik ku kërkohet një vëmendje e veçantë, si nga sektori shëndetësor human ashtu edhe ai veterinar, si dhe një bashkëpunim i ngushtë intersektorial.
- Vaksinimi i kafshëve dhe eliminimi në kohë i kafshëve pozitive janë dy elemente të rëndësishme për mbrojtjen e shëndetit human.

- I rëndësishëm mbetet ndërgjegjësimi i popullatës, në veçanti në zonat rurale lidhur me higjienën e përpunimit të produkteve blegtorale, larjen e shpeshtë të duarve, përdorimin e rrobave të punës dhe ndërrimin e tyre në shtëpi, përdorimin e dorezave dhe dezinfektimin e duarve gjatë pjelljeve të kafshëve, përdorimin e qumështit të pastëruar ose të përpunuar termikisht, si dhe përdorimin e mishit të përpunuar aq sa duhet etj.

Kutia përmbledhëse

Çfarë dihet rreth kësaj çështjeje?

Antraksi dhe bruceloza janë dy nga zoonozat më të rëndësishme në vendin tonë për shkak të impaktit të tyre direkt dhe indirekt në shëndetin e individëve dhe të kafshëve blegtorale.

Çfarë të rejtash sjell ky raport?

Ky studim jep një pamje më të qartë të prevalencës së antraksit dhe brucelozës në vitin 2015 në rrethe të ndryshme të vendit tonë. Falë tij mund të evidentojmë se janë kryesisht meshkujt në zonat rurale dhe disa nga rrethet e Shqipërisë së Jugut më të prekur nga këto dy zoonoza.

Cilat janë implikimet për shëndetin publik?

Të dhënat e këtij studimi evidentojnë faktin se zoonozat vazhdojnë ende të jenë prezente në disa rrethe të vendit tonë, dhe për rrjedhojë mund të na shërbejnë për të reflektuar rreth masave që duhen ndërmarrë për të përmirësuar situatën aktuale, strategjive apo politikave që duhen hartuar nga autoritetet përgjegjëse për të reduktuar gjithnjë e më shumë numrin e rasteve të prekura nga këto zoonoza.

Bibliografia

CDC Anthrax Vaccine Safety & Efficacy Research Program.

CDC, Brucellosis.

Fred Unger and Susanne Münstermann, DFID ANIMAL HEALTH PROGRAMME. Institute of Medicine.

Ministria e Bujqësisë, Zhvillimit Rural dhe Administrimit të Ujërave, Shërbimi Veterinar. Samaha H, Al-Rowaily M, Khoudair RM, Ashour HM. Multicenter study of brucellosis in Egypt.

National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Anthrax.

WHO, Zoonoses.



NJOFTIME PËR POLITIKAT SHËNDETËSORE

Kontenierët e mbetjeve urbane dhe shëndeti publik

Zaira Poga¹, Arben Luzati¹, Edjona Bici¹

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

Abstrakt

Rritja e popullsisë globale çon në rritjen e kërkesës për konsum, gjë që sjell rritjen e sasisë së mbetjeve në çdo familje, aktivitet industrial, bujqësor apo sektor ndërtimi. Në vendin tonë, sipas të dhënave të përfuara, rezulton se ka një trend rritës në lidhje me gjenerimin e mbetjeve urbane në total për të gjitha qarqet e vendit tonë në vitet 2010-2014. Kontenierët e mbetjeve urbane nuk janë të mbuluar me kapak dhe shpesh herë tejmbushen nga mbetjet urbane. Në aspektin higjieno-sanitar, mospajisja e kontenierëve me kapak ka ndikim negativ për shëndetin publik. Për këtë arsye duhen marrë masa për mbrojtjen e shëndetit publik dhe mjedisit. Është shumë e rëndësishme të vazhdojë ndërgjegjësimi i opinionit publik në fushën e menaxhimit të mbetjeve, si dhe duhet të punohet në drejtim të forcimit dhe shtimit të strukturave administrative në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal për forcimin e mëtejshëm për sa i përket administrimit të mbetjeve urbane. Këto lloj mbetjesh është e domosdoshme që të trajtohen në bazë të legjislacionit në fuqi.

