

ANALIZE E SITUATES NE SEKTORIN E SHENDETIT RIPRODHUES

A. Planifikimi familjar

1. Sherbimet e Planifikimit Familjar

Shërbimet e planifikimit familjar në Shqipëri deri në vitin 1991, kanë qenë të ndaluara, si pasojë e politikës që kërkonte nxitjen e lindjeve sa më shumë. Asnjë mjet kontraceptiv nuk lejohej t'i shpërndahej popullatës. Personeli shëndetësor nuk kishte asnjë njohuri për këto mjete dhe në atë periudhë zhvillohej një propagandë antishkencore mbi dëmet e kontraceptivëve.

Në këtë situatë, me datë **27 Maj 1992, me Vendimin e Këshillit të Ministrave Nr 226**, u lejuan aktivitetet e planifikimit familjar në Shqipëri. Aktualisht shërbimet e planifikimit familjar në Shqipëri ofrohen në sistemin shëndetësor publik dhe privat të shpërndara në tre nivelet e kujdesit shëndetësor:

- **qendrat shëndetësore dhe ambulancat e Kujdesit Shëndetësor Paresor në sistemin shëndetësor publik;**
- **qendrat e PF të përfshira në maternitetet e rrethëve në sistemin shëndetësor publik;**
- **klinika shëndetësore private;**
- **shërbime të ofruara nga OJF që punojnë në fushën e shëndetit të gruas;**

Sektori Publik ofron shërbime të PF në 430 qendra shëndetësore në maternitete, poliklinika, qendra shëndetësore dhe në disa ambulanca fshati.

Niveli i kujdesit shëndetësor parësor (që kupton nivelin e parë të kontaktit me popullatën) ka:

Qendrat e Planifikimit Familjar që gjenden në të gjitha qytetet e vendit të integruara në Këshillimoret e nënës. Këto qendra:

- **janë të furnizuara me disa lloje kontraceptivësh,**
- **kanë personel të trajnuar për ofrimin e metodave moderne kontraceptive dhe dhënien e informacionit e këshillimit mbi planifikimin familjar.**

Në qendrat shëndetësore të komunave në fshat personeli shëndetësor (mjeku i familjes dhe mamia) është trajnuar për planifikimin familjar dhe ofron informacion, këshillim dhe disa metoda kontraceptive të planifikimit familjar (pilula, injektabel dhe kondomët). Këto qendra në hyrje të tyre kanë të vendosur logon dalluese të miratuar nga Ministria e Shëndetësisë

Të dhënat e raportuara rregullisht tregojnë se numri i qendrave shëndetësore publike që ofrojnë planifikim familjar ka një rritje të ndjeshme.

Në nivelin e dytë të kujdesit shëndetësor, të gjitha maternitetet e spitaleve të vendit kanë të përfshirë edhe shërbimin e Planifikimit Familjar dhe ofrojnë të gjitha llojet e metodave moderne kontraceptive si dhe informim e këshillim mbi planifikimin familjar. Për vitin 2007 numri materniteteve në nivel vendi ishte 37.

Niveli i trete i kujdesit shendetesor ofrohet në qendrat e gruas pranë spitaleve universitare obstetrik-gjinekologjik nr 1 dhe 2 në Tiranë (materniteti “Nëna Geraldinë” dhe Materniteti “Koço Gliozheni”).

Performanca e sherbimeve te Planifikimit Familjar

Nje nga prioritetet e MSH per suksesin e programit kombetar te PF eshte rritja e aksesit te ketyre sherbimeve jo vetem ne aspektin gjeografik, por dhe te cilesise se tyre. MSH ne bashkepunim me donatoret dhe partneret ne kete fushe si USAID, UNPFA ka rritur ndjeshem aksesin gjeografik ne zonat rurale. Sot sherbimet e PF ofrohen deri ne nivel komune duke shenuar nje rritje respektive prej 62% ne krahasim me 2002 dhe 12% me 2005.

Principet e Sherbimeve te Planifikimit Familjar

Sherbimet qe ofrojne Planifikim Familjar mbeshteten mbi principet e meposhteme

- **Zgjedhje e informuar,**
- **Respektimi te drejtave te klientit,**
- **Ofrimi nje sere metodash te PF,**
- **Integrimi me sherbimet dhe programet e Shendetit te nenes dhe femijes.**

Sherbimet publike te PF jane pajisur nga MSH me logon e PF, si prove e plotesimit e standarteve te vendosura me poshte :

- **Trajnim te personelit shendetesor ne metodat e PF,**
- **Paisje e qendres me materiale informuese per popullaten dhe personelin shendetesor,**
- **Furnizim me sasite e duhura te kontrceptiveve,**
- **Integrimin e qendres ne sistemin kombetar te informimit LMIS,**
- **Keshillimi eshte nje element i rendesishem i ketij sherbimi.**

Burimi i kontrceptiveve

Ne Shqiperi ekzistojne tre burime te ofrimit te kontraveptiveve:

Sektori publik ofron falas lidhjen e tubave, prezervative, orale, DIU dhe injeksione. Lidhja e tubave realizohet vetem ne maternitete, ndersa inserimi i DIU kryhet vetem nga Obsteter-Gjinekologet ne Keshillimoret e nenes dhe maternitetet. Ky sektor ze 2/3 e tregut, ku lidhja e tubave dhe DIU zene peshen kryesore duke qene qe keto metoda jane monopol te ketij sherbimi.

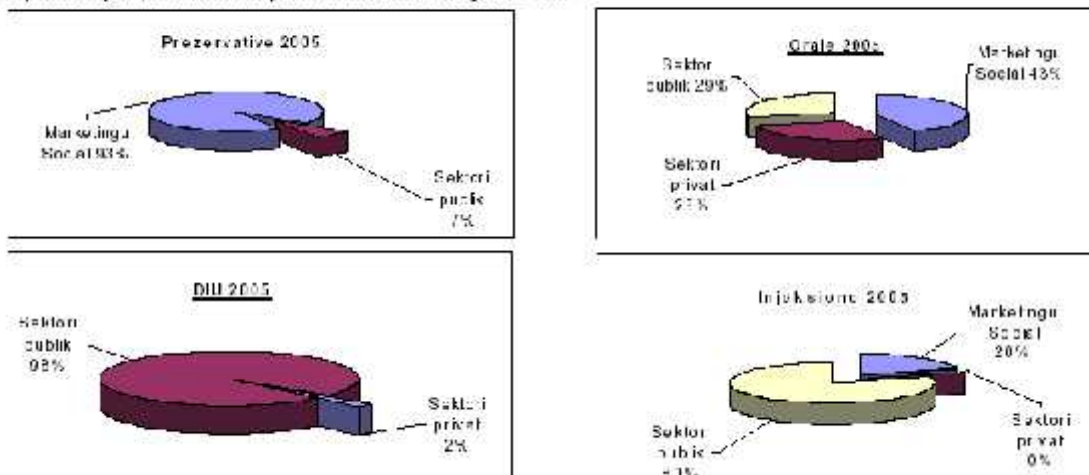
Qe nga janari i vitit 1996 kontrceptivet vazhdojne te shperndahen falas ne te gjithë sherbimet shendetesore publike. Ne vitin 1996 ka filluar dhe marketingu social i kontrceptiveve ne te gjithë vendin.

Aktualisht metodat moderne kontrceptive qe ofrohen falas në shërbimet shëndetësore te mësipërme janë pilulat, prezervativët, injeksionet (gjilpërat), sterileja, lidhjet e tubave.

Programi i Marketingut Social, NESMARK, i financuar nga KfW, mbulon furnizimin e kontraceptive orale, prezervative dhe injeksioneve me çmime te subvencionuara. Deri tani NESMARK e ka bere shperndarjen e produkteve nepermjet farmaceve, ndersa aktualisht ben shperndarjen e produkteve te tij deri ne depot farmaceutike. NESMARK dominon tregun ne prezervative dhe ne orale (sidomos ne kontracensionin e emergjences). NESMARK ka siguruar financimin e produkteve te tij deri ne vitin 2009.

Sektori privat nuk eshte shume i ndjeshem ne sigurimin e kontraceptive ne Shqiperi. Ne fakt, nuk ka nje informacion te qarte te tregut privat ne Shqiperi dhe strategjite e tij te ardhshme te marketingut. Mund te thuhet se Schering eshte e kompania me e madhe private qe importon dhe shperndan kontraceptive ne Shqiperi pervec prezervativeve. Kryesisht Schering shperndan orale dhe spirale (sterile). Ndarja e tregut nga sektori privat eshte shume i ulet. Bazuar ne te dhenat e shperndarjes te raportuara nga ky sektor per vitin 2005, perafersisht ze 28% te oraleve dhe 2% te spiraleve. Grafiket e meposhtem japin ne menyre te permbledhur te dhenat per burimet e kontraceptiveve dhe ndarjen e tregut nga LMIS 2005 qe u permenden dhe me lart:

Figura 1: Ndarja e tregut bazuar ne te dhenat e konsumit per sektorin publik dhe te dhenat e shperndarjes per sektoria privat dhe marketingun, 2005



Sistemi i informimit dhe menaxhimit logjistik (LMIS) per kontraceptivet

Ministria e Shëndetësisë dhe Drejtoritë e Shëndetit publik ne rrethe sigurojne informacionin e duhur për të monitoruar dhe përmirësuar shërbimet e planifikimit familjar, nepermjet sistemit kombetar te informimit dhe menaxhimit logjistik LMIS.

Ky sistem siguron menaxhimin, regjistrimin dhe shperndarjen e mjeteve kontraceptive dhe koordinon aktivitetet ne nivelin e qendrave te planifikimit familjar, drejtorive ne rrethe dhe Ministrine e Shendetsise. LMIS operohet nga Instituti i Shendetit Publik qe nga viti 2006. Indikatorete e gjeneruar nga ky sistem krijojne mundesine e krahasimit te veprimtarise se rretheve te ndryshme dhe te komunave te çdo rrethi.

Krahasimi i këtyre treguesve për rrethet, komunat, në intervale kohore të ndryshme, ndihmon në monitorimin e progresit dhe tendencave psh rritjen e numrit të çiftëve që përdorin metodat moderne kontraceptive.

LMIS është një sistem tashme i konsoliduar. Trajnimi i vazhdueshëm i personelit shëndetësor dhe drejtues të LMIS në nivel rrethi dhe qendror në përdorimin e këtij sistemi e bëjnë këtë sistem shumë të sigurtë dhe cilësor.

Me mbështetjen e UNFPA ky sistem është kompjuterizuar në nivel rrethi dhe nivel qendror duke siguruar rrjedhjen e informacionit në kohë dhe berjen e politikave të bazuara në të dhëna të sakta dhe në kohën e duhur.

Sigurimi i Kontraceptiveve

Shqipëria siguron kontraktivet për sektorin publik me mbështetjen e UNFPA, ndërsa social marketingun me financim të KfW.

Në vitin 2003 Ministria e Shëndetësisë aprovoi strategjinë kombëtare për sigurimin e kontraktivëve. Kjo strategji ka dy objektiva kryesore

1) Sigurimin e kontraktivëve nëpërmjet furnizimit të garantuar afatgjatë me kontraktivë cilësorë

2) Arritjen e pavarësisë kontraceptive: përballimin nga vendi me burimet e veta financiare të nevojave për kontraktivë pa qenë nevoja për dhurues të jashtëm për të blerë kontraceptive apo për logjistikë dhe asistencë teknike të lidhur me blerjen.

Në kuadrin e kësaj strategjie Ministria e Shëndetësisë ka bërë rregullimet e nevojshme të politikave dhe buxhetit në mënyrë që të arrijë sigurimin e kontraktivëve. Duke filluar që nga viti 2005, Ministria e Shëndetësisë ka filluar kontributin e saj financiar për blerjen e një pjese të nevojave vjetore në sektorin publik për kontraceptive me fondet e buxhetit të shtetit dhe do të arrijë pavarësinë e plotë financiare në vitin 2010, ku të gjitha kontraktivët e nevojshëm për shërbimet tona shëndetësore do të blihen me buxhetin e shtetit (çdo vit buxheti i ministrisë së shëndetësisë financon duke u rritur me 10% të nevojave totale për kontraceptive).

Të dhënat mbi përdorimin e metodave në Shqipëri

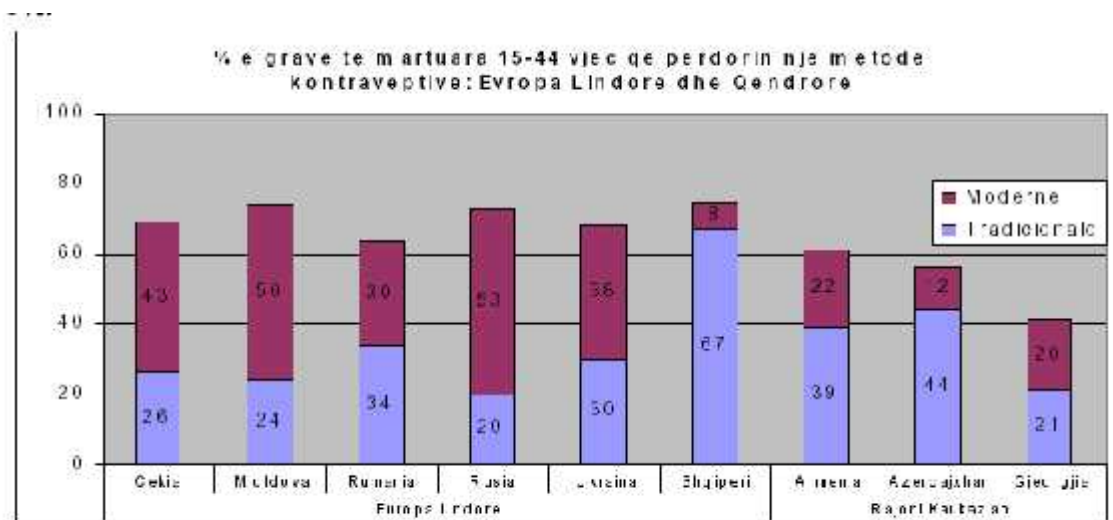
Studimi kombëtar i shëndetit riprodhues në Shqipëri në 2002 i realizuar nga Ministria e Shëndetësisë, Instituti i Shëndetit Publik, me mbështetjen teknike dhe financiare të USAID, UNFPA, UNICEF bëri një analizë të plotë krahasuese të indikatorëve kryesorë të planifikimit familjar. Studimi ndihmoi në vlerësimin e gjendjes dhe nevojave të planifikimit familjar për vendin.

Studimi tregoi se vendi ynë ndjek modelin e vendeve të Evropës Lindore/Qëndrore që paraqesin një prevalencë të lartë të përdorimit të kontraktivëve ndër grate e martuara. Shqipëria devijon nga ky model për grate e pamartuara, që paraqesin një prevalencë të ulët të përdorimit të kontraktivëve.

Studimi tregoi se në Shqipëri, kemi shkallë të lartë të përdorimit të metodave kontraceptive, por shkallë të ulët të përdorimit të metodave moderne, ku metoda

tradicionale e terheqjes mashkullore zë 67% të përdorimit dhe metodat moderne vetem 8%.

Siç e tregon dhe grafiku me poshte per grate e martuara ne Shqiperi, kemi shkalle te larte te perdorimit te metodave kontraceptive, por shkalle te ulet te perdorimit te metodave moderne, ku **metoda e terheqjes ze 67%** dhe **metodat moderne vetem 8%**.



Shqipëri: www.ecdc.gov "Raporti krahasues për studime kombëtare të SHR në Evropën Lindore dhe Qendrore në periudhën 1999-2007"

E njejta situatë u paraqit edhe për burrat. 77% të burrave raportuan përdorimin e metodave kontraceptive, ku 3% e zinte metoda moderne.

Ecuria e përdorimit të kontraceptiveve në periudhën pas studimit të shëndetit riprodhues (2002-2007), mbështetur në të dhënat nga sistemi i informacionit të Ministrisë së Shëndetësisë (LMIS) dhe studimet e projekteve që punojnë në fushën e shëndetit riprodhues tregon se ka një përmirësim të situatës.

Të dhënat që ka gjeneruar sistemi kombëtar i LMIS për mbrojtjen në vite e çiftëve (CYP) dhe vizitat e para tregojnë një rritje të ndjeshme të përdorimit të metodave kontraceptive. Kështu kemi një rritje vjetore prej 24% për CYP dhe 29% për vizitat e para.



Burimi: LMIS/MS-H

Projekti Pro Shendetit/USAID: Nje studim i Pro Shendetit per periudhen 2002-2005 ne tre prefektura ku ato po punojne: Korçe, Lezhe dhe Shkoder (me nje % te larte te popullates rurale) raporton nje rritje te ndjeshme te perdorimit te metodave moderne, e ne veçanti perdorimi i prezervativeve dhe oraleve. Metodologjia e perdorur ne kete studim eshte e njejte me ate te SHR 2002, prandaj ka vend per krahasime te sakta. Siç e tregon dhe tabela e meposhtme rezulton nje **rritje prej 7.2 % te perdorimit te metodave moderne ne pergjithesi, 3.6% per prezervative dhe 4.5% per orale ne veçanti.**

Tabela: % e grave te martuara 15-44 vjec qe aktualisht perdorin nje metode moderne kontraceptive

Tabela 1: % e grave te martuara 15-44 vjec qe aktualisht perdorin nje metode moderne kontraceptive

Metoda moderne	Studimi i SHR, 2002		Studimi i Pro Shendetit 2005	Ndryshimi
	Shqiperia	Tre prefekturat		
Cdc metode	10.4	10.5	17.7	7.2+
Lidhja e tubave	3.3	3.5	7.5	4.0+
Prezervativi	4.3	4.1	0.5	3.6+
Orale	1.7	1.8	6.3	4.5+
DepoProvera	0.4	0.3	2.0	1.7+
DIU	0.7	0.8	1.2	0.4+

Burimi: Pro Shendetit, Selected Findings and messages from two Population-based surveys: 2002-2005

UNICEF: Nga te dhenat preliminare rreth studimit te kryer te grupeve te indikatoreve te shumefishte (MICS) ne vitin 2005, rezultoi se perdorimi i metodave moderne kontraceptive ka arritur ne vlerat 22.3%, ku 10.8 % e ze perdorimi i prezervativit. Persa i perket metodave tradicionale, ato luhaten ne vleren 37.7% ku terheqja ze 28.1%.

Tabele 2: % e grave te martuara 15-49 vjec qe perdorin metoda kontraceptive

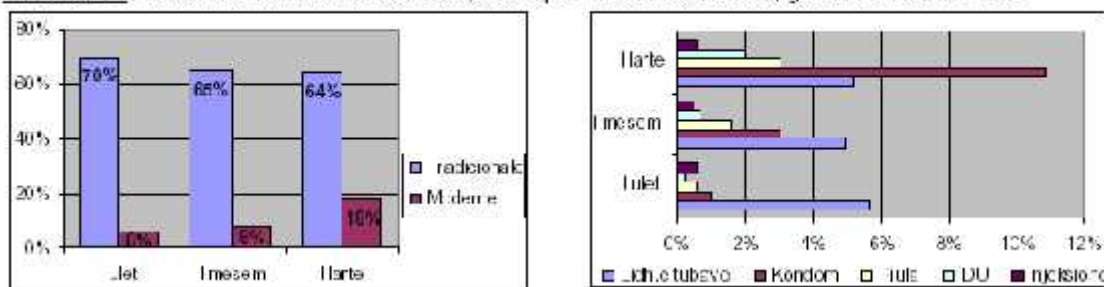
Nuk perdorin	Lidhja e tubave	Sterilizimi mosht kullor	Orale	Injekcione	Prezervativi	Abstinence	Infertiliteti	Tejlerja	Metoda moderne	Tradicionale
40.0	1.2	0.1	9.5	0.8	10.8	6.9	28.1	2.8	22.3	37.7

rritje prej 7.3% e njejte kjo me ate qe u permend me siper ne studimin e Pro Shendetit ne tre prefekturat: Korce, Lezhe dhe Shkoder.

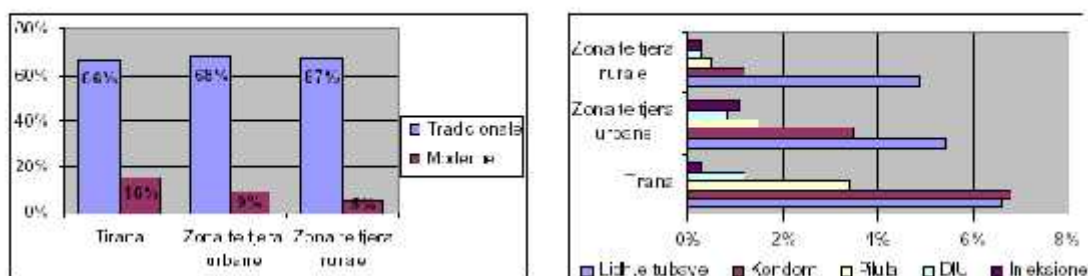
KRYQI KUQ AMERIKAN/USAID: Nje tjetër studim i kryer nga projekti per shendetin e femijeve ne qarkun Diber, qe eshte kryesisht nje prefekturë rurale, ne vitin 2004 raportoi nje shifer prej 12% te perdorimit te metodave moderne.

Persa i perket perdorimit te metodave sipas nivelit ekonomik, nga studimi i SHR 2002 rezultoi se perdorimi i metodave kontraceptive rritet me rritjen e statusit ekonomik, ku grate me nivel te mire ekonomik kane nje perdorim gati trefish me te madh se ato me nivel te ulet ekonomik (17.8% kundrejt 6.2%). Gjithashtu keto shtresa kane tendencen e perdorimit te metodave te tilla si prezervativi, oralet dhe DIU-te. Grate me nivel te larte ekonomik kane nje perdorim gati 10 here me te larte te prezervativeve.

Grafiku 1: Perdorimi i metodave kontraceptive sipas nivelit ekonomik, gra te martuara 2002



Grafiku 2: Perdorimi i metodave kontraceptive sipas vendbanimit, gra te martuara 2002



Nje ndikim te madh ne shkallen e perdorimit te metodave moderne ka dhe **vendbanimi**. Siç e tregojne dhe grafiket e mesiper, shkalla e perdorimit te metodave tradicionale nuk ndryshon nga vendbanimi i gruas, ndersa per metodat moderne

shkalla e perdorimit eshte respektivisht 14.9% ne Tirane, 9.4% ne zonat e tjera urbane dhe 5% ne zonat rurale.

Ne analizen e perdorimit te metodave moderne sipas vendbanimit, interesant eshte fakti qe perdorimi i injeksioneve qe ne Tirane dhe ne zonat e tjera urbane eshte shume i larte.

Nje analize e hollleshme e klienteve te sektorit publik, tregon se 31.5% e sherbimeve te Planifikimit familjar ne sektorin publik shkojne tek klientet me nivel te larte ekonomik dhe vetem 23.9% e ketyre sherbimeve shkon ne sherbim te klienteve me nivel te ulet ekonomik.

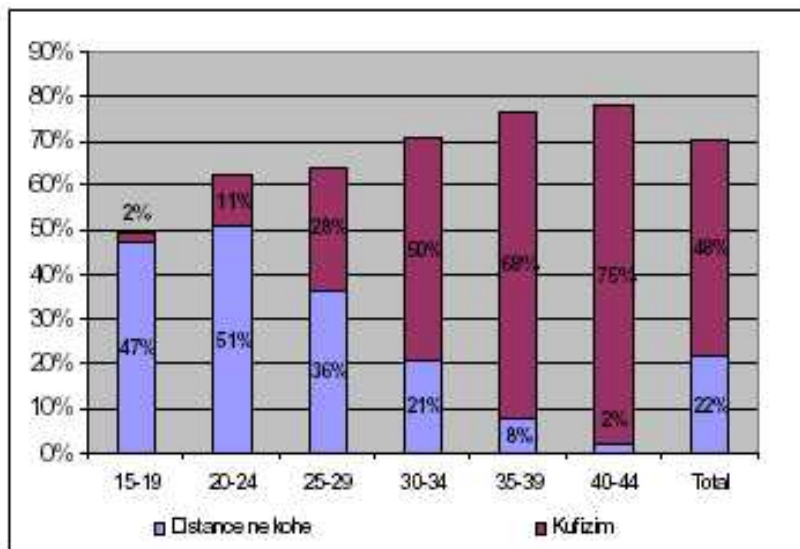
Nevojat e paplotesuara per metoda kontraceptive

Studimi i Shendetit Riprodhues 2002 raportoi nje shkalle te larte te nevojave te paplotesuara te perdorimit te metodave moderne kontraceptive, rreth 49% .

Nevojat e paplotesuara jane ne nje shkalle te larte ne grup moshat 25-34 vjec (57%) dhe nuk kane ndonje korrelacion te forte me vendbanimin, nivelim arsimor apo statusin ekonomik-social.

Ne total nevojat e paplotesuara per kufizimin e lindjeve jane 48.4% ndersa per distancen ne kohe 22%. Nevojat e paplotesuara jane me te larta ne kufizimin e lindjeve

Grafiku 3 : *Nevojat e paplotesuara per metoda moderne sipas grup-moshave, gra martuara 15-49 vjec*



Njohurite rreth metodave te Planifikimit Familjar

Persa i perket informacionit, studimi i SHR raportoi nje informacion kryesisht te mire per metodat kontraceptive, ku prezervativi ishte metoda me e njohur. Edhe burrat

kishin informacion shume te mire rreth prezervativit, kjo e lidhur dhe me efektin te dyfishte mbrojtjes te tij.

Por burrat kane shkalle te ulet te informacioni per metodat e tjera moderne, pasi perdorimin e kontraceptiveve e shikojne si pergjegjesi te grave. Nje mungese e theksuar e informacionit rezultoi rreth efektivitetit te metodave moderne dhe frikes per efekte anesore, aresye keto per mosperdorim te tyre.

Grate ne Shqiperi vazhdojne te kene nje informacion te ulet per efektivitetin e metodave moderne te kontracepsionit. Burrat kane mungese informacioni rreth metodave moderne kontraceptive.

Tabela e meposhtme jep nje mesazh te qarte te shkalles se ulet te informimit te grave rreth efektivitetit te metodave kontraceptive. Grate e martuara kane nje informacion 86.5% per efektivitetin e metodes se terheqjes, nderkohe qe nuk dine per efektivitetin e metodave moderne.

Tabela 2: Shkalla e njohurive dhe opinioneneve te efektivitetit te metodave kontraceptive, grate e martuara.

Metoda	Njohurite rreth metodes	Sa efektive eshte metoda?		
		Efektive – shume efektive	Jo shume- deri c ku efektive	Nuk e di
Lidhja e tubave	67.7	72.2	6.5	21.3
DIU	25.0	58.0	11.6	30.4
Injeksione	35.4	50.6	13.8	35.6
Piula	68.2	57.5	12.7	30.1
Prezervative	81.3	54.3	18.8	26.9
Terheqja	84.9	86.5	8.5	4.9

Burimi: Studimi i SHR 2002, Shqiperi

Fertiliteti

Fertiliteti në Shqipëri para viteve 1990 ka qënë mjaft i lartë rreth 6,9 dhe me tej ky tregues vazhdon të pësojë një ulje të ndjeshme nga 6,9 në vitet 1990 në 2.0 në vitin 2006 sipas të dhënave nga INSTAT, por përsëri duke mbetur një vend që ka fertilitet të lartë në Europë.

