



RAPORTI ALTERNATIV I OJF-VE MBI SITUATËN NË VEND LIDHUR ME KOMPONENTËT E SHËNDETIT RIPRODHUES





Botuar nga: Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPHZ)
Adresa : Bul " Gjergj Fishta", Kompleksi "Tirana 2000" Kulla 4, kati 2, Tiranë
Web: www.acpd-al.org

Mbështetur nga:



Ky dokument u hartua dhe u publikua me mbështetjen financiare të UNFPA-s, Shqipëri. Përmbajtja e këtij dokumenti është përgjegjësi e hartuesve të dokumentit dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i UNFPA-s, Shqipëri.

Falenderime

Raporti alternativ lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues, i pari i këtij lloji i hartuar deri tani, u përgatit nga QSHPHZ, në bashkëpunim me disa organizata jofitimprurëse, anëtare të koalicionit për shëndetin seksual dhe riprodhues.

Një falenderim i veçantë shkon për organizatat dhe specialistët e tyre që jo vetëm iu përgjigjën pozitivisht ftesës sonë për bashkëpunim, por edhe dhanë dhe ndihmesën e tyre në mbledhjen e informacionit, sugjerimeve dhe këshillimeve përkatëse, mbi bazën e të cilave u hartua ky raport:

- Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QSHPHZ)
- Instituti i Studimeve të Opinioneve Publike (ISOP)
- Shoqata Kombëtare "STOP AIDS" (SA)
- Shoqata Kristiane e Grave Shqiptare (YWCA of Albania)
- Aksion Plus (A+)
- Shoqata Shqiptare e Personave që jetojnë me HIV/AIDS (AAPLWHA)
- Albania Community Assists (ACA)
- Ambasada PINK/LGBT PRO Shqipëri

Ky raport nuk do të ishte bërë i mundur pa inkurajimin dhe ekspertizën e ofruar nga Znj. Valentina LESKAJ, deputete, kryetare e Grupit parlamentar jo-formal për Popullsinë dhe Zhvillimin, e cila është angazhuar ndër vite për të përmirësuar situatën e shëndetit riprodhues në Shqipëri.

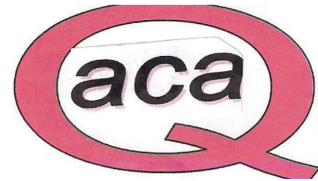
QSHPHZ shpreh mirënjohje dhe vlerësim për Z. Arian Boci, i cili hartoi strukturën e raportit dhe përpunoi informacionin e përfshirë në këtë raport.

Po ashtu, një vlerësim i veçantë shkon edhe për stafin e QSHPHZ-së, të cilët punuan intensivisht për të siguruar të dhënat dhe bazën ligjore kombëtare dhe ndërkombëtare në mbështetje të komponentëve të shëndetit seksual dhe riprodhues të përfshira në këtë raport.

QSHPHZ në veçanti falenderon UNFPA-n për mbështetjen financiare në përgatitjen e këtij raporti alternativ, i pari i këtij lloji hartuar deri më sot për komponentët e shëndetit seksual dhe riprodhues në Shqipëri.



ISOP



Shkurtime të përdorura në këtë dokument

AIDS - Sindromi i mungesës së imunitetit të fituar

ART - Terapi antiretrovirale

ARV - Medikamente antiretrovirale

BSS - Sondazh i vëzhgimit të sjelljes

GFATM - Fondi global për të luftuar AIDS-in, tuberkulozin dhe malarien

IDU - Përdorues të drogave me injektim

IPPF - Federata Ndërkombëtare e Planifikimit Familjar

IST - Infeksione seksualisht të transmetueshme

ISHP - Instituti i Shëndetit Publik

KTV - Këshillim e testim vullnetar

LGBT - Lesbian, gay, bisexual and transgender

MKV - Mekanizëm i koordinimit vendor

MSH - Ministria e Shëndetësisë

MSM - Burra që kanë raport seksual me burra të tjerë

PLWHA - Njerëz që jetojnë me HIV/AIDS

SKPKHA - Strategji Kombëtare për kontrollin e HIV/AIDS-it

QSUT - Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza"

UNAIDS - Programi i përbashkët i Kombeve të Bashkuara për HIV/AIDS-in

UNFPA - Programi për popullsinë i Kombeve të Bashkuara

UNDP - Programi për zhvillim i Kombeve të Bashkuara

UNICEF - Programi për fëmijët i Kombeve të Bashkuara

VCT - Qendrat e këshillimit dhe testimit vullnetar

WHO - Organizata Botërore e Shëndetësisë - OBSH

Përmbajtja

Hyrje	6
Shëndeti i nënës dhe fëmijës	8
Planifikimi familjar dhe kontracepsioni	11
Aborti	15
Infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe HIV/AIDS-i	18
Kanceret e gjirit dhe të qafës së mitrës	26
Shëndeti i adoleshentit	28
Përfundime	31
Këshilla	35

Hyrje

Përpara viteve '80 koncepti i shëndetit riprodhues ishte një term pothuajse i panjohur në botë, pasi programet e planifikimit familjar merreshin më tepër me rritjen demografike të popullsisë dhe përqendroheshin kryesisht tek femrat e martuara në moshë riprodhimi. Gjatë viteve '80 filluan përpjekjet e para për të trajtuar së bashku shëndetin e nënës dhe fëmijës dhe planifikimin familjar. Në të njëjtën periudhë u shfaqën dhe programet e para të edukimit dhe kontrollit të infeksioneve seksualisht të transmetueshme, duke përfshirë HIV/AIDS-in. Kjo situatë krijoi kushtet që ndihmonin për ndërgjegjësimin e politikë-bërësve dhe ofruesve të shërbimit shëndetësor për të çuar drejt zgjidhjes problemet e nënës dhe fëmijës, planifikimit familjar dhe shëndetit seksual, si dhe integritit të këtyre shërbimeve për t'iu përgjigjur sa më mirë nevojave të popullatës dhe sidomos njerëzve në moshën e riprodhimit (15-49 vjeç).

Në vitin 1994, në Programin e Veprimit të Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin (ICDP-1994), u kristalizua koncepti i "shëndetit riprodhues" i cili vendos theksin mbi individin, me plotësimin e nevojave individuale në të gjitha fazat e jetës, duke marrë parasysh dhe të drejtat e njeriut në lidhje me shëndetin riprodhues. Sipas ICDP-1994, me "shëndet riprodhues" kuptohet *mirëqenia e përgjithshme fizike, mendore dhe sociale e individit lidhur me aparatit genital, funksionet dhe funksionimin e tij, dhe jo vetëm mungesa e sëmundjeve apo pafuqia e organizmit në çështje që lidhen me sistemin riprodhues, funksionet dhe procesin e tij.*

Sipas këtij përcaktimi, individit duhet të ketë një jetë seksuale të kënaqshme dhe të sigurt, të jetë i aftë të riprodhojë dhe i lirë për ta kryer këtë veprim duke qenë i informuar dhe sa herë të dëshirojë. Në të njëjtën kohë ky përcaktim mban parasysh dhe jetën në çift, ku burrat dhe gratë kanë të drejtën të jenë të informuar për të zgjedhur dhe përdorur metodën e planifikimit familjar që iu përshtatet nevojave të tyre, si dhe të kenë qasje në shërbimet shëndetësore që i mundësojnë nënës (femrës) një shtatzëni dhe lindje të shëndetshme, dhe të dyve si çift, një fëmijë të shëndetshëm¹.

Por nga ana tjetër shëndeti riprodhues nuk e kufizon veprimtarinë e vet vetëm tek nënat apo tek individët e moshës së riprodhimit, por shtrin fushën e veprimit dhe përqendrohet edhe në nevojat e veçanta të adoleshentëve, si dhe në nevojat e rëndësishme si të grave, ashtu dhe të burrave, sa i takon riprodhimit. Pra, shëndeti riprodhues vendos theksin mbi vazhdimësinë e shërbimeve pa anësi dhe mbi barazinë gjinore për qasjen në informacion dhe shërbime social-shëndetësore për të gjitha grupet e popullatës. Megjithatë, edhe pse shëndeti riprodhues u kushton vëmendje si grave ashtu dhe burrave, ai ka një ndikim shumë të madh tek femrat.

Në Shqipëri koncepti i planifikimit familjar dhe kontracepsionit modern ka qenë tabu para viteve '90, për shkak të politikave pro-nataliste që ndiqeshin me fanatizëm gjatë kohës së sistemit monopartiak socialist. Metodot moderne kontraceptive ishin pothuajse të panjohura për popullatën e gjerë, ndërsa në farmaci kishte një numër të kufizuar (kryesisht prezervativë) të cilat jepeshin vetëm në raste të veçanta. Aborti ishte i paligjshëm, konsiderohej krim dhe gratë që kryenin abort damkoseshin dhe paragjykoreshin nga shoqëria².

Pas viteve '90, me ndryshimin e sistemit politik, Shqipëria filloi të përqafojë konceptet e planifikimit familjar, kontracepsionit modern, shëndetit riprodhues dhe seksual, duke formatuar dhe plotësuar kornizën ligjore të shëndetit riprodhues. Krahas nënshkrimit apo mbështetjes së shumë konventave apo strategjive ndërkombëtare në lidhje me shëndetin e popullatës dhe atij riprodhues e seksual në veçanti, Shqipëria ka bërë një përparim të rëndësishëm në

¹ http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

² Gjonça, A., Aassve, A., and Mencarini, L. 2009. "The highest fertility in Europe—for how long?" Determinants of fertility change in Albania. *Demográfia* 52(5):76–96 [English edition].

sistemin e kujdesit shëndetësor për të ulur sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë amtare dhe foshnjore. Në vitin 1995 Kuvendi i Shqipërisë legalizoi abortin³, i cili sot mund të kryhet në klinika publike dhe private. Në të njëjtën kohë, edhe metodat moderne kontraceptive gjenden lehtësisht si në sektorin publik dhe në atë privat. Në sektorin publik metodat kontraceptive ofrohen falas dhe një rol të rëndësishëm për këtë ka luajtur dhe mbështetja nga dhuruesit e ndryshëm, kryesisht USAID dhe UNFPA. Nga viti 2010 e në vijim, qeveria shqiptare siguron 100% mbulesën kontraceptive me fondet e veta për sektorin publik, pa qenë e varur nga ndihma e dhuruesve të huaj.

Nga ana tjetër, një hap cilësor në përmirësimin e kuadrit ligjor në fushën e shëndetit riprodhues është edhe hartimi dhe miratimi i ligjit të shëndetit riprodhues⁴, i cili thekson: “Të gjithë individët kanë të drejtë të informohen, të këshillohen, të marrin edukimin dhe shërbimin e nevojshëm shëndetësor dhe social për të pasur një shëndet të mirë seksual, si dhe të ushtrojnë të drejtat dhe përgjegjësitë e tyre riprodhuese dhe seksuale”. Nga ana tjetër, Ministria e Shëndetësisë, bazuar në këtë ligj udhëzon të gjitha institucionet publike dhe jo publike që japin shërbimin e kujdesit shëndetësor për nënën dhe fëmijën, që të bëjnë “ndjekjen shëndetësore falas për nënën dhe fëmijën gjatë shtatzënisë, lindjes dhe pas lindjes në institucionet shëndetësore të kujdesit për nënën dhe fëmijën”⁵.

Por me gjithë përpjekjet ndër vite për të përmirësuar kuadrin ligjor dhe infrastrukturën e shërbimit shëndetësor, përfshi dhe atë të shëndetit riprodhues, përsëri shumë tregues dhe të dhëna të shëndetit riprodhues lënë për të dëshiruar dhe janë më keq krahasuar me shumë vende të Europës apo rajonit.

Organizata Botërore e Shëndetësisë këshillon të shikohen disa tregues për vlerësimin e situatës së shëndetit riprodhues, të cilët janë: mëmësia e sigurt, fertiliteti, planifikimi familjar, kontracepsioni, aborti, infeksionet seksualisht të transmetueshme, rrethprerje/gjymtim i organeve genitale femërore (circumcision/mutilation) dhe kanceri cervikal (i qafës së mitrës). Kjo listë treguesish mund të shtohet apo pakësohet në varësi të rrethanave, kontekstit dhe të dhënave në nivel kombëtar apo lokal. Për Raportin alternativ të shëndetit riprodhues por nisur dhe nga mbulesa e aktiviteteve të OJF-ve të ndryshme që kanë ndihmuar për këtë raport, treguesit e përzgjedhur janë: mëmësia e sigurt, planifikimi familjar dhe kontracepsioni, aborti, infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe shëndeti i adoleshentit.

³ Ligji nr.8045, datë 07.12.1995 “Për ndërprerjen e shtatzënisë”

⁴ Ligji nr.8876, datë 4.4.2002, “Për shëndetin riprodhues”

⁵ Min.e Shëndetësisë: Udhëzim nr. 146, datë. 11.04.2003, në mbështetje të ligjit nr.8876, datë 4.4.2002, “Për shëndetin riprodhues” dhe në veçanti të neneve 14, 21, 24, 25 të këtij ligji.

Shëndeti i nënës dhe fëmijës

Kuadri ligjor

Mbrojtja e shëndetit të nënës dhe fëmijës është një ndër përparësitë kryesore të Qeverisë shqiptare. Në Kushtetutën e Republikës së Shqipërisë mbrojtja e shëndetit të nënës dhe fëmijës garantohet me ligj dhe në nenin 55 të saj përcaktohet: *“Të gjitha gratë shtatzëna përfitojnë falas ndjekjen periodike mjekësore të shtatzënisë, të lindjes dhe të paslindjes, veçanërisht ekzaminimet e paralindjes dhe të paslindjes, të detyrueshme, që caktohen me akt të Ministrit të Shëndetësisë.”*

Edhe Kodi i Punës parashikon dispozita të veçanta për mbrojtjen e shëndetit të nënës dhe fëmijës, duke përcaktuar qartë kushtet e punës për gruan shtatzënë. Në nenin 4 të këtij ligji⁶ thuhet: *“Gratë shtatzëna nuk mund në asnjë rast të detyrohen të kryejnë veprimtari që paraqesin një rrezik ndaj ekspozimit me agjentët ose kushtet e punës, të parashikuara në një listë të përgatitur nga Këshilli i Ministrave e që vënë në rrezik sigurinë a shëndetin e tyre. Nënata me fëmijë në gji nuk mund në asnjë rast të detyrohen të kryejnë veprimtari që paraqesin një rrezik ndaj ekspozimit me agjentët ose kushtet e punës, të parashikuara në një listë të përgatitur nga Këshilli i Ministrave e që vënë në rrezik sigurinë a shëndetin e tyre.”*

Megjithatë, në ligj nuk përcaktohen qartë agjencitë që do merren me zbatimin e këtij ligji dhe sidomos masat administrative që duhen marrë në rast se ai nuk zbatohet, si për sektorin shtetëror ashtu dhe atë privat.

Ligji i shëndetit riprodhues⁷ mbron të drejtat riprodhuese të individit e të çiftit dhe siguron që këto të drejta të mbrohen në përputhje me ligjet dhe politikat kombëtare e me parime të tjera të njohura ndërkombëtare. Në përgjithësi ligji parashikon një sërë masash për mëmësi të sigurt, siç është e drejta e çdo gruaje për të marrë kujdesin që i nevojitet, në mënyrë që të gëzojë një shëndet të mirë gjatë shtatzënisë deri në lindjen e fëmijës. Ligji siguron kujdes shëndetësor edhe gjatë adoleshencës. Ai përcakton gjithashtu parimet bazë të kujdesit shëndetësor gjatë viteve të riprodhimit për gratë dhe burrat, dhe mbi të gjitha respekton edhe parimin e mosdiskriminimit të sanksionuar në Kushtetutë dhe dokumentet e rëndësishme ndërkombëtare.