Hyrje

Me rritjen e popullsisë globale dhe kërkesës në rritje për ushqim dhe artikuj të ndryshëm ka një rritje në sasinë e mbetjeve çdo ditë nga çdo familje, aktivitet industrial, bujqësor apo sektor ndërtimi. Referuar raportit vjetor për gjendjen e mjedisit (Ministria e Mjedisit 2014), në pjesën më të madhe të qyteteve të vendit tonë, shërbimet e mbledhjes dhe transportimit të mbetjeve kryhen nga kompani private të menaxhimit të mbetjeve, të cilat janë të kontraktuara nga bashkitë. Zonat rurale nuk janë të mbuluara akoma nga shërbimet e menaxhimit të mbetjeve. Pjesa më e madhe e mbetjeve të këtyre zonave depozitohen nëpër lumenj ose në anë të rrugëve të cilat pastrohen nga ujërat. Në këtë mënyrë ato zhvendosen në një pjesë tjetër toke dhe në fund në rrjedhjet ujore. Mbetjet bashkiake kanë një përqindje të lartë të mbetjeve organike, dhe aktualisht në vendin tonë ato nuk kompostohen me qëllim që të reduktohet sasia e tyre në venddepozitime. Sasia e mbetjeve organike të kompostueshme zë rreth 47-49% të mbetjeve. Metoda më e përdorur për trajtimin e mbetjeve është ajo e groposjes, megjithëse duhet përmendur edhe fakti që këto gropë nuk i plotësojnë kushtet higjieno-sanitare, gjë që çon në ndotjen e mjedisit.

Administrimi i mbetjeve urbane në vendin tonë është i decentralizuar. Në pjesën më të madhe të qyteteve shërbimet e mbledhjes dhe transportimit të mbetjeve kryhet nga kompani private të menaxhimit të mbetjeve, të cilat janë të kontraktuara nga bashkitë (Ministria e Mjedisit 2014).

Gjithnjë duke iu referuar raportit mjedisor, në vendin tonë ka disa kompani private riciklimi, të cilat grumbullojnë, përpunojnë lloje të ndryshme mbetjesh: skrap metalesh, letër, plastikë, tekstile, goma të përdorura. Ka rreth 12.000 grumbullues individual, informal dhe rreth 60 kompani grumbulluese për mbetje të ndryshme të riciklueshme. Grumbulluesit individual dhe

kompanitë hasin vështirësi në gjetjen e mbetjeve të pastra dhe të ndara. Pjesa më e madhe e mbetjeve të riciklueshme vjen nga mbetjet urbane dhe pjesërisht nga sektori industrial (Ministria e Mjedisit 2014).

Rritja e cilësisë së jetës dhe normat e larta të modeleve të konsumit të burimeve kanë pasur një ndikim të paparamenduar dhe negativ në mjedisin urban.

Rritja e popullsisë dhe migrimi rural-urban ka çuar në një rritje të urbanizimit, rritje natyrore, normave dhe industrializimit, dhe shërbimi i ofruar nuk është i mjaftueshëm për të kontrolluar nivelin e lartë të mbetjeve të ngurta të gjeneruara në zonat urbane. Kjo ka kontribuar në grumbullimin e një masë të madhe telash dhe mbetjesh të ndryshme, të cilat kanë efekte të dëmshme në mjedisin urban (Sule 2004). Raportet mjedisore tregojnë që rreth 70% e metaleve të rënda të gjetura në vendgrumbullimet e mbetjeve kanë prejardhje nga mbetjet elektronike (Toxics link, New Delhi, 2003). Problemi mjedisor me metalet e rënda është se, ato nuk ndryshojnë gjatë degradimit të mbetjeve organike dhe shfaqin efekte toksike në organizmat e gjalla kur ato kalojnë një përqendrim të caktuar. Ndotja nga metalet shfaqet edhe në ujërat nëntokësore (Arneth dhe bp. 1989). Sot, shkalla në të cilën gjenerohen mbetjet urbane është rreth 70% në krahasim me normën totale në dispozicion të saj e cila është 30% (Edu 2003).

Klasifikimet e mbetjeve urbane

Referuar Ligjit Nr. 10 463, datë 22.9.2011 “Për menaxhimin e integruar të mbetjeve” rezultoi se: “Mbetje” është çdo substancë ose objekt, të cilin mbajtësi e hedh, ka ndërmend ta hedhë ose i kërkohet që ta hedhë.

Në tabelën më poshtë jepet klasifikimi i mbetjeve urbane sipas prejardhjes, ku përshkruhen mbetjet bashkiake, mbetjet industriale dhe mbetjet bujqësore:

Tabela 1. Klasifikimi i mbetjeje urbane

Mbetje bashkiake	Mbetje industriale	Mbetje bujqësore
“Mbetje shtëpiake” janë mbetjet e sektorit familjar (mbetjet e biodegradueshme nga kopshtet e shtëpive dhe parqet, mbetjet ushqimore dhe të gatimit nga shtëpitë, restorantet, katering dhe dyqanet e shitjes me pakicë, si dhe mbetjet e ngjashme nga impiantet e përpunimit të ushqimeve).	Mbetje industriale si: materialet e drurit, kauçukut, kartonat, hekurishtet, plastikat, pëlhurat, etj.	Mbetje të blegtorisë.
Mbetje të prodhuara nga automobilat, gomat.	Mbetje inerte: dherat, zhavorri, mbetjet minerale me prejardhje nga minierat, etj. Këto janë mbetje të ngurta dhe nuk përmbajnë lëndë toksike ose të dëmshme.	Mbetje të industrisë agro-ushqimore.
Mbetje të hapësirave të gjelbëra; mbetje të pastrimit.	Mbetje speciale: bojërat, druri i trajtuar me okside metalesh të rëndë, baltat e hidroksideve metalike, etj.	
Mbetje spitalore		