Sipas survejimit mbi Shëndetin riprodhues në Shqipëri 2002 të kryer nga MSH, ISHP, USAID, UNFPA, UNICEF, nivelet më të larta të fertilitetit në Shqipëri janë midis grave të moshave 20-24 vjeç dhe 25-29 vjeç, që zënë respektivisht 33% dhe 32%, të TFR.

Niveli i fertilitetit të adoleshentëve është shumë i ulët, vetëm 35 lindje gjallë për 1000 gra 15-19 vjeç, që përfaqëson 7% të nivelit total të fertilitetit

Po kështu në Shqipëri numri i lindjeve vazhdon të pësojë një ulje të ndjeshme mesatarisht me 5000-7000 lindje më pak në vit, megjithatë Shqipëria vazhdon të ketë nivel të lartë lindshmërie në Europë

Shendeti amtar

Grate ne Shqiperi perfaqesojne rreth 50,1% te popullsisë. Ne vitin 1994 Shqiperia ishte nje nga shtetet qe firmosi Planin e veprimit te Konferences Nderkombetare te Kajros mbi Popullsinë dhe Zhvillimin, i cili kerkonte qe vendi *te zgjeronte integrimin e shendetit riprodhues dhe sherbimeve te kujdesit per femijet, duke perfshire memesine e sigurt...per te gjithë popullsinë dhe veçanerisht per grupet me te prekshme dhe me pak te sherbyera*” (ICPD, 8.17)

Gjendja shendetesore e gruas ndikohet nga faktore kompleks biologjik, social dhe kulturor qe jane te nderlidhur shume me njeri tjetrin dhe ndikojne mbi shendetin e gruas gjate gjithë ciklit te saj te jetes psh vajzat qe jane ushqyer jo mire gjate femijerise mund te kene prapambetje ne rritje duke patur rreziqe me te medha per komplikacione gjate dhe pas lindjes.

Sherbimet e shendetit amtar ne Shqiperi

Sherbimet shendetesore te kujdesit per gruan ofrohen falas ne tre nivelet e kujdesit dhe jane te integruara ne sherbimet tona shendetesore si me poshte:

1. Në Kujdesin Shëndetësor Parësor:

Fshati: -Ambulancat

-Qendrat shëndetësore

Qyteti -Konsultoret e nënës

-Qendrat e planifikimit familjar

Detyrat e Konsultoreve të gruas në KSHP janë:

- Ndjekja antenatale e gruas shtatzënë
- Edukimi shëndetësor, për shëndetin riprodhues
- Parandalimi, Zbulimi, Trajtimi dhe Ndjekja e Patologjive në Sistemin Riprodhues
- Keshillimi dhe ofrimi i metodave kontraceptive
- Edukimi shendetesor per PF

2. Në kujdesin shëndetësor dytësor

Në të gjitha spitalet e rrethit ekzistojnë repartet e maternitetit-neonatologjisë dhe për vitin 2007 në nivel vendi janë gjithsej 37, ndërsa reparte neonatologjie janë në 25 spitale të vendit. Numri i shtretërve obstetrikës për vitin 2005 ishte 1077, dhe gjinekologjisë 472, ndërsa për vitin 2007 raportohen 1267, shtretër të obstetrikës dhe 524 gjinekologjisë, ndërsa numri i shtretërve të neonatologjisë të përfshira në maternitetet e vendit është 549 për vitin 2006 dhe 703 për vitin 2007

3. Në kujdesin shëndetësor tretësor

Spitalet Universitare të Obstetrik-Gjinekologjisë Nr 1 dhe Nr 2

Vdekshmëria amtare

Nje nga treguesit më domethënës të shëndetit të nënës është vdekshmeria amtare. Faktoret qe ndikojne direkt ne semundshmerise dhe vdekshmerise amtare perfshijne

komplikacionet e lidhura me shtatzanine, duke perfshire komplikacionet pas abortit, manaxhimi i lindjes dhe periudha post partum.

Kujdesi amtar qe duhet te filloje sa me heret ne shtatzani dhe te vazhdoje gjate periudhes postpartum, kerkon te parandaloje zhvillimin e komplikacioneve dhe siguron manaxhimin e tyre kur ato ekzistojne.

Keto faktore direkt mjeksor qe ndikojne ne ecurine e shtatzanise ndikohen edhe nga faktore te ndermjetem si aksesit per sherbime cilesore te shendetit amtar, sjelljen e gruas lidhur me shendetin riprodhues, si dhe gjendjen shendetesore te gruas dhe ate nutricionale.

Çdo vit në Shqipëri rreth 50.000 gra mbesin shtatzene. Shume shtatzani perfundojne me lindjen e nje foshnje te gjalle e te shendeteshme. Per disa, megjithate lindja e femijes nuk eshte nje ngjarje e lumtur siç duhet te jete, ajo eshte nje kohe dhimbje, vuajtje dhe edhe vdekje.

OBSH ka llogaritur se te pakten 15% e te gjitha grave shtatzana kane nevojte per asistenc gjate lindjes, ne mungese te se ciles ato mund te kene semundje kronike, paaftesi te zgjatura deri vdekje.

Ne vendin tone ecuria e treguesve te vdekjeve amtare tregon një ulje të nivelit të saj nga viti në vit. duke arritur me 1/2 e nivelit të vitit 1990 (nga 50/100000 lindje te gjalla në 14.7 për 100000 lindje gjallë në vitin 2007) por ende duke mbetur larg vendeve te rajonit European.

Shkaqet e vdekjeve amtare

Shkaqet e vdekjeve amtare ne vendin tone jane afersisht te njejta me ato që OBSH raporton se ndodhin ne te gjithë boten dhe ne veçanti ne vendet ne zhvillim

Komplikacionet e lindjes dhe perqindja e tyre si shkaqe te vdekjeve amtare OBSH

Komplikacionet obstetrikale	Incidenca	% e te gjitha vdekjeve amtare
Hemorragjia	10	25
Sepsis	8	15
Çrregullime hipertensive te shtatzanive	4,5	4
Eklampsia	0,5	8
Lindje distocike	5	8
Aborti i pasigurt	10	13
Shkaqe te tjera direkte	3	8
Shkaqe indirekte	9	20
Total		100

Nga studimi i shkaqeve direkte te vdekjeve amtare te viteve te fundit ne vendin tone rezulton se shkaqet kryesore te ketyre vdekjeve jane

- 1) **hemoragjia gjate dhe pas lindjes, ne 40% të rasteve,**
- 2) **eklampsia 25%**
- 3) **lindjet e veshtira 10%**
- 4) **patologjite ekzistuese ku mbivendoset shtatzania 10%**
- 5) **shkaqe te tjera indirekte 15%**

Rreth 20% e grave vdesin si pasoje e nje semundje qe eshte e renduar nga shtatzania, si anemia, ose semundje te zemres.

Po duhet permendur se nje pjese e grave shtatzana qe mbijetojne lindjen dhe i kalojne keto komplikacione, mund te vuajne me vone nga semundje kronike dhe paaftesi te zgjatura si p.sh. anemia, ose infeksione te traktit riprodhues, fistula obstetrikale, etj.

Vdekja amtare eshte vetem kapitulli i fundit ne nje histori qe fillon shume me heret ne jeten e gruas. Kujdesi shendetesor per gruan eshte lidhur ngushte edhe me statusin e saj ne shoqeri

Ne thellesi te ketyre shkaqeve direkte mjeksore te implikuar ne vdekshmerine dhe semundshmerine jane faktoret social dhe kultural si:

- **statusi i gruas-edukimi**, Arsimimi p.sh. ka efekt te rendesishem mbi shendetin e gruas dhe sjelljet riprodhuese nepermjet ndikimit te saj ne moshen e marteses, kontrceptimit dhe perdorimit te kujdesit shendetesor, ndergjegjesimit ndaj shenjave te rrezikshme
- **aksesi dhe kontrolli i te ardhurave financiare niveli i izolimit**, Te ardhurat e gruas, aksesit dhe pushteti ndaj burimeve te shtepise, ndikojne ne aftesite e saj per te kerkuar sherbime shendetesore dhe planifikim familjar. Qendrimi i burrave drejt ceshtjeve riprodhuese gjithashtu ndikon mbi deshiren dhe aftesine per te perdorur planifikim familjar dhe sherbime shendetesore
- **angazhimi politik**, Angazhimi politik percakton ne se burimet jane me cilesi te mire, me akses per ato qe kane me shume nevoje-p.sh. nepemjet zhvillimit te infrastruktures se transportit dhe komunikacionit per te lidhur grate me sherbime referimi
- **gjendja e pergjitheshme e burimeve dhe infrastruktura**

Kur ndodhin vdekjet amtare?

OBSH raporton se me shume se nje ne kater vdekje amtare **ndodh gjate lindjes dhe 24 oret e para pas lindjes**. Kjo perqindje e vdekjeve eshte me larte se ato qe ndodhin ne periudhen prej 36-48 ore e me tej, gjate periudhes se 9 muajve te shtatzanise dhe 42 ditet e para pas lindjes.

Nga te dhenat e rasteve te vdekjeve amtare te raportuara ne Ministrine e Shendetesise, mbi 50% e ketyre vdekjeve ndodhin midis periudhes nga fillimi i aktivitetit te lindjes deri ne perfundimin e javes se pare pas lindjes. Mjaft prej shkaqeve te vdekjeve te kesaj periudhe te shkurter jane te lidhura me hemoragjine dhe eklampsine, ndersa vdekjet septike zakonisht ndodhin mbas 7 diteve pas lindjes

Abortet

Ne Shqipëri deri para viteve 90 aborti me dëshirën e gruas ishte ndaluar dhe kryhej vetëm në rrugë të paligjshme, gjithashtu nuk ofrohej asnjë metode kontracepsioni nga shërbimet shëndetësore për arsye të politikave pronataliste.

Sherbimet shëndetësore ku ofrohet aborti në Shqipëri?

Niveli i kujdesit shëndetësor parësor nuk ofron asnjë lloj metode aborti. Kjo si rrjedhojë e mungesës së stafit të trajnuar dhe organizimit të shërbimeve shëndetësore.

Aborti ofrohet vetëm në nivel kujdesi dytësor e tretësor dhe në disa klinika private të licensuara nga Ministria e Shëndetësisë. Lejohet të bëhet vetëm nga staf i trajnuar obstetër-gjinekolog.

Teknikat e nderprerjes së shtatzanisë që ofrohen në këto shërbime?

Tremujori i parë të shtatzanisë (6-12 javë) janë Dilatacioni dhe Kyretazhi (D & C) dhe Aspirimi Vakum (AV) që ofrohet në nivel terciar dhe në disa maternitete të nivelit dytësor e klinika private.

- **Aspirimi Vakum (AV)**, kjo teknikë që ka përqindje të ulët komplikacionesh dhe trauma të pakta, nuk ofrohet në të gjitha maternitetet e vendit tonë. Ajo ofrohet në 2 spitalet obstetrik-gjinekologjik të nivelit tretësor në Tiranë.
- **Dilatacioni dhe Kyretazhi D&C** ende mbetet teknika e zgjedhur (rreth 80%), për pjesën më të madhe të shërbimeve publike të nivelit dytësor. Kjo lidhur me mungesën e institucioneve për AV, por ndonjëherë edhe me vështirësitë e stafit mjeksor për të pranuar teknikat e reja.
- **Anaesthesia** aktualisht përdoret për tremujorin e parë në rreth 89% të aborteve (61% anaesthesia lokale, 39% anaesthesia gjenerale).

Aborti mjeksor si mifepristone nuk ofrohet zyrtarisht në vendin tonë por Maternitetet Universitare të nivelit tretësor në Tiranë, gjatë vitit 2005 filluan një projekt pilot lidhur me abortin mjeksor nëpërmjet përdorimit të tabletave të mifepristonit.

Nderprerja në tremujorin e dytë shtatzanisë (14-21-javësh), që kryhet për disa indikacione mjeksore dhe sociale përdoret **induktimi mjeksor** meqenese efektet anësore dhe rreziqet për komplikacione janë më të larta në këtë tremujor dhe kërkojnë staf më të aftë teknikisht dhe institucione më të përgatitura për trajtimin e këtyre pasojave. Këto teknika nuk ofrohen në të gjitha maternitetet e nivelit dytësor, kështu pacientët referohen nga rrethet në spitalet terciare, ose në 2-3 maternitete sekondare.

Pagesa për abort në shërbimin publik: është afërisht 3000 lek; në atë privat rreth 5000-7000 lek.

Te dhenat statistikore mbi abortet

Mbas viteve 1993 me liberalizimin e aborteve në Shqipëri u vu re një rritje e ndjeshme e numrit të aborteve të kryera. Kështu numri i aborteve në Shqipëri u rrit nga 234 000 në vitin 1989, në 334 000 në vitin 1993, dhe me tej shifrat e Ministrisë së

Shendetesise flasin per nje ulje graduale te tyre se bashku me numrin e lindjeve (per vitin 2007, numri aborteve te raportuara nga institucionet shendetesore publike eshte 9058).

Nje studim i INSTAT i kryer ne vitet 1996-1998 tregoi se 28% e aborteve ishin kryer nga grate e moshave 30-34 vjeç dhe 22.9 % per grate e moshes 25-29 vjeç.

Mbas legalizimit te aborteve numri i vdekjeve amtare te shkaktuara nga abortet ilegale erdhi duke rene dhe mbas vitit 1997 nuk raportohet asnje vdekje amtare e shkaktuar nga aborti.

Siç u tha me siper keto dhjete vitet e fundit te dhenat e mbledhura nga Ministria e Shendetesise dhe disa studime te kryera nga organizma nderkombetare e OJF kane treguar se perqindja e aborteve ka rene, megjithese nenraportimet veçanerisht nga sektori privat ishin problem. Por megjithe kete renie te numrit aborteve, Ministria e Shendetesise konsideron qe numri i tyre ende mbetet i larte duke çuar ne kosto te panevojeshme per shendetin e gruas dhe per sistemin shendetesor.

Raporti lindje/abort nga 2/1 (2 lindje /nje abort) per vitet 1994-2000 ka ardhur duke u rritur ne favor te lindjeve per vitet 2006-2007 (3.7 lindje/1 abort).

Abortet ne klinikat private

Deri ne vitin 2006 shifrat e raportuara te abortit jane vetem nga institucione shendetesore publike dhe mungojne shifrat e aborteve qe kryhen ne klinikat private. Po keshtu INSTAT qe nga viti 1998 nuk perpunonte me te dhenat e skedes individuale te abortit.

Per sa me siper Ministria e Shendetesise ne bashkepunim me INSTAT dhe Institutin e Shendetit Publik per vitin 2007 ka filluar punen per mbledhjen e informacionit mbi abortin nga klinikat private qe ofrojne kete sherbim.

Qe prej muajit Maj te vitit 2007, Instituti i Shendetit Publik nen drejtimin e Ministrise se Shendetesise dhe i mbeshtetur nga UNFPA ka ndermarre programin “Survejanca e Abortit ne Shqiperi”.

Ne Institutin e Shendetit Publik per periudhen *Qershor – Dhjetor 2007* kane raportuar 28 institucione shendetesore publike (maternitete), keshtu qe *ne nivel vendi – perqindja e institucioneve publike qe kane raportuar me skeden e abortit eshte 82.3%*.

Ne sektorin privat, per periudhen *Qershor – Dhjetor 2007* kane raportuar 11 klinika private, keshtu qe *ne nivel vendi – perqindja e institucioneve private qe kane raportuar me skeden e abortit eshte 78.6%*.

Qëndrimet kundrejt abortit

Ne studimin per Sh R për të ditur nëse shqiptarët e konsiderojnë abortin si një mundësi për të kufizuar fertilitetin, të intervistuarit u pyetën nëse mendonin se një grua ka në çdo rast të drejtën për të vendosur rreth shtatzanisë së saj, përfshirë këtu edhe të drejtën për të abortuar ose jo.

Nga studimi rezultoi se rreth tre të katërtat e grave (72%) mendojnë se një grua ka gjithmonë të drejtën për të marrë vendim për shtatzaninë e vet, duke përfshirë këtu edhe abortin. Pothuajse të gjitha gratë e tjera besojnë që aborti është i pranueshëm në disa rrethana (26%).

Opinionin që aborti është një vendim i gruas nuk ndikohej shumë nga karakteristikat demografike të tyre, por megjithatë ishte më i përhapur te gratë të cilat kishin mbaruar një shkollë më të lartë se shkolla e mesme (78%) dhe më pak prevalent te gratë me një status social-ekonomik të ulët (69%).

Më pak burra të intervistuar u përgjigjën që aborti është gjithmonë një vendim personal i femrës (53%), por meqënëse shumë të tjerë besonin që ai është i pranueshëm në situata të caktuara, atëherë përqindja e atyre që besojnë që nuk është kurrë i pranueshëm, është pothuajse e barabartë me atë të grave të intervistuar (1%).

Pranueshmëria e abortit nga burrat shqiptarë varionte sipas shtresës nga e cila ata vinin, vendbanimit dhe moshës. Ajo ishte e lartë të burrat që banonin në zonat urbane, përveç Tiranës, (61%) dhe më e ulët tek burrat me moshë rreth 45-49 vjeç (44%).

Të intervistuarit të cilët nuk mendonin se një grua ka gjithmonë të drejtë të vendosë rreth abortit, u pyetën rreth pranueshmërisë së abortit në kushte të tilla specifike si: rrezik për jetën e gruas, rrezik për shëndetin e gruas, deformim të fetusit, shtatzani si rrjedhojë e përdhunimit, shtatzani jashtë martese dhe pamundësia për të mbajtur fëmijën e parë ose/edhe një fëmijë tjetër. Rrethanat e zgjedhura mund të grupohen në tre nivele të pranueshmërisë si të burrat edhe te gratë.

Gratë identifikuan si arsye më pak të pranueshme për të bërë abort të qenit e pamartuar ose pamundësinë për të mbajtur një fëmijë (respektivisht 38% dhe 22%). Mungesa e parave për të rritur një fëmijë ishte një arsye kundër abortit, në përqindjen më të lartë krahasuar me përgjigjet në kategoritë “varet” ose “nuk e di” (59%).

Niveli i dytë i pranueshmërisë te gratë e intervistuar kishte të bënte me situatën në të cilën shtatzania ishte rrjedhojë e një përdhunimi, ose ajo shfaqte probleme për shëndetin e gruas (respektivisht 53% dhe 59%). Rreth një në pesë gra të intervistuar që u përgjigjën këtyre pyetjeve, mendonin që aborti nuk ishte i justifikuar në këto rrethana.

Niveli më i lartë i pranueshmërisë së abortit të gratë e intervistuar ishte për shtatzaninë në të cilat fetusit kishte ndonjë lloj deformimi (70%), ose për ato shtatzani të cilat kërcënonin jetën e gruas (80%). Një në dhjetë gra ndienin se një grua duhet ta vazhdojë shtatzaninë e saj deri në fund edhe pse ajo është në rrezik për jetën dhe 19% e ndienin që një grua duhet ta vazhdojë shtatzaninë e saj edhe nëse fetusit ishte fizikisht i deformuar.

Tek burrat shqiptarë përgjigjet për pranueshmërinë e abortit ishin pak a shumë të njëjta si të gratë, në rrethanat e dhëna. Megjithatë krahasuar me gratë e intervistuar, ata ishin më pak dakord me abortin si një mundësi kur një familje nuk e përballon dot një fëmijë ose kur një grua është e pamartuar, dhe më të prirur për ta kundërshtuar hapur abortin në këto situata. Tek burrat pranueshmëria ishte gjithashtu më e ulët kur

fetusi është i deformuar. Burrat vlerësuan shumë jetën dhe shëndetin e gruas, duke pranuar abortin në rastet kur shëndeti (74%) apo jeta (87%) e gruas ishin në rrezik.

Ndërsa shumica mendojnë që aborti është një vendim personal i gruas, në rastin e një shtatzanie të pallogaritur, pjesa më e madhe e grave shqiptare prirën të pohojnë se një grua duhet ta mbajë këtë fëmijë dhe ta rrisë vetë (71%) dhe vetëm një pakicë e vogël mendojnë që ajo duhet të abortojë (21%). Vetëm 2% mendonin që gruaja mund ta japë fëmijën e saj për birësim. Gratë që mendojnë se një grua duhet ta lindë dhe ta mbajë fëmijën e saj janë kryesisht ato që jetojnë në zonat rurale. Përqindja ulet me rritjen e arsimit dhe statusit social- ekonomik të grave.

Burrat janë më pak të prirur për të thënë që një grua duhet ta lindë dhe mbajë një fëmijë të padëshiruar (40%). Birësimi, si mënyrë për të vepruar është më shumë i përkrahur nga burrat se sa nga gratë (10% kundrejt 2%). Burrat që jetojnë në Tiranë dhe në zona të tjera urbane, po ashtu edhe ata që me arsim dhe status social-ekonomik të lartë janë më shumë të prirur për të thënë që një grua duhet të abortojë.

Kujdesi perinatal

Kujdesi përreth lindjes sigurohet nepermjet:

- **kujdesit prekonceptional**
- **kujdesit gjate shtatzanise**

Kujdesi prekonceptional, ofron nje mundesi reale per te edukuar mbi perpresite e shtatzanive te planifikuara. Ai eshte shume i rendesishem pasi zbulon rastet qe do te mund te perfitojne nga trajtimi i hershem dhe me i shpeshte gjate periudhes se shtatzanise, sikurse jane ato me diabet melitus, hipertension dhe semundje te trasheguara ose metabolike. Ne keshillimin prekonceptional perfshihet çdo vizite qe ben gruaja ne moshen e riprodhimit

Me kontroll dhe kujdes të periudhes paralindjes/antenatale, kuptojmë këshillimin, ndjekjen dhe trajtimin e gruas gjatë shtatzanisë, deri ne fillimin e aktivitetit të lindjes. Përdorimi në kohë dhe periodik i kujdesit përreth lindjes synon në kapjen dhe/ose parandalimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë përreth lindjes.

Qellimi i kujdesit antenatal per vendin tone eshte te ofroje perkrahje dhe udhezime per gruan shtatzanine, partnerin dhe familjen e saj, duke i ndihmuar ata ne periudhen e tranzicionit qe *ata presin te behen prinder*

Protokolli i kujdesit paralindjes ne Shqiperi perfshin vleresimin e pergjithshem te rrezikut, nepermjet disa ekzaminimeve dhe analizave laboratorike, depistimin per infeksione seksualisht te transmetueshme, izoimunizimi Rh, edukimin shendetesor per shenjat e rrezikut gjate shtatzanise, ushqyerjes, ushqyerja me gji, etj

Në lidhje me kujdesin para lindjes një tregues me rëndësi është përqindja e grave shtatzëna që kanë marrë kujdes antenatal nga një personel i aftë mjeksorë.

Nga studimi i vitit 2000 MICS (Multi Indicator Cluster Survey) i kryer nga UNICEF rezultonte se rreth 95 % e grave kane marrë kujdes para lindjes, pra gjatë shtatzanisë, nga një personel i aftë mjeksor. Në këtë Studim, rezultori se në zonat urbane ky

kujdes është ofruar në rreth 73% nga mjeku specialist dhe 17 % nga mami-infermiret, ndërsa në zonat rurale ky raport është i kundërt, ku rreth 50% e kujdesit ofrohet nga mami-infermieret.

Po kështu edhe në RH Survey të vitit 2002, 19% e të gjitha shtatzenive (në total 2551) që kanë përfunduar në lindje gjallë që nga janari 1997 nuk kanë marrë kujdes para lindjes nga ndonje profesionist shëndetësor. Në RH survey 2002 shikohet se gratë të cilat jetojnë në zonat urbane, gratë me arsim më të lartë dhe ato me indeks më të lartë social ekonomik përdorin më shpesh shërbimet e kujdesit para lindjes krahasuar me gratë që jetojnë në zonat rurale, me më pak arsim dhe me një status më të ulët social ekonomik

Studimi i fundit i MICS 2005 tregoi se perseri 97.1 % e grave kanë marrë kujdes gjatë shtatzanisë nga një personel i aftë mjeksor. Kjo shifër është e njëjtë edhe me raportimet e Departamentit të Teknologjisë dhe Informacionit Shëndetësor të Ministrisë së Shëndetësisë ku 97% e grave marrin kujdes gjatë shtatzanisë dhe 43% e tyre e fillojnë këtë vizitë në tremujorin e parë.

Fillimi i vizitave gjatë shtatzanisë:

Në studimin për mëmësinë e sigurt, OBSH-MSH (1999) rezultonte se megjithëse përqindja e vizitave gjatë shtatzanisë është relativisht e kënaqeshme, koha kur grate drejtohen tek personeli i specializuar për ndjekjen e shtatzanisë është e vonë mbas tremujorit të dytë dhe afër fundit të tremujorit të tretë. Vetëm **18%** e grave kishin marrë vizitën e parë antenatale në tremujorin e parë të shtatzanisë, **45%** raportuan se ishin vizituar për herë të parë në tremujorin e dytë dhe një përqindje e lartë 47% janë kontrolluar për gjendjen e tyre gjatë shtatzanisë për herë të parë vetëm në tre muajt e fundit të barrës.

Po kështu survejimi RH survej 2002 tregoi se ndërmjet grave shtatzëna që kanë patur një lindje gjallë që nga janari 1997, duke përfshirë ato që nuk kanë bere asnjë vizite para lindjes, vetëm 59% kanë marre kujdesin e tyre para lindjes gjate tremujorit te parë. Gjatë tremujorit të dytë vizita e parë u bë nga 18% e grave shtatzënë dhe pjesa tjetër 3% kanë kryer vizitën e tyre të parë para lindjes vetëm në tremujorin e trete.

Vend banimi, arsimi dhe indeksi social ekonomik jane gjithashtu faktorë me rëndësi që ndikojnë fillimin e hershëm të kujdesit para lindjes. Gra të cilat jetojnë në një zone urbane e fillojnë me herët kujdesin e tyre para lindjes krahasuar me gratë që jetojnë në një zone rurale, 71% kundrejt 51%.

Dallimet midis grupeve me nivele të ndryshëm arsimi dhe social ekonomike janë edhe më të larta. Vetëm një në kater gra me arsim tetëvjeçar kanë kryer vizitën e tyre të parë mbas tremujorit të parë ose nuk kanë kryer asnjë vizitë. Ndërsa gjysma e grave me arsim fillor kanë vepruar kështu. Kur analizohet indeksi social ekonomik tabllloja është e njëjte.

Kujdesi para lindjes duhet jo vetëm të fillojë herët por edhe të vazhdojë gjatë shtatzanisë, sipas kontrolleve periodike të rekomanduara. OBSH rekomandon që numri mesatar i vizitave të kontrollit që një grua duhet të bëjë para lindjes të jete 4. Në studimin RH Survey 2002 relativisht pjesa më e madhe e grave (vetëm më pak se

gjysma e atyre që kane marrë ndonjë kujdes para lindjes) kanë patur vetëm 1-3 vizita. Numri mesatar i vizitave para lindjes midis të gjitha grave shtatzëna ishte rreth 3 duke u luhatur nga 3, në asnjë vizite dhe deri në 27 vizita

Në përgjithësi, gratë që jetojnë në zona urbane dhe me arsim më të lartë përdorin shërbimet shëndetësore më shpesh për kujdes para lindjes, krahasuar me gratë të cilat jetojnë në zonat rurale dhe kane nivel më të ulët arsimi.