Në udhëzimet e nxjerra nga Ministria e Shëndetësisë bazuar në këtë ligj⁸, neni 1 i tij, thuhet: të gjitha institucionet shëndetësore publike dhe jo publike që ofrojnë kujdes shëndetësor për nënën dhe fëmijën në Kujdesin shëndetësor parësor të zbatojnë rregulloren e shërbimeve të shëndetit riprodhues. Ndërsa pika 3 dhe 4 e këtij udhëzimi specifikon se grave shtatzëna duhet t’iu sigurohet falas ndjekja shëndetësore gjatë shtatzënisë (përfshi tre ekzaminime falas ekografike), gjatë lindjes dhe pas lindjes, në institucionet shëndetësore të kujdesit për nënën dhe fëmijën.

Megjithatë mbetet e paqartë nëse ndjekja falas dhe kontrollet periodike për gruan shtatzënë janë të detyrueshme dhe për sektorin jo-publik apo jo. Në realitetin e përditshëm, në këtë sektor (jo-publik), kontrolli periodik i shtatzënisë, lindja dhe kujdesi pas lindjes bëhen kundrejt pagesave të cilat ndryshojnë nga një subjekt në tjetrin.

Megjithëse në këtë udhëzim përshkruhet nxitja e ushqyerjes me gji, kontaktit lëkurë me lëkurë dhe mbajtja e fëmijës nga nëna që në momentet e para pas lindjes, përsëri ka mangësi në përcaktimin e qartë të zbatimit të këtyre praktikave të cilat kanë një rëndësi të veçantë për shëndetin e fëmijës.

⁶ Ligji nr.7961, datë 12.7.1995 “Kodi i Punës i Republikës së Shqipërisë: Për mbrojtjen e veçantë të grave shtatzëna dhe të amësisë nr.397, datë 20.5.1996 ndryshuar me VKM nr. 185, datë 3.5.2002.

⁷ Ligji nr.8876, datë 4.4.2002 për Shëndetin riprodhues.

⁸ Ministria e Shëndetësisë: Udhëzimi nr.146, datë. 11/4/2003.

Ligji për mbrojtjen e ushqyerjes me gji⁹ ka si qëllim kryesor mbështetjen e ushqyerjes me qumësht gjiri kundrejt atij artificial (në rastet kur nuk përcaktohet nga rrethana të veçanta), si dhe për të rregulluar dhe kontrolluar tregtimin e ushqimeve për fëmijë. Pavarësisht nga rëndësia e madhe që ka ky ligj, pjesa më e madhe e përmbajtjes së tij u kushtohet më tepër çështjeve të rregullimit ligjor të tregtimit, reklamimit dhe shitjes së qumështit artificial apo nënprodukteve të tij, sesa nxitjes së masave për ushqyerjen e fëmijës me qumështin e gjirit të nënës, sipas praktikave dhe standardeve ndërkombëtare.

Gjendja e sotme

Organizimi i shërbimeve të kujdesit për nënën dhe fëmijën është shtrirë në të tre nivelet: në nivelin parësor, dytësor dhe në atë terciar. Në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, shërbimet e shëndetit riprodhues në fshat jepen në qendrat shëndetësore dhe ambulancat, ndërsa në qytet, në konsultoret e gruas, në konsultoret e fëmijëve, në qendrat e planifikimit familjar dhe në qendrat e grave, në maternitete. Në kujdesin shëndetësor dytësor, shërbimet e shëndetit riprodhues jepen në maternitete dhe në shërbimet pediatrike në nivel rrethi.

Shëndeti i nënës dhe fëmijës përbën një fushë veprimi me rëndësi themelore në kujdesin shëndetësor në Shqipëri. Ndër treguesit kryesorë rreth përmirësimit të shëndetit të nënës dhe fëmijës deri në vitin 2015 janë:

- Ulja e vdekshmërisë të të porsalindurve me ½ e nivelit aktual
- Ulja me 30% e nivelit aktual (viti 2007) i kequshqyerjes së fëmijëve nën 5 vjeç;
- Ulja me 30% i nivelit aktual të sëmundjeve akute respiratore për fëmijët deri në 5 vjeç;
- Ulja me 30% e nivelit aktual të sëmundjeve diarreike për fëmijët 0-5 vjeç;
- Mbajtja mbi 98% e numrit të fëmijëve të vaksinuar me vaksinat e kalendarit rutinë.

Studimet e shumta, por në veçanti Studimi mbi demografinë dhe shëndetin në Shqipëri/SDSHSH (2008-2009)¹⁰, i cili mbetet një ndër burimet kryesore dhe të besueshme të të dhënave mbi shëndetin në nivel kombëtar, tregon se mbi 98 % e grave marrin paketën e plotë të shërbimeve të kujdesit antenatal dhe mbi 98% e lindjeve bëhen me asistencën e një personeli të aftë shëndetësor.

Por pavarësisht nga këto arritje të patjetërsueshme, në fushën e mbrojtjes së shëndetit të nënës dhe fëmijës ka probleme të shumta, ku ndër më të rëndët mbetet vdekshmëria e lartë amtare dhe foshnjore. Të dhënat e SDSHSH-së tregojnë se vdekshmëria amtare ishte 17 për 1.000 lindje të gjalla më 2008, ndërsa Ministria e Shëndetësisë¹¹ në vitin 2010 jep një përqindje më të ulët (9.7 vdekje për 1.000 lindje të gjalla).

Vdekshmëria foshnjore është në nivele edhe më të larta, 22 vdekje për 1.000 lindje të gjalla për fëmijët nën 5 vjeç, kurse niveli i vdekshmërisë foshnjore për fëmijët 0-1 vjeç ishte 18 vdekje për 1.000 lindje të gjalla (niveli i vdekshmërisë neonatale është¹¹ dhe postnatale 7 vdekje për 1.000 lindje të gjalla). Shkaqet kryesore të vdekshmërisë foshnjore janë sëmundjet e aparatit respirator, shkaqet perinatale, pasuar nga anomalitë kongjenitale. Sëmundjet e aparatit gastrointestinal dhe ato infektive edhe pse kanë një ulje të ndjeshme ndër vite, përsëri mbeten ndër shkaqet kryesore mbizotëruese të vdekshmërisë foshnjore.

Këto të dhëna krahasuar me vendet e tjera të Ballkanit, tregojnë se pavarësisht nga puna e mirë ndër vite për uljen e vdekshmërisë foshnjore, përsëri Shqipëria ka vdekshmërinë më të lartë foshnjore në rajon¹².

⁹ Ligj nr.8528, datë 23.9.1999. Për nxitjen dhe mbrojtjen e të ushqyerit me gji.

¹⁰ Studimi mbi demografinë dhe shëndetin në Shqipëri/SDSHSH (2008-2009). Kapitulli IX: Shëndeti i nënës dhe fëmijës. Fq. 126-133.

¹¹ Ministria e Shëndetësisë. Situata shëndetësore dhe kujdesi shëndetësor, arritjet dhe drejtimet për të ardhmen (2010)

¹² Gori, G. et al (2011). Vlerësimi i shërbimeve të konsultoreve të nënës dhe fëmijës në Shqipëri. Raport Final

Në lidhje me peshën dhe zhvillimin e fëmijës, po sipas SDSHSH-së, të ushqyerit e fëmijëve shqiptarë është përmirësuar pak nga pak gjatë dhjetëvjeçarit të fundit. Përqindja e fëmijëve të dobët ka rënë nga 11 % në vitin 2000, në 7 % në vitin 2005, dhe po 7 % në vitet 2008-09. Së fundi, përqindja e fëmijëve nën peshë ka rënë nga 14 % në vitin 2000, në 8 % në vitin 2005 dhe 6 % në vitet 2008-09. Prapambetja në gjatësi mes fëmijëve nën pesë vjeç ka rënë nga 32 % në vitin 2000, në 22 % në vitin 2005 dhe 16 % në vitet 2008-09.

Por edhe pse treguesit e mësipërm thonë që ka përmirësime në statusin e të ushqyerit të fëmijëve, studimi tregoi se vetëm 19% e fëmijëve 0-2 vjeç ushqehen sipas standardeve të IYCF&OBSh-së (Infant and Young Child Feeding and WHO), të cilat këshillojnë fillimin e menjëhershëm të ushqyerjes me gjii të të porsalindurit, ushqyerjen vetëm me gjii deri në moshën 6-muaj dhe fillimin e ushqimeve shtesë pas kësaj moshe.

Të dhëna apo studime të tjera në lidhje me mirërritjen e fëmijëve, përtej atyre të anës shëndetësore, mungojnë ose janë nga burime jo zyrtare, dhe saktësia e tyre lë për të dëshiruar.

Mbulimi vaksinal

Shqipëria ka një skemë vaksinimi të detyrueshëm kundër sëmundjeve kryesore të fëmijërisë, sëmundje të cilat janë të parandalueshme kryesisht përmes vaksinave në fazat e ndryshme të zhvillimit dhe rritjes së fëmijës. Një ndër arritjet kryesore në përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës është mbulesa vaksinale për fëmijët 0-14 vjeç në rreth 98% në shkallë kombëtare. Gjithashtu, rreth 95%- 96% e fëmijëve të moshës 18-29 muajsh janë të vaksinuar plotësisht. Lidhur me mbulimin për vakcina të veçanta, të paktën 97% e fëmijëve kanë marrë vaksinën BCG, të tri dozat e DTP-së, polios, hepatit B dhe vaksinën e fruthit. Ka një rënie të lehtë në vaksinimin e DTP-së, nga 100% për dozën e parë, në 98% për dozën e tretë.

Në vitin 2009 është hartuar dhe Plani kombëtar i veprimit për imunizimin (2009-2015,) ku parashikohet të shtohen edhe vakcina të reja, si ajo e hepatitit A, rotavirusit, pneumokokut, etj. Nga ana tjetër vitet e fundit është shtuar numri i vaksinave apo kombinimi i tyre, ndërsa më 2012 filloi të zbatohet një sistem i ri vaksinimi (Sistemi informativ i vaksinimit), i cili bën të mundur mirëadministrimin e kalendarit të vaksinimit, administrimin e stokut dhe zinxhirit ftohës¹³. Veç këtyre, nga viti 2005 të gjitha vaksinat blihen me fondet e shtetit shqiptar. Me këto të dhëna tregohet qartë se në Shqipëri ekziston një program i mirëorganizuar i shëndetit të nënës dhe fëmijës, si dhe një program vaksinimi i qendrueshëm.

Por pavarësisht nga përpjekjet serioze për të përmirësuar shëndetin e nënës dhe fëmijës si nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë, ashtu dhe nga institucionet e tjera shëndetësore, përsëri vdekshmëria foshnjore mbetet në nivele të larta, dhe për të zgjidhur këtë problem kërkohen ndërhyrje serioze dhe multidisiplinare.

¹³ http://www.path.org/publications/files/TS_opt_albania_iis_fs.pdf

Programet në shëndetin e nënës dhe fëmijës

Nga viti 2009 e në vijim janë zbatuar disa programe-pilot në lidhje me mbrojtjen e shëndetit të fëmijës, si p.sh.:

- Sistemi i trajtimit të integruar të sëmundjeve të fëmijërisë në zona të vështira të vendit (Tropojë, Dibër).
- “Mbijetesë e fëmijës”, një program i përbashkët i Ministrisë së Shëndetësisë dhe Kryqit të Kuq, ku komponentët kryesorë janë mbështetja në fushën e shëndetit, kujdesi para lindjes, ushqimi i foshnjave dhe fëmijëve, nxitja e ushqyerjes me gji, etj.
- Mbështetja e spitaleve “miq të fëmijës” për të nxitur ushqimin me gjirin e nënës në vend të qumështit që japin maternitetet.

Në vitin 2011, Ministria e Shëndetësisë me mbështetjen e OBSH-së dhe UNICEF-it, miratoi dhe përshtati kurbat e rritjes për t’u përdorur nga shërbimet e kujdesit shëndetësor shqiptar. Në kuadrin e programit kombëtar “Zvogëlimi i kequshqyerjes të fëmijëve shqiptarë”, të Ministrisë së Shëndetësisë, Ministrisë së Bujqësisë dhe Ushqimit në bashkëpunim me OBSH-në, UNICEF-in dhe FAO-n, këto kurba u vunë në provë në qarkun Kukës, Shkodër dhe në qendrat shëndetësore të Kamzës e Paskuqanit në Tiranë.

Ministria e Shëndetësisë, në bashkëpunim me qendrat e edukimit në vazhdim dhe agjenci të ndryshme partnere, vitet e fundit ka kryer një seri trajnimesh për personelin mjekësor, si p.sh.:

- Trajnimi i personelit për ushqyerjen.
- Futja e kurbave të reja të monitorimit të rritjes sipas standardeve të OBSH-së.
- Përfundimi i moduleve të integruara të trajnimit mbi ushqyerjen: kurbat e reja të rritjes nga OBSH dhe bazat e ushqyerjes, ushqyerja e gruas shtatzënë, ushqyerja e fëmijës.
- Hartimi dhe shpërndarja e moduleve të kujdesit efektiv perinatal.

Por një problem që po haset vitet e fundit është se programet afatgjata, sidomos ato që vihen në jetë në bashkëpunim me partnerë të ndryshëm ndërkombëtarë, nuk po zbatohen së fundmi në Shqipëri. Në vitin 2011 u mbyllën dy programe të mbështetura nga USAID dhe të zbatuara nga dy agjenci amerikane (Jphiego dhe C-Change), të cilat kishin në qendër të punës së tyre përmirësimin e shëndetit të nënës dhe fëmijës. Tashmë i vetmi program që vijon të zbatohet është projekti i Reformës në sektorin e shëndetësisë (Enabling Equity Health Reform) i cili po vihet në jetë në tre rrethe, Tiranë, Korçë dhe Lezhë. Qëllimi i këtij projekti është të përmirësojë funksionimin dhe administrimin spitalor si dhe të përcaktojë dhe zbatojë praktikat më të mira në shërbimin perinatal në mënyrë që t’u përgjigjet sa më mirë nevojave të popullatës. Megjithatë, dhe ky program mbaron në fund të qershorit-2014.

Pas kësaj nuk ka ndonjë plan apo fond specifik për të mbështetur programe në fushën e shëndetit dhe fëmijës.

Planifikimi familjar dhe kontracepsioni

Kuadri ligjor

Shërbimet bazë të planifikimit familjar u bënë pjesë e paketës së shërbimeve shëndetësore në vitin 1992, ku me vendim të Këshillit të Ministrave planifikimi familjar u konfirmua si një e drejtë njerëzore bazë¹⁴. Që nga ajo kohë e deri tani, mjetet moderne kontraceptive shpërndahen falas në të gjitha shërbimet shëndetësore shtetërore. Sot tregu i kontracepsionit modern është i liberalizuar dhe kontraceptivët modernë ofrohen në tri mënyra: falas në sektorin publik, me çmime të subvencionuara nga marketingu social (NESMARK), si dhe me çmime tregu në rrjetin farmaceutik privat dhe në pikat jo tradicionale të shitjeve.

Sipas udhëzimit të Ministrisë së Shëndetësisë, në sektorin publik ofrohen falas pilula, prezervativë mashkullorë dhe injeksione. Ky shërbim ofrohet në mbi 431 pika shëndetësore – maternitete, poliklinika, qendra shëndetësore dhe në disa ambulanca fshati. Ndërsa metodat të cilat kërkojnë një shërbim më të specializuar, si lidhja e tubave (sterilizimi femëror) dhe dispozitivi intrauterin (DIU), ato ofrohen vetëm në qendra me obstetër dhe gjinekologë të specializuar.