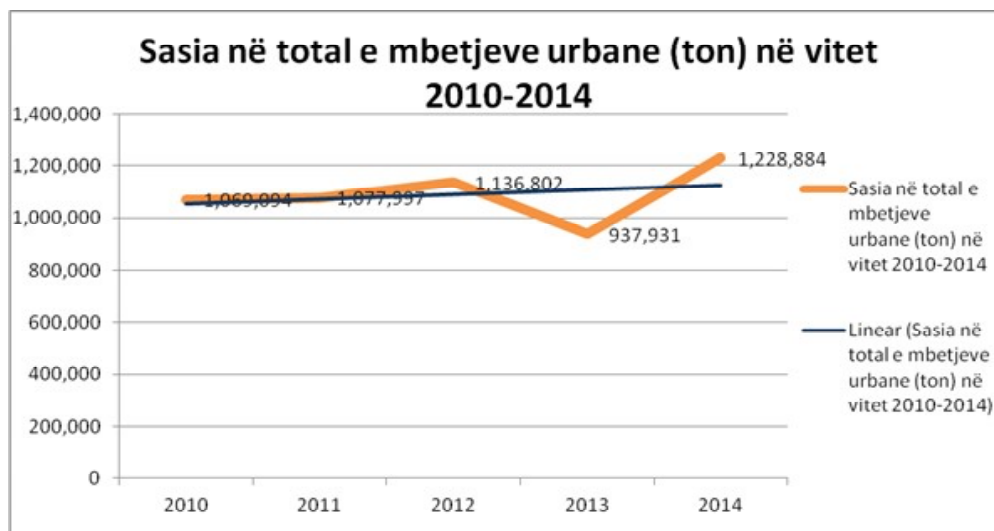
Arsyeja kryesore për monitorimin e mbetjeje urbane

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 të njerëzit. Duke pasur këto efekte të padëshirueshme është e rëndësishme njohja e trendit të sasisë totale të

mbetjeje gjatë viteve të fundit, efektet negative shëndetësore që shoqërojnë këtë fenomen dhe kush janë personat më të rrezikuar. Këto informacione mund të shërbejnë për dhënien e rekomandimeve të duhura me qëllim ndërmarrjen e politikave adekuate për ndryshimin e situatës aktuale dhe parandalimin e efekteve në shëndet.

Trendi i gjenerimit të mbetjeje urbane

Nga të dhënat e INSTAT-it në lidhje me prodhimin e mbetjeje të ngurta urbane sipas qarqeve të vendit tonë është përfutur grafiku i mëposhtëm për vitet 2010-2014 me trendin përkatës (figura 1).

Figura 1. Sasia e mbetjeve të ngurta urbane (në ton) gjatë periudhës 2010-2014 në Shqipëri

Nga figura 1 rezulton se ka një trend rritës në lidhje me gjenerimin e mbetjeve urbane në total për të gjitha qarqet e vendit tonë në vitet 2010-2014. Duke marrë në konsideratë çdo vit shohim se, nga viti 2010 deri në vitin 2012 kemi një rritje të lehtë të mbetjeve urbane (sasi e shprehur në ton), e cila pasohet nga një ulje e konsiderueshme në vitin 2013 me një diferencë prej 198.871 ton. Në vitin 2014 shohim një rritje të dukshme të sasisë së mbetjeve urbane nga 937.931 ton në vitin 2013 në 1.228.884 ton. E gjithë sasia e mbetjeve që grumbullohet nga pushteti vendor në pika të caktuara, dërgohet në destinacionin final në landfill, i cili është fusha e asgjësimit të mbetjeve të ngurta mbi ose nën tokë. Në rast se këto sasi mbetjesh hidhen në fusha të cilat nuk plotësojnë asnjë kusht higjieno-sanitar, atëherë kjo gjë përbën një problem serioz për mjedisin rrethues dhe shëndetin publik.