Në paketën e kujdesit para lindjes një komponent me rëndësi është shpërndarja e informacionit shëndetësor. Këshillimi duhet të përfshijë informacionin mbi sjelljet e nënës ndaj ekspozimeve që mund të prekin shëndetin e fetusit, ushqyerjen, pushimin dhe shenjat e simptomat e herëshme të komplikacioneve të shtatzanisë. Më tej me afrimin e kohës së lindjes këshillimi duhet të përgatiti gruan për atë që ato do të përballen kur të lindin, të shpërndajë informacion të sakte në lindje me aktivitetin e lindjes dhe të keshillojë mbi teknikat për të paksuar dhimbjen dhe ankthin gjatë lindjes.

Gjithashtu gjatë periudhës para lindjes duhet filluar këshillimi rreth ushqyerjes me gjë dhe planifikimit familjar mbas lindjes duhet përforcuar kjo me kujdesin pas lindjes.

Duke ju referuar përsëri RH SURVEY 2002, 37% të grave kanë kryer pjesën më të madhe të vizitave të tyre para lindjes në një spital rrethi, ose në maternitetin e Tiranës. Një përqindje e ngjashme (33%) kanë përdorur poliklinikat, veçanërisht në Tiranë, ose në një qytet tjetër për shumicën e vizitave të tyre para lindjes dhe 23% të grave shtatzëna kanë përdorur qendrat shëndetësore ose ambulancat për vizitat e tyre.

Duket se një përqindje e grave që jetojnë në zonat rurale preferojnë të përdorin shërbimet shëndetësore që ndodhen në Tiranë, ose zona të tjera urbane në vend që të shkojnë tek qendra apo ambulanca më e afërt shëndetësore për t'u ekzaminuar dhe këshilluar. Vetëm 7% e grave shtatzëna kane kërkuar kujdes para lindjes në klinika private që luhet nga 13% në Tiranë, në 5% në zonat rurale

Në lidhje me informacionin e marre gjatë kujdesit paralindjes në Studim SHR rezultoi se vetëm 60% të grave që kanë ndjekur klinikat e kujdesit para lindjes kanë marrë ndonjë këshillim rreth ushqyerjes gjatë shtatzanisë. Përqindja e grave që kanë marrë këshillim rreth të ushqyerit me gjë dhe lindjes është afërsisht e njëjtë, pak mbi 58%.

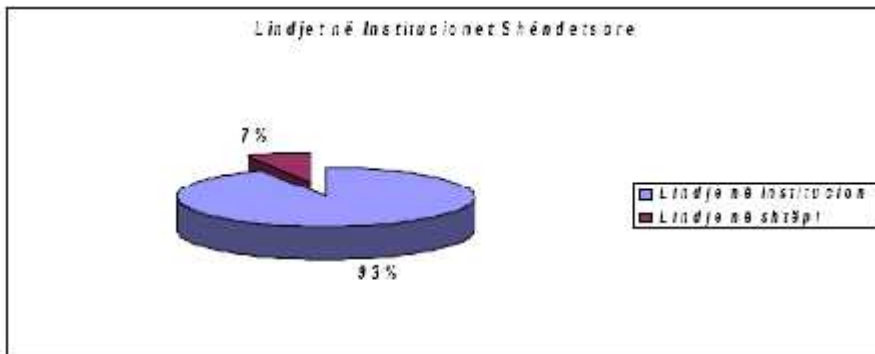
Çeshtje të tjera si kujdesi pas lindjes, komplikacionet e shtatzanisë, pasojat e pirjes së duhantit dhe alkolit, mbahen mend se janë diskutuar me një profesionist të shëndetësisë nga pothuajse gjysma e grave shtatzëna. Kontracepsioni është përmendur më pak si çeshtje për këshillim gjatë vizitave para lindjes; me pak se 40% e grave kanë raportuar për të.

LINDJA

Vendi i lindjes:

Në Shqipëri rekomandohet që të gjitha lindjet të ndodhin në institucionet shëndetësore ku stafi i trajnuar si duhet mund të monitorojë përparimin e aktivitetit të lindjes dhe lindjes.

Nga raportimet e MSH afersisht rreth 93% e lindjeve ndodhin ne institucionet shendetesore, ndersa 7% e lindjeve jane ne shtepi; nga keto lindje ne shtepi rreth 6.2% jane me asistence nga nje personel mjeksor dhe 0.2 % pa asnje asistence mjeksore.



Të dhënat e Studimit të Shëndetit Riprodhues 2002 tregojnë se 85% të lindjeve në vend ndodhin në një spital rrethi, ose në maternitetin e Tiranës dhe vetëm rreth 8% e lindjeve ndodhte në “shtëpitë e lindjes”. Lindjet që ndodhin jashtë institucioneve mjeksore, ose në shtëpi janë të rralla por ende zënë 6% të lindjeve në vend (të dhëna të ngjashme me ato të raportuara nga MSH).

Përqindja e lindjeve që ndodhin jashtë spitalit ose në shtëpitë e lindjes behet edhe më e lartë në disa nën grupe popullore, 22% në zonat rurale, 19% midis grave me arsim fillor dhe afersisht 21% midis atyre me status të ulët social ekonomik. Fenomeni i lindjes në klinika private, ose spital mbetet shumë i rrallë në Shqipëri, vetëm midis grave me status më të lartë social ekonomik kjo përqindje arrin 2.5% (lindje në klinika jashtë vendit).

Lindjet e ndodhura në shtëpi mund të shpjegohen me:

- uljen e aksesit dhe cilësisë për shërbimet shëndetësore,
- mungesën e personelit të specializuar sidomos mamite në fshatra, zonat verilindore të vendit.
- dëshirën e vet nënës për të lindur në shtëpi kur lindja është fiziologjike,
- lëvizjen e pakontrolluar të popullatës e cila shpesh ndryshon adresat e për rrjedhje nuk ndiqet dot nga mamia e patronazhit të zonës,
- kushtet jo të mira të shtëpive të lindjes që shpesh kanë mungesa në ujë, ngrohje, dhe në energji elektrike.

Lloji i lindjes

Survejmimi për shëndetin riprodhues 2002 tregoi se në Shqipëri ndërmjet viteve 1997 dhe 2002 pothuajse të gjitha lindjet janë kryer me rrugë vaginale, përqindja e lindjeve me seksio cezarea ishte 13.4%. Gratë që banonin në Tiranë kishin dy here me shumë mundësi të kenë një lindje me seksio Cezarea krahasuar me grate në zonat rurale, duke treguar se bazat e vendimit për një seksio cezarea mund të përfshijnë arsye të tjera përveç atyre mjeksore.

Indeksi i gjendjes social ekonomike, ishte një faktor tjetër që duket se lidhet me llojin e lindjes. Grate me një status më të lartë social ekonomik kanë më shumë se dy here mundësi të kenë një lindje me Seksio Cezarea. Faktoret që mund të rrisin mundësitë për të patur nje seksio janë moshë e nënës (veçanërisht mbi 35 vjeç) lindja e zgjatur, komplikacionet e shtatzanisë, pesha e ulet e foshnjes në lindje dhe më pak lindja e parë.

Arsyet më të shpeshta të dhëna nga grate po ne kete studin përfshinin kryesisht faktoret klinik, si keqprezantimet e fetusit (35%), lindjen e zgjatur ose foshnja filloi të vuante (22%) dhe foshnja ishte shumë i madh për lindje vaginale (7%). Lindja e mëparëshme me seksio cezarea ishte një shkak që përmendej shpesh si arsye për seksion aktuale (22%).

Sipas te dhenave te Ministrise se Shendetesise per vitin 2006 26.5 % e lindjeve ne nivel vendi jane kryer me seksio cezarea. Materniteti i Tiranës nr 1 ka nje perqindje SC prej 33.4% dhe materniteti nr 2 me 29.2%.

Rezultatet jo të mira të lindjes

Rezultate jo të mira lindje janë quajtur fetos mortos, lindje preterm (lindje gjalle brenda 37 javëve shtatzani) dhe foshnjat që peshojnë më pak se 2500 gram në lindje (përqindje e lindjeve me peshë të ulët).

Nga raportimet e M.SH. rezulton se lindjet nën peshë 1000-2500 gr, përbëjnë rreth 8.5% të gjitha lindjeve.

Në RH Survey incidenca e lindjeve me peshë të ulet (LPU) për foshnjat e lindura gjallë gjatë periudhës së studimit ishte 4.6%. Nuk ka tendenca të qarta ne përqindjet e lindjeve me peshë të ulet midis kategorive të zgjedhura te grave përveç moshës dhe radhës së lindjes, LPU ishte respektivisht 5.7% dhe 6.7% midis grave më të reja se 20 vjeç dhe nënat për here të pare, ndërsa vetëm 1.5% ndërmjet nënave të grup moshës 35-44 vjeç dhe 2.4% midis grave që kanë patur tre ose më shumë lindje.

Përqindja e lindjes para kohe është lehtësisht më e ulët se LPU (3.6%) por karakteristikat lidhur me radhën e lindjeve kanë të njejtin profil si LPU. Lindja e zgjatur rrit më shume se dy herë rrezikun për LPU (lehtësisht më pak se lindja premature), dhe ky fakt është konstant me të dhënat e tjera të gjetura nga studime te tjera të ngjashme.

Mbimedikalizimi

Aktualisht në shërbimet tona të kujdesit amtar vërehet edhe fenomeni i mbimedikalizimit të lindjes. Problemi i mbimedikalizimit ka rrënjët në besimin e superioritetit të kujdesit spitalor dhe përdorimit të teknologjisë “moderne” gjatë shtatzanisë dhe lindjes-që janë nderhyrje të tilla si seksio cezarea rutine, oksitociket për të shtuar aktivitetin e lindjes, monitorimi elektronik i lindjes dhe anestezia epidurale. Besimi në këto nderhyrje teknike predominon në shumë vende të zhvilluara dhe tani është përcaktuar si “standarti i artë” në vendet në zhvillim.

Tendenca e mbipërdorimit të teknologjisë është për një sërë arsyesh.

- trajnim jo i mjaftueshëm bazë dhe gjatë punës i punonjësve shëndetësor,
- sistem i dobët monitorimi dhe supervizioni dhe mungesa e standarteve, ose rregullimeve që mund të nxisin përdorimin jo të drejtë të teknologjive riprodhuese.
- mungesa e informacionit rreth rreziqeve dhe përfitimeve të disa procedurave ndikon në një situatë ku gratë pranojnë, ose dhe kërkojnë ndërhyrje mjeksore/kirurgjikale që aktualisht nuk janë të nevojshme.

Pasojat negative të mbimedikalizimit mund të jenë serioze

Numri i seksio Cezarea rritet vazhdimisht dhe sot dihet se seksio cezarea është një nga shkaqet më të mëdha të infeksioneve obstetrikale në botë.

Vdekshmeria amtare rritet 2-3 herë dhe sëmundshmëria 5-19 herë mbas një seksio krahasuar me lindjen vaginale.

Gjithashtu ka të dhëna për **efekte negative** mbi **shëndetin e të porsalindurit**, duke përfshirë detresin respirator, prematuritetin dhe shifra të ulta të ushqyerjes me gjë.

Së fundi **shtimi i numrit të seksio cezarea ndikon në qëndrimin e zgjatur në spital**, mbipopullimin e tij dhe përdorimin e gabuar të personelit mjeksor dhe burimeve të ndryshme.

Vizitat pas lindjes

Një element me rëndësi në kujdesin për nënën është edhe ndjekja e saj në javët e para pas lindjes. Treguesit që kanë rezultuar nga disa survejime flasin se një përqindje e vogël e grave shkon tek mjeku për kontroll rutinë postnatal.

Vlerësimi i nevojave për mëmësinë e sigurt (safe motherhood needs assessment 1999) i bërë nga OBSH tregoi se 22% e grave shtatzëna nuk kishin shkuar asnjehere për kujdes pas lindjes.

Ndërsa në RH survey 2002 rezultoi se më pak se një në pesë gra (19%), të moshës aktuale 15-44 vjeç, që lindën foshnjat e tyre gjatë periudhës 1997-2002 kishin kryer të paktën një vizitë pas lindjes. Vetëm 36% e kishin kryer vizitën e tyre të parë pas lindjes brenda javës së parë mbas lindjes dhe rreth 61% e grave e kishin bërë vizitën e tyre të parë brenda dy javëve mbas lindjes.

Vendbanimi urban, niveli më i lartë i arsimit dhe kategorite më të larta social ekonomike ishin faktorët kryesorë që ndikonin mbi përqindjen më të rritur të kujdesit pas lindjes. Ato që kishin lindur në Maternitetin e Tiranës, nënat me femijën e parë dhe ato me komplikacione pas lindjes kishin më shume tendence për të përdorur shërbimet e kujdesit pas lindjes krahasuar me grate e tjera.

Vizitat postpartum ishin më të shpeshta në qytet dhe tek nënat me arsim të lartë. Shkaqet për këtë numër të ulët vizitash pas lindjes janë të njëjta me ato që u përmendën më lart, (aksesi, cilësia e shërbimeve të nënës, pengesat social kulturore, roli i gruas në familje sidomos në zonat rurale).

Prevalenca e vizitave gjinekologjike rutinë ndërmjet grave me aktivitet seksual.

Rekomandimet ne bote jane qe ne pergjithësi gratë të bëjnë një ekzaminim gjinekologjik rutinë cdo vit, pas moshës 18 vjeç madje edhe me herët nëse ajo ka filluar jeten seksuale.

KAPB Survey (Vleresimi njohurive qendrimeve dhe sjelljeve per shëndetin riprodhues) i vitit 2000 i kryer nga UNFPA, UNICEF, OBSH, USAID dhe Ministria e Shendetesise tregoi se vetem 42% e grave, pavaresisht nga mosha kane pasur nje ekzaminim gjinekologjik dhe pak me shume, ku 60% e tyre qe kishin bere nje ekzaminim i perkisnin moshes 26-40 vjeç dhe ishte nje renie e qarte e frekuences se ketyre ekzaminimeve pas moshes 35vjeç.

Studimi i SHR ne Shqipëri tregoi se vetëm 32% e grave që kanë aktivitet seksual raportojnë se kanë bërë një ekzaminim gjinekologjik rutinë Kjo perfaqëson nivelin me të ulët të raportuar nga studimet e ngjashme të kryera në vendet e Europes Lindore dhe rajonit të Kaukazit. Në këto vende kjo përqindje varion nga 58% ne 93% (CDC dhe ORC MACRO, 2003).

Po ne kete studim kur u pyetën për ekzaminimin gjinekologjik rutinë të vitit të fundit, vetëm 16% e grave me aktivitet seksual të kampionit të anketimit u pergjigjen se ato kishin bërë një ekzaminim të tille.

Vendbanimi urban, dhe veçanerisht në Tiranë, rrisin mundësinë për të patur ekzaminim gjinekologjik rutinë si dhe bërjen më të shpeshtë të tij në krahasim me gratë e zonave rurale (20% kundrejt 14% gjatë vitit të fundit). Në masën e kampionit të dhënë nuk ka ndryshime të ndjeshme ndërmjet grupmoshave. Përqindja e të gjitha ekzaminimeve te gratë me shkollë më të lartë se të mesme është rreth 44%, ndërsa ndërmjet grave me shkollë tetevjeçare ose më pak është vetëm 28%.

Punësimi mund të jete gjithashtu i lidhur pozitivisht me treguesin. Shperndarja e përqindjes ndërmjet grave të martuara, të pamartuara, dhe grave të martuara më parë, me sa duket tregon për ndikimin e moshës.

Kur u pyetën rreth arsyes më të rëndesishme, përse ato nuk kanë bërë kurre një ekzaminim gjinekologjik rutinë (vetëm për gratë me aktivitet seksual), shumë nga ato që ishin përzgjedhur u pergjigjen se ishin të shëndetshme, ose se nuk kishin nevojë të bënin një ekzaminim gjinekologjik. Një përqindje shumë e ulët (2%) përmenden probleme të lidhura me ofruesin e shërbimit. Kjo tregon për një ndërgjegjesim shumë të ulët ndërmjet grave mbi rëndësinë e parandalimit të kancerit dhe një mungesë informacioni për nevojën e ekzaminimit gjinekologjik rutinë.

Prevalenca e ulët e ekzaminimit gjinekologjik rutinë mund të kete një ndikim negativ të rëndësishëm mbi depistimin, këshillimin dhe edukimin shëndetësor. Këto gjetje sugjerojne se duhen bërë më shumë perpjekje për të modifikuar besimet dhe qendrimet e pergjithshme shëndetësore si dhe për edukimin e grave rreth procedurave të depistimit dhe parandalimit të sëmundjeve. Këto perpjekje duhet të shoqërohen nga ndërhyrje të tjera me qellim rritjen e aksesit dhe të cilesise se shërbimeve si dhe mbulimit më të mire gjeografik

Po keshtu studimi i SHR tregoi se prevalenca e sëmundjeve inflamatore pelvike ndërmjet grave me përvojë seksuale në Shqipëri duket të jetë më e ulta në krahasim

me vendet e tjera që kanë të dhëna të tilla të ngjashme. Në Shqipëri (SSHR) është rreth 11%.

Raportimi i sëmundjeve inflamatore pelvike është pak më i lartë në Tiranë, rritej me moshën (deri në 35-39 vjeç), është pak më i ulët ndërmjet grave me arsim të mesëm dhe është krahasimisht shumë i lartë ndërmjet grave që kanë qenë më parë të martuara (rreth 7 herë më i lartë sesa të gratë e pamartuara dhe 2 herë më i lartë sesa të gratë e martuara).

Anemia e diagnostikuar ka prevalencën më të lartë, ndër sëmundjet e zgjedhura në studimin e SHR ku gati 12% e grave raportuan se, të paktën njëherë u është thënë nga një mjek që ato kanë këtë problem shëndetësor.. Shpërndarja sipas karakteristikave të përzgjedhura të popullsisë shqiptare, të prevalencës së anemisë të vetëraportuar ka të njëjtin profil si dhe nivelet e sëmundjeve inflamatore pelvike.

Tensioni i lartë i gjakut është sëmundja e tretë, e raportuar më shumë (8.4%). Vetëraportimet për presionin e lartë të gjakut në Shqipëri të gratë rriten me moshën; është më i lartë ndërmjet grave të martuara më parë dhe pak më i lartë ndërmjet grave në zonat rurale.

Shëndeti femijes

Duke parë treguesit e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare dhe foshnjore e feminare të vendit shikohet se ato kanë përmirësime të ndjeshme krahasuar me një dhjetevjeçar më parë.

Por ende këto tregues mbeten të pakënaqshëm kur krahasohen me vendet e tjera të rajonit Europian. Gjithashtu ka pabarazi në këto tregues edhe brenda vendit, si në disa rajone të zonave veri lindore, ose në disa grupe të mënjanuara dhe në dizavantazh që janë veçanërisht më të rrezikuar.

Kjo mund të vërehet në veçanti tek familjet me fëmijë që aksesin për shërbime cilësore shëndetësore, informim dhe edukim, banim dhe ushqyerje të përshtatshme vazhdon të mbetet problematik.

Pabarazitë në shëndet dhe në akses për kujdes shëndetësor ndërmjet grupeve të ndryshme sociale janë të shprehura dhe ndikojnë në paqëndrueshmërinë sociale. Gratë dhe fëmijët në çdo vend janë grupe popullore më të ndjeshme ndërmjet të varfërve.

Aktualisht në Shqipëri ashtu si edhe në gjithë rajonin së bashku me kequshqyerjen, problemet perinatale dhe sëmundjet infektive, këto vitet e fundit kanë dale në dukje kërcënime të reja për shëndetin gjatë periudhës së fëmijërisë së vonëshme dhe adoleshencës, si obeziteti, problemet psikosociale dhe të shëndetit mendor.

Incidenca e HIV/AIDS ndërmjet të rinjve është duke u rritur, dëmtimet dhe dhuna përbëjnë një kërcënim për fëmijët dhe adoleshentet. Ka një shqetësim në rritje mbi pasojat afat-shkurtëra dhe afat-gjata të ambientit të ndohtur dhe të pasigurt si dhe të një mënyre jo të shëndetëshme jetese.

Sherbimet e Kujdesit per femijen

Kujdesi shendetesor paresor

Fshat: Ambulancat me personel te mesem mami-infermiere, nen kontrollin mjekesor te mjekut te familjes te Qendres Shendetesore

Qendrat shendetesore jane te vendosura ne nivel komune dhe ne to ka zakonisht mjek familje dhe ndonjehere pediater, si dhe mami-infermiere te cilet ndjekin te gjithë problematikat e mirerritjes dhe zhvillimit te femijeve 0-14 vjeç.

Ne qytet

Keshillimoret e femijeve qe ndjekin mirerritjen dhe zhvillimin e femijeve te moshes 0-6 vjeç,

Sherbimet ambulatorie per semundjet pediatrike te vendosura prane poliklinikave te lagjeve te qyteteve qe ndjekin femijen e semure deri ne moshen 14 vjec.

Kujdesi shendetesor dytesor: Ne te gjitha spitalet e rretheve eksiztojne pavionet e pediatrie se pergjitheshme.

Kujdesi shendetesor tretesor: Ky sherbim aktualisht ne vendin tone ofrohet nga Spitali pediatrik prane QSUT "Nene Tereza" Tirane

Qendra Kombetare per Mirerritjen dhe Zhvillimin e femijeve. Qendra Kombetare e Mirerritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit te Femijes eshte krijuar si e tille me **VKM 325 dt.23.06.2000**. Ajo u ngrit si nje qender diagnostikuese e trajtuese per problemet e zhvillimit, si nje qender trajnimi dhe si nje vend per kryerje studimesh shkencore ne lidhje me mirerritjen dhe zhvillimin e femijeve.

Kujdesi per te porsalindurin

Sherbimi neonatologjik spitalor ne vendin tone perfshin 28 rrethe te vendit, ku jane dhe spitalet obstetrikale te kujdesit shendetesor dytesor dhe tretesor. Sipas te dhenave te MSh Mortaliteti neonatal ka ardhur duke u rritur nga viti 1990 deri ne vitin

Vdekshmeria foshnjore

Megjithese te gjitha burimet e te dhenave flasin per permiresime inkurajuese te vdekshmerise foshnjore per dhjetevjeçarin e fundit, ky tregues krahasuar me vende te tjera te rajonit European mbetet ne nivele te larta.

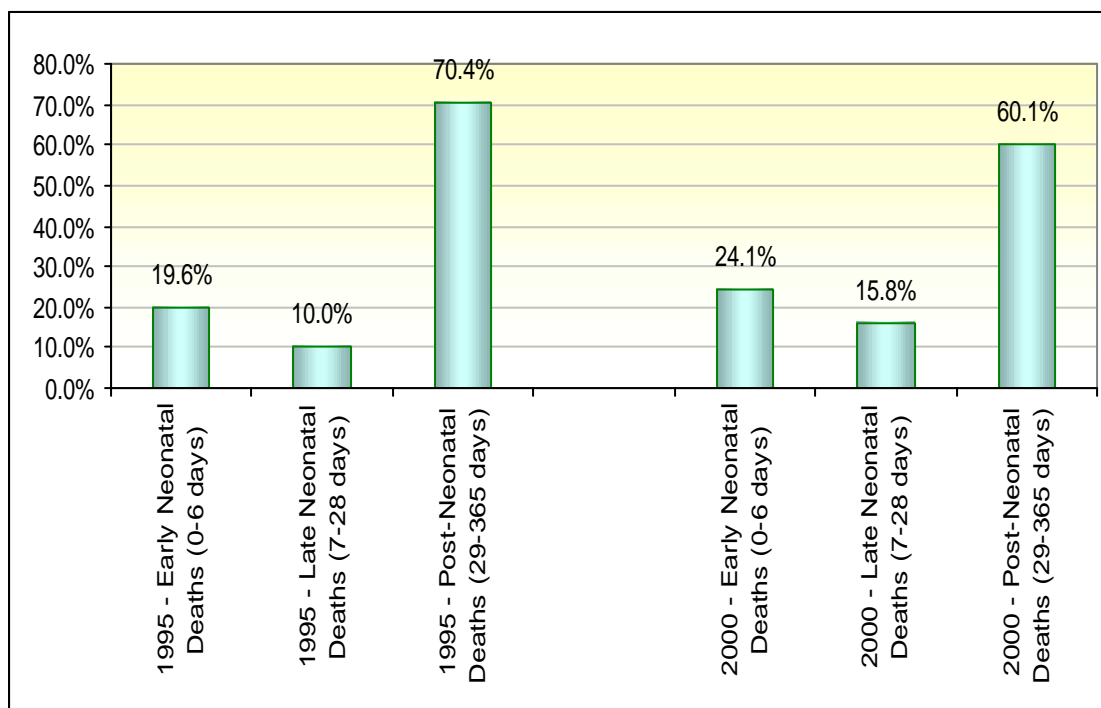
Shifrat zyrtare te MSH, bazuar ne raportimet e institucioneve shendetesore publike, tregojne nje vdekshmeri foshnjore prej 16/1,000 lindje gjalle ne vitin 2000 dhe 12.4 ne vitin 2007, qe eshte ulur nga 30 per mije ne vitin 1990. Te dhenat zyrtare e raportuara nga INSTAT qe mblidhen nga skeda e vdekjes jane me te ulta se ato te raportuara nga MSH.

Burime dhe studime të tjera tregojnë shifra më të larta të vdekshmërisë foshnjore. Për shembull MICS survey i kryer në vitin 2000 nga UNICEF, përlogariti vdekshmërinë foshnjore 28 për 1,000 lindje gjalle duke përdorur një model simulimi që korigjon nënraportimet mbështetur mbi të dhëna tëurvejuara.

OBSH duke përdorur një model të ngjashëm përlogariti se vdekshmëria foshnjore për vitin 2000 në Shqipëri ishte 23/1000 lindje gjalle. Po kështu Surveji për SHR, 2002 llogariti vdekshmeri foshnjore prej 26.2 për 1000 lindje gjalle për periudhën kohore 1997-2002. Bazuar mbi raportimet e MSH dhe OBSH vdekshmëria foshnjore është ndër më të lartat në rajonin Europian.

Pyetsori iurvejimit RHS 2002 kishte përfshirë disa pyetje gjatë marrjes së historisë së shtatzanisë që ofronin informacion të detajuar mbi vdekshmërinë foshnjore dhe feminare. Niveli i vdekshmërisë foshnjore që u llogarit për periudhën Gusht 1992 – Qershor 2002 ishte 26.2 për 1000 dhe niveli i vdekshmërisë ndën 5 vjeç (fëmijët ndën 5 vjeç), për të njëjtën periudhë ishte 31.9 për 1000.

Për këtë periudhë kohe niveli i vdekshmërisë neonatale ishte 11.9 për 1000 LGJ dhe i vdekshmërisë postneonatale ishte 14.3 për 1000 LGJ. Studimi SHR rregjistroi 55% të vdekjeve foshnjore në periudhën postneonatale, një rezultat i ngjashëm, krahasuar me 60% të raportuar nga MSH në vitin 2000



Shifrat e vdekshmërisë nën pesë vjeç për vendin tonë shkojnë nga 18 në 33 për 1.000 lindje të gjalla, në vartësi të burimit.

Studimi SHR 2002 tregoi se vdekshmëria foshnjore dhe ajo post neonatale është më e lartë për lindjet e treta në radhë, ose më tepër. Foshnjët e lindura pasi nëna e tyre kishte dy fëmijë të tjerë kishin nivele më të larta. Niveli i vdekshmërisë foshnjore për

nenat me mbi dy femije i llogaritur ngaurvejimi ishte 34 per 1000, ndërsa për të lindurin e pare ai është vetem 22.6 per 1000.