Në të njëjtën kohë, me mbështetjen e USAID-it dhe UNFPA-s, në Institutin e Shëndetit Publik, i cili është në varësi të Ministrisë së Shëndetësisë, është ngritur dhe funksionon Sistemi kombëtar i informacionit të menaxhimit logjistik, përmes të cilit grumbullohen statistika për shërbimet si dhe informacion logjistik mbi kontraceptivët. Kjo i jep mundësi Ministrisë së Shëndetësisë të përllogaritë nevojat kombëtare për kontracepsion modern si dhe të monitorojë ecurinë, progresin dhe mbarëvajtjen e programit kombëtar të planifikimit familjar dhe masën e përdorimit të tyre në shkallë vendi.

Në vitin 2003 u hartua Strategjia e parë kombëtare e sigurimit të kontraceptivëve, e cila kishte për qëllim të siguronte dhe furnizonte me një gamë të gjerë mjedesh moderne kontraceptive çdo shqiptar që ka nevojë për to, në përputhje me qëllimin e Konferencës Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin për qasje universale në çështjet që lidhen me shëndetin. Një ndër objektivat madhore të kësaj strategjie ishte dhe arritja e pavarësisë në sigurimin e kontraceptivëve modernë në vitin 2010, objektiv tashmë i realizuar plotësisht¹⁵. Edhe pas hartimit të kësaj strategjie, përmirësimi i kuadrit ligjor të shërbimeve të planifikimit familjar mbetet ndër përparësitë e Ministrisë së Shëndetësisë, e cila në vitin 2010 hartoi Dokumentin strategjik për shëndetin riprodhues, që u pasua nga hartimi dhe miratimi i Strategjisë së dytë kombëtare për sigurimin e kontraceptivëve, e cila mbulon periudhën 2012 - 2016¹⁶.

Në këtë strategji synohet: përmirësimi i qasjes dhe cilësisë së shërbimeve të planifikimit familjar dhe shëndetit riprodhues, për të rritur përdorimin e metodave moderne të planifikimit familjar, për të ulur numrin e aborteve dhe për të përmirësuar shëndetin e nënës dhe fëmijës në Shqipëri.

Sigurimi i mbulesës kombëtare sa u takon nevojave për kontraceptiv, do të kalojë në dy faza:

- Faza e parë (2012–2013): sigurimi falas i të gjithë gamës së kontraceptivëve modernë për të gjithë popullsinë në nevojë, nëpërmjet sektorit publik;
- Faza e dytë (2014–2016): dhënie falas e kontraceptivëve modernë për grupet më të rrezikuara të popullatës.

¹⁴ Studimi demografik mbi shëndetin (2010): Kapitulli 5: Planifikimi familjar, fq 63

¹⁵ Ministria e Shëndetësisë 2002: Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve (2003 – 2010)

¹⁶ Ministria e Shëndetësisë 2011: Strategjia Kombëtare e Sigurimit të Kontraceptivëve (2003 – 2010)

Meqenëse niveli i përdorimit të metodave moderne kontraceptive është ende i ulët, faza e dytë e strategjisë së kontracepsionit mbetet deri diku e parakohshme, pasi të dhënat e deritanishme tregojnë se në Shqipëri një pjesë e mirë e grave (sidomos moshat e reja) nuk arrijnë të plotësojnë nevojat për kontracepsion modern. Nga ana tjetër, në strategji nuk përcaktohet qartë se cilat janë grupet e rrezikuara të popullsisë dhe si do të bëhet ndarja e tyre, dhe mbi të gjitha, mbi ç'bazë dokumentacioni do të bëhet dhënia e kontraceptivëve dhe cilat institucione do të merren me shpërndarjen dhe ofrimin e kontraceptivëve për grupet në nevojë.

Në vitin 2009, me mbështetjen e USAID-it, Ministria e Shëndetësisë hartoi dhe publikoi Protokollin kombëtar të planifikimit familjar, protokoll i cili u shpërnda në të gjitha institucionet apo qendrat e kujdesit shëndetësor që japin shërbime të shëndetit riprodhues dhe planifikimit familjar. Ky është një dokument i rëndësishëm strategjik i cili bazohet mbi normat dhe standardet ndërkombëtare dhe sjell një informacion të standardizuar në lidhje me efektshmërinë dhe përdorimin e metodave moderne kontraceptive si dhe këshillimin e klientit sipas nevojave specifike të tij.

Gjendja e sotme e planifikimit familjar

Studimi demografik dhe shëndetësor (SDSH, 2009) tregoi se njohuritë mbi metodat e planifikimit familjar janë thuajse të plota në Shqipëri, ku rreth 99% e të intervistuarve të moshës 15-49 vjeç njohin të paktën një metodë të planifikimit familjar (moderne apo tradicionale). Në përgjithësi, femrat (sidomos ato të martuara) kanë më shumë njohuri dhe informacion se meshkujt sa u përket këtyre metodave. Por në krahasim me njohuritë, përdorimi i metodave moderne kontraceptive mbetet tepër i ulët, madje ndër më të ulët në Europë. Ky studim tregoi se 58% e grave të moshës 15-49 vjeç përdornin metodën natyrale të tërheqjes si masë mbrojtëse ndaj shtatzënive, ndërsa përdorimi i metodave moderne kontraceptive ishte rreth 11%. Studimi i fundit tregoi një rritje prej vetëm 3% në krahasim me studimin e shëndetit riprodhues të kryer në vitin 2002¹⁷. Metoda më e përdorur është prezervativi për meshkuj (4%), sterilizimi femëror (3%), dhe pilula (2%). Të gjitha metodat e tjera janë më pak se 1%.

Pirja drejt përdorimit të metodave kontraceptive lidhet me moshën dhe statusin martesor. P.sh., përdorimi i metodave moderne është më i pakët te femrat e moshës 20-24 vjeç dhe 45-48 vjeç (8% secila), krahasuar me femrat e grupmoshave të tjera (10-14%). Përdorimi i metodave tradicionale shtohet me moshën, nga 41% për grupmoshën 15-19 vjeç, për të arritur kulmin prej 66% në grupmoshën 40-44 vjeç, pas së cilës bie në 57%. Femrat e martuara më të reja kanë më shumë gjasa të përdorin prezervativët sesa femrat më të mëdha në moshë dhe më pak gjasa të përdorin metoda afatgjata apo të përhershme, si DIU dhe sterilizimi. Femrat e pamartuara seksualisht aktive, kanë më shumë gjasa të përdorin prezervativin mashkullor dhe më pak gjasa të përdorin metoda afatgjata, krahasuar me femrat e martuara ose të gjitha femrat.

Sa i përket nevojës së paplotësuar për kontracepsion, sipas SDSH-së është rreth 8.2% (10.6% në zonat rurale dhe 6.9% në ato urbane). Nevojat më të mëdha janë në grupmoshat e reja (25-29 vjeç) dhe më pak për femrat mbi këtë moshë.

Burimi kryesor i furnizimit me mjete moderne kontraceptive mbetet sektori publik, i ndjekur nga sektori privat farmaceutik, me rreth 39%. Ndërsa klinikat apo spitalet private mbulojnë vetëm 1% të sigurimit të këtij produkti. Sektori publik dhe marketingu social mbulojnë nevojat e grupeve me të ardhura mesatare dhe të ulëta, ndërsa tregu privat, ato me të ardhura më të larta.

¹⁷ ISHP 2003: Probleme të shëndetit riprodhues dhe familjes në shqipëri. Kapitulli 8: Sjellja seksuale dhe planifikimi familjar.

Megjithatë, kërkesa e klientëve për të siguruar mjete moderne kontraceptive mbetet ende e ulët. Kjo shpjegon dhe faktin se pse ka pak kompani farmaceutike të interesuara për të hyrë në këtë treg.

Përsa i takon sektorit social të marketingut, ai po përballet me vështirësi serioze në sigurimin e mbijetesës. I vetmi program social i marketingut (NESMARK) në tregun e sotëm shqiptar, po përballet me vështirësi të shumta si në gjetjen e fondeve për vazhdimësinë e tij, ashtu dhe në sigurimin e mjeteve kontraceptive, kryesisht për furnizimin e tregut me kontracepsionin e urgjencës.

Programet e planifikimit familjar

Deri në fund të vitit 2011 ka patur një larmi projektesh të përqendruara kryesisht tek përmirësimi i strukturës, shërbimeve, cilësisë apo dhe rritja e kërkesës për të përdorur metodat moderne kontraceptive. Këto projekte janë mbështetur kryesisht nga USAID dhe janë zbatuar nga agjenci të rëndësishme ndërkombëtare, si JSI/SEATS II/Albania and JSI/TASC I/Albania, URC/Pro shëndeti, ACCESS-FP/Jpiegho, AED/Communication for Change (C-Change). Me mbylljen e këtyre programeve, pjesa më e madhe midis viteve 2009-2011, USAID apo donatorë të tjerë të mundshëm nuk po mbështesin më programe të planifikimit familjar në Shqipëri¹⁸.

Ndërsa në nivel vendi, kryesisht UNFPA në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe Institutin e Shëndetit Publik ka siguruar mbështetje për projekte dhe strategji të ndryshme në fushën e shëndetit riprodhues dhe planifikimit familjar. Tani UNFPA është duke mbështetur me prezervativë disa organizata jofitimprurëse (STOP AIDS, Aksion Plus, QSHPZH, ALGA, ACA, etj), të cilat në qendër të punës së tyre kanë mbrojtjen e shëndetit riprodhues të grupeve në nevojë, si dhe parandalimin e shtatzënive të paplanifikuara, uljen e numrit të aborteve apo parandalimin e infeksioneve seksualisht të transmetueshme, duke përfshirë dhe infeksionin HIV¹⁹. Por këto projekte janë kufizuar kryesisht në Tiranë dhe mbulojnë në shumicën e rasteve zonat urbane. QSHPZH është organizatë që ofron shërbime në fushën e planifikimit familjar prej rreth dy dekadash në zonat urbane dhe rurale me mbështetjen edhe të Federatës Ndërkombëtare të Planifikimit Familjar (IPPF). UNFPA ka mbështetur gjithashtu ACA – Albania Community Assist, në kuadër të rritjes së qasjes në shërbimet shëndetësore, veçanërisht për komunitetet rome dhe egjiptiane, njerëzit me aftësi të kufizuara dhe migrantët e brendshëm (2011- 2014) në zona urbane dhe rurale në Berat, Kuçovë, Lezhë, Shkodër, Elbasan, Fier, Durrës dhe Fushë-Krujë.

¹⁸ Boci, A., Eichleay, M., and Searing, H. 2013. Factors influencing women's reproductive health choices in Tirana, Albania. The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge—Report No. 12. New York: EngenderHealth (The RESPOND Project).

¹⁹ Albania: Family Planning Situation Analysis 2007. November 2007. Arlington, VA: John Snow, Inc./Europe and Eurasia Regional Family Planning Activity for the U.S. Agency for International Development (USAID).

Aborti

Kuadri ligjor

Para viteve '90 ndërprerja e shtatzënisë ishte e paligjshme në Shqipëri dhe aborti konsiderohej akt kriminal. Në këtë periudhë shumica e aborteve kryhej ilegalisht dhe në kushte jo të sigurta, duke shkaktuar vdekjen e shumë grave të cilat kryenin aborte në këto kushte. Statistikat para vitit 1990 tregojnë se 55% e vdekjeve amtare ishin pasojë e aborteve ilegale. Nga fundi i viteve '80 (1988) pati disa ndryshime ligjore sa i përket ligjit të abortit, kryerja e të cilit u bë më pak e kufizuar, duke u lejuar vetëm në kushte të caktuara mjekësore, kur shtatzënia ishte rezultat i përdhunimit apo incestit, apo në rastet kur gruaja shtatzënë ishte nën moshën 16 vjeç²⁰.

Aborti u legalizua në vitin 1991 dhe ligji i tij u rishikua në vitin 1995²¹. Ky ligj siguron respektimin e çdo qenieje njerëzore që në fillim të jetës, parim i cili nuk shkelet, përveç rasteve kur është e domosdoshme dhe në kushtet e përcaktuara në ligj. Sipas këtij ligji *aborti lejohet deri në javën e 12-të të shtatzënisë dhe pas kësaj periudhe, në varësi të shëndetit të nënës dhe fetusit, nevojitet leje e veçantë që jepet nga një komision mjekësor i specializuar. Ndërprerja e shtatzënisë për arsye mjekësore mund të bëhet deri në javën e 22-të të shtatzënisë, në rast se një komision i përbërë nga 3 mjekë, pas ekzaminimit dhe konsultimit, gjykon se vazhdimi i shtatzënisë dhe/ose lindja e fëmijës rrezikon jetën ose shëndetin e gruas. Kur komisioni gjykon se fetusi ka keqformime të papajtueshme me jetën, apo sëmundje invaliduese, me trajtim të pasigurt, vendos për ndërprerjen e shtatzënisë në çdo kohë.*

Në ligj përcaktohet qartë se personeli shëndetësor duhet të njoftojë gruan që kërkon të ndërpresë shtatzëninë mbi rreziqet shëndetësore që mund të sjellë aborti, dhe po ashtu të informojë gruan dhe çiftin mbi të drejtat ligjore që rrjedhin nga ligji për ndërprerjen e shtatzënisë. Gruaja duhet të informohet edhe për institucionet që ofrojnë mbështetje financiare dhe psiko-sociale për gratë, si dhe për klinikat dhe spitalet që kryejnë ndërprerje shtatzënie sipas standardeve të miratuara. Në rast se gruaja përsërit kërkesën për të ndërprerë shtatzëninë, mjeku kërkon dhënien e konfirmimit me shkrim nga gruaja brenda 7 ditëve nga kërkesa e parë. Në rast se afati prej 7 ditësh bën që të tejkalohen afatet e përcaktuara në këtë ligj, mjeku mund të vendosë që ky afat të jetë të paktën 2 ditë. Ndërsa për rastet kur shtatzëna është vajzë e mitur (nën 16 vjeç) ligji përcakton që veç miratimit nga vetë vajza e mitur, është i domosdoshëm edhe miratimi i prindit ose kujdestarit ligjor të vajzës. Në këtë ligj parashikohen masa të veçanta ndëshkimi në rast se ai shkelet, masa që shkojnë nga gjoha administrative (35.000 lekë) deri në heqjen e lirisë (5 vjet burgim). Ligji nuk përcakton ndjekje penale për gratë që kryejnë abort ilegalisht, por përcakton qartë se aborti në asnjë rast nuk duhet konsideruar si një metodë e planifikimit familjar.

Të gjithë mjekët të cilët kryejnë abort janë të detyruar të raportojnë në Institutin e Statistikave, duke respektuar skedën e abortit, e cila ruan privatësinë e gruas. Në përpjekje për të kontrolluar abortin, në vitin 2007 u rishikua sistemi i informacionit për abortet, duke e shtrirë përveç institucioneve publike edhe në ato private²². Në bashkëpunim me INSTAT-in u përgatit skeda e re e abortit dhe udhëzimet për raportimin e këtyre të dhënave nga të gjitha shërbimet shëndetësore publike dhe private. Në vitin 2009 është krijuar edhe një software që lejon hedhjen e të dhënave të skedës së abortit dhe analizën e tyre në 20 rrethe të vendit, nga të cilët informacioni vjen në mënyrë elektronike çdo 3-mujor. Inspektorët e shëndetit riprodhues në rrethe janë ata që përgjigjen për monitorimin e punës mbi abortet dhe dërgimin e informacionit në Institutin e Shëndetit Publik.

²⁰ Petrela E, Mërkuri L, 2010. Studimi mbi vlerësimin e situatës së kryerjes së abortit në sektorin publik dhe privat në Shqipëri.

²¹ LIGJ Nr.8045, datë 7.12.1995. PËR NDËRPRERJEN E SHTATZËNISË. Në mbështetje të nenit 16 të Ligjit nr.7491, datë 29.4.1991.