Kostoja e mbledhjes dhe trajtimit të mbetjeve urbane

Mbledhja dhe trajtimi i mbetjeve urbane përbën një standard, përmbushja e të cilit është e kushtueshme. Referuar “Zbatimit të Planit Kombëtar për Përafrimin e Legjislacionit Mjedisor në Shqipëri. Plani Kombëtar për

Menaxhimin e Mbetjeve Pranim nëpërmjet arritjeve nga 2010 në 2025” rezulton se standardet evropiane kërkojnë përafërsisht 5 Euro për m³, dhe duke marrë normat e gjenerimit të mbetjeve prej 300 kg dhe 500 kg për frymë në vit në terma afatmesme, si dhe një depozitim të mbetjeve me një jetëgjatësi prej 15 vjetësh groposje, kosto totale prej rreth 50.000.000 Euro për kushtet e depozitimit të mbetjeve në vend të cilat mund të vlerësohen. Gjatë vitit 2016 qeveria shqiptare do të miratojë një vendim në lidhje me kostot e menaxhimit të integruar të mbetjeve, ku bashkitë do të ngarkohen për zbatimin e këtij vendimi.

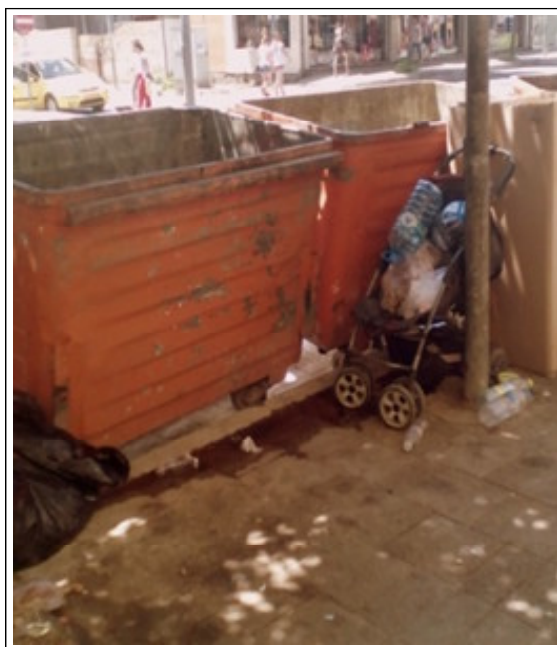
Ndikimi në shëndetin publik i kontenierëve të mbetjeve

Në vendin tonë, kontenierët e mbetjeve urbane nuk janë të mbuluar me kapak, gjë që sjell ndikim në shëndetin publik. Në 70 % të rasteve kontenierët tejmbushen nga mbetjet urbane. Kjo ndodh edhe më shumë gjatë periudhës së festave zyrtare dhe stinës së verës. (Poga Z dhe bashkëpunëtorët, Buletini ISHP, 3-2015). Megjithatë mbetjet urbane ne i hedhim të mbyllura në qese të ndryshme plastike, përsëri ato hapen duke na lënë një pamje jo të këndshme

dhe erë të keqe (figura 2). Shpesh shikojmë persona, të cilët “gërmojnë” nëpër këta kontenierë duke kërkuar shishe plastike, kanaçe apo qelq. Këta persona që kërkojnë nëpër

kazanë nuk kanë asnjë masë mbrojtëse dhe rrezikohen nga një sërë sëmundjesh deri në ato vdekjeprurëse.

Figura 2 – Pamje nga kontenierët e mbetjeve urbane



Një nga rreziqet e mundshme ndaj të cilave janë të ekspozuar banorët vjen për shkak të mosndarjes së mbetjeve që në burim, gjë që i bën banorët e zonave urbane të jenë të ekspozuar ndaj gazeve të dëmshme që çlirojnë mbetjet e ndryshme në kontenierë siç janë plastika, mbetjet elektronike, etj. Gjithashtu, ndodh që kontenierët e mbetjeve urbane në rastet e festave zyrtare apo stinës së verës tejmbushen duke u shndërruar në vatra për praninë e vektorëve (si miza, kafshë të vogla, etj.) Problemet me shëndetin publik dhe impaktin mjedisor lidhen kryesisht me hedhjen pa kriter të mbetjeve urbane dhe mbetjeve të tjera (ku përfshihen edhe mbetjet e rrezikshme), si dhe me depozitim të pakontrolluar të mbetjeve në fushën lokale të qytetit. Hedhja pa kriter e mbetjeve urbane në hapësirat e lira urbane brenda qytetit dhe sidomos në zonat rurale është shumë problematike për shëndetin publik dhe impaktin mjedisor. Materialet organike të dekompozuar paraqesin rreziqe të mëdha për shëndetin publik. Ato mund të bëhen bazë për mjaft sëmundje dhe epidemi, si dhe për rritjen e numrit të insekteve në mjedis. Ekzistenca e pikave të hapura në qytet apo e sistemit aktual të grumbullimit të mbetjeve urbane nuk sigurojnë kushte të mira higjieno-sanitare. Vendet e grumbullimit të mbetjeve në qytet janë rrezik për përhapjen e sëmundjeve infektive. Në shumë raste, kontenierët janë të dëmtuar dhe në kushte jo të mira higjieno-sanitare. Në vendet rreth kontenierëve, pas zbrazjes së tyre, hidhet pluhur gëlqereje për dezinfektim por larja e vetë kontenierëve nuk kryhet.