Faktori më shumë i lidhur me vdekshmerine foshnjore dhe feminare ne Shqipëri duket se është hapsira ndermjet lindjeve, fëmijët e lindur brenda 24 muajve mbasi nëna e tyre kishte patur një lindje të mëparëshme kane tre deri katër here më shumë rrezik për të vdekur brenda vitit të pare, ose brenda 5 viteve të para të jetës, krahasuar me fëmijet e lindur mbas më shumë se dy vjet kohe midis dy lindjeve

Ne studimin e fundit te kryer nga UNICEF MICS 2005, vdekshmeria foshnjore eshte perlllogaritur 18/1000 LGJ ndersa vdekshmeria e femijeve deri 5 vjeç eshte rreth 19 per mije LGJ.

Përqindjet e vdekshmërisë foshnjore dhe të fëmijëve sipas burimeve të të dhënave

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
Përqindja e vdekshmërisë foshnjore								
Ministria e Shëndetësisë/Instituti i Shëndetit Publik					28.3	30	16	15.5
Vëzhgimi MIC i UNICEF i vitit 2000							28	
Tregues të Zhvillimit Botëror	78		55		37	25	22	15
Vlerësime të OBSH-së							23	
Përqindja e vdekshmërisë nën pesë vjeç								
Ministria e Shëndetësisë/Instituti i Shëndetit Publik					41.5	37	20.4	22.1*
Vëzhgimi MIC i UNICEF i vitit 2000							33	
Tregues të Zhvillimit Botëror	103		72		45	34	25	21

* Shifra për vitin 2002.

Burimi: Ministria e Shëndetësisë, UNICEF, WDI, HFA e OBSH-së.

Gjithashtu edhe ky studim konstatoi se ka ndryshime me rendesi ne lidhjen e vdekshmerise me nivelin arsimor dhe mireqenien social-ekonomike. Nga studimi rezultoi se vdekshmeria e femijes eshte e lidhur ngushte me varferine. Ne veçanti mundesia per te vdekur e foshnjeve dhe femijeve deri 5 vjeç qe jetonin ne familjet me te pasura eshte rreth ¼ e asaj te nivelit kombetar

Vdekshmeria feminare **MICS 2005**

	Vdekshmeria foshnjore*	Vdekshmeria deri 5 vjeç**
<i>Totali</i>	18	19
Arsimimi nenes		
Asnje /Fillor	23	27
tetevjeçar +	17	19
Indeksi Mireqenies		
60 perqind (me te varferit dhe niveli mesatar)	23	26
40 percent (me te pasurit)	5	5

MSh raporton per vitin 2005 vdekshmerine foshnjore ne shifrat 14.7 per 1000 LGj. Siç shikojme perseri ka diferenca te vogla kur krahasohen rezultate e MICS me ato te MSH

Keshtu vdekshmëria foshnjore eshte rreth 40% me larte ne zonat rurale (30%), krahasuar me ato urbane 21%.

Një tjetër karakteristike që duket se ndikon nivele më të larta të vdekshmërisës foshnjore dhe në një fare menyre edhe atë të vdekshmërisë ndën 5 vjeç është indeksi i ulët social ekonomik dhe arsimimi.

Persa i perket ndarjes sipas gjinise nga statistikat demografike te INSTAT rezulton se ka nje numer pak me te madh vdekjesh tek meshkujt ne krahasim me femrat per foshnjat e vitit te pare te jetes. Per vitet 1987-1992, vdekjet e meshkujve ishin 47 per 1000 lindje gjalle dhe te femrave 41 per 1000 lindje gjalle. Po keshtu edhe per vitet 1992-1997 vdekshmeria foshnjore e meshkujve mbetet me e larte krahasuar me femrat (INSTAT).

Duke pare strukturen e vdekshmerise foshnjore sipas grup moshave, shikohet se per 12 vitet e fundit numri i vdekjeve te femijeve te grup moshes 0-28 ditesh ka ardhur duke rritur, ndersa ai i grup moshes 6 12 muaj eshte ulur ndjeshem sidomos keto tre vitet e fundit

Vendi vdekjes

Per vitin 2000-2003 raportimet e MSH dhe INSTAT jane se rreth 68 % e femijeve kane vdekur ne institucione shendetesore ku rreth 58 % e tyre ndodhin ne maternitete dhe 42% ne spitalet pediatrike. Megjithese numri i vdekjeve ne shtepi eshte ulur qe nga viti 1990, perseri rreth 45% e vdekjeve 0-1 vjeç ndodhin ne shtepi.

Shkaqet e Vdekjes

Nder shkaqet e vdekshmerise foshnjore, sipas te dhenave te raportuara nga INSTAT edhe per vitet 2004-2007, vendin e pare e zene semundjet e aparatit respirator me rreth 20% te totalit te vdekjeve, shkaku i dyte jane shkaqet perinatale me rreth 19%, pasuar nga anomalite kongenitale rreth 10%. Por nje perqindje e konsiderueshme mbeten shkaqe te papercaktuara me 10% dhe semundjet e aparatit gastrointestinal dhe ato infektive kane nje ulje te ndjeshme.

Siç shikohet semundjet respiratore akute (ARI) zene vendin e pare ne vdekjet e femijeve 0-5 vjeç ne vendin tone. Ne vitin 1991 ato zinin rreth 40% te vdekshmerise foshnjore, ndersa ne 1993 rreth 43%. Nga perllogaritjet rezulton se çdo foshnje dhe femije deri 5 vjeç, ka te pakten 2-4 epizode te ARI ne vit. Duhet theksuar se vdekshmeria foshnjore nga ARI gjate ketyre viteve te fundit eshte ulur me ¼ krahasuar me vitin 1990. Sipas INSTAT per vitin 2005-2006, ½ e vdekjeve nga ARI (infeksionet akute te rrugeve te frymemarrjes) kane ndodhur ne shtepi.

Ne studimin MICS te kryer nga UNICEF gjate vitit 2000, rezultoi se ne 1453 femije te studiuar 0-5 vjeç, me pak se 2% e tyre kishin ARI gjate dy javeve te fundit (1.4%). Ne kete studim perqindja e personave qe kujdeseshin per keto femije te cilet njihnin te pakten 2 shenja risku, per te cilat uhej te kerkonin urgjentisht ndihme mjeksore ishte 86% (86.6% per zonat urbane dhe 85.6% per zonat rurale). Kjo perqindje nuk kishte diferenca te medha lidhur me shkallen e arsimimit te nenes (arsimi fillor 86.5%, tetevjeçar 86% dhe i larte 82.8 %)

Pneumonia eshte nje nga shkaqet kryesore te vdekjeve tek femijet me ARI dhe perdorimi i antibiotikeve per femijet deri ne moshen 5 vjeç konsiderohet si nje nderhyrje prioritare.

Survejimi MICS 2005 tregoi se, 37.5% e femijeve 0-5 vjeç qe ishin me pneumoni kishin marre antibiotike gjate dy javeve perparaurvejimit. Kjo perqindje ishte me larte ne jug ndersa ajo ulej ne 30% ne Tirane ku ka nje popullsi me te polarizuar ne lidhje me mireqenien dhe nivelin arsimor.

Semundjet diarreike kane qene nga shkaqet kryesore te vdekjeve ne femijet ne Shqiperi. Ato zinin rreth ¼ te vdeksherise foshnjore ne vitet 1991 dhe 1992, duke u rritur ne 13.3% ne 1994. Shkaqet kryesore lidhen me kushtet jo te mira higjienike ne familje, me pergatitjen e ushqimeve dhe faktoret ambientale. Ne vitin 2000 vdekshmeria nga semundjet diarreike rezultoi e ulur ne ½ krahasuar me vitet 1991-1992

Ne nje studim te kryer nga ISHP dhe Spitali Universitar pediatrik Tirane 1999, rezultoi se ¾ e rasteve me diarre ne femijet trajtohesishin me antibiotike. Ai tregoi se 1/3 e nenave ne qytete dhe 1/5 ne fshat kishin njohuri korrekte rreth semundjeve diarreike

Ne Shqiperi duke filluar nga viti 1993, me mbeshtetjen e UNICEF, filloi Programi Kombetar per Kontrollin e semundjeve diarreike, qe perfshinte aktivitetet te IEK dhe trajnime rreth praktikave korrekte te ushqyerjes, higjienes ambientale dhe perdorimit te ORT (solucion rehidruar oral). Me tej ky program u kombinua ne strategjine e MISF qe filloi ne vitin 2000. Aktualisht te gjitha qendrat shendetesore jane te furnizuara me ORT falas dhe perdoret ne trajtimin e diarreve te formave te lehta dhe mesatare sipas rekomandimeve te OBSH.

Ne studimin MICS te kryer gjate vitit 2000, ne 106 femije 0-5 vjeç qe kishin patur diarre ne dy javet e fundit rezultoi se rreth 35% e tyre kishin marre trajtim me ORT, ku 33.3% ishin ne zonat urbane dhe 36.0% ne zonat rurale, qe tregon se nuk ka ndryshime ne protokollet e dhenies se tresolit nga personeli shendetesor.

Ne po kete studim perqindja e femijeve 0-5 vjeç qe kishin patur semundje diarreike dy javet e fundit ishte 14.3%. Kjo perqindje ishte me e madhe ne grup moshat 12-23 muajsh, ndjekur nga grup moshat 48-59 muajsh. Perqindja e ulet ne grup moshen < 6 muajsh shpjegohet edhe me incidencen e rritur te ushqyerjes me gji gjate kesaj periudhe.

Sipas te dhenave te MICS 2005, perqindja e femijeve te moshes 0-59 muajsh me diarre ne dy javet e fundit eshte 6.9 dhe prej tyre 89% kane marre trajtim me solucione rehidruar nga goja

Vdekjet e te porsalindurit

Nga te dhenat e INSTAT vdekshmeria neonatale eshte perlogaritur 0.58 per 1000 lindje gjalle (2004). Sipas te dhenave te MSh, Mortaliteti neonatal ka ardhur duke u rritur nga viti 1990 deri ne vitin 2003 nga 4.7 %o ne 7,6 %o, mortaliteti i hershem dhe nga 8.6 %o ne 10.5 %o mortaliteti neonatal 0-28 dite.

Gjithashtu eshte rritur nga viti ne vit per 5 vitet e fundit pjesa qe ze, mortaliteti neonatal ne mortalitetin infantil, nga 27.6% ne vitin 1991, ne 30% ne vitin 1995, ne 40% ne vitin 2000. Kjo nuk ka te beje vetem me rritjen e mortalitetit neonatal, por edhe me uljen e vdekshmerise infantile nga semundje te tilla si ato gastrointestinale, infektive etj, ne moshen >28 dite.

Te dhenat e nxjerra nga nje studim epidemiologjik mbi vdekshmerine foshnjore te kryer nga ISHP ne 2003 tregojne se vdekjet e hereshme neonatale (0-6 dite) zene 24% te vdekjeve totale neonatale, vdekjet e vona (7-27 dite) zene 16% te totalit te vdekjeve neonatale, ndersa ato post neonatale (28-364 dite) jane 60% e totalit te vdekjeve neonatale per vitin 2000.

Shkaqet kryesore te vdekjeve te hereshme neonatale ishin ato qe ne vitin 2002 u regjistruan si Semundjet e te porsalindurit. (62%), ARI (12%). Semundjet infektive (10%), pasuar nga keqformimet e lindura (8%). Po sipas te njejta te dhenave te ketij viti, vdekjet e vona neonatale ishin shkaktuar kryesisht nga ARI (34%), Semundjet infektive (26%) and SID (10%).

Kujdesi pas lindjes per foshnjen

Mbas lindjes së fëmijes, është e rëndësishme të ofrohet kujdesi pas lindjes për nënën dhe foshnjen, që duhet të përfshijë këshillimin rreth ushqyerjes me gji, ushqyerjen dhe planifikimin familjar.

Pyetsori Shqiptar i SHR 2002 përfshinte pyetje lidhur me kujdesin shëndetësor për foshnjen mbas lindjes. Ne kete studim u nxorren te dhena lidhur me përqindjen e kujdesit pas lindjes për foshnjen, llojin e institucionit qe ofronte kujdesin dhe kohën kur kjo ka ndodhur.

Me shumë se 85% e foshnjeve te nenave te intervistuar ishin vizituar nga një staf shëndetësor dhe kishte dallime shumë të vogla midis kategorive të ndryshme shoqerore. Vetëm në pak raste vizitat ishin bere për të vizituar një foshnje të sëmure (8%).

Pothuajse të gjitha përdornin nje institucion kujdesi shendetesor për foshnjen si pjese e ekzaminimeve rutinë shëndetësore; 45% e këtyre vizitave ndodhin gjatë javës se pare mbas lindjes, ndërsa më shume se 20% ishte kryer vetem mbas javes se dyte te jetes së foshnjes.

Rregjistrimi i lindjeve

Nga survejimi per SHR rezultoi se perqindja e grave qe kishin rregjistruar te porsalindurit e tyre ishte me shume se 92%. Rreth 20% e nenave i rregjistronin foshnjet e tyre gjate javes se pare pas lindjes dhe 70% ne javen e dyte. MICS 2005 tregoi se 94% femijeve 0-5 vjeç jane rregjistruar pas lindjes.

Qendrimet/sjelljet e prinderve/familjeve, lidhur me kujdesin per femijet

Nje prej shqetesimeve qe eshte shfaqur ne te gjitha vendet qe iu nenshtruan tranzicionit te shpejte social eshte çeshtja e organizimit te familjes dhe kush duhet te merret me kujdesin e femijes. Te dhenat e survejimeve ne Shqiperi tregojne se kujdesi ditor dhe sherbimet parashkollore nuk jane te perdorura gjeresisht dhe per shumicen e femijeve akoma kujdesen familjaret, prinderit (77%), ose te afermit me te moshuar (16%). Megjithate studime te ndryshme ne vendin tone kane treguar se shendeti eshte nje prekupacion i madh i prinderve.

Ne KAPB Survey 2000, kur u pyeten prindet se cilat ishin problemet kryesore qe paraqesnin femijet ne Shqiperi, shendetit iu referua nga 27% te prinderve. Shqetesimi i dyte me i rendesishem ishte edukimi (21%) dhe i treti ishte social-ekonomik (14%).

Po ne kete studim te intervistuarit gjithashtu u pyeten kur ata mendonin se femijet duhet te fillonin te punonin; 54% e te anketuarve thane se djemte duhet te fillonin punen ndermjet moshes 18-20 vjeç. Raporti korrespondues per femrat ishte 50%. Nje tendence e pergjithshme ishte se vajzat duhet te fillonin te punonin me vone ndermjet moshes 20-23 vjeç, ndersa per djemte kjo ishte 18-20 vjeç. Prinderit e zonave urbane (rrethet kryesore te urbanizuara) ishin me teper te mendimit se djemte dhe vajzat duhet te fillojne te punojne me vone se prinderit e zonave rurale veçanerisht ne rastet e punesimit te vajzave.

Largesia qe kane per te shkuar prinderit me femijet per te kerkuar kujdes shendetesor te specializuar ndikon ne shpeshtesine me te cilen femijet marrin kujdes. Ne studimin e mesiperm 67% e te intervistuarve deklaruan se ata duhej te udhetonin vetem mbi 30 min, 17% pohuan se ata udhetonin ndermjet 30 dhe 60 min dhe 10% deklaruan se ata udhetonin me shume se 1 ore prej shtepise per te gjetur nje sherbim pediatrik.

Përdorimi i ujit, i higjienës, strehimit dhe furnizimi me energji elektrike

Përdorimi i ujit të pastër dhe te parrezikshem mbetet një problem i rëndësishëm për shëndetin publik në Shqipëri.

Të dhënat e studimit te INSTAT LSMS-së viti 2002, tregojnë se më pak se gjysmës së popullsisë i vjen uji me tubacion brenda në shtëpi (më pak se 20% e banorëve të zonave fshatare kanë ujë të rrjedhshem brenda në banesën e tyre dhe më pak se një në dy vetë përdorin ujë te rrjedhshem, brenda, ose jashtë banesës së vet. Nga ana tjetër, në Tiranë, gati të gjithë kanë ujë te rrjedhshem (97%), por shumica e njerëzve mendojnë se ky ujë nuk është i cilësisë së mirë për t'u pirë. Vetëm 41% e banorëve të zonave fshatare kanë tualet brenda në banesë, ndërsa 45% nuk përdorin tualet me kanalizime.

Krahasimet në mbarë rajonin tregojnë se rajoni malor fshatar ka problemet më të këqija të higjienës, ndërsa më shumë se 90% e popullsisë së Tiranës jeton në banesa me të paktën një tualet brenda. Sidoqoftë, edhe në qytetet, ekziston rreziku serioz i ndotjes së furnizimit me ujë nga ujërat e zeza. Është llogaritur se vetëm në Tiranë ka 24.000 bashkime të tubacioneve të ujërave të bardha me tubacionet e ujërave të zeza për shkak të prishjeve të tubacioneve.

Në përgjithësi, niveli i ulët i përdorimit të ujit që vjen me tubacione dhe i higjienës së papërshtatshme e te pamjaftueshme vazhdon të paraqesë një rrezik serioz në Shqipëri përsa përket epidemise të sëmundjeve që vijnë nga uji.

Mbulimi me rrjetin elektrik është gati i përgjithshëm. Të dhënat në shkallë ndërkombëtare tregojnë për një lidhje të ngushtë mes disponueshmërisë së energjisë elektrike dhe vdekshmërisë foshnjore. Sipas të dhënave të LSMS, 12.5% e popullsisë i shohin kushtet e tyre të strehimit si të papërshtatshme, kryesisht në zonat fshatare (16.5%), por edhe në Tiranë (8.5%).

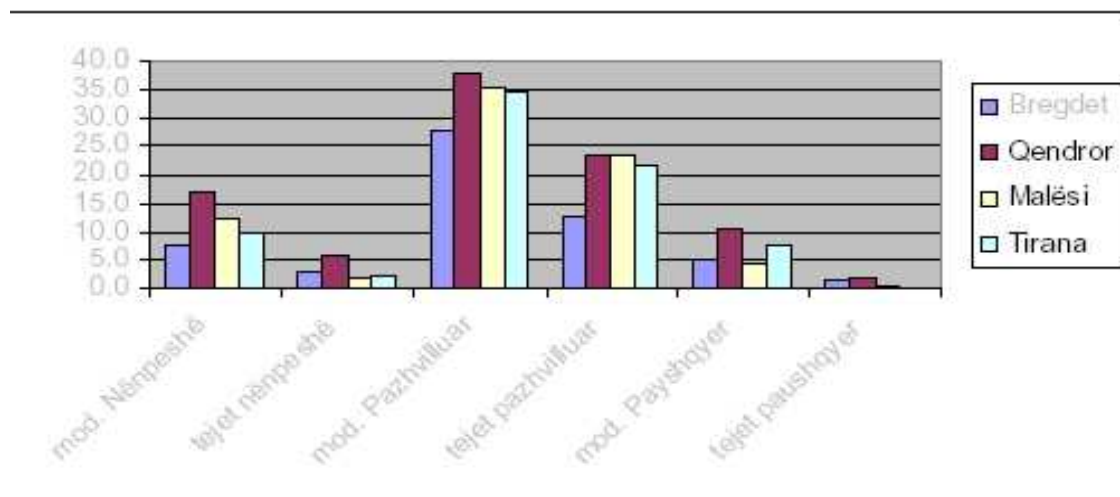
Ushqyerja e femijes

Spitali Pediatrik Unversitar i QSUT Tirane kreu studimin e pare kombetar per kequshqyerjen ne Shqiperi ne vitin 1990 bazuar mbi standartet antropometrike te OBSH. Studimi tregoi se 1/3 e ketyre femijeve ishin nen peshe dhe 2% vuanin nga kequshqyerje e rende. Mosha 1-2 vjeç kishte perqindjen me te madhe te kequshqyerjes 42%, qe reflektonte praktika jo te mira ne ushqyerjen me gji dhe fillimin e ushqyerjes solide para muajit te gjashte

Sipas studimit te INSTAT LSMS të vitit 2002, gati një në tre fëmijë është mesatarisht i pazhvilluar, ndërsa një në pesë është tepër i pazhvilluar. Rreth 8% janë mesatarisht të paushqyer, ndërsa rreth 1% është tepër e paushqyer. Afro 13% dhe 3% janë, përkatësisht, mesatarisht dhe tepër nën peshë. MICS i UNICEF-it kanë konstatuar shifra të ngjashme në vitin 2000.

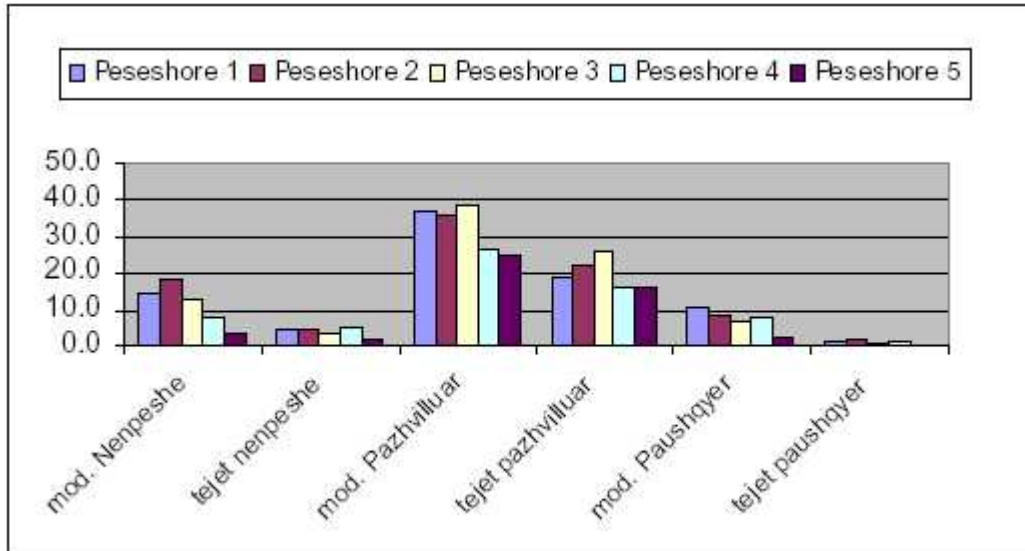
Gjithashtu, duket se ka pak ndryshim në incidencën e kequshqyerjes te fëmijët nga tre peseshoret më të ulta të konsumit për familje, por kequshqyerja pa dyshim është më e ulët te dy peseshoret e para

Shpeshësia e kequshqyerjes në bazë Rajoni ne Shqiperi



burimi: LSMS 2002.

Shpeshësia e kequshqyerjes në bazë të peseshoreve të konsumit për familje



Burimi: LSMS 2002.

Ne Studimin e MICS 2000 UNICEF, rezultori se prevalenca e malnutricionit eshte bere pothuajse e ngjashme si ne zonat urbane dhe rurale (kjo ndoshta e lidhur me migracionin e brendshem nga zonat rurale dhe mbipopullimin e zonave urbane). Femijet qe jetonin ne zonat malore treguan perqindje me te larte (32%) malnutricioni se ato qe jetonin ne zonat fushore (24%)

Diferencat me te medha ne malnutricion u pane gjithashtu edhe midis pjeses jugore te vendit (18%) dhe asaj te veriut (30%), qe reflekton gjendjen social-ekonomike. Pra, si perfundim zonat rurale (35,1%) kane rezultuar me te prekura nga malnutricioni se ato urbane (17,2%).

Mosha me e prekur eshte perseri grup mosha 1-2 vjeç (20.1%), qe siç u permend me siper reflekton praktikat jo te mira te fillimit te ushqyerjes solide/usqyerjes plotesuese qe ka lidhje me punen dhe njohurite jo te mira te personelit shendetesor lidhur me keshillimin per ushqyerjen e femijes si dhe me edukimin e nenave per kujdesin per mirerritjen e femijeve.

Ne baze te studimit te fundit te MICS 2005 te kryer nga UNICEF dhe INSTAT te dhenat tregojne se nje ne 14 femije 0-5 vjeç ne Shqiperi eshte nden peshe te formes mesatare (7.5 %) dhe 1.2% klasifikohen si forme e rende nden peshe. Pothuajse 1- 5 femije (22%) jane stunting, ose shume te shkurter per moshen e tyre dhe 3% jane shume holle per gjatesine e tyre (wasting). 6.6% jane forme mesatare te kequshqyerjes dhe 1.7 % jane me kequshqyerje te formes se rende.

Edhe ky studim tregoi dallime te lehta midis zonave urbane dhe rurale. Djemte duken me shume nden peshe dhe stunting se vajzat. Mosha kohore me e madhe per kequshqyerjen eshte perseri 6-11 muajsh per te tre indikatorret

Ushqyerja me gji.

Ne vendin tone ushqyerja me gji ka qene tradite, por mbas viteve 1990 si rrjedhoje e medikalizimit te lindjeve ne maternitete, hapjes se vendit drejt ekonomise se tregut, filluan te futeshin edhe qumeshtet industriale si zevendesues te qumeshtit te gjirit.

Ne kete kohe ndodhen edhe paradokse te tilla, si p.sh. shperndarja e qumeshtit per bebe, nxenesve dhe mesuesve te shkollave 8-vjeçare. Dhurimet krijuan njefare *varesie* te ketyre institucioneve ndaj ketyre produkteve dhe njefare “*mode*” te perdorimit te tyre. Shpejt kompanite krijuan tregun e tyre te shitjes dhe aplikuan metodat e tyre te marketingut.

Ne vitin 1998, per te njohur situaten e ushqyerjes me gji ne vendin tone, u krye studimi per “Monitorimin e ushqyerjes me gji” nga M.SH, ne bashkepunim me Unicef dhe Shoqaten Shqiptare per Mbrojtjen e Ushqyerjes me gji ne 7 rrethe te vendit. Rezultatet treguan se megjithese 94% e nenave fillonin ushqyerjen eskluzive me gji ne maternitet mbas muajit te pare, deri ne muajin e gjashte te jetes incidenca e ushqyerjes me gji ulej perkatesisht nga 70% ne 11%.

Pra ky tregues fliste per mbeshtetjen e paket qe gjenin nenat tek personeli shendetesor lidhur me te ushqyerit me gji, njohurite dhe aftesite jo te mira te personelit shendetesor mbi perpresite e perfitimet e ushqyerjes me gji, si dhe punen qe benin kompanite e produkteve zevendesues te qumeshtit te gjirit tek nenat.

Per te permiresuar kete situatë e cila ishte jo e kenaqeshme, ne shtator te vitit 1999 u miratua ligji mbi “*Nxitjen e Ushqyerjes me gji*”, mbeshtetur mbi Kodin nderkombetar te Marketingut te Zevendesuesve te Qumeshtit te Gjirit.

Gjithashtu per te nxitur ushqyerjen me gji ne institucionet tona shendetesore po perhapet “*Inisiativa e baby friendly hospital*, spitalet mike te foshnjes (OBSh/UNICEF). Nga korriku 1998, ne Shqiperi kemi spitalin e pare qe ka marre çertifikaten si SPITAL MIK I FEMIJES, Materniteti i Lezhes, i cili ishte edhe spitali i pare ne Ballkan qe u çertifikua nga ekspertet nderkombetar dhe UNICEF. Po ate vit Spitali Universitar Obstetrik Gjnekologjik nr 1 Tirane ka marre nje çertifikate nxitjeje.