²² ISHP 2012: Sistemi i survejancës së abortit në Shqipëri

Pavarësisht se aborti konsiderohet si një procedurë e zakonshme mjekësore, ligji për ndërprerjen e shtatzënisë ka disa mangësi në lidhje me kujdesin shëndetësor dhe gjendjen psiko-sociale të gruas. Ligji parashikon dhënien e informacionit mbi rreziqet shëndetësore që vijnë nga aborti, por nuk parashikon dispozita për dhënien e informacionit mbi përdorimin e metodave bashkëkohore të planifikimit familjar. Po ashtu, asnjë dispozitë e këtij ligji nuk parashikon vizitat e kontrollit që një grua duhet të ndjekë pas abortit. Për më tepër, në ligj nuk parashikohet kujdes shëndetësor falas, si kryerja e analizave, procedura e abortit apo vizitat pas tij. Në ligj nuk parashikohet asnjë dispozitë mbi abortin medikamentoz dhe procedurat që duhet të ndiqen në rast se ndërprerja e shtatzënisë do të kryhet përmes medikamenteve përkatëse.

Një mangësi tjetër në ligj është dhe mungesa e dispozitave mbi detyrimin e institucioneve shëndetësore për të raportuar numrin e aborteve, kryesisht përmes sektorit publik dhe privat. Kjo mangësi rrit ndjeshëm cilësinë e raportimit të numrit të aborteve, sidomos atyre që kryhen në sektorin privat.

Gjendja e sotme

Edhe pse ndër vite numri i aborteve ka ardhur drejt uljes, përsëri Shqipëria është një ndër vendet me numrin më të lartë të aborteve në rajon. Të dhënat e raportuara nga ISHP tregojnë se për periudhën 2007–2012 prirja drejt abortit ka ardhur duke u ulur, nga 285 aborte në vitin 2007, në rreth 225 për vitin 2012 (shifër e llogaritur për 1.000 lindje të gjalla).

Vitet e fundit po shihet se aborti është bërë më tepër një fenomen urban sesa rural, pasi deri në fund të viteve '90 numri i aborteve të kryera nga femrat që jetonin në fshat ishte shumë më i lartë se ato që banonin në qytet, ndërsa pas viteve 2000 ky raport ka ndryshuar. Të dhënat e mbledhura në vitin 2012 tregojnë se abortet e kryera nga femrat që banojnë në qytet përbëjnë rreth 65,1% të numrit të përgjithshëm të aborteve.

Rreth 93% e aborteve kryhen nga gratë e martuara, kurse ato të pamartuara duket se zgjedhin më tepër të kryejnë ndërprerjen e shtatzënisë në klinikat private (rreth 6,2% e aborteve kryhet nga femrat e pamartuara), ndoshta edhe për shkak të ruajtjes së fshehtësisë dhe lehtësisë së praktikave të kryerjes së abortit në sektorin privat. Rreth 10% e aborteve kryhet në sektorin privat (klinikat private të licencuara për ndërprerjen e shtatzënisë), ndërsa pjesa më e madhe e tyre (rreth 90%) kryhet në sektorin publik. Përqindja e aborteve në moshën e adoleshencës është e ulët, rreth 5% e numrit të gjithë aborteve.

Megjithatë, të dhënat jo zyrtare flasin për një numër më të lartë abortesh sesa shifrat zyrtare; kjo vjen për shkak të mosraportimit (kryesisht nga subjektet private), si dhe nga abuzimi me diagnozën (shtrimet urgjente), për të shmangur pagesën për kryerjen e abortit (5.000 lekë në sektorin publik).

Një tjetër rrugë për të abortuar (por absolutisht e paraportuar) është dhe kryerja e abortit përmes tabletave apo e njohur ndryshe si “aborti medikamentoz”. Kjo metodë përdoret kryesisht në fazat e hershme të shtatzënisë përmes marrjes së dy tabletave. Në Shqipëri përdoret gjerësisht Misoprostoli, i cili dhe pse nuk figuron i regjistruar nga Qendra kombëtare e kontrollit të barnave, mund të gjendet me lehtësi në farmaci apo klinikat private²³.

Nga të dhëna jo zyrtare raportohet se një pjesë e mirë e grave që duan të ndërpresin me vullnetin e tyre shtatzëninë, marrin në mënyrë të pakontrolluar tabletat që përdoren për ndërprerjen e shtatzënisë. Një pjesë e mirë e tyre rikthehen shpesh në maternitetet për të përfunduar abortin, pasi aborti medikamentoz nuk ka rezultuar i suksesshëm.

²³ http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/research-reports/Study12-Albania-Report-July2013-FINAL.pdf

Specialistë dhe OJF të ndryshme ku mund të përmendet QSHPZH-ja po ngrenë me të drejtë shqetësimin mbi regjistrimin e barnave që përdoren për abortin medikamentoz. Regjistrimi do të bënte të mundur jo vetëm monitorim më të mirë të përdorimit të tyre, por në të njëjtën kohë do të jepte një pasqyrë reale të numrit të aborteve që ndodhin në vendin tonë. Nga ana tjetër, këshillohet edukimi i publikut mbi përfitimet dhe rreziqet që vijnë nga përdorimi i këtyre tabletave.

Infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe HIV/AIDS-i

Kuadri ligjor

Shqipëria është ndër vendet e pakta në botë që ka ngritur Programin kombëtar për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it vite përpara se ky infeksion të shfaqej në vend. Programi u krijua në vitin 1987, ndërsa rasti i parë me HIV u shfaq në vitin 1993. Kjo situatë e gjeti vendin tonë të përgatitur dhe me infrastrukturë të gatshme për t'u përballur me këtë infeksion²⁴.

Në vitin 2003 u krijua Komiteti ndërministror për HIV/AIDS-in, që synonte forcimin e përpjekjeve politike për të luftuar HIV/AIDS-in, ndërsa më pas u krijua edhe Mekanizmi koordinues i vendit (MKV). Struktura kryesore për zbatimin e luftës kundër HIV/AIDS-it është Programi kombëtar për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it në Institutin e Shëndetit Publik, i cili kryen koordinimin e aktiviteteve të strukturave shtetërore, të OJF-ve dhe të organizatave ndërkombëtare, si dhe garanton kryerjen e të gjitha aktiviteteve sipas politikave dhe standardeve kombëtare të miratuara. Programi bashkëpunon ngushtë me Laboratorin kombëtar të referencës që ndodhet në Institutin e Shëndetit Publik, laborator i cili përgjigjet për diagnostikimin e HIV-it dhe të IST-ve të tjera. Programi kombëtar është qendra kombëtare e referencës në lidhje me parandalimin, diagnostikimin, këshillimin dhe mbështetjen psikosociale të njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS. Në vitin 2005 u riorganizua sistemi i kontrollit biologjik dhe sjelljeve me rrezik për grupet në rrezik për IST përmes mbikëqyrjes së brezit të dytë dhe krijimit të një sistemi të vetëm monitorimi dhe vlerësimi.

Për shkak të rritjes së numrit të rasteve me HIV/AIDS në grupe të ndryshme të popullatës, sidomos atyre më të rrezikuara, në vitin 2004 u hartua Strategjia kombëtare për parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV/AIDS-it në Shqipëri (2004-2010), e cila më pas u pasua nga hartimi i strategjisë tjetër, që përfshinte periudhën 2010-2014. Në këto strategji theksi vihet në mbajtjen e Shqipërisë një vend me përhapje të ulët të HIV/AIDS-it dhe parandalimin e shpërthimeve të mundshme epidemike në grupet me rrezik, si homoseksualët, përdoruesit e drogave me injektim, punonjëset e seksit, etj.

Strategjitë e mësipërme janë mbështetur gjithashtu me ligje të veçanta. Përgatitja dhe vënia në zbatim e akteve ligjore dhe nënligjore në vendin tonë është bërë vazhdimisht në përshtatje me situatën epidemiologjike të HIV/AIDS-it, si dhe me zhvillimin ekonomik-social të vendit. Më 16.11.2000 Kuvendi i Shqipërisë miratoi ligjin nr.8689 "Për parandalimin e përhapjes së infeksionit HIV/AIDS në Republikën e Shqipërisë". Për shkak të nevojave që ndryshonin me shpejtësi, MSH dhe ISHP përgatitën dhe hartuan një ligj të ri për HIV/AIDS-in në Shqipëri: Ligji nr.9952, datë 14.7.2008, "Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS -it", i cili u miratua nga Kuvendi i Shqipërisë dhe u shpall me dekretin nr.5830, datë 29.7.2008 të Presidentit të Republikës së Shqipërisë. Ligji trajton aspektet juridike më të rëndësishme të HIV/AIDS-it, duke përfshirë diskriminimin, të drejtën për ruajtjen e vendit të punës, dhënien e pëlqimit për marrjen e informacioneve, ruajtjen e informacionit të rezervuar dhe mundësinë për trajtim falas, krijimin e "vendeve të sigurta" ku njerëzit të kenë mundësi të marrin trajtim që u shpëton jetën, si edhe një mekanizëm për ankesat. Ligji parashikon të drejtën për trajtim dhe kujdes dhe po ashtu, edhe mundësitë për punë kërkimore-shkencore të re në fushën e HIV/AIDS-it. Ky ligj vendos rregullat për parandalimin dhe kontrollin në marrjen e masave për HIV/AIDS-in, kujdesin, trajtimin dhe mbështetjen për njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS. Pas ligjit u

²⁴ Boci M, 2003. Vështrimi i përgjithshëm mbi HIV/AIDS (1993-2003)

hartuan aktet nënligjore, si vendimi nr.113, datë 17.2.2011, “për parandalimin dhe kujdesin e personave që jetojnë me HIV/AIDS”²⁵. Ai respekton parimet e barazisë, mos diskriminimit dhe ruajtjes së fshehtësisë së statusit shëndetësor të njerëzve të infektuar me HIV/AIDS.

Në parimet e përgjithshme të këtij vendimi thuhet se: a) shërbimi duhet të jepet në mënyrë të barabartë, si programet e parandalimit, ashtu dhe ato të kujdesit, si për njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS, ashtu dhe për të pafektuarit; b) njerëzve që jetojnë me statusin e HIV/AIDS-it duhet t’u mbrohet fshehtësia, të mos damkosen, të mos diskriminohen; c) njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS nuk duhet të përjashtohen nga rrjeti i institucioneve të arsimit, institucionet e trajtimit mjekësor, nga institucionet rezidenciale të përkujdesit social, për shkak të statusit të tyre HIV/AIDS; d) njerëzit me status HIV/AIDS duhet të trajtohen në mënyrë të drejtë, të përshtatshme dhe humane.

Ky vendim përqendrohet gjithashtu edhe në parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it në sistemin arsimor, institucionet social-shëndetësore dhe ato të riedukimit (burgje). Ky ligj trajton parandalimin dhe kontrollin e përhapjes së HIV-it, si dhe çështjet sociale që lidhen me të. Programi për parandalimin bashkërendohet nga Ministria e Shëndetësisë, por përfshin edhe ministritë kryesore të linjës, si Ministria e Drejtësisë, Ministria e Brendshme, Ministria e Arsimit dhe Shkencës dhe Ministria e Punës, Çështjeve Sociale dhe Shanseve të Barabarta. Ligji garanton gjithashtu kujdesin dhe mbështetjen sociale e financiare për njerëzit që jetojnë me HIV, bazuar në standardet themelore ndërkombëtare.

Në vitin 2007, me mbështetjen e Fondit Global u ngritën 14 qendra të testimit dhe këshillimit vullnetar (QKTV) për HIV/AIDS-in. Duke filluar nga marsi-2010, qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar varen nga Ministria e Shëndetësisë dhe sot shtrihen dhe funksionojnë në 12 prefekturat në rang vendi.

Ndërsa në lidhje me infeksionet e tjera seksualisht të transmetueshme, në vitin 2011 doli urdhëri i ministrit të Shëndetësisë nr. 199, datë 17.05.2011 “Për raportimin laboratorik të infeksioneve seksualisht të transmetueshme”, në zbatim të ligjit nr. 7761, datë 19.10.1993, i ndryshuar. Qëllimi i urdhrit është forcimi i mbikëqyrjes etiologjike ndaj infeksioneve seksualisht të transmetueshme.

Në lidhje me këto infeksione, duke përfshirë dhe HIV/AIDS-in, ekziston një kuadër i plotë ligjor, i cili ka pësuar dhe përditësime të vazhdueshme. Po ndër mangësitë e hasura në të gjithë dokumentat strategjike në lidhje me parandalimin dhe mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it është fakti që pak ose aspak nuk përmenden dispozita apo strategji në lidhje me rritjen e testimeve vullnetare. Kjo pasqyrohet dhe tek numri i tyre i ulët në nivel kombëtar dhe më pas tek paraqitja jo reale e numrit të rasteve me HIV/AIDS apo IST-ve të ndryshme.

Problem tjetër që haset në këto dokumenta strategjike është se aty nuk u jepet zgjidhje problemeve me grupet e rrezikuara, sidomos me përdoruesit e drogave me injektim, të cilët mund të bëhen një burim i shpërthimit të epidemisë së HIV/AIDS-it në Shqipëri. Veç kësaj, këto dokumenta përqendrohen më tepër në parandalimin primar të infeksionit, por nuk tregojnë vëmendje ndaj praktikave të zvogëlimit të dëmit (Harm Reduction) të cilat kanë patur sukses në mbajtjen nën kontroll të HIV/AIDS-it dhe mbi të gjitha, janë strategji kosto-efektive.

²⁵ VENDIM Nr.113, datë 17.2.2011. Për parandalimin e transmetimit të HIV/AIDS-it dhe për kujdesin, këshillimin dhe trajtimin e personave që jetojnë me HIV/AIDS në institucionet e arsimit, të riedukimit, institucionet e trajtimit mjekësor, institucionet rezidenciale të përkujdesit social, burgjet dhe vendet e paraburgimit.

Gjendja e sotme

Të dhënat tregojnë se Shqipëria mbetet një vend me përhapje të ulët sa i përket HIV/AIDS-it dhe nuk ka ndonjë epidemi në shkallë të gjerë apo të përqendruar të HIV/AIDS-it. Nga llogaritjet, përhapja e HIV-it në vendin tonë është 0.02% dhe incidenca (rastet e reja) varion në 0.003%. Sipas të dhënave të Institutit të Shëndetit Publik²⁶, numri i rasteve me HIV/AIDS për periudhën 1993-2013 raportohet të jetë 671 raste, nga të cilët 469 janë meshkuj dhe 202 femra. Përsa i takon moshës, 558 nga të prekurit janë mbi 25 vjeç, kurse 80 i përkasin grupmoshës 16-25 vjeç. Fëmijë nën 15 vjeç raportohen të jenë rreth 33 raste.

Rruga seksuale e transmetimit të virusit HIV vazhdon të mbizotërojë në vendin tonë dhe rruga heteroseksuale dhe homoseksuale përbën përkatësisht 84% dhe 9% të rasteve. Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar te fëmija përbën 4% të numrit të përgjithshëm të rasteve. Transmetimi nga transfuzionet e gjakut ose nënprodukteve llogaritet në më pak se 2% të rasteve. Sa u përket përdoruesve të drogave me injektim, vetëm 1% e rasteve i përkasin këtij grupi, por studimet e mbikëqyrjes biologjike të sjelljes nuk kanë treguar nëse e kanë marrë këtë infeksion nëpërmjet shkëmbimit të shiringave.

Edhe pse përhapja mbetet e ulët, kohët e fundit vihet re një rritje e numrit të rasteve të reja, dhe viti 2013 përkon me numrin më të lartë të rasteve të reja të diagnostikuara në vite. Deri në nëntor të këtij viti janë konstatuar 96 raste të reja me HIV pozitiv, ku 5 janë fëmijë të infektuar përmes transmetimit vertikal (nga nëna tek fëmija), që në kushtet e sotme në Shqipëri mund të parandalohet nëse diagnostikohet në kohën e duhur.

E njëjta prirje drejt rritjes vihet re dhe sa u përket rasteve të diagnostikuara me HIV, ku nga 96 rastet e reja të vitit 2013, 53 janë diagnostikuar në stadin AIDS.