Sëmundjet që përhapen nga mbetjet

Në aspektin higjieno-sanitar mbetjet mbartin në vetvete tre probleme të rëndësishme:

1- Praninë në to të kafshëve të vogla dhe insekteve (miza, mushkonja, etj.), të cilat shërbejnë si vektorë për transmetimin e mikrobeve dhe viruseve nga mbetjet tek njeriu

si: hepatiti, dizenteria, ethet e verdha, murtaja, poliomieli, etj.

2- Shërbejnë si inkubator për shumëzimin dhe zhvillimin e mikrobeve dhe vezëve e larvave të insekteve.

3- Shërbejnë si burim për proceset fermentuese dhe purifikuese duke emetuar në mjedis erëra dhe gazra të dëmshme për organizmin e njeriut. (Luzati A 2011).

Gjithashtu, nga literaturat e ndryshme për shëndetin publik janë identifikuar edhe sëmundje të cilat përhapen nga mbetjet të tilla si: infeksionet fungale, dermatitis të paspecifikuara, etj.

Cilët persona rrezikohen më shumë?

Personat më të rrezikuar janë ata që punojnë me mbetjet, sepse mund t'u dëmtohen sytë nëse nuk janë të mbrojtur me maska. Gjithashtu, një grup personash që rrezikohen direkt nga kontenierët, janë ata që mbledhin mbetje të riciklueshme sepse janë në kontakt të drejtpërdrejt me mbetjet dhe nuk marrin asnjë masë mbrojtëse.

Rekomandime

Në kushtet aktuale për një përmirësim të situatës së grumbullimit të mbetjeve në zonat urbane nga ana higjieno-sanitare rekomandohet:

- Vendosja e kontenierëve të mbuluar me kapak në mënyrë që të evitohet prania e vektorëve.
- Dezinfektimi sa më i shpeshtë i vendit ku janë vendosur kontenierët, si edhe i vetë kontenierëve (larja e tyre) sidomos në stinën e verës.
- Përforcimi i masave për ruajtjen e kontenierëve publik të mbetjeve nga keqpërdorimi i personave të paautorizuar.
- Pajisja me maska mbrojtëse, nga ana e kompanive të pastrimit, e punonjësve që punojnë me mbetjet.

- Ndërgjegjësimi i publikut për ndarjen dhe grumbullimin selektiv të mbetjeve urbane dhe për mbajtjen pastër të mjedisit.
- Zbatimi i Planit të Menaxhimit të Mbetjeve 2010-2025.
- Forcimi dhe shtimi i strukturave administrative në nivel kombëtar, rajonal dhe lokal për forcimin e mëtejshëm të administrimit të mbetjeve.
- Forcimi i bashkëpunimit midis inspektoratit të mjedisit dhe inspektoratit shtetëror

shëndetësor, për një menaxhim sa më të mirë të situatës higjieno-sanitare të grumbullimit të mbetjeve urbane.

Ndërmarrja herë pas here e studimeve në rang kombëtar, duke qenë se trendi i mbetjeve urbane është në rritje, për të vlerësuar përbërjen merceologjike të mbetjeve urbane dhe më pas përcaktimi i mënyrës së trajtimit të tyre për çdo lloj mbetje urbane.

Bibliografia

Arneth JD, Midle G, Kerndoff H, Schleger R 1989, 'Waste in deposits influence on ground water quality as a tool for waste type and site selection for final storage quality. Landfill reactions and final Storage quality'. Baccini, P.(ed) Springer Verlag Berlin pp.339.

Aurangabadkar K, Swaminathan S, Sandya S, Uma TS 2001, 'Impact of Municipal Solid waste dumpsite on ground water quality at Chennai', Environ Pollu Control, vol.5, pp. 41–44.

Edu N 2003, 'Environmental Waste and management', Ushie printers and publishing Co. Ltd. Calabar.

Ministria e Mjedisit 2014, "Gjendja e Mjedisit në Shqipëri 2014". E disponueshme në: www.moe.gov.al.

Ligji Nr. 10 463, Datë 22.9.2011 "Për Menaxhimin e integruar të mbetjeve".

Luzati A 2011, "Administrimi i mbeturinave të ngurta urbane dhe impakti i tyre në shëndet", Botim i Institutit të Shëndetit Publik, Tiranë 2011.

Poga Z dhe bp., 2015, "Programi pilot në lidhje me situatën higjieno-sanitare të sistemit të grumbullimit të mbetjeve të ngurta urbane", Buletini i Institutit të Shëndetit Publik, vol. 3.

INSTAT "Sasia e mbetjeve urbane në Shqipëri në vitet 2003–2014". <http://www.instat.gov.al/al/themes/mjedisi.aspx>

Sule ROI 2004, 'Solid and faecal waste disposal urban Development planning framework the Nigeria experience'; Tthumbprint Intl Company, Nigeria.