Ne vitin 2000 ne Shqiperi u vleresua edhe nje maternitet tjeter si *baby friendly hospital*, materniteti i Fierit, qe ze vendin e trete ne vend persa i perket numrit mesatar vjetor te lindjeve. Gjate kesaj kohe jane ne vleresim per t’u bere spitale mik te femijes edhe materniteti i Korçes, Elbasanit dhe Shkodres, Dibres, Kukesit, Tropojes, Krujes, Vlores, Lushnjes.

Sipas MICS 2000, UNICEF vetem 9% e femijeve ne moshen deri 4 muajshe ushqehen eskluzivisht me gji. Ne moshen 6-9 muajshe, 1/4 e femijeve marrin qumesht gjiri dhe ushqyerje gjysem solide dhe ne moshen 20-23 muajshe vetem 6% e tyre vazhdojne ushqyerjen me gji

Ne vitin 2001 nga MSH, UNICEF dhe ‘Shoqata Shqiptare per nxitjen dhe mbrojtjen e ushqyerjes me gji’ u krye perseri nje monitorim i situates lidhur me ushqyerjen me gji per te pare ndryshimet e arritura nga nderhyrjet e mesiperme.

Rezultatet treguan se kishte nje permiresim te ndjeshem te situates. Keshtu perqindja e ushqyerjes vetem me gji ne muajin e gjashte ishte 43.6 %, ushqyerja e vazhduar me

gji ne vitin e pare te jetes ishte 54%; Fillimi i ushqyerjes shtese ne moshen 6-9 muaj rezultoi i kenaqshem: 77, 6%.

Pra mund te themi se:

- **gjendja e ushqyerjes me gji ne vendin tone ishte permiresuar ndjeshem**, krahasuar me te dhenat e studimit te vitit 1998.
- **vihet re qarte ndryshimi ne praktika mes qyteteve ku eshte kryer nje nderhyrje**, si trainimi i personelit shendetesor, dhe atyre ku nuk eshte bere asnje nderhyrje;

Survejimi për SHR 2002, përfshinte pyetje rreth mënyrave të ushqyerjes me gji dhe te kohezgjatjes për të gjithë fëmijet ndën moshen 5 vjeç. Për pjesën më të madhe (93%) të gjitha foshnjeve të lindura gjatë periudhës 1997-2002 ishin ushqyer me gji për të paktën një periudhë të shkurtër kohe.

Vetëm 15% e foshnjeve që kanë qene ndonjëherë te ushqyera me gji filluan kete ushqyerje brenda ores së pare të jetës. Pjesa më e madhe e fëmijeve 52% filloi ushqyerjen me gji ndërmjet dy oreve të para pas lindjes deri ne perfundim të dites se pare të jetës. Më pak se 10% filluan ushqyerjen me gji ditën e dytë dhe pjesa e mbetur 23% mbas ditës se dytë të jetës. Zgjatja mesatare e çdo lloj ushqyerje me gji ishte 14.3 muajsh dhe kjo nuk duket se ndikohet shumë nga karakteristikat e tjera të përfshira në analize.

Sigurisht mestarja e kohëzgjatjes se dy treguesve të tjerë ishte më e vogel, duke treguar se shumë prej këtyre foshnjeve 14 muajsh ishin ushqyer vetëm pjesërisht me qumeshtin e nënës së tyre. Zgjatja mesatare e ushqyerjes vetëm me gji ishte 2.8 muaj dhe ajo e ushqyerjes plotësisht me gji ishte pothuajse 5 muaj. Dallimet midis kategorive të zgjedhura socialekonomike mbeten të vogla

Studimi i fundit MICS 2005, tregoi se afërsisht 24.7% e femijeve te moshes 0-5 muajsh jane ushqyer eskuzivisht me gji. Ne moshen 6-9 muajshe 25% e femijeve vazhdojne ende te ushqehen me gji dhe te marrin ushqime te ngurta. Ne moshen 12-15 muajshe, 38% e femijeve vazhdojne te ushqehen me gji dhe ne moshen 20-23 muajshe 12% e tyre vazhdojne ushqyerjen me gji. Djemte ka te ngjare te ushqehen me shume eskuzivisht me gji krahasuar me vajzat ndersa vajzat kane rezultuar se kane perqindje me te larte te fillimit ne kohe te ushqyerjes komplementare.

Gjithashtu ne vitin 2006 MSH dhe UNICEF, se bashku me Shoqaten Shqiptare per ushqyerjen me gji kreu monitorimin e trete te praktikave te ushqyerjes me gji, ne 1115 femije 0-2 vjeç nga 10 rrethet me te medha te vendit.

Te dhenat treguan se 37.6% e femijeve merrnin qumesht gjiri brenda ores se pare pas lindjes. Ushqyerja eskuzive ishte ne 37.6%, dhe 74% e tyre vazhdonin ushqyerjen me gji ne vitin e dyte te jetes. 17.4 % e femijeve 0-6 muajsh qe nuk ishin ushqyer me gji ushqeheshin me qumesht lope dhe numri i femijeve te ushqyer me formula ishte 18% (shifer kjo e ulet e lidhur me koston e larte qe kane keto produkte ne tregun tone).

Ushqyerja komplementare

Futja e ushqimeve te tjera pervec qumeshtit te gjirit mund te jete nje pike kritike kthese ne zhvillimin shendetesor te foshnjes. OBSH dhe UNICEF rekomandon zgjatjen e ushqyerjes me gji dhe futjen ne kohe dhe te sigurt te ushqimeve te tjera jo me vonë se moshë 6 muajsh.

Ne studimin KAPB 2000 ne moshen 6 muajsh vetem 15% e nenave ju kane dhene foshnjeve ndonje ushqim tjetër, ndersa mbas moshes 6 muajsh 51% e nenave kishin filluar ushqyerjen komplementare.

MICS survey e vitit 2005 tregoi se 47.2% e femijeve te moshes 6-8 muajsh merrnin ushqyerje komplementare te pakten 2 here ne dite dhe 44% e femijeve 9-11 muajsh merrnin ushqyerje me gji dhe ushqyerje komplementare te pakten 3 here ne dite. Ne total 46% te femijeve 6-11 muajsh merrnin qumesht gjiri dhe ushqyerje komplementare te pakten sipas numrit minimal te vakteve ditore te rekomanduara

Struktura e Ushqimeve komplementare te filluara nga nenat per femijet e moshes 6-23 muajsh u perlllogarit ne Survejimin e Ushqyerjes me gji ne vitin 2006 te kryer nga MSH, UNICEF dhe Shoqata Shqiptare per Promocionin e Ushqyerjes me gji

Nga ky studim rezultoi se 69% e femijeve te moshes 6-23 muajsh kane filluar ushqyerjen komplementare ne kohe. Nga kjo grup moshe 86% e tyre ushqeheshin me ushqime me permbajtje drithrash, 62% merrnin produkte mishi dhe 57 % merrnin qumeshtin dhe bulmetrat. Ndersa perqindja e ushqyerjes me zarzavate dhe fruta te pasura me vitamina ishte me ulet afersisht me 50%.

Mungesat ne Vitamina dhe Mikronutriente

Pamjaftueshmeria jodike. Mungesa e te dhenave sistematike mbi prevalencen e çrregullimeve jodike ne vendin tone, para viteve 1990, ishte arsyeja e fillimit te nje studimi epidemiologjik ne vitin 1993 nga Instituti i Shendetit Publik dhe UNICEF me mbeshtetjen teknike te OBSH. Ne kete studim u perfshin 2395 femije te zgjedhur random te moshes shkollore 8-10 vjeç, ne 32 rrethet te vendit dhe u percaktua sasia e jodit ne urine. Nga studimi rezultoi se ne 22 rrethet (nga 32 qe ishte totali) kishte forma te renda te pamjaftueshmerise jodike ne 63% te femijeve.

Po ne kete vit nje studim i Spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik dhe Spitalit Pediatric te QSUT Tirane, ne 227 te porsalindur tregoi se pamjaftueshmeria e rende jodike ishte gjithashtu nje problem tek keto foshnje. Ne zonat verilindore gusha kishte prekur 28.9 % te femijeve.

Ne vitin 1997 u pergatit nje Vendim i Keshillit te Ministrave ku urdherohej qe e gjithë kripa gjelles e importuar ne vend te ishte e jodizuar.

Nje tjetër studim u krye ne vitin 2000 ne 5 rajone te vendit (Kruje, Durres, Fier,) i cili tregoi se nga 1900 femije te porsalindur, 864 raste ishin me pamjaftueshmeri te rende jodike, 875 raste paraqesnin pamjaftueshmeri te moderuar jodike, 161 raste kishin pamjaftueshmeri te lehte jodike. Ne MICS 2000 konsumi i kripes se jodizuar sipas standarteve te OBSH(>15 PPM) ne popullate ishte vetem, 56.3%

Strategjia imediate afat-shkurter e MSH per eleminimin e çrregullimeve nga pamjaftueshmeria jodike konsistoi ne shperndarjen e ampulave dhe tabletave me jod ne qendrat shendetesore te vendit per popullsine e atyre zonave qe ishin me te prekura nga deficienca jodike gjate viteve 1997-1998.

Ne vitin 2002 u krijua Komiteti Kombetar per Kontrollin e Çrregullimeve nga Pamjaftueshmeria Jodike me pjesmarrje nderministeriale, OJQ, specialiste te fushes etj, i cili ka ndermarre disa inisiativa ne kete drejtim.

Strategjia afat gjate e pergatitur nga MSH konsiston ne:

- **Jodizimin universal te gjithë kripes per konsum human dhe shtazor;**
- **Monitorimin e vazhdueshem te pamjaftueshmerise jodike ne popullate;**
- **Zhvillimin dhe zbatimin e nje strategjie komunikimi qe te edukoje publikun mbi rendesine e kripes se jodizuar dhe perdorimin korrekt te saj, te rrisi ndergjegjesimin dhe njohurite midis profesionisteve te fushave te ndryshme per te transmetuar ne popullate mesazhet kyçe mbi rendesine e perdorimit te kripes se jodizuar;**

Gjate vitit 2006 ISHP, MSH, UNICEF, filloiurvejimin kombetar per monitorimin e ecurise se situates se pamjaftueshmerise jodike ne vendin tone. Te dhenat e perftuara nga ky studim tregojne per nje permiresim te dukshem te situates se pamjaftueshmerise jodike ne popullate krahasuar me ate te vitit 1993.

Shqiperia nga nje vend me nje prevalence te deficiencies jodike **97.2%**(62.7% forme e rende, 29.1% e mesme dhe 6.4% e lehte) sot rezulton me nje prevalence **55.6%** (6.8% forme e rende, 19.9% e mesme, 28.9% e lehte). Bazuar ne medianen e jodit ne urine nga nje prevalence e rende e IDD-se ne 1993 (mediana e jodit ne urine ndermjet **2-49~g/L**) Shqiperia rezulton sot me nje prevalence te lehte te IDD-se (mediana e jodit ne urine **86.2µg/L**).

Po keshtu në kuadrin e ndërhyrjeve afatshkurtra të parashikuara në Strategjinë Kombëtare të Komunikimit të IDD “Eleminimi i qëndrueshëm i çrregullimeve nga pamjaftueshmëria jodike nga MSH dhe ISHP me mbështetjen e UNICEF u krye edhe studimi *Njohurite, Qendrimet, dhe sjelljet rreth IDD*. Studimi u aplikua në 36 rrethet e vendit gjatë periudhës 20 Tetor-30 Nëntor 2006, në një kampion përfaqësues prej 2000 gra të moshës 15-49 vjeç, të grupuara në 200 klastera, në proporcion me madhësinë e popullatës target në çdo rreth dhe të popullatës urbane dhe rurale brenda rrethit.

Qëllimi i këtij studimi ishte të përcaktonte “diagnozën edukative” të komunitetit të grave shqiptare, pra të vlerësonte njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet rreth IDD, tek femrat shqiptare të moshës riprodhuese në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme të Informim-Edukim-Komunikimit, si dhe krijimit të një base të dhënash (baseline) për monitorimin dhe vlerësimin e aktiviteteve që do të kryen në të ardhmen në këtë fushë.

Rezultatet e këtij studimi treguan se ekziston një mungesë e theksuar e njohurive rreth çrregullimeve që lidhen me pamjaftueshmërinë jodike tek femrat shqiptare të moshës

riprodhuese, kontingjent ky i cili luan një rol domethënës dhe ka një efekt të madh tek fëmijët dhe familjet e tyre lidhur me përdorimin e kripës së jodizuar.

Njohuritë e grave ishin të lidhura ngushtë me nivelin e tyre të arsimimit: gratë më pak të arsimuara ishin shumë më pak të informuara se gratë e arsimuara. Rezidentet në zonat rurale demonstuan njohuri më të pakta se sa gratë e zonave urbane. Këto duhet të tërheqin vëmendjen për shtrirjen e programeve të informim-edukimit më tepër në këto target grupe e zona.

Rreth 35 % e femrave 15-49 vjeç në Shqipëri, nuk kishin dëgjuar për një çrregullim të quajtur “gushë”. Nga ana tjetër, vetëm 43% e atyre që kishin dëgjuar për “gushën”, identifikonin jodin si shkaktar të saj.

Ne Shqipëri mungojne te dhenat ne nivel kombetar per pamjaftueshmerine e vitaminave dhe mineraleve si Vitamina A, hekuri, etj. Ne vitin 1994 u realizua nje studim pilot nga Spitali Universitar Pediatrik i QSUT ne bashkepunim me Spitalin e Femijeve Trieste Itali, per te percaktuar mungesat nga disa mikronutriente ne femijet 0- 6 vjeç te rrethit Tirane.

Pamjaftueshmeria e Vitamines A u konstatua ne 49% te femijeve te studiuar. Femijet me semundje diarreike dhe pulmonare ishin me te riskuar ndaj kesaj pamjaftueshmerie. Te dhenat e studimit treguan gjithashtu se femijet e ushqyer me gji jane me te mbrojtur ndaj ketij defiçiti.

Ne studimin MICS 2000, te realizuar per te pare perqindjen e femijeve te grup moshes 6-59 muaj qe merrnin vitamin A ne nje periudhe brenda 6 muajve te fundit, rezultoi se 7.4 % e ketyre femijeve kishin marre ne 6 muajt e kaluar shtese me vitamin A, ndersa 61 % e femijeve nuk kishin marre asnjehere vitamin A.

Ne protokollet e ndjekjes se femijeve 0-6 vjeç nga Keshillimoret e femijeve ne vendin tone ju rekomandohet dhenia e vitaminave A atyre femijeve qe kane probleme malnutricioni, rakiti, apo infeksione te perseritura dhe nuk eshte e rekomanduar rutine tek te gjithë femijet, ndersa vitamina D eshte e detyrueshme per te gjithë femijet e moshes 0-3 vjeç.

Imunizimi

Imunizimi i femijeve eshte nje nga prioritetet e MSH. Shqipëria ka nje skeme vaksinimi te detyrueshem kunder semundjeve kryesore te femijerise te parandalueshme me vaksinat: (Difteria, Tetanozi, Pertusi, TBC, Polio, Fruthi, Rubeola, Parotiti, Hepatiti B, Hb).

Studimet kane treguar se mbulesa vaksinale per keto semundje eshte e larte mbi 97% te femijeve (ISHP). Gjate viteve 1998-2000 jane kryer fushata vaksinimi per femijet per fruthin, dhe rubeolen. Gjate vitit 2002 u zhvillua dhe perfundoi me sukses edhe Programi Kombetar i Vaksinimit te Femrave ne moshe riprodhuese (16 – 35 vjeç) me vaksinen Frut/Rubeole.

Ne vitin 2002 Shqipëria u çertifikua nga OBSH si vend pa poliomiellit dhe eshte duke zhdukur fruthin (gjate vitit 2002 dhe ne vitin ne vazhdim nuk eshte raportuar asnje rast).

Ne vitin 2006 skemes se vaksinimit ju shtua edhe vakcina kunder Hemofilus influenzae e cila mbron moshat e femijeve te vegjel kunder semundjes se meningitit qe shkakton nje vdekshmeri te larte tek keto grup mosh.

Shqiperia tashme ka nje Plan Kombetar Veprimi per Imunizimin dhe qeveria shqiptare eshte pjese e partnershipit me Aleancen globale te Vaksinave dhe Imunizimit (GAVI) e angazhuar per te siguruar vaksinat e veçanta per femijet per vitet 2002-2005. Qe nga viti 2004-2005 te gjitha vaksinat blehen me fondet e shtetit shqiptar.

Objektivat e Programit Kombëtar për Imunizimin

1. Arritja dhe ruajtja e 90% ose përqindjeve më të larta të mbulimit me vaksinim për çdo antigjen EPI në gjithë njësitet administrative;
2. Përfshirja e antigjenëve të rinj në NIS, sidomos të vaksinave për shtyat dhe Hib;
3. Hartimi dhe zbatimi i politikave të imunizimit për grupet me rrezik të lartë;
4. Forcimi i mbikëqyrjes epidemiologjike dhe monitorizimit të sëmundjeve që synojnë EPI;
5. Ruajtja e një sistemi efektiv të ftohtë zinxhir;
6. Ulja e përqindjeve të skarcitetit të vaksinave në nivelet e mundshme operative;
7. Përfshirja e analizës së përzier të paraqitjes për furnizimet me vakcina për të siguruar çmimet dhe kombinimet më të efektshme të vaksinave;
8. Forcimi i angazhimit politik ndaj EPI;
9. Forcimi i drejtimit dhe bashkërendimit të EPI; dhe
10. Sigurimi i parrezikshmërisë së imunizimit dhe i praktikave të sigurta të injektimit gjatë imunizimit.

Programi Kombëtar për Imunizimin

Moshë	Vizita	Vaksina					
		BCG	DTP	OPV	Hep-B	Hib	M(M)R
Në lindje	1	BCG-1			Hep-B-1		
2 muajsh	2		DTP-1	OPV-1	Hep-B-2	Hib*	
4 muajsh	3		DTP-2	OPV-2		Hib*	
6 muajsh	4		DTP-3	OPV-3	Hep-B-3	Hib*	
12 muajsh	5						MMR**
24 muajsh	6		DTP-3	OPV-4			
5-6 vjeç	7		DT	OPV-5			MMR**
14 vjeç	8		Td				

* Përfshirja e vaksinës për Hib varet nga disponueshmëria e fondeve të GAVI-t për të cilat Ministria e Shëndetësisë planifikon të paraqesë kërkesë në shtator 2005.

** Vakcina MR është përdorur deri në fund të vitit 2004 dhe, duke filluar nga viti 2005, është zëvendësuar me vaksinën MMR.

Burimi: Ministria e Shëndetësisë/Instituti i Shëndetit Publik, Plan i Vazhdimësisë Financiare i Programit Kombëtar për Imunizimin, 2004.

Zhvillimi Social dhe Psiko-Emocional

Zhvillimi i shëndeteshëm i femijes shtrihet pertej mbijeteses dhe rritjes fizike duke përfshirë edhe zhvillimin e tyre psikosocial dhe shëndetin mendor. OBSH, vlereson se afërsisht 10-20 % e femijeve kanë një ose më shumë problem mendor ose të sjelljes.

Ne vendin tone, mungojne studime te lidhura me prevelencen e çrregullimeve te zhvillimit ne femijerine e hershme. Por ne nje studimin te vogel te kryer ne vitin 1998 ne Tirane, nga Qendra e Zhvillimit te femijeve dhe specialiste te QSUT, ne femijet e moshes 4 vjeç, rezultoi se 6%-11% e tyre kishin probleme te zhvillimit (perqindje e cila konsiderohet si problematike nga OBSH) dhe vonesa ne te folurit.

Ketu duhet permendur se nderhyrjet e hershme te cilat duhet te fillohen pikerisht ne keto grup moshë kane impaktin dhe efikasitetin me te madh.

Periudha e zhvillimit te shpejte trurit ndodh ne 3-4 vitet e para te jetes dhe cilesia e kujdesit te ofruar ne shtepi eshte nje faktor me rendesi ne zhvillimin e femijes ne kete periudhe. Ne kete kontekst, aktivitetet qe te rriturit kryejne me femijet, prania e librave ne shtepi dhe perkujdesi jane indikator me rendesi zhvillimin e femijes.

Ne MICS 2005 u mor edhe nje informacion mbi aktivitetet qe mbeshtesin te mesuarit e hershem. Keto permblidhnin perfshirjen e te rriturve me femijet ne aktivitetet e meposhtme:

- leximi librave apo shikimi i figurave ne libra se bashku me femijen,
- tregimi historive,
- kendimi i kengeve bashke me femijen,
- shetitje me femijen jashte shtepise, ose ne oborr,
- luajtje me femijen;
- kalimi i kohes me femijen duke numeruar, ose vizatuar.

Rezultatet treguan se per rreth 2/3 (68%) e femijeve deri 5 vjeç ishte angazhuar nje i rritur ne me shume se 4 aktivitete qe nxisin te mesuarin dhe pergatitjen per shkolle gjate 3 diteve perpara kohes qe kryhej survejimi.

Mesatarja e numrit te aktiviteteteve qe te rriturit angazhoheshin me femijet ishte 4.5. Te dhenat treguan se babai perfshihej me pak ne keto aktivitete, (43% ishte perfshirja e babait ne nje, ose me shume aktivitete)

Nuk ka dallime gjinore ne drejtim te aktiviteteteve me femijet; rreth gjysma e baballarëve jane angazhuar po thuajse njesoj ne aktivitete me meshkujt dhe femrat (respektivisht 45,6% dhe 47,1 %). Perqindja me e madhe e te rriturve ne zonat urbane (76.1%), angazhohej ne aktivitete te mesuarit dhe pergatitjen per shkolle me femijet krahasuar me ato te zonave rurale (63,6%).

Dallime te medha ka gjithashtu midis rajoneve dhe statusit social ekonomik: Rajonet e Shqiperise se Veriut kishin me te ulet angazhimin e te rriturve ne aktivitete me (60.8 %), ndersa angazhimi me i madh ishte ne Tirane dhe rajonin e jugut (82,4% dhe 69,9%). ky angazhim i prinderve tek femijet qe jetonin ne shtresat e pasura ishte 82,2%, kundrejt atyre me te varfera (53,2%). Edhe perfshirja e baballarëve ndiqte po te njejtin model.

Eksplorimi i librave ne vitet e para te femijerise i jep femijes nje performance me te mire ne shkolle dhe nivele me te mira te testit te inteligjences IQ. Ne Shqiperi 56,6 % e femijeve kishin te pakten libra (ku perfshiheshin edhe libra jo per femije) ne familjet e tyre.

Megjithate vetem 32.3 % e femijeve te moshes 0-59 muajsh kane libra per femije. Shikohen dallime te lehta gjinore ne drejtim te vajzave (35.8% ndaj 29.8%) si dhe femijet e zonave urbane kane me shume akses ndaj librit krahasuar me ato te zonave rurale.

Displina me Femijen

Ne MICS survey 2005, nenave/kujdestareve te femijeve 2-14 vjeç iu bene disa pyetje mbi prevalencen e dhunes ne shtepi ndaj femijeve. Pyetjet u bene qe te shikohet se cilen forme disipline fizike, ose psikologjike, kane perdorur prindet per t'u mesuar femijeve sjelljen e duhur. Gjithashtu nenat/ kujdestaret e femijes u pyeten ne se ato mendonin se qe te rrisnin si duhet femijet e tyre duhet t'i denonin fizikisht.

MICS survej gjeti se afersisht ½ e femijeve (45.1 %) nuk kishin provuar sjellje te dhunshme si mjet per disiplinimin e tyre, ose denime, por 49% e femijeve kishin provuar ndonje denim psikologjik, ose fizik. Denimi i vogel fizik eshte forma me shpeshte e kontrollit te disipline (ne 46.1% e femijeve). Rreth 9% e femijeve kishin provuar ndonje denim te rende fizik qe ishte me i pranishem ne zonat rurale dhe midis prinderve me edukate te ulet (arsim fillor).

Ka rendesi te theksohet se 5.6 % e nenave besojne se denimi eshte nje mjet i pershtatshem per te kontrolluar disiplinën e femijes, sepse ne jeten reale nje proverb shqiptar thote se “druri e rrit femijen” dhe ato e perdornin ate. Ky fakt gjithashtu varet nga niveli arsimor i nenes (11.3% me arsim fillor–4.0 arsim tetevjeçar).

Meshkujt ishin me pak subjekt i disipline fizike te rende dhe te lehte (49,6 dhe 8,9 %) krahasuar me femijet femra (42,1% dhe 7,6 %). Diferencat ne lidhje me arsimimin, gjendjen social ekonomike ishin relativisht te vogla.

Nje studim kombetar, mbi format e dhunes ndaj femijeve ne Shqiperi ne vitin 2006 i realizuar nga UNICEF dhe Qendra per Zhvillimin Njerezor tregoi se:

1- Dhuna kunder femijeve shpesh eshte e fshehte. Abuzimi ndodh shpesh prapa dyerve te mbyllyra dhe kryhet me shpesh nga ato te cilet femijet i besojne– prindet, familja te aferm dhe te njohur.

2- Dhuna fizike dhe psikologjike ndodh me shpesh dhe ne forma me te renda ne shtepi, por edhe ne ambientet e shkollave tona. Studimi tregoi se:

- Nenat me shpesh se baballaret ushtrojne dhune fizike dhe psikologjike.
- Baballaret ushtrojne dhune me pak, por kur ato e bejne forma e dhunes eshte e me e rende,
- Nje ne dy femije raportoi se ishte goditur me shpulle ne koke ne shtepi dhe nje tre raportoi se kjo kishte ndodhur ne skolle,
- Nje ne tre femije raportoi se ishte fyer me fjale ne shtepi dhe nje ne kater raportoi se ishte fyer verbalisht ne skolle,
- Nje ne kater femije raportoi se ishte goditur me grusht ne shtepi e nje ne tre raportoi se kjo kishte ndodhur ne skolle,
- Nje ne kater femije raportoi se ishte kercenuar me nota te keqija, per sjelljen e keqe ne skolle,

- Nje ne gjashte femije raportoi se ishte goditur me nje send ne shtepi dhe nje ne dhjete raportoi se ishte goditur me nje send ne shkolle,
- Nje ne gjashte femije ishte mbyllur ne banjo ne shtepi,
- Nje ne pese femije raportoi se ishte kercenuar per t'u perjashtuar nga shkolla,
- Nje ne pesembedhjete femije raportuan se ishin kercenuar nga prindet se do t'i braktisnin'

3- Dhuna kercenon mbijetesen, mireqenien e femijeve te ardhshem, format fizike, emocionale dhe psikologjike te dhunes mund te kene ndikime ne shendetin dhe zhvillimin e femijes si dhe aftesine per te mesuar. Studimi tregoi pasojat e dhunes ne tre fushat madhore

Incidente te dhunshem ne shtepi:

- 27,7% e femijeve raportuan te nxira
- 24,5 % raportuan hemoragji
- 21,9% raportuan marrje mendesh
- 7,8% raportuan humbje ndergjegje
- 13,4% kishin mendime suicide

Incidente te dhuneshme ne shkolle:

- 23,3 % raportuan nxirje
- 16,5 % raportuan hemoragji
- 15,8 % raportuan marrje mendesh
- 4,8 % raportuan humbje ndergjegje
- 10 % raportuan se ndjeheshin jo te sigurt ne shkolle

Incidente te dhuneshme ne institucionet e kujdesit rezidencial:

- 44,5 % raportuan hemoragji
- 42,2 % raportuan marrje mendesh
- 16,6 % raportuan humbje ndergjegje

4-Dhuna ndaj femijeve shkon edhe me tej formes fizike. Abuzimi, braktisja dhe shfrytezimi ishin gjithashtu forma te dhunes. Femijet thane se fyerja i demton ato thellesisht dhe le nje njolle.