Kjo diagnozë e vonshme tregon për shkallën e ulët të testimit vullnetar, qasjen e ulët për testim dhe nivelin edhe më të ulët të njohurive mbi rrugët e parandalimit, masat mbrojtëse dhe mbi të gjitha për rëndësinë e testimit vullnetar.

Kjo nuk është një situatë e re, pasi edhe nga të dhënat e Studimit demografik shëndetësor shqiptar (SDSHSH, 2008-2009) doli se përqindja e grave dhe burrave të rinj 15-24 vjeç që njohin në mënyrë korrekte mënyrat e parandalimit të HIV-it, janë 35.9% femra dhe 22% meshkuj. Për të dyja gjinitë, moshat 15-24 vjeç ka të ngjarë të kenë njohuri më të mëdha dhe gjithëpërfshirëse rreth AIDS-it, sesa moshat 25-49 vjeç. Për çdo kategori moshe, gratë ka më tepër të ngjarë të kenë më shumë njohuri gjithëpërfshirëse sesa burrat.

Rezultatet e studimeve të përsëritura të kontrollit biologjik të sjelljes të kryera në vitet 2005, 2008 dhe 2011, tregojnë nivel të ulët jo vetëm të njohurive dhe testimit tek grupet e rrezikuara [përdoruesit e drogës me injektim (PDI), meshkujt që kryejnë seks me meshkuj (MSM), punonjëset e seksit (PS)], por edhe përfshirje në praktika dhe sjellje të rrezikshme në lidhje me HIV/AIDS-in apo IST të ndryshme.

Sistemi i mbikëqyrjes së HIV/AIDS-it i mbledh të dhënat përmes raportimeve nga testimet vullnetare (të cilat vazhdojnë të jenë në shifra tepër të ulëta), testimet nga dhuruesit e gjakut, nga njerëzit që kryejnë këtë testim për shkaqe dokumentacioni, apo testimet për shkak të sëmundjes. Pak testim apo të dhëna mblidhen nga grupet e rrezikuara, të dhëna që grumbullohen kryesisht përmes studimeve të ndryshme të cilat kryhen për periudha disavjeçare, si p.sh. në rastet e mbikëqyrjes së sjelljes.

²⁶ ISHP 2013. HIV/AIDS në Shqipëri (1993 – 2013)

Kjo gjendje bën që HIV/AIDS-i të identifikohet dhe diagnostikohet kryesisht vetëm në fazat e vonshme të tij, duke krijuar hendeqe të mëdha në parandalimin apo diagnostikimin e hershëm të infeksionit dhe duke shtuar numrine të infektuarve, identifikimi i të cilëve bëhet edhe më i vështirë. Efekti i mundshëm shumë i mbart kjo situatë, po të kemi parasysh që secili i infektuar mund të ketë pasur disa partnerë apo të jetë përfshirë në sjellje të ndryshme me rrezik, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij.

Grupet e rrezikuara

o Përdoruesit e drogave me injektim (PDI)

Përdorimi i drogave ilegale dhe numri i përdoruesve të drogave ka ardhur gjithnjë në rritje. Deri më tani nuk ka ndonjë studim në popullatën e përgjithshme në lidhje me përdorimin e drogës. Megjithatë të dhënat e grumbulluara nga Instituti i Shëndetit Publik dhe studime të ndryshme, tregojnë se në vendin tonë janë rreth 60.000 përdorues droge, nga të cilët 10%-15% vlerësohet të jenë përdorues droge me injektim²⁷. Të dhënat e vazhdueshme të mbledhura nga mbikëqyrjet biologjike të sjelljes tregojnë se PDI përfshihen në sjellje të rrezikshme për marrjen dhe transmetimin e HIV/AIDS-it apo IST-ve të ndryshme, si ripërdorim dhe shkëmbim shiringash/age, marrëdhënie seksuale të pambrojtura me një apo më shumë partnerë, punë komerciale seksi, etj.²⁸ Përhapja e infeksionit HIV në këtë grup popullate është e ulët, rreth 1%, por ka një rritje të ndjeshme të rasteve me hepatit B (15%) dhe hepatit C (30%), tregues që e bëjnë këtë grup potencialisht të rrezikuar për shpërthime të mundshme epidemike të HIV/AIDS-it apo IST-ve të ndryshme.

Në lidhje me përdoruesit e drogave të tjera dhe kryesisht ato që merren përmes tymosjes dhe inhalimit (thithjes me hundë), të dhënat janë mbledhur nga studime të ndryshme, kryesisht tek grupmoshat e reja. Studimi mbi sjelljet e rrezikshme të të rinjve (SSRR) jep të dhëna mbi përhapjen e disa drogave të paligjshme, kryesisht mes të rinjve të moshës 15 deri në 18 vjeç²⁹. Studimi tregoi se 7,4% e adoleshentëve 15-18 vjeç kanë provuar kanabis, 4,2% ekstazi, 1,2% heroinë, dhe 3,2% kishin përdorur kokainë. Një tjetër studim (ESPAD) i kryer në vitin 2011 me të anketuar të moshës 15-16 vjeçare, nxënës shkollash, tregoi se 10% raportuan që kishin provuar të paktën një substancë psikoaktive (kanabis, amfetamina, LSD dhe halucinogjenë të tjerë, kokainë, crack, heroinë, kërpudha magjike, GHB, qetësues pa recetë dhe alkool, duke i përzier me pilula), të paktën një herë në jetën e tyre, ndërsa kanabisi është substanca e paligjshme e raportuar si më e përdorura. Rreth 4,4% raportuan se kishin përdorur kanabis të paktën një herë në jetën e tyre, ndërsa 3,7% kanë raportuar se e kanë përdorur atë një herë në 12 muajt e fundit dhe 2,2% të paktën një herë në 30 ditët e mëparshme. Substanca e dytë më e përdorur doli ekstazia, për të cilën përhapja është raportuar në 3,5%, ndërsa e treta, kokaina, me 1,6%. Djemtë raportuan se kishin përdorur të gjitha drogat e paligjshme, dukshëm më shpesh sesa vajzat. Kështu, 8,6% e djemve dhe 1,0% e vajzave raportuan se kishin provuar një herë kanabis në të kaluarën.

Legjislacioni në fuqi nuk është shumë dashamirës ndaj përdoruesve të drogave, dhe mbi të gjitha nuk merr parasysh praktikën më të mira botërore në lidhje me dekriminalizimin e përdoruesve të drogës. Në nenin 283/b thuhet se njerëzit e kapur me doza të vogla droge për përdorim personal nuk dënohen. Por në këtë ligj nuk përcaktohet se sa është “doza e vogël” për përdorim personal. Kjo mangësi shpie shpesh në burgosjen e përdoruesve të drogave, e cila nuk është aspak alternativa më e mirë për të parandaluar dhe trajtuar varësinë ndaj drogave.

²⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index211541SQ.html>.

²⁸ ISHP, BIO-BSS, Final Report, 2013.

²⁹ Instituti i Shëndetit Publik (2009), ‘Studimi mbi Sjelljet e Rrezikshme të të Rinjve, raundi i dytë, 2009’. Raport i Institutit të Shëndetit Publik, Tiranë, shtator 2009.

o Punonjëset e seksit (PS)

Ashtu si në rastin e përdoruesve të drogave, edhe për punonjëset e seksit, legjislacioni i sotëm nuk është aspak dashamirës. Në Shqipëri puna e seksit është e ndaluar me ligj. Për njerëzit që praktikojnë këtë punë, Kodi Penal parashikon dënime që luhaten nga një gjobë e thjeshtë deri në disa vite burg. Në Kodin Penal artikulli 114/a parashikohet “rëndim i rrethanave”, nëpërmjet të cilave shfrytëzimi për prostitucion dënohet nga 7 deri në 15 vjet burgim.

Vlerësime të sakta rreth numrit të punonjësve të seksit është vështirë të jepen, për një sërë arsyesh, duke përfshirë natyrën e punës të seksit dhe natyrën e atyre që bëjnë këtë punë; ka përcaktime me kuptim të dyfishtë sa i përket punës së seksit dhe legjislacioni për punën e seksit, që mbizotëron në rajon është shpesh i paqartë. Statistika të ndryshme kanë treguar se një numër i madh vajzash dhe grash shqiptare (5.000-30.000) janë punonjëse seksi në vendet perëndimore¹. Gjithashtu, burime të ndryshme tregojnë se këto punonjëse të seksit të kategorive të ndryshme janë shtuar edhe brenda vendit.³⁰

Është dokumentuar se midis punonjësve të seksit dhe klientëve të tyre ka nivele shumë më të larta HIV-i dhe SSTnë krahasim me shumicën e grupeve të tjera brenda vendit. Punonjëset e seksit bëhen pjesë në sjellje të rrezikshme si marrëdhënie të pambrojtura (pa prezervativ) me klientët e tyre, përdorim droge, alkooli, etj. Gjithsesi, transmetimi i HIV-it nga punonjësit e seksit tek klientët e tyre dhe grupe të tjera mbetet përgjithësisht i panjohur. Shumë faktorë ndikojnë në mënyrë të ndryshme në rritjen e rrezikut nga HIV-i dhe IST-të për punonjësit e seksit, si damkosja dhe mospërfillja, qasja e kufizuar e shërbimeve socio-shëndetësore dhe ligjore, shfrytëzimi seksual dhe trafikimi, ekspozimi ndaj dhunës dhe abuzimi me substancat.

Përfshirja në sjelljet me rrezik për shkak të profesionit të tyre, por edhe legjislacioni aktual, nuk ndihmojnë zvogëlimin e aktivitetit të punës së seksit dhe rreziqeve lidhur me të. Në fakt, japin efekt të kundërt, pasi bëjnë që punonjëset dhe puna e seksit të jenë një realitet i fshehur dhe i mbajnë larg kërkimit apo marrjes së mbështetjes socio-shëndetësore, si dhe larg rrjedhës së përgjithshme të shoqërisë.

o Meshkujt që kryejnë seks me meshkuj (MSM)

Në Shqipëri, edhe pse pak njihet rreth seksit midis meshkujve, përfshi praktikat seksuale dhe sjelljet e tyre me rrezik, është e sigurt se ky grup mbetet tepër i prekshëm sa i takon marrjes dhe transmetimit të HIV/AIDS-it. Sjelljet e rrezikshme të këtij grupi pasqyrohen në numrin e rasteve me HIV/AIDS, ku rreth 25% e meshkujve të infektuar me HIV janë homo ose biseksualë. Të dhënat e mbikëqyrjes biologjike të sjelljes (2013) tregojnë për një përdorim të pakët të prezervativëve nga meshkujt që kryejnë seks me meshkuj, të cilët nga ana tjetër mund të përfshihen dhe në praktika seksuale të pasigurta me femra. Gjithashtu MSM ndeshin vështirësi për të siguruar prezervativë (condom) të përshtatshëm për seks anal si dhe lubrifikantë. Damkosja dhe shpesh diskriminimi pengojnë që ky komunitet të përdorë shërbimet ekzistuese ose të organizohet.

o LGBT

LGBT kanë njohuri rreth HIV/AIDS-it dhe më pak rreth IST-ve. Ata e marrin informacionin e parë rreth IST-ve dhe HIV/AIDS-it në shkollë, rreth moshës 13-14 vjeçare. Këto njohuri ndihmojnë të rinjtë sepse për shumicën e tyre kjo është hera e parë që bien në kontakt me tema të tilla. Informacioni në shkollë jepet kryesisht gjatë orëve të hapura, në disa raste nga psikologu i shkollës ose aktivistët e OJF-ve si edhe nga disa tekste shkollore. Ata fillojnë të kërkojnë më tepër të dhëna kur bëhen seksualisht aktivë, rreth moshës 17-18 vjeçare. Burime të vetë-informimit janë interneti, revistat, filmat, librat dhe diskutimet me miqtë. Shumica e të rinjve

³⁰ Aksion Plus 2013. Raport mbi infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe HIV/AIDS

LGBT nuk flasin me të afërmit apo specialistët e shëndetit rreth HIV/AIDS-it dhe IST-të, duke e lidhur këtë me aktivitetin e tyre seksual dhe shumë pak prej tyre marrin informacion mbi IST-të nga institucionet publike. Shumica e tyre kanë frikë të zbulojnë orientimin dhe aktivitetin e tyre seksual tek specialistët e shëndetit publik. Adolehentët LGBT kanë perceptimin se aktivitetet ndërgjegjësuere lidhur me shëndetin riprodhues janë të kufizuara vetëm në ditë të veçanta. Mes të rinjve LGBT ekzistojnë shumë paragjykime, pasaktësi dhe mite mbi praktikat seksuale, seksin e sigurt, kondomet, mënyrat e infektimit nga HIV/AIDS-i dhe IST-të. Të rinjtë LGBT në vend kanë shumë pak qasje për kondomët për seks anal. Ata nuk njohin qendra publike dhe specialistë të shëndetit miqësor ndaj tyre.

o Të burgosurit (PB))

Shërbimi shëndetësor në burgje në Shqipëri, paraqitet i konsoliduar përmes shërbimit mjekësor që jepet nga mjekë, infermierë dhe dentistë. Paralelisht me këtë shërbim, OJF të ndryshme si STOP AIDS, Aksion Plus, etj., ofrojnë edhe shërbime të tjera për parandalimin e HIV/AIDS/IST-ve dhe trajtimin e varësisë nga drogat. Situata epidemiologjike e HIV-it dhe IST-ve në burgje nuk është e qartë, por të dhënat e paraqitura nga Drejtoria e Përgjithshme e Burgjeve raportojnë për 4 të infektuar me HIV/AIDS. Në dy burgje, me mbështetjen e UNFPA-s dhe OJF-në "STOP AIDS" si zbatues, janë ngritur dhe qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar për HIV/AIDS.

Por të dhënat e një studimi (KABP) të kryer në disa burgje të Shqipërisë tregojnë se të burgosurit përfshihen në sjellje të rrezikshme, si përdorim droge dhe alkooli, marrëdhënie seksuale të pambrojtura, tatuazhe, etj.

Programet në fushën e parandalimit dhe trajtimit të HIV/AIDS-it

Programet në fushën e parandalimit dhe trajtimit të HIV/AIDS-it jepen nga institucionet shëndetësore (ISHP, Spitali Infektiv, QKTV) dhe disa OJF të cilat mbështeten kryesisht nga dhurues të huaj. Trajtimi dhe kujdesi ndaj njerëzve me HIV/AIDS ofrohet në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza", Tiranë, kryesisht në shërbimin e sëmundjeve infektive dhe në atë të pediatriisë. Ky shërbim është i centralizuar për shkak të numrit (ende) të vogël të rasteve, burimeve dhe shërbimeve të ofruara nga QSUT dhe problemeve që lidhen me damkosjen dhe diskriminimin. Në shërbimet e kujdesit mjekësor që u ofrohet të prekurve përfshihet terapia antiretrovirale, diagnostikimi dhe administrimi i infeksioneve dhe sëmundjeve të tjera shoqëruese dhe mbështetja psikosociale për njerëzit e prekur dhe familjet e tyre.

Klinika ambulatorë për njerëzit me HIV/AIDS pranë QSUT-së, është hapur me mbështetjen e GFATM, në fund të vitit 2007. Ajo ofron shërbime në fushat e terapisë ARV, monitorimit të saj, mbështetjes psikosociale, këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV/IST, analizës për diagnostikimin e tuberkulozit (testi i lëkurës) dhe shërbimit të mjekimit profilaktik (INH). Nga viti 2007 kjo klinikë u jep shërbim pacientëve me HIV/AIDS, dhe të gjithë atyre që kërkojnë të kryejnë testin e HIV/AIDS-it, HbsAg-së, HCV-së, si dhe informacion rreth tyre dhe të gjitha këto janë falas, nga shteti shqiptar. Kjo është një qendër ku diagnostikohen, trajtohen, këshillohen dhe monitorohen njerëzit me HIV/AIDS. Klinika ambulatorë ofron këshillim para dhe pas testimit, edukim shëndetësor dhe informacion gjatë gjithë ecurisë së sëmundjes dhe mbështetje psiko-emocionale në vazhdimësi për pacientët. Ajo jep shërbim dhe kujdes shëndetësor falas, dhe të gjithë pacientët ndiqen nga mjeku përkatës. Në këtë klinikë kryhen falas edhe testet e HIV/AIDS-it dhe çdo muaj të sëmurëve u sigurohet terapia falas me antiretroviral.