Toxics link, New Delhi. 2003. E disponueshme në: <http://uk.news.yahoo.com/030617/323/e2hdf.html>.

Zbatimi i Planit Kombëtar për Përafrimin e Legjislacionit Mjedisor në Shqipëri. Plani Kombëtar për Menaxhimin e Mbetjeve Pranim nëpërmjet arritjeve nga 2010 në 2025. Komisioni i Komunitetit Evropian, për dhe në emër të Qeverisë së Shqipërisë, Ref.: EuropeAid/124909/C/SER/AL. Gusht 2010.

Parimet e ndërhyrjes për parandalimin e anemisë ferrodeficitare tek gratë shtatzëna

Entela Bitri¹

¹Departamenti i Promocionit , Sektori i Shëndetit Riprodhues, Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Abstrakt

Anemia nga mungesa e hekurit është një nga gjendjet shëndetësore më të shpeshta gjatë shtatzënisë. Ky «rregullim është i lidhur me rritjen e kërkesës dhe nevojës për hekur amtar nga fetusi në rritje dhe placenta; rritjen e masës eritrocitare dhe rritjen e volumit qarkullues në semestrin e tretë. Por, ende nuk ka evidenca të qarta që të tregojnë se suplementet rutinë gjatë shtatzënisë për aneminë ferrodeficitare mund të përmirësojnë rezultatet e shtatzënisë nga ana shëndetësore. Ka evidenca që këto shtesa mund të përmirësojnë treguesit hematologjik të gruas. Ndaj, disa pyetje shtrohen sa herë që jemi përballë një program kontrolli për mungesën e hekurit gjatë shtatzënisë. Cilat janë praktikatat e ushqyerjes së grave për të vlerësuar situatën në lidhje me ndërhyrjen e zgjedhur, objektivat që synojmë të arrijmë gjatë programit të kontrollit? Cilat mund të jenë efektet anësore që mund të presim gjatë përdorimit pa kriter të hekurit dhe koha e përshtatshme për ndërhyrje? Këto pyetje do të ndihmojnë në rritjen e efikasitetit të programeve të ndërhyrjes.

Hyrje

Anemia është një nga gjendjet shëndetësore më të shpeshta gjatë shtatzënisë. Mungesa e hekurit është një shkaqet kryesore të anemisë në shtatzëni. Mungesa e hekurit ndodh, kur niveli i rezervave të hekurit në organizëm ulet (WHO 2006; Scholl 2005).

Matja e ferritinës serike është mjaft e dobishme në diagnostikimin e mungesës së hekurit në gratë shtatzënë tek të cilat edhe pa mungesë të hekurit, shfaqin një nivel të lartë serik të transferrinës.

Anemia fiziologjike, ose ndryshe anemia e “hollimit” e shtatzënisë është e zakonshme në gratë shtatzëna të shëndetshme dhe ndodh si pasojë e rritjes së volumit qarkullues për të ndihmuar rritjen e fetusit dhe shoqërohet me një ulje të lehtë të nivelit të hemoglobinës (Hoffman et al. 2012).

Shenjat klinike të grave shtatzënë me mungesë të hekurit ose me anemi ferodeficitare mund të shprehen me zbehje, dobësi trupore, lodhje të përgjithshme, takikardi dhe vështirësi në frymëmarrje. Deficiti në hekur me shfaqje subklinike është po kaq i përhapur si dhe anemia ferodeficitare (WHO 2006; Hoffman et al. 2012). Faktorët e rrezikut për një mangësi të hekurit apo të anemisë ferodeficitare në gratë shtatzënë mund të jenë:

- Dieta e limituar me ushqime të pasura me hekur;
- Thithja e ulët e hekurit si pasojë e çrregullime gastrointestinale;
- Koha e shkurtër midis dy shtatzënive;
- Parazitozat intestinale.

Në më shumë se 50 % të rasteve me anemi të identifikuar tek gratë shtatzënë janë pasojë e mangësisë së hekurit të lidhur me ushqyerjen (WHO 2006).

Anemia ferodeficitare mund të ndikojë në shëndetin e nënës duke shkaktuar toksemi e komplikacione në lindje dhe në shëndetin e fetusit duke sjellë lindjen e fetusit me peshë të vogël për moshën e shtatzënisë, lindjen parakohe apo me

keqformime të sistemit nervor.