5- Shkaktimi i dhunes ne nje femije ne çfaredo forme i meson se dhuna ndaj femijes eshte e pranueshme dhe e nevojshme dhe keshtu gjeneron ciklin e dhunes

SHENDETI ADOLESHENTIT

Vdekshmeria e te rinjve

Shqiperia karakterizohet nga popullate relativisht e re me nje moshe mesatare 29 vjeç. Rreth 17% e popullsisë eshte 15-24 vjeç, ndersa femijet nden 14 vjeç perbejne 29% te popullsisë. Si kudo, të rinjtë (15-24 vjeçarët) kanë përqindjen më të ulët të vdekshmërisë të çdo grupmoshe në Shqipëri.

Gjatë tranzicionit, vdekshmëria te të rinjtë u rrit ndjeshëm, nga 74 për 100.000 banorë në vitin 1989 në 148 për 100.000 në vitin 1997 që ishte një pikë kulmore. Përqindja tani është kthyer te nivelet e para tranzicionit, në rreth 66 për 100.000.

Të dhënat nga mesi i viteve nëntëdhjetë (përpara ngjarjeve të vitit 1997), tregojnë se vdekshmëria tek të rinjtë në Shqipëri ishte ndjeshëm më e lartë se ajo në ekonomitë e tjera në tranzicion dhe shkaku kryesor i saj ishin dhuna dhe aksidentet automobilistikë.

Perqindja e vdekjeve është me e lartë për meshkujt e rinj. Në vitin 2001 vdekshmëria për meshkujt ishte 130/100 000 krahasuar me 37 për femrat.

Aktualisht vdekjet aksidentale janë shkaku kryesor i vdekjeve tek të rinjtë. Zonat verilindore kanë vdekshmëri me të lartë të rinjve nga keto aksidente, lidhur kjo me cilësinë jo të mirë të rrugëve, gjakmarrjen dhe përdorimin e armëve në konflikte të ndryshme.



Rreziqet për shëndetin tek moshat e reja

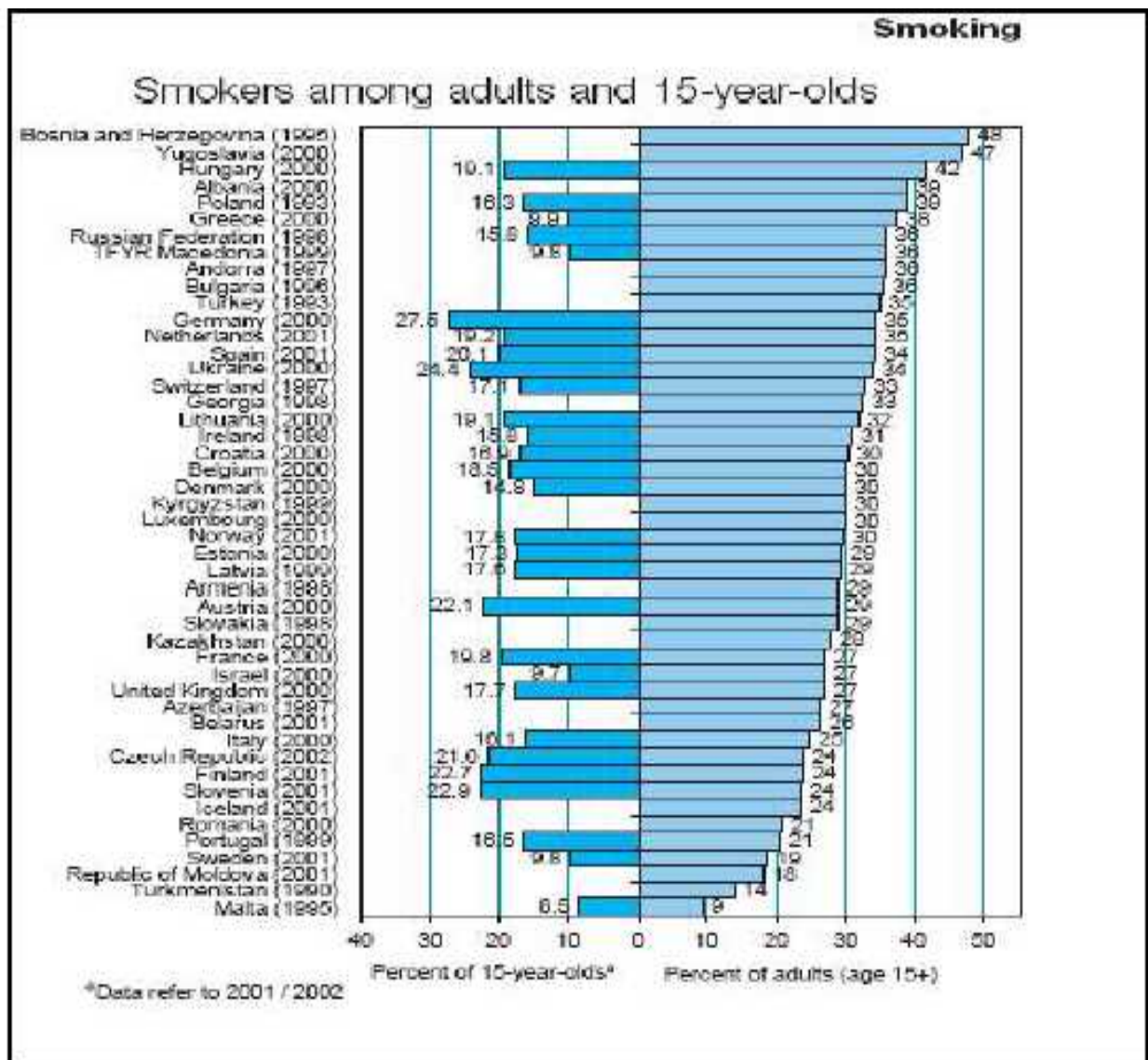
Duhanpiresit e rinj

Mbas 1990 numri i të rinjve që përdorin duhan u rrit mjaft. Vëzhgimet që janë bërë me kampionë të kufizuar tregojnë se rreth 90% e të rinjve dhe 47% e fëmijëve e kanë provuar duhanin dhe e 65% e të rinjve dhe 16% e fëmijëve janë të varur prej tij.

Një raport i shoqatës “Për një Shqipëri të lirë pa duhan” tregoi se rreth 600,000 shqiptarë përdorin duhan dhe vlerësohet se çdo vit Shqipëria shpenzon rreth 260 milion USD për duhanin.

Studimi “Opinionet e të rinjve” i kryer në 2001 tregoi se fëmijet e rritur dhe të rinjtë janë mjaft të ekspozuar ndaj substancave të demshme si duhani, droga, alkoli. Përdorimi i këtyre substancave shpesh shikohet si një rebelim kundër prindërve dhe një rit kalimi drejt moshës së pjekurisë.

Përhapja e pirjes së duhanit në Shqipëri dhe në Rajonin e Evropës



Burimi: Atlas for Health in Europe, OBSH, 2003.

Perdorimi i drogave

Megjithese abuzimi me drogen nga te rinjte eshte rritur ne nje periudhe relativisht te paket kohe institucionet qeveritare dhe jo qeveritare ofrojne statistika ndonjehere kontradiktore dhe jo te besueshme ne lidhje me numrin e sakte te perdoruesve.

Ne vitin 1997 autoritetet qeveritare perlllogarsnin se ishin afersisht 8000 perdorues ndersa ne 1998 media perllogariti rreth 20,000 perdorues. Ne vitin 2001 nje tjetër studim perllogariti se numri i perdoruesve ilegal te droges ishte afersisht 30,000.

Rreth 4% e të rinjve përdorin droga.ne qytetet Tiranë, Shkodër, Vlorë dhe Durrës. Sidoqoftë, të dhënat e disponueshme nuk janë mjaft të sakta dhe shifrat nuk e bëjnë dallimin mes përdoruesve të drogave të “buta” dhe të forta.

Sipas studimit të vitit 2000 “*Pergjigje ndaj HIV/AIDS midis perdoruesve te drogave*” rezultonte se perdorimi drogave po shtrihet ne shkollat publike dhe moshë mesatare për fillimin e tyre është 14-15 vjeç. Nga viti 1995-1999 u raportuan 25 vdekje nga overdoza.

Nga të dhënat e Qendres Mjekësore për Dezintoksikimin në Tiranë (e vetmja qendër në Shqipëri) numri të rinjve që përdorin injeksionet intravenoze është rritur dhe shkëmbimi shiringave është i shpeshtë ndërmjet tyre. Në vitin 1998 20% e të gjithë klientëve kanë marrë drogë intravenoze dhe në vitin 1999 përqindja u rrit me 27%

Shëndeti Riprodhues dhe Seksual

Të rinjtë shqiptarë gjatë këtyre viteve janë përballur me qëndrimet e reja sociale dhe shfaqjen e semundjeve të reja. Tranzicioni u shoqërua me rreziqe të reja përfshirë edhe dhunën. Përpara viteve 1990 të rinjtë në Shqipëri kishin tendencë të martoheshin dhe të lindnin femijën e parë relativisht të rinj. Mbas viteve 1990 situata ndryshoi; martesat u shtynë në moshë më të rritur, por marrëdhëniet seksuale fillonin në moshë më të re.

Studimet kanë treguar se 2/3 e djemve dhe 1/3 e vajzave kishin patur marrëdhënie seksuale përpara moshës 16 vjeç. Moshë mesatare për eksperiencën e parë seksuale është 17 vjeç për burrat dhe 16 për vajzat.

Sipas studimit të INSTAT, *Rinia në tranzicion 2003*, megjithatë treguesi i fertilitetit në vendin tonë është ulur ndjeshëm në grata e moshës 19-24 vjeç, nuk ka ndryshime të mëdha në treguesin e fertilitetit për moshat 15-19 vjeç që nga viti 1990.

Në surveyimin e 2002 mbi Shëndetin Riprodhues ju kushtua një kapitull mbi përvojat seksuale dhe të përdorimit të metodave kontraktive të të rinjtë ku 32% e femrave të reja raportuan se kishin pasur një përvojë seksuale, dhe më pak se gjysma e tyre (14% e totalit) u klasifikua se kishte kryer marrëdhënie seksuale paramartesore.

U vu re se përvoja seksuale ishte e lidhur me vendbanimin e të intervistuarve, gratë në zonat urbane kishin një përqindje pak më të lartë. Seksi paramartesor u raportua nga një përqindje më e lartë e femrave që jetonin në zonat urbane (22%), në krahasim me ato që jetonin në zonat rurale (8%).

Përvoja seksuale shfaqet në përjestim të drejtë me moshën, ajo është 8 herë më e lartë për të rinjtë në moshë më të rritur 22-24 vjeç (66%), në krahasim me adoleshentët 15-17 vjeç (8.5%), megjithatë ndërmjet femrave të reja me një përvojë seksuale, adoleshentet femra ka më shumë të ngjarë të kenë patur marrëdhënie seksuale paramartesore.

Njëzet e nëntë përqind e meshkujve të rinj të intervistuar raportuan përvojë seksuale. Pjesa më e madhe u klasifikua si marrëdhënie seksuale paramartesore (27% krahasuar me 3% të marrëdhënies seksuale martesore). Përqindjet e përvojës seksuale paramartesore përcillen të jenë më të larta për burrat që jetojnë në zonat urbane dhe rriten me rritjen e moshës, arsimit dhe statusit social-ekonomik

Katër të pestat (81%) e femrave të reja me përvojë seksuale raportojnë që në marrëdhënien e parë seksuale kanë përdorur një metodë kontraktive ato vetë ose

partneri i tyre; 74% të grave përvojë seksuale martesore dhe 91% e atyre me përvojë paramartesore. Pothuajse të gjitha gratë që raportojnë përdorimin e një metode kontraceptive (96%) veçojnë metodën e tërheqjes të përdorur nga partneri i tyre gjatë përvojës së parë seksuale

Gjatë përvojës së parë seksuale, 85% e meshkujve të rinj raportojnë të kenë përdorur metoda kontraceptive: prezervativ (43%) dhe tërheqje (56%). Kondomet përdoren më shumë gjatë aktit të parë seksual nga meshkuj më të rinj, banues në zonat urbane, me nivel arsimor më të lartë dhe nga grupe social-ekonomike më të larta.

76% e femrave 15-24 vjeç me përvojë seksuale kishin përdorur metoda kontraceptive gjatë marrëdhënies së fundit seksuale. Në ndryshim nga gratë e reja, vetëm 41% e të rinjve me përvojë seksuale raportojnë të kenë përdorur metoda kontraceptive gjatë marrëdhënies së fundit seksuale

HIV/AIDS dhe Infeksionet Seksualisht te Transmetueshme

Para viteve 90-te, IST ishin nje tabu, programet e çrrenjosjes se sifilizit dhe kontrollit te gonorrese paraqisnin pasoja serioze ne drejtim te dhunimit te te drejtave te njeriut, dhe nenraportimet ishin te shpeshta per shkak te frikes, diskriminimit etj.

Pas vitit 1949 ne Shqiperi u zbatua nje program per kontrollin e sifilizit i cili perfshinte depistimin masiv (mbi 100,000 persona te depistuar ne vit), zbulimin e partnerit dhe mjekimin e detyrueshem per pacientet e diagnostikuar.

Nje program i tille çoi ne zvogelimin e incidences vjetore te sifilizit nga me shume se 1000 (ne periudhen 1949-55) ne 0 ne vitin 1972, duke ruajtur “incidencen zero” deri ne 1995. Si rezultat, kur filloi epidemia e HIV/AIDS, Shqiperia kishte arritur te menjanonte disa faktore predispozues te lidhur me sistemin shendetesor (si psh shiringat shumperdorimshe)

Shqiperia eshte nje vend me rrezik te larte per SST, per arsye te popullates relativisht te re, niveleve te larta migrimi te brendshem dhe te jashtem, lidhjet me prostitucionin; edukimin e pakët per edukaten seksuale. Por duhet thene se te dhenat per ratet me SST jane ende shume te pakta.

Lidhur me semundje te tjera te trasmetuara seksualisht ka nje mungese informacioni, me perjashtim te disa te dhenave mbi sifilizin qe eshte rishfaqur ne Shqiperi nga mesi i viteve 90-te, pas disa dekadash eliminimi pothuaj total.

Te dhenat nga studime te ndryshme flasin per rritje te numrit te rasteve me IST ne Shqiperi, edhe pse nenraportimi i rasteve eshte i dukshem. Mbas zhdukjes se rasteve me sifiliz, qe prej vitit 1972 deri ne vitin 1995, ne Shqiperi jane diagnostikuar dhe raportuar 203 raste me sifiliz primar dhe sekondar nga viti 1995 deri ne vitin 2007.

Disa studime te kryera kohet e fundit nga Instituti i Shendetit Publik, tregojne pranine edhe te semundjeve te tjera seksualisht te transmetueshme. Gonorrea, infeksionet nga *Chlamydia* dhe *Trichomonas vaginalis* rezultojne te jene te pranishme, ne nje perqindje te konsiderueshme, gjithmone mbi 10%. Eshte e rendesishme te permendet tendenca ne rritje e infeksioneve HSV2.

Ne nje studim te kryer nga ISHP, rezultoi se rreth 4.5% e pacienteve me sifiliz jane pozitiv per HIV dhe 11% e personave me HIV/AIDS jane pozitiv per sifiliz. Kjo e

dhene flet per rolin e rendesishem qe kane IST ne perhapjen e HIV/AIDS si dhe nevojën për marrjen e masave parandaluese për perhapjen e këtyre infeksioneve.

Shqipëria vlerësohet si një vend me prevalencë të ulët për HIV/AIDS me përqindjen e rasteve të deklaruara me pak se 0.1 %. Në Gusht 2003 vendi kishte 113 raste zyrtare të diagnostikuara sero pozitive me HIV, 58 prej tyre ishin në zonat rurale dhe 37 raste me AIDS.

Pas vitit 2000 vihet re një rritje e numrit të rasteve, mesatarisht 20 raste të reja të diagnostikuara në vit. Deri në Nëntor 2006 janë diagnostikuar 25 raste HIV pozitive të reja.

Pjesa më e madhe e personave të infektuar janë 20-39 vjeç dhe përqindjen më të madhe e zene meshkujt. 90% e të gjitha rasteve të dokumentuara janë të marra nepermjet rruges seksuale. Transmetimi Heteroseksual përben 76% të gjitha rasteve dhe ai homo-bisexual 14%. Transmetimi vertikal nënë-fëmijë është raportuar në 4% të rasteve dhe deri në vitin 2006 janë 7 raste të femijëve me infeksionin HIV.

Femrat përbejnë 29.7 % të rasteve me HIV/AIDS në Shqipëri (66 raste). Numri më i madh i rasteve i perkasin grupmoshave 25-35 vjeç (56 raste) dhe mbi 35 vjeç (91 raste), respektivisht me 32 % dhe 53%. Grup moshë 15-25 vjeç ze 8% të rasteve.

Te rinj të tjerë në rrezik për SSht dhe HIV/AIDS përfshijnë emigrantët e rinj, studentët e rinj jashtë vendit dhe femrat e trafikuar.

Rezultatet e studimit “Një vlerësim i shpejtë mbi HIV/AIDS tek të rinjtë shqiptarë” tregoi se 90% e emigrantëve të rinj dhe studentëve ishin seksualisht aktive. Në vitin, 2001 ½ e tyre kishin patur marrëdhënie seksuale me 2-5 partnerë të ndryshëm duke përdorur jo rregullisht kondomin. Vetëm 5% e tyre kishin bërë test për HIV/AIDS.

Tregues kyç për të matur përgjigjen e vendeve ndaj epidemisë HIV AIDS është përqindja e të rinjve që njohin të paktën dy metoda për parandalimin e HIV, dhe këto kundërshtojnë dy keqinterpretime dhe tregojnë se një person në dukje i shëndetshëm mund të ketë HIV.

Rreth 63% e grave të reja kanë njohuri korrekte rreth HIV. Niveli i edukimit dhe vendbanimit është i lidhur ngushtë me njohuritë për HIV.

Edukimi shëndetësor duke përfshirë jetën familjare dhe edukimin seksual u bë pjesë e kurrikulës shkollë në Shqipëri në vitin 1994, duke filluar në klasën e pestë të shkollës tetëvjeçare. Vetëm nëntë orë në klasën e tetë i kushtohen edukimit seksual ndërsa gjashtë orë të tjera janë për HIV/AIDS dhe infeksionet seksualisht të transmetueshëm. Ende është i nevojshëm përmirësimi i kurrikulës së jetës në familje dhe shtrirja e saj në shkollën e mesme.

Format jashtë kurrikulës të aplikuar nga mësuesit, OJQ të ndryshme, apo rrjeti i shkollave promovues shëndetësor janë të rëndësishme, por ende janë spontane dhe nuk i plotësojnë nevojat aktuale për një edukim të tillë.

Në Survey për ShR, 2002 dy të tretat e grave të reja 15-29 vjeç (64%) raportuan të kenë diskutuar ndonjë subjekt me një nga prindërit lidhur me edukatën seksuale.

Megjithatë, vetëm 21% raportuan të kenë diskutuar se si ndodh shtatëzania, 15% të kenë diskutuar HIV/AIDS dhe 8% metodat e kontracepsionit.

Këto përqindje luahen dukshëm sipas disa karakteristikave social-demografike. Gratë në zonat urbane kanë më shumë mundësi të kenë diskutuar një subjekt me një nga prindërit se sa ato zonat rurale dhe mundësia rritej me nivelin e arsimimit dhe statusin social-ekonomik të grave të reja.

Meshkujt e rinj raportojnë të kenë patur shumë më pak komunikim me prindërit në lidhje me subjektin e jetës në familje krahasuar me gratë. Vetëm 11% e te grupmoshës 15-24 vjeç pohuan se kishin diskutuar një subjekt të edukimit për jetën në familje me një nga prindërit para moshës 18 vjeç. Më pak e 10% kishin diskutuar për HIV/AIDS, ose si shtatëzania dhe vetëm 2% kishin diskutuar metodat e kontracepsionit.

77% e grave të reja kishin marrë informacion lidhur me edukimin seksual në shkollë para moshës 18 vjeç. Meshkujt e rinj raportojnë nivele më të ulta të edukimit seksual në shkollë se sa gratë e reja. 65 % të kenë marrë informacion lidhur me edukimin seksual në shkollë para moshës 18 vjeç.

Kur të rinjtë e rritur që kishin marrë edukim seksual në shkollë u pyeten se kush ishte burimi më i rëndësishëm i informacionit për problemet seksuale, afërsisht gjysma e grave dhe burrave cituan mësuesit e tyre si burimin më të rëndësishëm (përkatësisht 49% dhe 53%). Burimi i dytë më shpesh i përmendur ishte radio dhe TV, të ndjekur nga librat, gazetat dhe revistat, me 24% të grave dhe 21% të burrave që thonë radio dhe TV dhe 10% e grave dhe 19% e burrave që raportojnë median e shkruar si burimin më të rëndësishme për to. Kur kontrollohen karakteristikat social-demografike, të tre burimet më të përmendura mbeten sipas të njëjtës renditje për pothuajse të gjitha kategoritë si për gratë ashtu dhe për burrat

Burimet më të rëndësishme për informacionin seksual të raportuara nga të rinjtë me të rritur të cilët nuk kanë marrë edukim seksual në shkollë ishin: radio dhe TV– 44% për gratë dhe 53% për burrat. Kolegët dhe bashkëmohatarët janë burimi i dytë më shpesh i përmendur, me 15% të femrave të reja dhe 20% të meshkujve të rinj që japin këtë përgjigje.

Se fundi, burimet e tretë dhe të katërt me shpesh të përmendur ishin prindërit (11%) dhe të afërmit e tjerë (9%), ndonëse këto burime ishin jo të shpeshta te burrat (përkatësisht 2% dhe 0.2%). Përsëri, renditja e burimeve me shpesh të përmendura si për burrat ashtu dhe për gratë nuk ndryshon shumë sipas kategorive social-demografik

Për personat e infektuar me HIV/AIDS nuk ka ligje diskriminuese, kurse përsa i takon konfidencialitetit të trajtimit mund të thuhet që ai është i garantuar. Infeksioni HIV/AIDS u regjistrua për herë të parë në vitin 1993, ndërsa në vitin 1995 pas një periudhe të gjatë të mos diagnostikimit të rasteve të tilla u evidentuan raste me sifiliz.

Shqipëria është një nga vendet me përqindje më të ulët të HIV/AIDS dhe deri më sot (viti 2008) janë raportuar 266 raste. Nga ana tjetër, edhe pse jo i shpeshtë si fenomen, transmetimi i infeksionit HIV nga nëna tek fëmija është diagnostikuar në 13 raste. Nuk ka të dhëna të sakta për numrin e grave që testohen për HIV dhe për këtë arsye,

në Shqipëri është e vështirë të parashikohet pritshmëria e kalimit të infeksionit nga nëna tek fëmija.

Në total numri i femrave të infektuara me HIV është më i ulët se ai i meshkujve dhe për këtë gjë një rol të rëndësishëm kanë luajtur përpjekjet e vazhdueshme parandaluese që janë bërë në formën e fushatave për rritjen e ndërgjegjësimit të grave.

Gratë shtatzëna dhe gratë e moshës që mund të lindin fëmijë marrin informacion për testimin e HIV/AIDS, për pasojat e të infektuarit nga virusi dhe për terapinë retrovirale. Megjithatë, niveli i ndërgjegjësimit për HIV/AIDS mbetet i ulët, sidomos në radhët e popullsisë femërore rome.

Që në vitin 1997 është hartuar Programi Kombëtar HIV/AIDS/IST i vendosur pranë Institutit të Shëndetit Publik, me synim koordinimin e përgjigjes kombëtare ndaj HIV/AIDS.

Hartimi i Strategjisë Kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV/AIDS në Shqipëri, për vitet 2004-2010, lindi si rezultat i shfaqjes së disa faktorëve të tillë si: rritja e numrit të rasteve të diagnostikuara, evoluimi i sjelljeve të popullsisë, siç është psh, prirja për të patur marrëdhënie seksuale në moshë më të re, përdorimi i drogës etj.

Strategjia Kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV/AIDS në Shqipëri në vitet 2004-2010, ve theksin në rrezikun e prekjes nga HIV/AIDS të grave dhe vajzave në vend dhe synon aplikimin e masave parandaluese të karakterit ndërgjegjësues, si dhe të metodave bashkëkohore për trajtimin e femrave të infektuara.

Infeksionet e tjera seksualisht të transmetueshme (IST) kanë një tendencë rritjeje në popullatë, megjithëse cilësia e raportimit le për të dëshiruar dhe në mjaft raste nuk është e mundur të vlerësohet me saktësi shkalla e infeksionit. Diagnostikimi i këtyre infeksioneve bëhet në Tiranë pranë laboratorëve të shëndetit publik dhe laboratorit mikrobiologjik të Spitalit Universitar Obstetrik-Gjinekologjik. Qendra e Referencës Kombëtare për HIV/AIDS dhe sifilizin është Instituti i Shëndetit Publik.

Pas viteve 90 në Shqipëri ka patur valë masive emigrimi, kryesisht drejt vendeve fqinjë (Greqi, Itali) dhe 40% e këtyre emigrantëve vlerësohet të jenë femra. Në vitet e fundit është vënë re një model i ri, ai i emigrimit të grave vetëm, pa antarë të tjerë të familjes. Në këto rrethana është shtuar dhe prostitucioni si një nga format e trafikimit të qenieve njërëzore.

Prostitucioni, në kombinim me nivelin e ulët të përdorimit të kondomëve përbën një kërcënim të mundshëm për përhapjen e IST-ve. Ndër kategoritë e grave që paraqesin vulnerabilitet të lartë, përveç femrave të trafikuar (që shpesh vijnë nga zonat rurale) janë dhe gratë e emigrantëve.

Shërbimet e përqëndruara vetëm në mjekimin e IST kanë si anë negative pengesat për akses nga ana a grave për këto shërbime. Ndryshimet sociale lidhen gjithashtu dhe me migrimin e brëndshëm të popullsisë drejt qyteteve të mëdha dhe në mënyrë të veçantë drejt kryeqytetit.

Migrimi i brëndshëm i këtyre viteve solli ndryshime në raportin popullsi urbane/rurale. Në vitin 1989 popullsia urbane përbënte 36% të popullsisë së përgjithshme, kurse në vitin 2001 ajo u rrit në 42 %.

Gjatë dekadave të izolimit të Shqipërisë (1960-1990), IST të tilla si sifilizi dhe gonorea virtualisht u eliminuan. Megjithatë, deri në fund të vitit 2003 u identifikuan 138 raste me sifiliz, ku femrat përbënin 48% të rasteve dhe meshkujt 42%. Nga këto, 138 raste, (45%) kishin sifiliz primar (ISHP- 2004). Në 3 vitet e fundit 4.5% e personave me sifiliz ishin edhe HIV pozitivë. Aktualisht, për gonorrenë është vendosur një ndjekje laboratorike, pasi vërehet një rritje e numrit të rasteve me gonorre të zbuluara nëpërmjet kontrollit rutinë spitalor.