Parandalimi i transmetimit vertikal/nëna tek fëmija (TNF) i HIV-it

Në Shqipëri rruga mbizotëruese e transmetimit të virusit HIV është ajo nga marrëdhëniet seksuale, por tani vihet re një rritje e numrit të transmetimeve brenda familjes dhe nga nëna tek fëmija. Transmetimet brenda familjes janë shtuar dhe shërbimet parandaluese për gratë shtatzëna mungojnë krejtësisht në nivel kombëtar. Të dhënat më të fundit të situatës së HIV/AIDS-it deri në nëntor-2013 flasin për 33 fëmijë 0-15 vjeç të diagnostikuar si HIV pozitiv (25 transmetime nga nëna tek fëmija, 6 nëpërmjet transfuzionit të gjakut, 2 nga shkaqe të panjohura).

Programet e parandalimit të kalimit të HIV-it nga nëna tek fëmija (PTNF) ndihmojnë në diagnostikimin në kohë të grave shtatzëna që janë HIV pozitive apo atyre që planifikojnë të mbeten shtatzëna dhe në parandalimin e transmetimit të HIV-it tek fëmija. Deri tani nuk ka shërbime enkas për të parandaluar kalimin e HIV-it nga nëna tek fëmija. Niveli i informacionit dhe i edukimit për HIV/AIDS-in në popullatën e përgjithshme dhe veçanërisht në brezin e ri është ende shumë i ulët, dhe kjo bën që të shtohet damkosja dhe diskriminimi ndaj njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri.

Rritja e nivelit të njohurive në lidhje me transmetimin e HIV-it nga nëna tek fëmija dhe zvogëlimi i rrezikut të tij nëpërmjet përdorimit të medikamenteve anti-retrovirale, është thelbësore për pakësimin e rasteve të transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija. Për të vlerësuar njohuritë për këtë program, sipas SDSH-së, të anketuarit u pyetën nëse virusi që shkakton AIDS-in mund të transmetohet nga nëna tek fëmija nëpërmjet ushqyerjes me gji, dhe nëse një nënë me HIV mund të zvogëlojë rrezikun e transmetimit të virusit tek fëmija i saj duke marrë medikamente të veçanta gjatë shtatzënisë. Këto dy pyetje u vunë së bashku në një tabelë për të prodhuar një tregues matës se në ç'raport ato kanë marrë përgjigje të saktë.

Gratë ka më shumë gjasa sesa burrat që të dinë mbi rrezikun e transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija nëpërmjet ushqyerjes me gji (respektivisht 75 % dhe 51 %). Në përgjithësi, gratë dhe burrat me universitet ose arsim të lartë (respektivisht 88 % dhe 52 %), ata që jetojnë në zonat urbane (respektivisht 83 % dhe 54 %), ata që janë në zonat urbane të Tiranës respektivisht 86 % dhe 56 %). Krahasuar me informacionet nga INSTAT, 2008, ka pasur një rritje të ndjeshme në përqindjen e grave që e dinë se HIV-i mund të transmetohet nëpërmjet ushqyerjes me gji, nga 58 % në vitin 2005, në 75 % në studimin 2008-09.

Rreth një në tri gra (31%) dhe një në katër meshkuj (27%) e di se rreziku i transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija mund të zvogëlohet nëse nëna merr medikamente të veçanta gjatë shtatzënisë. Një pjesë më e madhe femrash në zonat urbane sesa në zonat rurale dinin rreth transmetimit të HIV-it nga nëna tek fëmija nëpërmjet ushqyerjes me gji dhe që përdorimi i medikamenteve të veçanta zvogëlon rrezikun e transmetimit nga nëna tek fëmija (respektivisht 32% dhe 25%), ndërsa e kundërta është vërejtur mes meshkujve (15% e meshkujve në zonat urbane krahasuar me 17% e meshkujve në zonat rurale).

Në mungesë të një programi kombëtar të PNF-së të HIV-it me shërbime kushtuar enkas, ato shërbime që ofrohen për parandalimin e virusit HIV nga nëna tek fëmija në Shqipëri, janë të njëjtat që ofrohen edhe për të gjithë popullatën në tërësi. Kështu, nëse një çift do të donte të testohej për praninë e virusit HIV përpara se ata të vendosin për një shtatzëni, apo një grua tashmë shtatzënë do të donte të testohej, ata duhet të shkojnë në shërbimet për popullatën e përgjithshme në *qendrat e këshillimit dhe testimi vullnetar për HIV/AIDS-in*. Testimi lidhur me HIV/AIDS-in kryhet pranë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) dhe Spitalit Infektiv në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza" (QSUT), si dhe në 12 prefekturat pranë drejtorive të

shëndetit publik, ku funksionojnë qendrat e këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV-in. Në të gjitha këto qendra, së bashku me testimin vullnetar për HIV, ofrohet edhe këshillim para dhe pas testimit. Këshillimi për nënat shtatzëna mund të jepet edhe pranë qendrave të planifikimit familjar në poliklinikat dhe maternitetet ku ofrohen edhe shërbimet e tjera për gratë shtatzëna.

Në vitin 2007, Shqipëria fitoi financime nga Fondi Global për HIV/AIDS-in përmes të cilit për një periudhë 5-vjeçare (2007–2012) u financuan rreth 18 OJF. Sot ekzistojnë rreth 18 OJF që e kanë përqendruar aktivitetin në problemet e HIV/AIDS-it, por ka edhe shumë të tjera të cilat kanë në programet e tyre aktivitete që synojnë parandalimin e HIV/AIDS-it dhe zvogëlimin e dëmit që shkakton ai. STOP AIDS, Aksion Plus, Shoqata kombëtare e parandalimit dhe rehabilitimit dhe APRAD, zbatojnë programe për zvogëlimin e dëmit që pësojnë përdoruesit e drogave në Tiranë. ACPD, NAPH, Epoka e Re, FHA dhe PCEC punojnë me komunitetet rome në Tiranë, Durrës, Elbasan, Lezhë, Shkodër, Fier dhe Vlorë. Shoqatat e MSM-ve kanë filluar vetë të organizojnë aktivitete parandaluese për komunitetin e tyre (SGA dhe ALGA).

Shoqata e njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS – PLWHA ka qenë aktive në trajtimin dhe plotësimin e nevojave të njerëzve të prekur nga HIV/AIDS-i. Edhe Shoqata e infeksionistëve shqiptarë ka punuar në mbështetje të njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS.

Përfshirja e OJF-ve ka qenë e efektshme në veprimtari të organizuara në kuadër të fushatave botërore të luftës kundër AIDS-it (që u përmyllën me organizimin e 1 Dhjetorit, Ditës Botërore të luftës kundër AIDS-it). Prej fundit të vitit 2002, me nismën e Grupit të ONE-UN dhe ISHP-së organizohen takime periodike të OJF-ve në lidhje me problemet e HIV/AIDS-it.

Që nga viti 2012 e në vazhdim, sektori i OJF-ve që punojnë në fushën e HIV/AIDS-it është në gjendje kritike për financime. Aktualisht veprojnë vetëm dy organizata (STOP AIDS dhe Aksion Plus) të cilat financohen kryesisht nga UNFPA dhe punojnë me përdoruesit e drogave me injektim, MSM, punonjëset e seksit dhe të burgosurit. Ndërsa ACA, që nga viti 2011 punon me komunitetet rome dhe egjiptiane dhe me gratë në nevojë në zona rurale.

Në Ligjin për kontrollin dhe parandalimin e HIV/AIDS-it në Shqipëri janë përcaktuar edhe burimet financiare për mbulimin e politikave në parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it. Në ligj shprehimisht ngarkohet Ministria e Shëndetësisë, që në buxhetin e saj vjetor të planifikojë një fond të veçantë për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it.

Kanceret e gjirit dhe të qafës së mitrës

Kuadri ligjor

Në Shqipëri, lufta kundër kancerit udhëhiqet nga Komiteti kombëtar i kontrollit të kancerit, i cili u krijua në vitin 2005 dhe u riorganizua në vitin 2011. Ky komitet drejton gjithashtu dhe Programin kombëtar të kontrollit të kancerit (PKKK), i cili është zhvilluar duke u bazuar në një proces konsultimi me aktorë të ndryshëm sipas parimit të OBSH-së: "...për t'u integruar në të gjitha nivelet e sistemit të kujdesit shëndetësor shqiptar dhe të jetë pronë e komunitetit dhe të përfshijë shoqërinë nëpërmjet veprimit kolektiv dhe social".

PKKK mbështetet dhe rregullon veprimtarinë e tij në çështjet kyçe të mëposhtme:

- Funksionimi i rregullt i Komitetit kombëtar të kontrollit të kancerit
- Ligji "Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë"
- Ligji "Për shëndetin publik"
- Ligji "Për sigurimin e detyrueshëm të kujdesit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë"
- Strategjia kombëtare për kontrollin e kancerit dhe plani 10-vjeçar i veprimit
- Fushata për parandalimin parësor (vaksinimi ndaj hepatitit B; kontrolli i duhanpirjes; programe për kontrollin e ndotjes së ajrit; programe për pastrimin e hot-spoteve industriale të braktisura, etj.)
- Programi i edukimit në vazhdim

Në vitin 2011 u hartua Dokumenti i strategjisë kombëtare të kontrollit të kancerit, dokument i cili është hartuar dhe konsultuar nga të gjithë aktorët e përfshirë në luftën kundër kancerit në Shqipëri. Po në të njëjtin vit u miratua dhe Plan i veprimit 10-vjeçar (2011–2020) i cili përfshin aktivitetet, afatet dhe buxhetin dhe është hartuar duke u bazuar në prioritetet kombëtare.

Në vitin 2008 filloi kompjuterizimi i të dhënave të kancerit, regjistri i të cilit bazohet në të dhënat spitalore nga Qendra Spitalore Universitare (QSUT) "Nënë Tereza", si dhe në të dhënat e mbledhura në 36 rrethet e vendit. Ndërsa mbikëqyrja e kancerit dhe faktorëve të rrezikut mbështetet në bashkëpunimin institucional mes QSUT-së dhe Institutit të Shëndetit Publik.

Gjendja e sotme

Statistikat për Shqipërinë dëshmojnë se kanceri i gjirit dhe ai i qafës së mitrës janë sot kanceret më të përhapura ndër gratë dhe shkaktarët kryesorë të vdekjes së tyre. Numri i grave të prekura ka ardhur duke u shtuar çdo vit. Po kështu, statistikat dëshmojnë se është ulur moshja e femrave që preken nga këto sëmundje. Por edhe më shqetësues mbetet fakti se 75% e grave të prekura nga kanceri i gjirit, paraqiten te mjeku në një fazë kur sëmundja ka përparuar shumë, duke e bërë shpesh të pamundur shpëtimin e jetës së tyre³¹.

Të dhënat e kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës nuk janë të plota në Shqipëri. Kjo vjen kryesisht ngaqë raportimi i informacionit nga INSTAT-i bëhet në grup për të gjithë llojet e tumoreve dhe jo sipas llojeve të ndryshme të kancerit.

Prandaj, të dhënat dhe vlerësimet më të mira vijnë nga burime jo-zyrtare lokale apo organizatat ndërkombëtare. Shoqata Mesdhetare Onkologjike raporton se incidenca e kancerit të gjirit ishte 19.8/100000 në vitin 2004 (<http://mosepi.org/albania.pdf>). Sipas OBSH-së dhe projektit

³¹ Shoqata Kristiane e Grave Shqiptare (2013). Informacion për raportin alternativ të OJF-ve mbi situatën e kancerit të gjirit dhe të mitrës.

GLOBOCAN, në vitin 2008 incidenca e kancerit të gjirit dhe vdekshmëria ishin 48.2 /100000 dhe 16.5/100000 respektivisht, ndërsa incidenca dhe vdekshmëria nga kanceri i qafës së mitrës ishin 7.1 dhe 2.8, në mënyrë respektive. (<http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>).

Në vitin 2012, incidenca dhe vdekshmëria nga kanceri i gjirit në Shqipëri janë vlerësuar në 69.4/100000 raste të reja dhe 21.8/100000 raste vdekjesh. Shihet si shqetësim serioz dhe kanceri i qafës së mitrës ku shifrat ishin 6.2/100.000 raste të reja dhe 2.4/100.000 vdekje (Ferlay et al., 2013).

Ndërkohë, media lokale, duke cituar Ministrinë e Shëndetësisë, raportoi 900 raste të reja të kancerit të gjirit të zbuluara në vitin 2012, të cilat tregojnë një rritje të theksuar në krahasim me rezultatet që vijnë nga Banka Botërore dhe burime të tjera lokale, të cilat raportojnë 400 raste të reja të kancerit të gjirit çdo vit.

Edhe pse nuk është përfundimtare, të dhënat zyrtare, vlerësimet, dëshmitë, të dhënat e raportuara, tregojnë për një rritje të shpejtë të rasteve të kancerit të gjirit që zbulohen në Shqipëri.

Në Shqipëri nuk ka një program kombëtar të organizuar për depistimin e hershëm të kancerit të gjirit dhe qafës së mitrës, ekzaminimet individuale bëhen vetëm në mënyrë sporadike. Megjithatë ka një regjistër spitalor për të dhënat e kancerit në vend.

Ndërgjegjësimi në lidhje me paptestin është në 49% dhe rreth 77% për mamografinë (DHS Shqipëria 2008-2009, Raporti final). Më shumë se gjysma e rasteve të kancerit të qafës së mitrës dhe të gjirit janë zbuluar në fazat e avancuara të sëmundjes. Zbulimi, trajtimi, kimioterapia, ndodhin ekskluzivisht në spitalin Onkologjik në Tiranë. Kjo situatë vështirëson trajtimin e kancerit për gratë shqiptare në të dyja drejtimet, logjistike dhe financiare.

Programet në fushën e luftës kundër kancerit

Shërbimet e kujdesit paliativ ofrohen nga Qendra e shërbimit onkologjik në banesë (me financim nga buxheti i shtetit), *shoqata Ryder Albania, shoqata Mary Potter, Karitas*.

Gjithashtu, një tjetër organizatë me kontribut të rëndësishëm në këtë fushë është edhe Shoqata shqiptare e grave kristiane (YWCA) e cila punon prej mëse 6 vitesh në fushën e informimit, ndërgjegjësimit e parandalimit të kancerit të gjirit te gratë. Prej 5 vjetësh, në muajin ndërkombëtar të luftës kundër kancerit të gjirit, kjo shoqatë, në bashkëpunim me një numër organizatash, korporatash dhe institucionesh shtetërore, organizon një ecje masive ndërgjegjësuere në bulevardin e Tiranës, ku marrin pjesë gra e vajza nga e gjithë Shqipëria. Ecja paraprihet prej një vargu veprimtarish informuese e ndërgjegjësuere në terren, ku jepet informacion për rrugët e zbulimit dhe të parandalimit të kancerit të gjirit, shoqëruar me ekzaminim me dorë të gjirit nga mjeku specialist si dhe mamografi.