Megjithatë një ulje e vogël e përqendrimit të hemoglobinës mund të jetë fiziologjike. Hemoglobina ulet në minimum në mes të tremestrit të parë që ngrihet sërish në tremujorin e tretë dhe në të tilla raste nuk kemi shfaqje të pasojave në shëndetin e nënës dhe fëmijës. Lidhja midis vlerave të hemoglobinës së nënës dhe rezultatet shëndetësore tek foshnja paraqitet grafikisht me kurbë në formë U, me një rritje të rrezikut për rezultate jo të mira tek foshnjat, kur nëna ka një përqendrim shumë të lartë dhe shumë të ulët të hemoglobinës. Ndaj parandalimi i anemisë së thellë është i nevojshëm sidomos për pasojat negative në zhvillimin dhe funksionimin normal të sistemit nervor.

Fortësia e lidhjes midis nivelit të hekurit dhe pasojave negative tek gratë dhe foshnjat është ende në diskutim. Ndonëse disa studime observuese (studime transversale) kanë treguar një lidhje midis nivelit të hekurit dhe rezultateve të padëshiruara të shtatzënisë (si peshë e ulët në lindje, lindje parakohe, madje vdekje perinatale), por studime të tjera me rigoroze kanë treguar se kjo lidhje nuk është e vërtetë (Institute of Medicine 1993; WHO 2006, Amy G. Cantor 2015).

Çfarë sugjeron kërkimi shkencor lidhur me këtë çështje?

Kërkesa për hekur gjatë shtatzënisë është vlerësuar të jetë 1000mg/dl dhe për shkak se shumë gra shtatzënë kanë rezerva të pakta të hekurit mundet që marrja e hekurit si shtesë të përfshihet në kujdesin prenatal. Parandalimi parësor për popullata me risk mesatar përfshin marrjen e hekurit në dietë dhe suplemente me dozë të ulët (30 mg/dl) herët në shtatzëni. Ndërkohë që parandalimi parësor në popullatat me rrezik të lartë ka si dozë të rekomanduar 60 - 100 mg hekur në ditë (Institute of Medicine 1993). Por ende nuk ka evidencë të qartë që të tregojë, që suplementi rutin, gjatë shtatzënisë për aneminë ferodeficitare mund të përmirësojë

rezultatet e shtatzënisë nga ana shëndetësore, por ka evidenca që këto shtesa mund të përmirësojnë treguesit hematologjik. Ndaj studime me cilësi të lartë kërkohen për të konfirmuar nëse programet e depistimit do të zvogëlojnë sëmundshmërinë amtare dhe foshnjore në mënyrë efektive.

Megjithatë në literaturën e sotme hasen shpesh mendime dhe qëndrime të ndryshme në lidhje me përfitimet që presim nga këto programe kontrolli (pra kush do të konsiderohet si objektiv/ a kryesor/ë që pritet të arrihen gjatë programeve) dhe në cilën kohë të shtatzënisë (trimester) është me efektive marrja e shtesave me hekur (duke patur parasysh në këtë rast si objektiv kryesor përmirësimin e rritjes dhe zhvillimit të foshnjës).

Deri në një evidencë të qëndrueshme në lidhje me efikasitetin e përdorimit të suplementit të hekurit në gratë shtatzënë sa herë që jemi përballë zbatimit të një program kontrolli për mungesën e hekurit shtrohen disa pyetje (Beard 2000):

1. Cilat janë qëllimet që duhet të arrihen që një ndërhyrje / program kontrolli të konsiderohet e sukseshme?

- të parandalojmë aneminë;
- të parandalojmë uljen e ferritinës serike;
- të përmirësojmë rritjen fetale dhe rezultatet e shtatzënisë;
- ulja e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë foshnjore dhe asaj amtare.

Qëllimi shpesh është në përputhje me praktikën e ushqyerjes së gruas shtatzënë dhe nëse merr sasinë e nevojshme të hekurit në dietë, duke ditur që shpesh këto praktika janë të pamjaftueshme për nevojën për hekur në shtatzëni.

2. A ka rreziqe të mundshme toksike nga mbipërdorimi i hekurit gjatë shtatzënisë?

Një pyetje që është shtruar shpesh lidhet me faktin që hekuri me tepri është një pjesëmarrës

aktiv në reaksionet e Fenton që rezultojnë në prodhimin e radikaleve të lira dhe stresit oksidativ. Një dozë e lartë hekuri gjatë fortifikimit apo si shtesë në dietë mund të shoqërohet me formimin e shtuar të produkteve oksidative dhe fillimin e pro«eseve patogjenike të ndryshme si: sëmundje kardiovaskulare, nervore dhe kancer. Ndaj shtesa e një sasive të madhe të hekurit fortifikues në ushqime që konsumohen kryesisht nga gratë shtatzënë, ose përshkrimi i një doze të lartë të shtesave të hekurit, duhet të konsiderohet me kujdes gjatë hartimit të programeve të kontrollit dhe trajtimit të hershëm të anemisë ferodeficitare gjatë shtatzënisë (Institute of Medicine 1993).