Gjithashtu, studimet e viteve të fundit dëshmojnë për praninë e viruseve *herpes* tek femrat në moshën e riprodhimit. Një studim tjetër i kryer nga ISHP dokumenton rrjedhjen vaginale dhe praninë e *Chlamydia trachomatis* në 25 % të një kontigjenti prej 527 grash të ekzaminuara në Tiranë. Ndjekja e IST-ve përfshihet në raportimin e detyruar.

Infeksioni HIV, Sifilizi dhe Gonorea, janë pjesë e 73 nozologjive të sëmundjeve të komunikueshme që raportohen në mënyrë të detyruar. Deri në fund të vitit 2006 ishin diagnostikuar 211 raste HIV pozitiv. Kurse, me sifiliz, gjatë vitit 2005 u diagnostikuan 157 raste, në 2006 janë raportuar 14 raste dhe për vitin 2007 u raportuan 32 raste, nga të cilat 81% janë meshkuj dhe 19% femra.

Konkluzioni është se, ato IST që janë të detyrueshme për tu raportuar paraqiten në shifra të ulta dhe nuk tregojnë situatën reale epidemiologjike. Sigurisht që këto të dhëna mungojnë edhe nga mos funksionimi i dispancerive të sëmundjeve dermo-veneriane. Maternitetet e Tiranës dhe ato të rretheve nuk raportojnë mbi rastet pozitive në Institutin e Shëndetit Publik (ISHP).

Depistimet e kryera nga ISHP në një kontigjent të grave me probleme gjinekologjike, apo ekzaminimet e kryera pranë Laboratorit të Mikrobiologjisë të Qendrës Spitalore Universitare, “*Nënë Tereza*”, në Tiranë (QSUT) dëshmojnë për nivele të larta të IST-ve.

Për të kompletuar ndjekjen biologjike për rastet që paraqesin rrezikshmëri për IST dhe HIV/AIDS janë vënë në përdorim këto skeda: **1)**. Skeda për personat që testohen për HIV/AIDS, **2)**. Skeda për përdoruesit e drogës, **3)**. Skeda për personat që testohen për sifiliz dhe **4)**. Skeda për femrat që ushtrojnë prostitucionin. Këto skeda më të dhënat mbi sjelljet me risk ndaj HIV/AIDS/IST janë hedhur në programe të veçanta kompjuterike për të bërë të mundur në vijim, analizimin dhe përpunimin e informacionit të tyre.

Rezultatet me te vlefshme mbi disa indikatorë biologjike dhe te sjelljes lidhur me IST jane siguruar nga studimi i survejances biologjike dhe te sjelljes te publikuar ne 2005.

Ky eshte studimi i pare i ketij tipi ne Shqiperi dhe siguron te dhena te pjeseshme nga grupe te tilla me risk te larte si a) perdoruesit intravenoze te drogave, b) meshkujt qe kryejne seks me meshkujt, c) popullata rome, dhe pjese te popullates se

pergjitheshme. Per fat te keq ka qene e pamundur teknikiisht te sigurohen te dhena nga punonjesit komerciale te seksit. Gjetjet kryesore te siguruara nga ky studim perfshijne:

- (i) Prevalenca e infeksioneve biologjike midis secilit prej grupeve target ngelet e ulet.
- (ii) Nuk u kap asnje rast me HIV ne popullaten e pergjitheshme dhe midis perdoruesve intravenoze te drogave.
- (iii) Prevalenca e vleresuar e HIV ne popullaten rome dhe meshkujt qe kryejne seks me meshkujt ishte perkatesisht 0.3% dhe 0.8%.
- (iv) Prevalenca e sifilizit ishte me e larte tek romet me 2.55 e ndjekur nga meshkujt qe kryejne seks me meshkujt 1.2% dhe perdoruesit intravenoze te drogave me 0.6%.
- (v) Seroprevalenca e Hepatitit B haset ne nivele shume me te larta se sa sifilizi ne te gjitha popullatat e studiuara: 5.6% ne popullaten e pergjitheshme, 13.5% tek romet, 15% tek perdoruesit intravenoze te drogave dhe 17.6% tek meshkujt qe kryejne seks me meshkujt.
- (vi) Hepatiti C vleresohet te haset ne rreth nje te katerten e perdoruesve intravenoze te drogave. Ky eshte nje tregues mjaft alarmant dhe indikon nje potencial te mundshem trasmetimi edhe per HIV permes shkembimit te shiringave te infektuara

Nje komponent i rendesishem i survejances se HIV/AIDS eshte survejanca e Infeksioneve Seksualisht te Transmetueshme (IST). Kesaj survejance i ka sherbyer dhe projekti "Fuqizimi i survejances se IST/ITR permes vleresimit te sherbimeve te kujdesit shendetesor per IST/ITR dhe prezantimi i menaxhimit sindromik te IST-ve" i kryer ne vitin 2007 ne disa rrethe te vendit si Tirane, Shkoder, Vlore, Elbasan

Kapacitetet diagnostikuese dhe trajtuese

Sherbimet per IST nuk kerkojne vetem trajtimin e pacienteve me keto semundje por dhe te parandalojne riperseritjen e tyre nepermjet promovimit te perdorimit te kondomeve dhe duke inkurajuar trajtimin e partnereve per te menjanuar riinfeksionin. Trajtimi i IST shihet si nje pike hyrjeje per te referuar per nje testim vullnetar per HIV.

ISHP eshte qender diagnostikuese reference per HIV dhe IST. Nje tjeter qender reference eshte ne Spitalin Universitar te Tiranës. Ne kete spital eshte edhe qendra references per trajtimin e IST.

Ne vitet 90 jane bere perpjekje per ndertuar nje sistem multidisiplinar dispanseresh ne nivel lokal me qellim kapjen e hershme dhe trajtimin e pershtatshem te IST-ve. Ky system nuk ka mundur te funksionojte. Aksesit lidhur me IST ne sherbimet e kujdesit paresor ngelet minimal. Shume raste diagnostikohen ne laboratore private dhe trajtohen privatisht. Me qellim permiresimin e aksesit ne sherbimin shendetesor dhe rritjen e numrit te testuarve vullnetare. Gjate vitit 2007 jane ngritur disa qendra te testimit vullnetar dhe keshillimit lidhur me HIV/AIDS dhe IST (VCT) ne 9 qytete te vendit.

Keto qendra jane te perfshira ne Drejtorite e Shendetit Publik dhe kombinojne sherbimet e testimi laboratorik, psikologut dhe referimin per tek mjeku specialist. Pavaresisht nga veshtiresite e funksionimit, monitorimi I deritanishem tregon per nje rritje te numrit te rasteve te testuara vullnetarisht.

Gjithashtu, me qellim permiresimin e aksesit eshte ngritur edhe sherbimi outpatient prane repartit infektiv ne QSUT.

Kapacitetet diagnostike ne ISHP jane rritur dhe jane bere perpjekje per te futur teknika te reja diagnostike sidomos per HIV dhe IST. Megjithate, diagnoza etiologjike per te gjitha IST vendoset rralle, sidomos per Chlamydia dhe gonorrhean. QSUT shpesh vuan nga mungesa e kitive dhe reagenteve, nderkohe qe labororet e shendetit publik jashte Tirane, nuk ofrojne gjithe rangun e testeve te nevojshme per nje diagnoze etiologjike te HIV/IST. Teste te shpejta per HIV dhe per disa IST ofrohen tashme pa pagese dhe ne menyre anonime, prane qendrave te testimi dhe keshillimit vullnetar.

Laboratori i QSUT eshte forcuar ne drejtim te matjes se CD4, nderkohe qe laboratori ne ISHP eshte forcuar ne matjen e ngarkeses virale. Megjithate, vazhdojne problemet me furnizimin me kite dhe reagente. Laboratori i QSUT ka nevoje ende te forcohet per te kryer matjen e ngarkeses virale ne menyre qe te mbeshtese diagnozen ne Kliniken e Semundjeve Infektive.

Ndergjegjesimi i popullates dhe perdorimi i kondomit.

Kontraceptivet ofrohen ne te gjitha institucionet shendetesore me programe te planifikimit familjar. Pranimi i perdorimit te kondomit pengohet nga ndrojtja per ti siguruar ato ne vende qe kerkojne kontakt te drejtperdrejte personal. Per kete arsye qendrat shendetesore, e veçanerisht ato te planifikimit familjar mund te shihen si te papershtatshme.

Jane zhvilluar programe trajnimi me personelin shendetesor per ndryshim e qendrimeve ndaj perdorimit te kondomit. Nje pjese e madhe e personelit mjekesor shpesh injorojne rolin e kondomit ne parandalimin e IST duke kufizuar rolin e tij vetem si kontrceptiv.

Prevalenca e vizitave gjinekologjike rutinë ndërmjet grave me aktivitet seksual.

Studimi i shëndetit riprodhues në Shqipëri tregoi se vetëm 32% e grave që kanë aktivitet seksual, kanë kryer një ekzaminim gjinekologjik rutinë. Rekomandimi është që, gratë të bëjnë një ekzaminim gjinekologjik rutinë çdo vit pas moshës 18 vjeç, madje edhe më herët, nëqoftëse gruaja ka filluar jetën seksuale. Kur u pyetën për ekzaminimin gjinekologjik rutinë të vitit të fundit, vetëm 16% e grave të kampionit të anketimit me aktivitet seksual rezultuan që të kishin bërë një ekzaminim të tillë.

Vendbanimi urban dhe veçanerisht në Tiranë rrit mundësinë për të kryer më shpesh ekzaminimin gjinekologjik rutinë, në krahasim me gratë e zonave rurale (20%, kundrejt 14%, gjatë vitit 2007). Frekuenca e kryerjes së këtij ekzaminimi, paraqitet e ndryshme nëqoftëse bëhen krahasime ndërmjet grave të martuara, të pamartuara dhe grave të martuara më parë dhe me sa duket, kjo është e lidhur me rolin që ka moshja në këtë çështje.

Kur u pyetën rreth arsyes më të rëndësishme, përse ato nuk kanë bërë kurrë një ekzaminim gjinekologjik rutinë (vetëm për gratë me aktivitet seksual), shumë nga ato që ishin përzgjedhur u përgjigjën se ishin të shëndetshme, ose që nuk kishin nevojë të bënin një ekzaminim gjinekologjik.

Një përqindje shumë e ulët (2%) përmendën probleme të lidhura me ofruesin e shërbimit. Kjo tregon për një ndërgjegjësim shumë të ulët ndërmjet grave mbi rëndësinë e parandalimit të kancerit dhe një mungësë informacioni për nevojën e ekzaminimit gjinekologjik rutinë.

Prevalenca e ulët e ekzaminimit gjinekologjik rutinë mund të këtë një ndikim negativ të rëndësishëm në drejtim të depistimit, këshillimit dhe edukimit shëndetsor. Këto konstatime flasin në favor të faktit që duhen bërë më shumë përpjekje si për të modifikuar besimin dhe qëndrimin e përgjithshëm për kujdesin shëndetsor, ashtu edhe për edukimin e grave rreth procedurave të depistimit dhe parandalimit të sëmundjeve.

Këto përpjekje duhet të shoqërohen nga ndërhyrje të tjera, të cilat duhet të kenë si qëllim rritjen e aksesit ndaj shërbimeve, rritjen e cilësisë së tyre, si dhe rritjen e shkallës së mbulimit gjeografik.

Studimet e kryera për shëndetin riprodhues nga USAID, MSH, UNFPA në periudhën 2003-2007 kanë treguar që, prevalenca e sëmundjeve inflamatore pelvike ndërmjet grave me përvojë seksuale në Shqipëri është më e ulta në krahasim më vëndet e tjera që kanë karakteristika të ngjashme.

Kështu, në vëndet e përzgjedhura të Europës Lindore dhe në Kaukaz, kjo prevalencë shkon nga 17%-44% (Informacion i Qendrës për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve në Atlanta - CDC - 2004), kurse në Shqipëri kjo prevalencë është rreth 11%.

Qëndrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar (VCT), janë një dukuri e re në Shqipëri. Këshillimi dhe Testimi Vullnetar konfidencial kryhet në ISHP dhe QSUT në Tiranë. Këto qendra janë planifikuar që të shtrihen në të gjitha prefekturat e vëndit gjatë periudhës 2007-2008.

QSUT ofron gjithashtu mjekimin falas me anti-retroviralë (ART) për personat që jetojnë me HIV/AIDS. Përsa i përket AIDS dhe personave që jetojnë me HIV/AIDS mund të thuhet se, ndër ta ekziston ndjenja e turpit, (njollosjes), diskriminimit dhe mospranimin në të gjitha nivelet e shoqërisë. Një situatë e tillë bën që individët dhe familjarët e tyre të tentojnë të mos flasin për HIV/AIDS.

Studimi i Shëndetit Riprodhues, i kryer në vitin 2002 njihet si përpjekja e parë sistematike për të mbledhur të dhëna përgjithesuese në shkallë kombëtare mbi popullsinë dhe çështjet e shëndetit riprodhues në Shqipëri.

Lidhur me shkallën e rrezikshmërisë që paraqesin rastet me HIV/AIDS, nga ky studim rezultoi se, vetëm 16% e personave me moshë 15-24 vjeç përdornin kondom. Një e treta e grave të reja (32%) dhe 29% e meshkujve të rinj raportuan që kishin kryer marrëdhënie seksuale. Vetëm 17% e grave dhe 33% e burrave kishin njohuri se ku mund të kryhej testi HIV.

Në vitet 2002 dhe 2004 u kryen dy studime të tjera të tipit Vlerësim i Shpejtë dhe Përgjigje (RAR - Rapid Assessment Response) me të rinj nga grupe vulnerabël të tilla si, të rinjtë romë, homoseksualët, femrat që ushtrojnë prostitucionin, përdoruesit e drogës dhe popullata e lëvizshme.

Në një kampion prej 170 përdoruesish të drogave, rreth 64% e tyre injektonin drogë. Gjithashtu, 2 në çdo 3 përdorues të drogave me injeksione kanë raportuar shkëmbimin e ageve dhe të shiringave, ndërsa dezinfektimi me klor përdorej pak.

Shkëmbimi i shiringave nuk perceptohej si risk për HIV-in, ndërsa njohuritë rreth HIV-it dhe IST-ve kanë qënë të ulta në rradhët e kësaj popullate. Gjithashtu, shumë përdorues të drogave kanë raportuar që kanë patur shumë partnerë seksualë dhe pak prej tyre kanë raportuar për përdorimin e kondomit.

Në vitin 2005-2006 në Tiranë u krye studimi biologjik dhe i sjelljes në lidhje me HIV dhe IST, tek grupet e riskut në kryeqytet. Në përgjithësi, prevalenca e infeksioneve biologjike në popullatat e marra në studim ishte e ulët.

Nuk u zbuluan raste me infeksionin HIV, si tek përdoruesit e drogave intravenoze (PDI), ashtu dhe në popullatën e përgjithshme. Prevalenca në popullatën rome rezultoi të jetë 0.3%, kurse tek homoseksualët 0.8%.

Prevalenca e sifilizit rezultoi të ishte më e lartë në popullatën rome (2.5%), ç'ka tregon një rrezik të mundshëm për transmetimin e infeksionit HIV, ndërsa në grupet e tjera ajo ishte më e ulët, respektivisht 0.6% për përdoruesit e drogës dhe 1.2% për homoseksualët.

Afërsisht 30% e femrave rome, raportuan se janë detyruar nga një partner kundër dëshirës së tyre për të kryer marrëdhënie seksuale në 12 muajt e fundit, krahasuar me 8.7% të femrave në popullatën e përgjithshme.

Një përqindje e lartë e të intervistuarve raportuan se kanë dijeni për mundësinë e testimi konfidencial në Tiranë (61.1% e popullatës rome dhe 81.1% e asaj të përgjithshme). Megjithatë, ndërkohë që shkalla e ndërgjegjësimit ishte e lartë, vetëm një pjesë e vogël e pjesëmarrësve në studim kishin kryer testin HIV (3.1% e popullatës rome, ndaj 7.7% të popullatës së përgjithshme).

Nga raportimet e bëra në ISHP rezulton që deri në vitin 2007, në Shqipëri janë regjistruar 254 raste me HIV/AIDS. Për vitin 2007 janë raportuar 43 raste të reja me HIV/AIDS, prej të cilave 30 meshkuj dhe 13 femra.

Në total femrat përbëjnë 29% të rasteve me HIV/AIDS në Shqipëri. Bazuar në numrin e personave të diagnostikuar dhe të raportuar, Shqipëria konsiderohet si një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV. Ndërkohë, të dhëna të tjera tregojnë se, vendi po përballet me një rritje të shpejtë të numrit të rasteve.

Kanceret e traktit riprodhues/ Kanceri i gjirit dhe qafes së mitres

Kanceri i gjirit

Kanceri i gjirit eshte kanceri qe haset me shpesh tek femrat ne Shqiperi. Ai perben 25.6% te tumoreve malinje qe prekin kete seks me nje incidence mesatare prej 17.7 raste ne 100 000 banore per vitet 1994-2003, me nje mesatare prej 289 rastesh te reja ne vit

Kanceri i gjirit ne Shqiperi

Incidenca e kancerit te gjirit per vitet 1995-1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Femrat totale	15.3	16.7	15.3	19.8	18.1
femrat mbi 35+	25	30	25	33	30.3

* Burimi Spitali Onkologjik, * Burimi i te dhenave paresore INSTAT

Rreziku per zhvillim dhe vdekje nga kanceri i gjirit rritet me moshen. Nga te dhenat e Spitalit Onkologjik, rastet me kancer gjiri hasen me shume ne moshat mbi 30 vjeç. Rastet e diagnostikuara jane 60 % ne stade te avancuara dhe vetem 5% e tyre diagnostikohen ne stade fillestare.

Kanceri i gjirit eshte kanceri qe haset me shpesh tek femrat ne Shqiperi. Ai perben 25.6% te tumoreve malinje qe prekin kete seks me nje incidence mesatare prej 17.7 raste ne 100 000 banore per vitet 1994-2003, me nje mesatare prej 289 rastesh te reja ne vit

Shpeshesia relative dhe incidenca specifike per moshen (per periudhen 1996-2003) tregon se ka nje perqindje te larte rastesh ne grup moshat 40-70 vjeç me incidencen me te larte ne moshat 45-60 vjeç, ku moshat 45-49 vjeç arrin majen me te larte me nje incidence prej 64.8/100 000 banore.

Megjithate tendenca per rritje te incidences dhe numrit te ri te rasteve vihet re edhe ne moshat me te reja si 14.0/100 000 banore ne moshat 30-34 vjeç ne 25.6/100 000 banore ne moshat 35-39 vjeç.

Perqindja e rasteve eshte me e larte ne femrat qe jetojne ne zonat urbane (74.4%), se sa ato qe jetojne ne zonat rurale (25,6%) ku popullata urbane ka qene 4 here me teper e prekur nga kanceri i gjirit se sa ajo rurale (incidenca per popullaten urbane ka qene 33/100 000 banore, ndersa ne ato rurale 8.3/100 000 banore).

Perqindjen me te larte per kete lloj kanceri e zene punetoret me 46.8%, por megjithate nje studim me i thelluar per te pare ne menyre specifike incidencen sipas profesioneve dhe ndermarjeve perkatese eshte mjaft i rendesishem.

Kanceri i gjirit perben 13.3 % te vdekjeve nga tumoret malinje ne femra duke zene vendin e dyte ne klasifikimin e pergjithshem te vdekjeve nga tumoret malinje. Ne

periudhen 1999-2001 kane vdekur mesatarisht 120 gra ne vit dhe mortaliteti ka qene 7.8 raste per 100 000 banore.

Pra si perfundim mund te themi se duke pare te dhenat e numri i vdekjeve me tumore te gjirit ne vendin tone eshte gjithnje ne rritje nga viti ne vit.

Kanceri qafës së mitrës

Kanceri i qafes se mitres eshte nje nga kanceret kryesore qe prekin seksin femer.

Incidenca e kancerit te qafes se mitres per vitet 1991-2001

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Femrat totale	3.1	3.3	3.3	3.1	4.4	4.3	3.7	4.4	4.4	3.6	3.7
Femrat mbi 35+	5.3	5.5	5.2	7.4	7.3	7.1	6.2	7.4	7.4	6	6.4

* Burimi Spitali Onkologjik

* Burimi i te dhenave paresore INSTAT

Vdekshmeria e gjithe semundjeve neoplazike per 100 000 banore ne vitet 1994-2002

	1999			2000			2001			2002		
	t	m	f	t	m	f	t	m	f	t	m	f
Tumor M stomaku	10.4	13.2	7.5	10.9	14.8	7.2	8.7	10.6	6.8	10.9	14.3	7.5
T M i zorres se trashe	1.0	1.2	0.8	0.7	0.8	0.6	0.8	0.8	0.8	1.2	1.4	1.0
T M i melcise	9.5	11.7	7.2	10.5	14.8	6.6	8.2	10.7	5.6	9.4	11.3	7.5
T M li trakes bron mush	18.1	28.7	7.2	17.7	29.7	6.6	14.9	24.1	5.8	19.5	30.0	9.0
Melanoma + kancer lekure	1.0	1.3	0.8	1.1	1.5	0.8	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
T M i gjiirt femra			7.8			7.4			6.0			6.8
Tumor malinj i qafes se mitres			0.5			1.1			0.9			1.3
tumor malinj i prostates		8.4			9.5			6.5			8.8	

*Kodi i semundjeve sipas ICD 9

*Burimi i te dhenave paresore INSTAT

Ai ze ne Shqiperi vendin e dyte (pa llogaritur kancerin e lekures) per kanceret e femrave duke perbere 5.9% te tyre dhe me nje incidence mesatare prej 4.1/100 000 banore.

Gjithashtu ky kancer perben 51.2% te rasteve me tumore malinje qe prekin aparatn genital femeror. Vihet re nje tendence e rritjes se incidences se ketij kanceri pas vitit 1994 (3.1/100 000) duke arritur ne 4.3/100 000 banore ne vitin 1998 dhe me nje rritje deri ne 5.3/100 000 banore ne vitin 2003, shifer kjo gati dyfish po te krahasohet me 10 vjet me pare.

Grupmoshat me te prekura jane ato mbi 40 vjeç (ne moshat 40– 60 vjeç) me kulmin ne moshen 45-49 vjeç ku incidenca arrin 14.9/100 000 banore, 50-54 vjeç (14.3) si dhe 56-69 vjeç (12.2).

Popullata urbane eshte 3.4 here me e prekur se ajo rurale me nje incidence prej 7.2/100 000 banore. Vending kryesor e zene grate te cilat nuk punojne dhe punetoret por edhe ketu nje studim me i thelluar do te ishte i nevojshem.

Rrethet qe kane patur incidencen me te larte keto vite jane: Tropoja (14.4), Shkodra (9.6), Lezha (8.7), Kurbini (7.3), Tirana (6.6), Puka (5.9), Korca (5.6), Mirdita (5.3), Durresi (4.3) dhe Berati (3.2).

Ne lidhje me vdekjet nga kanceri i qafes se mitres, te dhenat jane te pakta dhe jo te qarta pasi ka patur probleme gjate klasifikimit te tij .

Duke pare strukturen e vdekjeve tek femrat nga kanceri per vitin 2000 kanceri cervical eshte ne vend te katert, pas atij te gjirit, kolonit dhe rektumit, ca te sistemit nervor. Duhet thene se ende ka nje perqindje te madhe te rasteve per canceret e gjirit dhe ato te qafes se mitres te cilat paraqiten ne vones ne stade te avancuara.

Ne vendin tone problem perbejne edhe njohurite e pakta qe kane grate ne lidhje me rendesine e ekzaminimeve gjinekologjike per kancerin e gjirit dhe ate cervical

Keshtu ne studimin e KAPB te kryer nga MSH/ISHP dhe mbeshitetur nga disa agjensi UNFPA, USAID, UNICEF ne vitin 2000, te dhenat nga intervista e grave treguan se vetem 42% e grave, pavaresisht nga mosha kane pasur nje ekzaminim gjinekologjik.

Pak me shume se 60% e tyre qe kishin bere nje ekzaminim i perkisnin moshes 26-40 vjeç dhe kishte nje rnie e qarte te frekuences se ketyre ekzaminimeve pas moshes 35 vjeç.

Ne nje studim tjetër te kryer nga ISHP ne vitin 2001-2002, rezultoi se me pak se gjysma e grave ne te gjithë Shqiperine kishin kryer Pap testin, apo kishin degjuar per te dhe ketu pjesa me e madhe qe kishin kryer nje ekzaminim te tille ishin ne Tirane, apo Durres

Po keshtu kur u pyeten nese ato paten degjuar rreth ekzaminimit te gjirit, jo me shume se 23% e grave te grup moshes 21-25 vjeç dhane pergjigje pohuese dhe ky raport ishte me i larti per te gjitha grup moshat.

Shërbimet e depistimit të Ca në vendin tonë.

Diagnoza e kancereve te gjirit ne vendin tone mbeshitetet ne ekzaminimin fizik, ekografik e citologjik dhe nga viti 1995 ne ate mamografik. Kanceri i cerviksit diagnostikohet nepermjet ekzaminimeve citologjike dhe ekzaminimeve te metejshme gjinekologjike, kolposkopia, etj.

Diagnostikimi i ca te gjirit, kryhet ne sherbimin e onkologjise se QSUT dhe ne klinikat private si ajo Zonja e Keshillit te Mire, Klinika Ortodokse Autoqefale, Klinika Balkan Care etj.

Canceri i qafes se mitres diagnostikohet ne sherbimin gjinekologjik te spitalit Universitar Obstetrik Gjinekologjik, Sherbimin onkologjik te QSUT dhe ne klinikat private si Balkan Care, Marie Stopes, etj.

Nje vleresim i ketyre sherbimeve, eshte mjaft i nevojshem, por te dhenat paraprake tregojne qe ato jane perqendruar vetem ne Tirane dhe Durres. Po keshtu mungon trajnimi dhe edukimi i vazhdueshem i stafit shendetesor, apo qendrat e references per mamografine dhe Pap testin, si dhe sherbimet e kontrollit te cilesise.

Te dhenat per kancerin e gjirit mblidhen ne regjistrin e kancerit i cili ka filluar te funksionojte ne vitin 1986, i instaluar prane Sherbimit te Onkologjise se QSUT. Ndersa te dhenat per vdekshmerine mblidhen nga INSTAT.

Depistimet qe jane kryer deri tani kane qene, ose jane jo te organizuara e koordinuara mire, si dhe te rastesishme pa grupe te qarta. Ato jane kryer ne bashkepunim me projekte te huaja, shoqata, qeveri, donatore te ndryshem, si i psh per kancerin e gjirit ne vitin 1995-1996, u depistuan 6000 gra ne projektin e bashkepunimit me Universitetin la Sapienza.

Aktualisht ne rrethin e Durresit dhe ate te Korçes po punojne UNOPS dhe Medicos del Mundo, per depistimin e grave me kancer cervikal. Por te gjitha ketyre depistimeve ju mungon kontrolli i cilesise.

Gjithashtu vlen te permendet qe ne shumicen e rasteve, grate jane te detyruara te paguajne per keto sherbime shuma keto qe lekunden nga 10-20 mije lek te vjetra per secilin ekzaminim, qofte mamografi, apo Paptest dhe qe zene vend te rendesishem ne buxhetin e te ardhurave te nje gruaje.

Vaksina per parandalimin e infeksionit nga HPV

Vaksina e dizenuar per parandalimin e dy ose me shume tipeve me rrezik te larte me te zakonshmit (HPV 16 & HPV 18). Keto tipe jane pergjegjes per 70 % te kancerave te qafes se mitres, dhe perpjekjet klinike kane treguar se vakcina eshte 100% efektive(Wright 2006).