OFID ka dhënë një grant me vlerë prej 100 000 \$, përmes të cilit financohet projekti "Një model i ri për të rritur ndërgjegjësimin ndaj kancerit të gjirit në Shqipëri". UNFPA i ka akorduar tashmë Institutit të Shëndetit Publik (ISHP) një shumë prej 40.000 \$ për dy vjet (2009-2010) për veprimtari në fushën e kujdesit shëndetësor parësor lidhur me vlerësimin dhe hartëzimin e shërbimeve, forcimin e sektorëve të shëndetit riprodhues në nivel lokal, përfshi problemet e kancerit të traktit riprodhues, si dhe publikime të materialeve informuese. Ndërsa në vitin 2011, UNFPA i akordoi një fond Ministrisë së Shëndetësisë dhe ISHP-së për mbështetjen e programit të zbulimit të hershëm të kancerit të qafës së mitrës.

Është hartuar gjithashtu një plan për edukimin në vazhdim lidhur me çështjet e kujdesit paliativ dhe ai mbulon pjesën më të madhe të vendit.

Shëndeti i adoleshentit

Legal Framework

Adoleshentët mbrohen me ligj nga shteti. Kushtetuta e Shqipërisë thotë se të rinjtë duhet “të gëzojnë të drejtën për një mbrojtje të veçantë nga shteti” (Neni 55).

Ekzistojnë disa ligje që mundësojnë edukimin dhe shërbimet lidhur me SHSR-në dhe HIV/AIDS-in, si Ligji për shëndetin seksual dhe riprodhues, Ligji për edukimin për barazinë gjinore, Ligji për abortin, Ligji “Për parandalimin dhe kontrollin e HIV/AIDS-it”, Ligji për mbrojtjen nga diskriminimi. Gjenden disa strategji dhe plane veprimi si Strategjia kombëtare për rininë 2007-2013, Strategjia për shëndetin seksual riprodhues 2010-2015, Strategjia e re për HIV/AIDS-in “Të mbajmë Shqipërinë një vend me prevalencë të ulët të HIV-it 2010-2015”. Ligji mbi shëndetin riprodhues (Nr. 8876, datë 04.04.2002), garanton dhe vendos mbrojtjen e të drejtave riprodhuese (për të marrë informacion, edukim dhe shërbimet e nevojshme), për çdo individ (duke përfshirë të rinjtë) në Republikën e Shqipërisë. Ai rregullon organizimin dhe funksionimin e të gjitha veprimtarive të ndërmarra në fushën e SHSR-ve, në institucionet shëndetësore, publike dhe private. Ai detyron Ministrin e Shëndetësisë të lëshojë akte të veçanta që duhet të vendosin specifikimet lidhur me edukimin dhe shërbimet e SHSR-ve institucionale dhe institucionet edukuese dhe të shëndetit për adoleshentët, modelet e programeve të edukimit rreth shëndetit seksual dhe mbrojtjen e shëndetit seksual. Ndërkohë, Neni 19 i Ligjit Për shëndetin riprodhues citon: *Adoleshentët, të rinjtë gëzojnë të drejtën për informim dhe shërbime për shëndetin riprodhues, për informim dhe programe që synojnë parandalimin e shtatzënive të padëshiruara, abuzimeve dhe për gjithçka që lidhet me sjelljen e tyre aktive seksuale, në përputhje me moshën e tyre.*

Strategjia e shëndetit riprodhues 2010-2015 e zhvilluar me nismën e MSH-së, është i vetmi dokument që identifikon ndërhyrjen për adoleshentët në mënyrë të veçantë, nga zonat e tjera të ndërhyrjes. Ajo gjithashtu vendos si synim që 70% e adoleshentëve të marrin informacion edukim dhe komunikim (IEK) deri në vitin 2015. Por plani i veprimit i strategjisë nuk shoqërohet me planin financiar përkatës, dhe kjo mund të ndikojë ndjeshëm në arritjen e objektivave të kësaj strategjie.

Bazuar në Ligjin Për shëndetin publik, Ministria e Shëndetësisë është i vetmi institucion përgjegjës për identifikimin, koordinimin dhe udhëheqjen e politikave në shëndetin publik. Ministria e Arsimit dhe e Shkencës ka përgjegjësinë të integrojë në kurrikulën shkollore informacionin për parandalimin e HIV/AIDS-it duke e ndërthurur atë me informacion tjetër të lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues.

Pavarësisht nga korniza ligjore që ekziston dhe që thekson parimet, aktorët dhe drejtimin në të ardhmen, nuk ka udhëzues të qartë sesi kjo mund të përkthehet në veprime/praktika të institucioneve të ndryshme, përshkrim të pozicionit të punës, të stafit, etj. Përsëri këto ligje nuk u japin drejtim çështjeve të një edukimi seksual gjithëpërfshirës dhe ofrimit të shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues bazuar në një qasje tek të drejtat dhe gjinia. Po ashtu mungojnë protokollet e shëndetit seksual dhe riprodhues që do të siguronin ofrimin e SHSHSR-ve bazuar në standardet e cilësisë klinike.

Përsa i takon rolit të shoqërisë civile, vlen për t'u përmendur puna avokuese e Qendrës shqiptare për popullsinë dhe zhvillimin dhe koalicionit të SHSR-ve në bashkëpunim me MSH që kulmoi me sukses në një urdhër të Ministrit (Nr. 249, datë 08.06.2012), i cili miratoi një Dokument pozicionimi për edukimin seksual gjithëpërfshirës të të rinjve në Shqipëri. Ky

dokument vendos parimet e edukimit seksual, të qenit gjithëpërfshirës, është i bazuar në të drejtat njerëzore, ka informacion në përputhje me moshën, ka në bazë qasje formale dhe jo formale, mbështetet në fakte, është i ndjeshëm ndaj kulturës, me pjesëmarrje, etj.

Po atë vit, nga një Urdhër i Ministrit (Nr. 300, datë 25.06.2012) u miratua një riorganizim i shërbimeve të shëndetit në shkollë. Një komision ndërministror ka hartuar përgjegjësitë e stafit shëndetësor të shkollave, zonat e ndërhyrjes dhe ka hartuar kurrikulat e trajnimit që të përdoren nga stafi shëndetësor i shkollës, kryesisht edukim parandalues.

Gjendja e sotme

Shqipëria konsiderohet një popullsi në moshë të re – 18 % i përkasin moshës 15-24 vjeç megjithatë të rinjtë shpesh nuk konsiderohen “si prioritet” ndërmjet sfidave dhe çështjeve të ditës. Deri tani përpjekjet qeveritare nuk kanë pasur sukses në zbatimin e një platforme strategjike për zhvillimin e qëndrueshëm të të rinjve, që të jetë në rezonancë me zhvillimet e fundit socio-ekonomike dhe kulturore që kanë ndodhur në vend. Për këtë arsye të rinjtë në përgjithësi ndeshen me një numër nevojash të paplotësuara, me një situatë që është më brishtë për të rinjtë e rrezikuar. Kjo është karakteristike edhe për fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues dhe të drejtave.³²

Sipas Studimit demografik shëndetësor shqiptar (SDSHSH, 2008-2009) ndërmjet të intervistuarve, përqindja e grave dhe burrave të rinj në moshë 15-24 vjeç që njohin në mënyrë korrekte mënyrat e parandalimit të HIV-it janë 35.9% femra dhe 22% meshkuj. Për të dyja gjinitë, moshat 15-24 vjeç ka të ngjarë të kenë njohuri më të mëdha dhe gjithëpërfshirëse rreth AIDS-it, se sa moshat 25-49 vjeç. Për çdo kategori moshe, gratë ka të ngjarë të kenë më tepër njohuri gjithëpërfshirëse sesa burrat. Statusi më i ulët social ndikon në njohuritë e grave rreth HIV/AIDS-it. Ndërmjet burrave, një faktor i rëndësishëm që rrit çuditërisht mungesën e njohurive, lidhet me të jetuarin jashtë Tiranë.

Studimi për sjelljet që lidhen me shëndetin (2009), me fëmijët në moshë shkollore, tregoi se 14% e nxënësve të moshës 13-15 vjeç janë të përfshirë në marrëdhënie seksuale. Këto të dhëna janë në të njëjtën linjë dhe me SDSHSH, i cili tregon se më shumë se një e treta e moshës 15-49 vjeç e grave të intervistuar (36%) kanë kryer marrëdhënie për herë të parë ndërmjet moshës 15 dhe 19 vjeç dhe një përqindje e vogël (1%) e kishin kryer aktin e parë seksual përpara moshës 15 vjeç. 1.4% e djemve kishin kryer aktin e parë seksual ndërmjet moshës 15-19 vjeç. Vetëm 3 % e adoleshenteve kishin filluar rrugën e mëmësisë, përfshi 2 % që ishin nëna. Përqindja e femrave të reja që kishin filluar lindjen e fëmijëve rritej shpejt me rritjen e moshës, nga thujasë asnjë në moshën 15 vjeç, në 12 % midis femrave të moshës 19 vjeç.

Të dhënat bazuar në Studimin e sjelljeve të rrezikshme tek të rinjtë, 2009, tregojnë se 22.3 % e djemve kishin patur marrëdhënie seksuale vetëm me një partner, ndërsa 25 % kishin patur me 2 apo më shumë partnerë. Vetëm 16.3% e të intervistuarve u shprehën se kishin përdorur masa mbrojtëse gjatë marrëdhënies seksuale. Pavarësisht nga të dhënat e pakta lidhur me situatën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme (IST), vitet e fundit duket se ato kanë prirje drejt rritjes.

Bazuar në të dhënat statistikore kombëtare të vitit 2011, rreth 5.1% të numrit të aborteve i përkasin moshës 14-19 vjeç, dhe 7% të këtyre rasteve ishin të pamartuara. Niveli i edukimit përfaqëson një faktor të rëndësishëm ndikues, pra aborti ishte në mënyrë më të ndjeshme më i lartë (46.9%) ndërmjet atyre me arsim të nivelit fillor.

³² QSHPZH 2013. Shëndeti seksual dhe riprodhues tek të rinjtë në Shqipëri

Programet në fushën e shëndetit të adoleshentit

Pas viteve '90 ka patur një vëmendje të madhe ndaj shërbimeve të planifikimit familjar, përmes farmacive, marketingut social dhe qendrave shëndetësore të shërbimit parësor. Megjithatë, përdorimi i metodave "moderne" të kontracesionit është ende i kufizuar dhe vihet re një mospërfillje ndaj shërbimeve parandaluese, kjo ndoshta lidhet me synimin për të ruajtur privatësinë, me frikën nga damkosja, apo thjesht nga mungesa e informacionit. Por një pjesë e mirë e të rinjve përdorin klinikat private për aborte dhe farmacitë për kontracesionin e urgjencës.

Në kontekstin e Shërbimeve miqësore për të rinjtë të shëndetit seksual dhe riprodhues, QSHPZH së bashku me tri qendrat rinore klinike të saj në Tiranë, Vlorë dhe Shkodër, me mbështetjen e Federatës Ndërkombëtare të Planifikimit Familjar (IPPF) dhe Fondit të Kombeve të Bashkuara për Popullsinë dhe Zhvillimin (UNFPA), po forcon angazhimin për të arritur objektivat që kanë të bëjnë me adoleshentët dhe të rinjtë, duke zhvilluar një qasje gjithpërfshirëse për t'u dhënë zgjidhje dhe udhëheqje problemeve që lidhen me mirëqenien e këtyre grupeve dhe për të mundësuar arritjen e potencialit të tyre të plotë. Këto qendra ofrojnë informacion, edukim, shërbime të shëndetit seksual dhe riprodhues (SHSR) dhe avokasi dhe punojnë që të rinjtë meshkuj dhe femra, si edhe gratë në nevojë, të ndjehen më të fuqishëm për të patur qasje në shërbime dhe programe që përmirësojnë shëndetin dhe japin ndihmesë për një jetë më dinjitoze.

Me mbështetjen e UNFPA-s dhe IPPF-së, u hartua një modul trajnimi për SHSR për punonjësit e shëndetësisë dhe mbi bazën e këtij moduli janë organizuar trajnime të stafit mjekësor dhe të rinjve në Tiranë, Vlorë dhe Shkodër. Me mbështetjen e UNFPA-s u hartua projekti i një udhëzuesi lidhur me standardet e shërbimeve miqësore për të rinjtë, bazuar në standardet ndërkombëtare. Në vitin 2014 në qendër të vëmendjes do të jetë avokimi tek MSH që këto standarde të miratohen dhe MSH të hartojë një plan zbatimi dhe monitorim vlerësimi për shërbimin shëndetësor parësor.

Ka disa OJF që ofrojnë shërbime të kufizuara për shëndetin seksual dhe riprodhues për shtresat në nevojë (Qendra shqiptare për popullsinë dhe zhvillimin; STOP AIDS, Aksion +, Ambasada PINK, Të rinjtë që jetojnë me HIV (RJHIV), ACA, etj.

Përtej përpjekjeve të vazhdueshme të qeverisë, më shumë duhet bërë para se këto shërbime të jenë në gjendje që t'u japin të rinjve mundësinë e një qasjeje të gjerë, pavarësisht nga rrethanat e tyre social-ekonomike. Çështjeve të cilësisë së shërbimeve ekzistuese dhe mbulimit me ndërhyrje të efektshme, është e nevojshme t'u jepet zgjidhje. Deri tani janë bërë përpjekje të vogla që ofruerit e shërbimit parësor të mund të ofrojnë shërbime të ndjeshme për nevojat e të rinjve, por ka një mungesë përvojë lidhur me arritjen e grupeve më të rrezikuara të adoleshentëve. Shërbimet janë menduar për klientët e rritur dhe ofruerit e shërbimit nuk janë të trajnuar për konceptet e Shëndetit seksual dhe riprodhues, miqësor për të rinjtë, dhe seksualitetin e adoleshentëve; mjediset e punës nuk janë miqësore për të rinjtë dhe shërbimet për adoleshentët janë shumë pak të publikuara.

Ndërkohë, grupet e trajtuara si të dorës së dytë të të rinjve si romët, egjiptianët, LGBT dhe të rinjtë e varfër, ata që nuk ndjekin shkollën apo të rejtat e trafikuar, kanë përvojën e pengesave në rrugën drejt informacionit dhe shërbimeve të SHSR-së, për shkak të një sërë faktorësh të tjerë si varfëria, analfabetizmi, izolimi fizik dhe social me të cilin ata përballen, etj. Reforma shëndetësore e viteve të fundit në vend, i ka lënë këto grupe mënjanë dhe jashtë kujdesit shëndetësor.

Ndërsa këto sfida lidhen më shumë me mënyrat sesi shërbimet për të rinjtë janë organizuar, shfrytëzimi i tyre mund të pengohet edhe nga normat dhe politikat ndaluese. Çështje të tilla si aftësia e të rinjve për të dhënë miratimin e informuar, privatësia dhe konfidencialiteti, ende nuk kanë marrë trajtimin e duhur. Shqipëria ka ende mjaft rrugë për të bërë në mënyrë që të përshtasë kuadrin ligjor dhe politikat me konventat ndërkombëtare për të drejtat e njeriut të cilat tashmë janë ratifikuar.

Përfundime

Kuadri ligjor

Shqipëria ka përqaftuar konceptet bashkëkohore të shëndetit riprodhues duke krijuar dhe përmirësuar ndër vite në mënyrë të vazhdueshme kornizën ligjore si dhe infrastrukturën për zbatimin e programeve të ndryshme të shëndetit riprodhues, mbrojtjen e shëndetit të nënës, fëmijës dhe adoleshentit. Ndër vite, shëndeti riprodhues ka patur vëmendjen e Qeverisë shqiptare, Ministrisë së Shëndetësisë, dhuruesve apo agjencive të ndryshme ndërkombëtare. Ky bashkërendim forcash ka dhënë ndihmesë për krijimin e një kornize ligjore dhe infrastrukture të mirë në sistemin e kujdesit shëndetësor, duke bërë të mundur përfshirjen e shërbimeve të shëndetit riprodhues në paketën bazë të shërbimeve shëndetësore.