Pra, para së gjithash duhet të diskutohen pasojat që jep mungesa e hekurit apo mbidozimi në mirëqenien e nënës dhe rritjen e fëmijës.

3. Është më mirë të përmirësojmë rezervat e hekurit gjatë periudhës antenatale në mënyrë që të kemi rezerva të mjaftueshme për fazën kritike?

Pyetja e tretë madhore lidhet me kohën e shfaqjes të mangësisë së hekurit dhe efekteve negative më të mëdha të mungesës së tij në zhvillimin e fetusit. Evidencat tregojnë që mungesa e hekurit në tremujorin e parë lidhet më shpesh me dëmtime sinjifikante në rritjen fetale, ndërsa anemia në tremujorin e dytë apo të tretë ka më pak efekt në rritjen e fetusit.

Ndaj shumë ndërhyrje në fazën perinatale mbi hekurin mbështeten në fillimin e trajtimit në vizitën e parë të gruas shtatzënë te mjeku diku rreth javës 10 - 15 të shtatzënisë. Pas kësaj kohe mundësia për përfitim nga ndërhyrjet me hekur në parandalimin e dëmtimeve në rritje fetale kalon (WHO 2006, Institute of Medicine 1993). Në përfundim një përjasje tjetër mbi parandalimin e anemisë tek gratë shtatzënë është dhe shtimi i marrjes së hekurit me anë të dietës.

Sipas Institutit Mjekësor të Shteteve të Bashkuara, sasia e rekomanduar në dietë e hekurit duhet

të jetë 27 mg / ditë për gratë shtatzënë. Ushqimet që janë të pasura me hekur përfshijnë disa lloj frutash, perimesh, mishi dhe shpendësh. Hekur *non hem* që gjendet në fruta dhe perime absorbohet më pak, sesa hekur *hem* ndaj dhe në gratë shtatzënë që janë vegjetariane kërkesa për hekur është dyfish. Gjithashtu, mielli i fortifikuar mund të konsiderohet si një burim i rëndësishëm i hekurit (Institute of Medicine 1993; Amy G. Cantor et al 2015).

Përfundime

Anemia ferodeficitare ndodh, kur niveli i hekurit në organizëm është aq i ulët sa mund të shkaktojë anemi. Në gratë shtatzënë, ky «rregullim përbën një nga shqetësimet më të shpeshta që shoqërojnë gratë gjatë periudhës së shtatzënisë. Për shkak të pasojavë që mund të japë mungesa e hekurit në zhvillimin e foshnjës apo dhe në shëndetin e nënës është e rëndësishme njohja dhe aplikimi i ndërhyrjeve të duhura që mund të ndihmojnë në përmirësimin e deficencës ferrocitare dhe në parandalimin e efekteve të dëmshme në shëndet.

Rekomandime

1- Për shkak të peshës të lartë dhe të vazhdueshme të anemisë në sëmundshmëri, Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) për një kohë të gjatë ka rekomanduar përdorimin e shtesave të hekurit gjatë periudhës së shtatzënisë në vendet me të ardhura të pakta ose të mesme dhe po kjo rekomandohet në shumë vende më të ardhura të larta. Në gratë shtatzënë që konsumojnë dieta të varfëra me hekur duhet të fillohet me dozën e hekurit rreth 30 mg / në ditë në vizitë.

2- Të nxitet gruaja shtatzënë që të ushqehet me ushqime të pasura me hekur dhe ushqime që rrisin absorbimin e hekurit.

3- Në gratë shtatzënë kur mjeku përcakton anemi, duhet t'i jepet hekur nga goja në doza 60-120 mg / ditë dhe të këshillohet gruaja për një ushqyerje të pasur me produkte hekuri.

4- Duhet ndërmarrë programe për kontrollin dhe trajtimin e hershëm të anemisë ferodeficitare në gratë shtatzënë duke përfshirë: shtesat, fortifikimin, modifikimin e dietës dhe kontrollin për parazitoza.

Bibliografia

Amy G. Cantor et al 2015, Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*; 162:566-576. doi: 10.7326/M14-2932.

Beard J.L 2000, Effectiveness and strategies of iron supplementation during Pregnancy. *American Journal Clinical Nutrition*; 71(suppl):1288S-94S.

Centers for Disease Control and Prevention 1998, Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Recomm Rep*. 1998; 47 (RR-3):1-29.

Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, Heslop H, Weitz J, Anastasi J 2012, *Hematology: Basic Principles and Practice*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Institute of Medicine 1993, Iron deficiency anemia: guidelines for prevention, detection and management among U.S. children and women of childbearing age. National Academy Press.

Scholl TO 2005, Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. *American Journal Clinical Nutrition*. 81:1218S-1222S.

World Health Organization 2006, Iron and Folate Supplementation. Standards for Maternal and Neonatal Care. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC). Volume 1.8. Geneva: World Health Organization.



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