Vaksina eshte efektive kur u jepet femrave te cilat nuk jane te infektuara me HPV. Meqe vakcina nuk te mbron nga te gjitha tippet e HPV, qe shkaktojne kancer grate e vaksinuara duhet te bejne rregullisht Pap-test.

Situata e depistimit ne Shqiperi

Sherbimi i mamografise ofrohet ne QSUT, dhe ne sherbimin shendetesor paresor ne polikliniken e Tiranës, ne rrethet Vlore, Durres, Shkoder si pjese e projektit INTERREG III. Brenda 2 viteve ne keto qendra u kryhen afer 11000 ekzaminime mamografie dhe u identifikuan tumore ne 2.5% te tyre. Por qe nga tetori ky ekzaminim nuk ofrohet falas.

Klinikat private qe ofrojne mamografi jane te vendosura ne Tirane. Trajtimi kirurgjikal kryhet ne Splitalin Onkologjik qe eshte dhe qendra e vetme qe ofron kimio dhe radioterapi.

Kanceri i gjirit ka nje impakt ekonomik dhe emocional ne familjet shqiptare qe shoqerohet si me trajtimin e semundjes, humbjen e punes dhe ne disa raste me humbjen e jetes.

Pacientet se bashku me familjaret e tyre duhet te udhetojne si per trajtim dhe per kimio dhe radioterapi. Trajtimi ne klinikat private nuk mbulohet nga sigurimet shendetesore. Sherbimi paliativ ofrohet vetem ne dy qendra, nje ne Tirane dhe tjetra ne Durres.

Studimi i kryer nga Filipi & al ne 2002 raporton se ne nje kampion te pezgjedhur grash te moshes 20-60 vjeç, vetem 9% e tyre kishin kryer mamografine dhe 3.4% kishin kryer nje Pap-test. Ne 90 % te rasteve ishte mjeku qe rekomandonte depistimin per arsye te ndryshme shendetesore.

Nder pengesat dhe barrierat strukturale permendeshin, mungesa e sherbimit, mungesa e sigurimeve shendetesore, kostoja e sherbimit dhe e kohes per tu kujdesur per shendetin. Ekzaminimet nuk ofrohen falas. Barrierat psikologjike perfshijne perceptimet, neglizhencen, ankthin e rezultateve, lidhur keto dhe me edukimin e gruas.

Kanceri i Qafes se mitres depistohet dhe trajtohet ne klinikat shteterore dhe private vetem ne Tirane.

ISHP se bashku Institutin “Regina Elena ” ka kryer nje studim lidhur me epidemiologjine e HPV ne Shqiperi. Rezultatet e studimit tregojne per nje frekuence te larte te tipeve me risk te larte si 16 dhe 18.

Ne kuadrin e ketij studimi jane vleresuar dhe testet e kolposkopise dhe Pap testit krahasuar me testin e references (Biopsi). Nga rezultatet del se kane nje sensitivitet dhe specificitet per Kolposkopine (95% -52%) dhe Pap testi ne (20%-81%) dhe kjo eshte per nje sere arsyesh qe sjellin dhe nevojen e akreditimit te laboratoreve te ndryshem qe ofrojne sherbime

Situata e tanishme nuk mund te suportoje programe kombetare depistuese per kancerin e gjirit dhe te qafes se mitres sepse: burimet jane te bakta, infrastruktura e kufizuar dhe shumica e kancereve diagnostikohen ne stade te avancuara (III/IV).

Diagnoza ne kohe lidhet ndergjegjesimin per kancerin e gjirit dhe te qafes se mitres te popullates dhe te punonjesve te sherbimit shendetesor paresor si nje element kyç i nderhyrjeve ne te gjitha nivelet.

Per nje arritje te hershme duhet te:

- Promovohet shtimi i numrit te grave qe kerkojne kujdes shendetesor
- Promovohet diagnoza e hershme nepermjet edukimit dhe ndergjegjesimit per kancerin e gjirit dhe te qafes se mitres

Gjinia dhe dhuna

Me gjithë perparimin qe eshte bere ne Shqiperi per permiresimin e legjislacionit kombetar, ratifikimin e konventave nderkombetare, ne hartimin e politikave e te strategjive ne nivel kombetar, ende mbetet shume per te bere persa i perket zbatimit ne praktike, monitorimit dhe vleresimit te tyre.

Sfida më e madhe në lidhje me paraqitjen e situatës së barazisë gjinore në shëndetësi qëndron në faktin që ka shumë pak të dhëna të ndara në bazë gjinore, ndaj dhe prezantimi i situatës së paraqitur mbështetet në raporte të rralla dhe në informacionin e mbledhur në mënyrë jo sistematike nga organizata të ndryshme me bazë komunitare apo jo-fitimprurëse.

Çështjet gjinore në sektorin e shëndetit. Është tashmë e ditur se në 15 vitet e fundit shëndetësia është ndeshur me sfidat për të dhënë shërbime të përshtatshme për meshkujt dhe femrat. Ndërsa theksi më i madh vihet në shëndetin riprodhues dhe planifikimin familjar, çështje të tjera shëndetësore, si shëndeti mendor, apo shëndeti në mjedisin e punës, lënë për të dëshiruar.

Ka shumë pak informacion në lidhje me sëmundjet më të përhapura për femrat dhe meshkujt; ngarkesën e femrave në punë dhe tendencat e sëmundshmërisë të gratë si kequshqyerja, anemia dhe sëmundje të tjera.

Edhe më pak dimë perspektivat e vetë meshkujve dhe femrave në lidhje me rolin që ata duhet të luajnë në kujdesin shëndetësor në komunitet, perceptimet e tyre në lidhje me çështjet më të zakonshme të shëndetit, kush vendos në familje se çfarë ilaçesh duhen blerë.

Në lidhje me shëndetin riprodhues, duke ju referuar nje studimit të SHR-se të vitit 2002 Shqipëria ka një indeks nga me të ultit të zhvillimit gjinor, në vendet e Europës së Lindjes. Grate paraqesin një nivel të ulët të njohjes së HIV/AIDS dhe të sëmundjeve seksualisht të transmetueshme, si dhe një kulturë të varfer për shëndetin në përgjithësi, si për atë riprodhues në veçanti.

Më të rrezikuara ndaj këtyre sëmundjeve janë adoleshentët. Një faktor tjetër që paraqet rrezik për infektimin nga SST, është edhe fakti i mungesës së fuqisë së gruas për të negociuar me partnerin për të përdorur preservative gjate marrëdhënieve seksuale si një nga mbrojtësit më të mirë nga HIV.

Kur vjen fjala për planifikimin familjar, vendimet për madhësinë e familjes duhet të merren kryesisht nga të dy bashkëshortët, sipas mendimit të femrave dhe meshkujve në moshën 15-44 vjeç, megjithëse midis burrave, përqindja e atyre që bien dakord është më e ulët se ajo e grave (përafërsisht 96% kundrejt 89%).

Aktualisht këto 5 vitet e fundit si rezultat i politikave të Ministrisë së Shëndetësisë për rritjen e cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar dhe zgjerimit të këtyre shërbimeve në zonat rurale ka një përmirësim të situatës në lidhje me treguesit e përdorimit të metodave moderne të kontracepsionit ku përqindja është rritur

Fatkeqësisht, shumë përjasje për të luftuar përhapjen dhe impaktin e HIV/AIDS kanë dështuar në marrjen në konsideratë të dallimeve dhe pabarazisë gjinore. Disa prej tyre kanë riafirmuar idetë e pasivitetit femëror dhe dominancës mashkullore në vendimet mbi seksin dhe riprodhimin. Të tjera u janë përgjigjur nevojave dhe problemeve të ndryshme të grave dhe burrave por kanë dështuar në të sfiduarit e *status quo*-së gjinore. Ndërhyrjet duhet që në të njëjtën kohë, të fuqizojnë gratë dhe të transformojnë marrëdhëniet gjinore.

Shkaqet e vdekjeve dhe semundshmeria mbi baze gjinore

Duke pare strukturen e vdekshmerise sipas shkaqeve dhe gjinise shikojme se burrat janë më të dizavantazuar përsa i përket aksidenteve rrugore, vrasjeve, vetëvrasjeve etj. Vdekjet nga sëmundjet e Aparatit të Qarkullimit zënë vendin e parë në strukturën e vdekshmërisë së përgjithshme me një rritje 3% kundrejt vitit 1999.

Vdekjet më të larta janë në sëmundjet cerebrale dhe të sëmundjeve ishemike të zemrës ku kemi një rritje prej 1.1% tek femrat kundrejt meshkujve. Në total, vdekjet e këtij grupi janë 1.2 here më të larta tek meshkujt se tek femrat.

Sëmundjet tumorale vijnë të dytat në shkaktarët e vdekjeve për popullsinë tonë. Tumoret malinj të aparatit tretës tek meshkujt janë dy herë më shumë se tek femrat. Tumoret malinj të aparatit të frymëmarrjes janë 4 herë më shumë tek meshkujt se sa tek femrat. Rrezikshmëri për femrat paraqesin veçanërisht tumoret malinj të kockave dhe të gjirit.

Çështjet gjinore në marrjen e informacionit shëndetësor. Marrja e informacionit mbi kujdesin shëndetësor për meshkujt dhe femrat është bërë kryesisht nga MSH, Instituti i Shëndetit Publik dhe OJF-të e ndryshme, bazuar në çështjet që shqetësojnë për momentin dhe në varësi të fondeve të dhuruara nga donatorë të ndryshëm.

Ndërsa shkollat e mesme kanë të përfshirë si lëndë të veçantë edukatën seksuale, raportet jo formale të nxënësve kryesisht tregojnë se jo vetëm mësuesët nuk janë gjerësisht të përgatitur për t'iu përgjigjur pyetjeve të nxënësve, por shpeshherë ora e lënë veçantë për këtë lëndë përdoret për të plotësuar boshllëqet të lëndëve të tjera kryesisht të shkencave të sakta. Përçimi i informacionit mund të përshkruhet si jo sistematik.

Çështjet gjinore në sistemin e dhënies së kujdesit shëndetësor.

Mungesa e të dhënave në përdorimin e sistemit të dhënies së kujdesit shëndetësor për gratë dhe burrat dhe nivelin e tyre të aprovimit të këtyre shërbimeve e bën të vështirë vlerësimin e situatës.

Duke qenë se në pjesën më të madhe të shoqërisë shqiptare, aksesin ndaj të ardhurave dhe burimeve financiare është një atribut dhe ekskluzivitet i burrave, pasojat për gratë në këtë rast janë të konsiderueshme. Në disa raste, pasojat janë edhe më dramatike pasi prekin edhe fëmijët.

Preferencat e trajtimit të ndryshëm të djemve dhe vajzave, përveç edukimit, mbështetjes financiare, etj. prekin edhe kujdesin shëndetësor. Në kushtet e mundësive të kufizuara financiare, fëmijët meshkuj janë më të prirur që të marrin kujdes më të mirë shëndetësor dhe interesi familjar për ta është më i madh.

Është vënë re se gratë kanë më pak kohë dhe mundësi se burrat për të shkuar te mjeku si pasojë e ngarkesës së madhe që ato kanë me punët shtëpiake dhe përkujdesjen për anëtarët e familjes. Por roli i burrave si fitues kryesor të të ardhurave në familje ushtron një presion të madh mbi to për të pranuar faktin e të qenit sëmure, pasi pasojat ekonomike dhe ato sociale për familjen do të ishin të ndjeshme.

Përveç këtyre faktorëve, për gratë në zonat e largëta dhe rurale, distanca nga spitalet, apo qendrat shëndetësore, mungesa e parave për transport, kufizimet e grave për të lëvizur të pashoqëruara, procedura kontrolli mjekësor që mund të duken kërcënuese për gratë dhe mjedise pothuaj pa pajisje e bëjnë pothuaj të pamundur marrjen e shërbimeve shëndetësore për këto gra.

Gratë, sidomos në zonat rurale dhe të largëta kanë vështirësi në pasjen e shërbimeve shoqërore të shëndetit, si furnizimi me ujë dhe shërbimet sanitare. Uji i pijshëm dhe tualetet në shumë prej këtyre zonave shpesh janë të lokalizuara jashtë banesave të tyre.

Përfshirja e burrave në shëndetin riprodhues

Duke i konsideruar si të një rëndësie të veçantë, burrat dhe rolin e tyre në shëndetin riprodhues, në botë janë zhvilluar dy tipe programesh: i pari i përfshin burrat si partnerë, sipas së cilit fokusi është tek shëndeti riprodhues tradicional, konkretisht tek shërbimet e planifikimit familjar dhe kujdesi për shëndetin e nënës.

Ky program kërkon të përfshijë burrat në shëndetin riprodhues si partnerë duke u bazuar në supozimin se çiftet edhe jo individët mbajnë përgjegjësi për shëndetin riprodhues dhe vendimet lidhur me të.

Një model tjetër është ai që mbështet burrat si aktor me rëndësi për ndryshimet duke i motivuar ata për të adresuar pabarazitë gjinore. Të tilla programe pranojnë se normat dhe vlerat tradicionale si edhe balanca e pushtetit mes burrave dhe grave kanë pasojë negative për shëndetin e grave dhe burrave.

Këto programe kërkojnë të ndryshojnë rolet gjinore duke sfiduar normat e stereotipet gjinore dhe siguruar një shëndet më të mirë për gratë dhe burrat.

Ajo që vihet re në Shqipëri është se në përgjithësi vendimet lidhur me përdorimin ose jo të kontraktivëve merret nga burrat. Megjithëse, janë hedhur hapa të mira në drejtim të ndjekjes së modelit të parë, sërish duhet punuar më shumë për ndërgjegjësimin e çiftit në marrjen e vendimeve të përbashkëta për shëndetin riprodhues si një çështje që i përket të dyve. Në të njëjtën kohë, mbështetja nga shteti për sigurimin e mjeteve kontraktive sidomos për gratë dhe vajzat në nevojë do të kontribuonte fuqishëm në një shëndet më të mirë për to.

Dhuna

Megjithëse përdorimi i dhunës ndaj gruas është konsideruar si shkelje e të drejtave të njeriut, sërish përqindja e grave të dhunuara në Shqipëri është shqetësuese. Gratë që janë viktime të dhunës janë më të predispozura të shfaqin probleme gjinekologjike, shtatëzani të padëshiruara, komplikacione për ndërprerje të shtatëzanisë, çrregullime somatike, depresion, ankth e probleme të tjera të shëndetit mendor.

Studimi i Survejm mbi Shëndetin Riprodhues i vitit 2002, paraqiti të parat të dhëna me bazë popullsinë kombëtare lidhur me çështjen e dhunës ndaj grave në Shqipëri. Ne

kete studim thuhet se të dhënat lidhur me dhunën në përgjithësi dhe ato rreth dhunës në çift janë shumë të pakta.

Qysh nga mesi i viteve '90, *Refleksione*, një organizatë shqiptare e grave, si dhe studjues të tjerë kanë kryer disa kërkime mbi çështjen e dhunës ndaj grave në Shqipëri, por në një shkallë të kufizuar. Një studim i bërë në disa rrethe të ndryshme të Shqipërisë, raportoi se 39 % e grave të intervistuar kishin përjetuar abuzim fizik dhe 25 % e tyre kishin përjetuar abuzim emocional (Miria, 1996).

Në një studim tjetër me bazë komunitetin, nga 9% deri në 23% të grave të intervistuar raportuan abuzim seksual (Miria, 2000). Gjithashtu në një studim tjetër lokal u evidentua se 46% e grave që jetonin në një zonë rurale, krahasuar me 36% të grave që jetonin në një zonë urbane kanë përjetuar dhunë fizike nga partnerët e tyre, ndërsa 28% e grave që jetojnë në zonat rurale raportuan se kanë përjetuar dhunë seksuale nga partnerët e tyre, krahasur kjo me 36% të grave që jetojnë në zonat urbane (Kaci et al., 1996). Megjithatë ky nuk ishte një studim me bazë popullsinë.

Disa studime të tjera cilësore kanë analizuar karakteristikat e dhunës në familje në Shqipëri (Van Hook et al., 2000 Co- PLAN, 2001; Baban et al., 2003). Një qëndër për gratë, në Tiranë, që nga fundi i viteve '90 ka monitoruar shtypin si një nga aktivitetet e saj më kryesore.

Procesi i monitorimit i 7 gazetave në 2001 rishikoi 1130 artikuj dhe 207 prej tyre (18.3%) ishin për dhunën në familje, ndërkohë që në vitin 2002 procesi i monitorimit kaloi 1244 artikuj ku në 9.9% të tyre flitej për dhunën në familje (Gjermani et al., 2003).

Ekzistojnë disa shërbime të kufizuara për viktimat e abuzimeve, përgjithësisht të sponsorizuara nga OJF ose organizata të tjera të shoqërisë civile. Këto përfshijnë qëndrat e këshillimit dhe qëndrat e strehimit për gratë, kryesisht në Tiranë. Shërbimet që ekzistojnë funksionojnë në kushtet e mungesës së mbrojtjes ligjore të posaçme për viktimat e dhunës. Vetëm 5 % e rasteve të dhunës në familje kanë kërkuar mbrojtje ligjore, sipas zyrës ligjore të grave (Meçaj, 1997).

Në Shqipëri studimi mbi shëndetin riprodhues u përqëndrua në tre aspekte të dukshme të dhunës ndaj grave:

- dhuna gjatë periudhës së fëmijërisë,
- dhuna verbale, fizike dhe seksuale e shkaktuar nga partnerët e mëparshëm ose aktualë, e cilësuar këtu si “dhunë nga partneri intim (IPV)” që shpesh i referohemi si “dhuna shtëpiake” dhe
- përvoja e grave në një marrëdhënie seksuale të detyruar ose ndryshe përdhunim

Nga ky studim rezultoi se ndërmjet grave shqiptare të moshës 15-44 vjeç, 11.5% e tyre raportuan se kanë qënë dëshmitare të abuzimit të prindërve të tyre dhe 27.2% raportuan se kanë qënë të abuzuar gjatë fëmijërisë. Prevalenca e këtyre dy treguesve ishte më e madhe ndërmjet banoreve që jetonin në zonat rurale në krahasim me ato që jetonin në zonat urbane.

Në tërësi 30.4% e grave shqiptare raportuan se gjithmonë kanë provuar dhunë verbale nga partneri dhe 22.8% raportuan se e kanë provuar atë gjatë vitit të fundit. Abuzimi fizik gjatë jetës raportua nga 8.2% e grave dhe nga 4.5% e grave vitin e fundit.

Gjithashtu 2.9% e femrave raportuan se gjithmonë kanë qënë të dhunuara seksualisht nga bashkëshorti, apo partneri dhe 1.5% e tyre raportuan marrëdhënie seksuale kundër dëshirës së tyre gjatë vitit të fundit.

Ne kete studim rezultoi se më shumë se gjysma e grave të abuzuara (52.5%) raportuan se nuk kishin folur me njeri. Një përqindje shumë më e madhe e grave në zonat rurale në krahasim me ato në zonat urbane, veçanërisht Tiranë, raportuan se ato nuk flasin me njeri në lidhje me dhunën.

Gratë me një arsim e status social-ekonomik të ulët ishin ndër ato të cilat flisnin më pak për këto gjëra. Ndërsa 44.5% e femrave me një status social- ekonomik mesatar, ose të lartë raportuan që nuk kanë folur me dikë, ato me një status social- ekonomik të ulët përbënin 60.5%.

Femrat të cilat raportuan se nuk kanë folur me një mjek/punonjës mjekësor, polic apo këshilltar ligjor rreth dhunës, u pyetën se cilat ishin arsyet që nuk e kishin bërë këtë gjë. Një e treta e femrave (33.5%) raportuan që ato e ndjenin se nuk ishte mirë dhe nuk do t'u shërbente për asgjë. Kurse 27.3% raportuan që dhuna është normale dhe nuk kishin nevojë që të ankoreshin.

Të tjera përgjigje tregonin se gratë nuk dinin se ku të kërkonin ndihmë (9.8%), kishin frikë nga divorci apo dhënia fund e kësaj marrëdhënieje (6.9%) dhe frika se mos dhunoheshin më shumë në vend që të ndreqnin punë etj. (6.5%).

Gratë e abuzuara seksualisht, ose fizikisht që kishin fëmijë u pyetën nëse ato mendonin se fëmijët ishin të ndikuar nga kjo dhunë. Pothuajse një e treta (31%) u përgjigjën që fëmijët ishin shumë të prekur nga kjo gjë. Efektet mbi fëmijët përfshinin pasoja si të jetuarit me frikë dhe uljen e aftësive për të mësuar (të dhënat nuk paraqiten).

Në zbatim të **Ligji Nr 9669 “Për masa ndaj dhunës në mardhëniet familjare”** miratuar me datë 18/12/2006, jane pergatitur nga MSH, disa urdhëra dhe rregullime

- **Urdhëri nr 13, 23.1.2008, “për pajisjen e personave të dhunuar në mardhëniet familjare me raportin përkatës;**
- **Urdhëri nr 14, 23.1 2008 “për evidentimin e rasteve të dhunës në mardhëniet familjare në rregjistrin dhe kartelën individuale për rastet e dhunës ne familje;**
- **Urdhëri nr 15, dt 24. 01. 2008, për trajtimin mjekësor në institucionet shëndetësore publike në personat të dhunuar në mardhëniet familjare.**
- **32. Masat e ndërmarra në zbatim të nenit 39 për të siguruar riaftësimin fizik dhe psikologjik dhe riintegrimin social të fëmijës, që ka qënë viktimë e çdo lloj forme neglizhence, shfrytëzimi, abuzimi (sipas nenit 19), në një mjedis edukues për shëndetin, vetërespektin dhe dinjitetin e fëmijës**

Gjatë kesaj periudhe kohore ne zbatim të Ligjit të mësipërm janë përgatitur nga Ministria e Shëndetësisë,

- Protokollet për depistimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare
- Kartela klinike individuale për viktimat e dhunës në marrëdhëniet familjare.
- Model raporti i posaçëm për pacientët që kanë pësuar dhunë në marrëdhëniet familjare.
- Fletë Konsensusi i Pacientit për egzaminimin/keshillimin/trajtimin mjekësor, (për pacientin që ka pësuar dhunë në marrëdhëniet familjare.)
- Regjistri kombëtar i shëndetësisë, për regjistrimin e rasteve të dhunës në marrëdhëniet familjare nga punonjësit e kujdesit shëndetësor .

Ky set materialesh është shpërndarë në të gjitha institucionet shëndetësore publike (Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza, Maternitetet e Tiranës, në Drejtoritë e Shëndetit Publik dhe Drejtoritë Spitalore të rretheve).

Gjithashtu në të gjitha rrethet janë ngritur ekipet përgjegjëse për rastet e dhunës në marrëdhëniet familjare të përbërë nga mjek, infermier dhe punonjës social ose psikolog (nëse ata kanë në strukturë).

Ndërkohë Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me UNICEF-in, UNFPA- në dhe Shoqatën Kombëtare të Punonjësve Sociale kanë trajnuar gjatë viteve 2007-2008, rreth 500 punonjës shëndetësorë (mjek të familjes, pediatër, obstetër– gjinekolog dhe infermierë) për problemet e dhunës me bazë gjinore.

Ka filluar edhe raportimi për herë të parë për rastet e dhunës në marrëdhëniet familjare dhe për vitin 2008 raportohen rreth 95 raste të paraqitura në institucionet shëndetësore publike (spitale dhe qendra shëndetësore).

Ministria e Shëndetësisë po shikon edhe mundësinë për përfshirjen në shërbimet shëndetësore, te shërbimit psikosocial, si një mbështetje psikoemocionale edhe për viktimat e dhunës në marrëdhëniet familjare.

Infertiliteti

Ne Shqipëri mungojnë të dhënat dhe studime lidhur me incidencën dhe prevalencën e infertilitetit. Ende numri i çifteve infertile mbetet i panjohur. Konteksti social dhe kulturor i vendit ende e konsideron një problem veçanërisht për gruan mos konceptimin e saj.

Megjithatë pasojat mbi jetën e grave me infertilitet primar, ose sekondar mund të jenë të ndryshme, shumë studime që janë bërë me baze popullore në Shqipëri nuk e kanë përfshirë këtë çështje. Shkaqet e infertilitetit primar dhe sekondar të lidhura me gjininë dhe kushtet që ndikojnë direkt mbi infertilitetin ndryshojnë sipas vendit dhe kultures.

Por sipas te dhenave, shtyrja e moshes se marteses dhe lindjes se femijes, incidenca ende e larte e abortit te induktuar, rritja e numrit te IST, ndryshimet ne stilin e jetes, pirja duhanit, stresi, mbipesha, etj, mund te bejne qe mjaft çifte shqiptare te kene probleme infertiliteti.

OBSH, ne vleresimet e saj ne zonat e vendeve ne zhvillim raporton se mbi 25% e çifteve mund mos jene te afte te kene femije. Ne Europe 1 ne 6 çifte eshte prekur nga infertiliteti. Ndersa prevalenca e infertilitetit eshte pothuajse e njejte me ate gjitha vendeve 10-12%.

Pjesa me e madhe e shkaqeve te infertilitetit ne keto vende lidhet me pasojat e infeksioneve te traktit riprodhues, veçanerisht gonorrhea dhe klamidia. Per me teper pamundesia per te lindur femije veçanerisht ne komunitetet e varfra dhe rurale krijon probleme me te gjera sociale veçanerisht per grate ne drejtim te stigmas sociale, rendeses ekonomike, izolimit social dhe dhunes.

Studimet e ndryshme kane treguar se grate pa femije ne vendet ne zhvillim shpesh jane te abandonuara nga partneret e tyre, jane subjekte te dhunes, ose keqtrajtohen nga familjaret. Per kete infertiliteti mund te quhet nje problem i shendetit publik dhe social si dhe nje problem individual

Sipas studimeve ne bote rreth 73% e burrave dhe 40% e grave nuk kishin shkaqe te gjetura per infertilitetin. Faktoret e lidhur me tubat ishin shkaku kryesor i infertilitetit tek grate rreth 30% pasuar nga anovulacioni 22%. Midis burrave infeksionet e scrotumit ishin shkaku kryesor me 9%.

Sherbimet qe ofrojne infertilitetin ne vend

Sistemi aktual i shendetit publik ne vend nuk ofron akses per sherbime te duhura parandaluese, keshilluese, trajtimi efektiv dhe Teknikat e Fekondimit te Asistuar efektivisht ofrohen ne institucionet tona te nivelit tretesor ne Tirane (materniteti 1 dhe 2). Por trajtimi efektiv shpesh eshte i veshtire per tu arritur dhe konsiderohet pak nga gjinekologjet, specialistet e infertilitetit, kirurget dhe laborantet.

Sherbimet ofrohen ne sektorin privat nga disa klinika por ato luhaten ne cilesi dhe kosto. Perqindja e infertilitetit ne keto sherbime eshte e paqarte sepse ato nuk asnje detyrim ligjor per te raportuar. Keto sherbimet nuk kontrollohen rregullisht per cilesine e ofruar dhe monitorimi dhe rregullimi papershtatshem ligjor i ketyre sherbimeve mund te çoj ne keqperdorimin e ketyre teknologjive, Çeshtjet etike si manipulimi spermes, vezeve dhe embrionit, adoptimit surrogativ duhen rishikuar nepermjet mekanizmave efektiv rregullues.