Shëndeti i nënës dhe fëmijës mbrohet me kushtetutë, e cila saktëson se gratë shtatzëna përfitojnë kujdes falas gjatë shtatzënisë, lindjes dhe periudhës pas lindjes. Kodi i punës mbron të drejtat e gruas shtatzënë duke i dhënë lehtësira të ndryshme në vendin e punës, si dhe duke e përjashtuar nga punët e rënda fizike apo nga ekspozimi ndaj agentëve të ndryshëm kimikë. Megjithatë, ligji ka mangësi sa u përket institucioneve që do merren me monitorimin e tij, apo me masat administrative që duhet të merren në rast se ky ligj nuk zbatohet. Kjo situatë mund të shpjerë në mospërfillje ndaj ligjit ose në mashtrime, sidomos në sektorin privat, ku pjesa më e madhe e të punësuarve janë në të zezë apo të pa siguruar.

Një tjetër ligj i rëndësishëm është dhe ai i shëndetit riprodhues, i cili mbron të drejtat e çiftit për t'u riprodhuar dhe siguron që këto të drejta të jenë në përputhje me normat dhe politikat kombëtare dhe ndërkombëtare. Në mbështetje të këtij ligji Ministria e Shëndetësisë udhëzon të gjitha institucionet publike dhe jo publike të zbatojnë rregulloren e shëndetit riprodhues dhe të ofrojnë kujdes falas për nënat shtatzëna gjatë shtatzënisë, lindjes dhe kontrole periodike pas lindjes për nënën dhe fëmijën. Në këtë vendim përfshihen dhe 3 vizita ekografike falas dhe trajtimet falas për aneminë dhe sëmundje të tjera. Në këtë udhëzim ka një farë shprehje midis rrjedhës së neneve të tij dhe mbetet e paqartë nëse udhëzimi është i detyrueshëm edhe për sektorin privat apo jo. Praktika e përditshme ka treguar se kujdesi ndaj gruas shtatzënë në sektorin jopublik jepet kundrejt pagesave, dhe asnjë subjekt privat nuk zbaton këtë vendim të Ministrisë së Shëndetësisë. Nga ana tjetër ky udhëzim nuk përcakton mekanizmat e monitorimit dhe të cilësisë për zbatimin e ligjit, si në sektorin publik ashtu dhe në atë privat.

Ligji i shëndetit riprodhues mbështet praktikën më të mira botërore për kujdesin e nënës dhe fëmijës duke nxitur ushqyerjen e hershme me gji, kontaktin lëkurë me lëkurë mes nënës dhe fëmijës, apo qëndrimin e fëmijës që në momentet e para të lindjes pranë nënës. Megjithatë këto këshilla janë të vakta, pasi nuk përcaktohet qartë koha e qëndrimit të fëmijës me nënën dhe kontaktin lëkurë me lëkurë, të cilat janë jetike për shëndetin e të porsalindurit. Edhe

sa i takon nxitjes për të ushqyer me gji, ligji ndalet më tepër në çështjen e tregimit dhe mirëkontrollit të shitjes së qumështit artificial, sesa në edukimin, ndërgjegjësimin dhe nxitjen e praktikave të ushqyerjes me gji që në fazat e hershme.

Përparim i rëndësishëm është bërë dhe në fushën e planifikimit familjar dhe sigurisë kontraceptive. Janë hartuar dy strategji kombëtare të sigurimit të kontraceptivëve (2003-2010 dhe 2012-2016), përmes të cilave sigurohet vazhdimësia e kontracepsionit modern për grupet e rrezikuara si dhe dokumenti strategjik që mbulon shëndetin riprodhues për periudhën 2012-2016. Gjithashtu janë ngritur dhe funksionojnë Komiteti i shëndetit riprodhues dhe Sistemi i informacionit dhe menaxhimit logjistik, dhe është hartuar Protokolli kombëtar i planifikimit familjar. Edhe pse me probleme, përveç sektorit publik, sektori i socialmarketingut dhe ai privat janë të pranishëm në treg dhe sigurojnë një mbulesë kontraceptive në më shumë se 30% të tregut kombëtar.

Por pavarësisht nga ky përparim, përdorimi i metodave moderne të kontracepsionit mbetet në shifra të ulëta dhe rreth 10 % e grave në moshë riprodhimi nuk i plotësojnë nevojat që kanë për mjete të planifikimit familjar. Tregu i kontraceptivëve në Shqipëri është i ulët dhe kjo bën që shumë kompani farmaceutike të mos shfaqin interes për të. Kjo ka ndikim negativ në furnizimin e tregut me larmi artikujsh kontraceptive por në të njëjtën kohë ul konkurrencën edhe mes kompanive që veprojnë në këtë sektor. Veç kësaj, marketingu social po përballet me sfidën e mbijetesës dhe mbyllja e tij do të ndikonte negativisht jo vetëm në mbulimin dhe sigurimin në kohë e cilësi të metodave kontraceptive, por do të ndikonte automatikisht në rritjen e çmimeve në tregun privat.

Në strategjinë e re të kontracepsionit parashikohet që në vitin 2014 metodat kontraceptive do të ofrohen falas vetëm për grupet e rrezikuara. Në strategji nuk specifikohet qartë se kush bën pjesë në grupet e rrezikuara dhe çfarë do të bëhet me pjesën tjetër që nuk quhet e rrezikuar dhe sidomos me pjesën e popullatës që ka nevoja të paplotësuara për mjete kontraceptive. Një tjetër problem që haset në këtë drejtim është mbyllja e projekteve të ndryshme të financuara nga dhuruesit ndërkombëtarë, të cilët nuk e shohim si të efektshëm zbatimin e programeve të ndryshme në planifikimin familjar. Kjo situatë, e shoqëruar dhe me nivelin e ulët të përdorimit të kontracepsionit modern ka çuar në një hendek të madh sa i përket informimit dhe edukimit të adoleshentëve, grave, burrave dhe popullatës në përgjithësi.

Ndërprerja e vullnetshme e shtatzënisë (aborti) është lejuar me ligj që në vitin 1991, ligj i cili u rishikua dhe miratua nga parlamenti shqiptar në vitin 1995. Ligji garanton respektimin e fillimit të jetës të çdo qenie njerëzore, parim i cili nuk mund të shkelet, përveç rasteve kur është e domosdoshme dhe në kushtet e përcaktuara në ligj. Aborti lejohet deri në javën e 12-të të shtatzënisë ose për arsye mjekësore lejohet deri në 22 javë. Gruaja dhe çifti kanë të drejtë të informohen nga personeli shëndetësor për rreziqet që vijnë nga aborti, si dhe të drejtat ligjore që burojnë nga ligjet e shtetit shqiptar. Megjithëse ligji në vetvete është i arrirë për sa i takon mbrojtjes së shëndetit të gruas, përsëri ka disa mangësi, të cilat lidhen më tepër me dhënien e informacionit për metodat bashkëkohore kontraceptive dhe vizitat pas abortit. Kjo, si për sektorin publik dhe atë jo-publik. Megjithëse aborti konsiderohet si një procedurë e zakonshme mjekësore dhe është pjesë e paketës së treguesve të shëndetit riprodhues, ligji nuk përcakton kujdes shëndetësor falas. Gjithashtu ligji nuk parashikon asnjë dispozitë apo rregullim për abortin medikamentoz. Një mangësi tjetër e ligjit është se nuk parashikon asnjë dispozitë në lidhje me raportimin e aborteve. Kjo ul ndjeshëm cilësinë e raportimit, sidomos në sektorin privat.

Lidhur me HIV/AIDS-in dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme, Shqipëria ka hartuar programin kombëtar të HIV/AIDS-it (1987), shumë vite përpara se të shfaqej rasti i parë me HIV në vitin 1993. Pra futja e HIV/AIDS-it në vendin tonë i gjeti strukturat shëndetësore

të përgatitura që të përballen me këtë infeksion. Më pas u hartuan ligje specifike dhe dy strategjitë kombëtare të HIV/AIDS-it të cilat respektojnë parimet e barazisë, mosdiskriminimit dhe ruajtjes së konfidencialitetit. Për mbajtjen nën kontroll dhe monitorimin e HIV/AIDS-it dhe IST-ve është ngritur dhe Komiteti ndërministror i HIV/AIDS-it, Mekanizmi koordinues i vendit si dhe Laboratori kombëtar i referencës dhe diagnozës. Gjithashtu, në vitin 2007 u ngritën qendrat e para të testimit dhe këshillimit vullnetar, të cilat më 2010 u morën në varësi nga Ministria e Shëndetësisë dhe janë të shtrira në çdo prefekturë (12). Po ashtu janë ngritur dhe funksionojnë dy qendra të testimit vullnetar në burgje në Tiranë.

Theksi i Strategjisë është mbajtja e Shqipërisë një vend me përhapje të ulët të HIV/AIDS-it dhe shmangien e shpërthimeve në grupet e rrezikuara, siç janë përdoruesit e drogave me injektim, meshkujt që kryejnë seks me meshkuj, punonjëset e seksit, të burgosurit, etj. Por edhe pse Strategjia përqendrohet në parandalimin e shpërthimeve në grupet në rrezik, ajo nuk u jep drejtim sa duhet strategjive që duhen ndjekur për të mbajtur nën kontroll HIV/AIDS-in në këto grupe. Strategjia i kushton më tepër vëmendje parandalimit primar dhe nuk përmend zbatimin e strategjive të zvogëlimit të dëmit apo rishikimin e ligjeve dhe Kodit Penal, të cilët nuk i mbështesin praktikën e zvogëlimit të dëmit, por parashikojnë masa të ndryshme represive dhe kriminalizuese, sidomos për përdoruesit e drogave dhe punonjëset e seksit.

Gjithashtu, është e rëndësishme të shkohet drejt një Programi mbështetës të integritetit të PNF të HIV-it në shërbimet rutinë të kujdesit ndaj nënës dhe fëmijës.

E drejta për shëndet është thelbësore për shoqërinë dhe për gratë në veçanti, gjendja e sotme nuk është shumë premtuese: së pari, niveli i ulët i informimit dhe ndërgjegjësimit të grave shqiptare për rrugët dhe mënyrat e parandalimit të kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës; së dyti, ka një qasje të ulët të tyre ndaj shërbimeve shëndetësore përkatëse, duke përfshirë vizitat e specializuara te mjeku dhe ekzaminimet klinike.

Programi kombëtar për kontrollin e kancerit i Ministrisë së Shëndetësisë, pavarësisht se vlerësohet si një dokument strategjik i nevojshëm, nuk është i mjaftueshëm për të luftuar me efikasitet kancerin e gjirit dhe të qafës së mitrës në Shqipëri. Ai nuk u përgjigjet kushteve dhe statistikave të sotme, që dëshmojnë se këto kancere janë tashmë ndër sëmundjet më të përhapura mes grave në vend dhe shkaktarë kryesorë të vdekjes së tyre.

Në këto kushte, është mëse e nevojshme që Ministria e Shëndetësisë të ngrejë një grup pune me ekspertë të fushës së mjekësisë, por edhe të fushave të tjera, për të hartuar një strategji kombëtare si për parandalimin e këtyre sëmundjeve, ashtu dhe për të luftuar kancerin e gjirit dhe të qafës së mitrës në rastet kur janë shfaqur tek gruaja.

Shëndeti i adoleshentit gjithashtu mbrohet me ligj, sipas të cilit të rinjtë duhet të gëzojnë të drejtën për një mbrojtje të veçantë nga shteti. Ekzistojnë edhe një sërë ligjesh që mbrojnë të drejtat e adoleshentit, si ligji për edukim dhe barazinë gjinore, ligji për mbrojtjen nga diskriminimi, ligji për shëndetin riprodhues, ligji për abortin, HIV/AIDS-in etj. Po ashtu janë hartuar disa strategji si Strategjia kombëtare për rininë (2007-2013) apo Strategjia e shëndetit riprodhues (2010-2015). Në strategjinë e shëndetit riprodhues, ndër synimet kryesore është që 70% e adoleshentëve deri në vitin 2015 të marrin informacion dhe edukim në lidhje me shëndetin riprodhues. Por plani i veprimit të strategjisë nuk është shoqëruar me planin financiar dhe rrugët që mund të ndiqen për të siguruar financimet e nevojshme për arritjen e këtij objekti. Kjo situatë rrezikon arritjen e objektivave dhe mund të ndodhë që një pjesë e mirë e aktiviteteve të parashikuara në këtë strategji të mos realizohen për shkak të mungesës së fondeve. Gjithashtu, nuk ka udhëzues apo praktikë të qarta se si do të zbatohen objektivat apo aktivitetet në institucione të ndryshme, kush do të përgjigjet për zbatimin e tyre, konteksti lokal, etj.

Gjendja e sotme

Shërbimet e kujdesit të nënës dhe fëmijës ofrohen në të tre nivelet e kujdesit shëndetësor, në atë primar, dytësor dhe terciar. Në kujdesin parësor shërbimet në qytet ofrohen në konsultoret e gruas, ndërsa në fshat, në ambulancat e komunave. Në Kujdesin shëndetësor dytësor, shërbimet e shëndetit riprodhues ofrohen në maternitete dhe në shërbimet pediatrike në nivel rrethi.

Kujdesi ndaj gruas shtatzënë fillon që në fazat e hershme të identifikimit të shtatzënisë, me kontrollin e barrës, informacionin rreth mbarëvajtjes së shtatzënisë, ushqyerjes me gji, kujdesit para, gjatë dhe pas lindjes, dhe vizitat periodike pas lindjes. Shqipëria ka një sistem shumë të mirë vaksinimi, dhe arrin një mbulesë vaksinale në mbi 98%. Sa u përket shërbimeve të planifikimit familjar, ato ofrohen në çdo qendër shëndetësore dhe në qendrat e gruas në maternitetet publike. Ndërsa shërbimet e abortit ofrohen në maternitetet publike dhe në klinikat private të licencuara për të ofruar këto shërbime.

Në lidhje me infeksionet seksualisht të transmetueshme dhe HIV/AIDS-in, kuadri ligjor është i plotë dhe infrastruktura për mbajtjen nën kontroll të këtyre infeksioneve është e kënaqshme. Testimet vullnetare për HIV/AIDS-in kryhen në qendrat e testimit dhe këshillimit vullnetar të ngritura në çdo prefekturë, në ISHP apo nga OJF të ndryshme që ofrojnë shërbime në këtë fushë. Terapia antiretrovirale jepet falas nga shteti për të gjithë të infektuarit, pavarësisht nga statusi i tyre i punësimit apo skemës së sigurimeve. Në sistemin e burgjeve janë ngritur dy qendra për testimin dhe këshillimin vullnetar, të cilat ofrojnë teste falas dhe informacion për të burgosurit dhe stafin e burgjeve. Gjithashtu, OJF të ndryshme edhe pse me buxhet dhe aktivitete të kufizuara, ofrojnë shërbime parandaluese kryesisht për grupet në rrezik, siç janë adoleshentët, përdoruesit e drogave, MSM, punonjëset e seksit, të burgosurit, etj.

Në vend funksionojnë disa qendra rinore dhe shërbime miqësore për të rinjtë, në Tiranë, Shkodër dhe Vlorë; puna e tyre përqendrohet kryesisht në zgjidhjen e problemeve të të rinjve sa i takon shëndetit riprodhues dhe seksual.

Por me gjithë përparimin e arritur në drejtim të shëndetit riprodhues, përsëri shfaqen probleme të shumta. Vdekshmëria amtare dhe foshnjore është ende në nivele të larta, madje më të larta se disa vende të rajonit. Edhe pse ushqyerja e fëmijëve (sidomos për të porsalindurin) është përmirësuar ndjeshëm vitet e fundit, përsëri një pjesë e mirë e tyre nuk ushqehen sipas normave dhe standardeve ndërkombëtare.

Përsa i takon përdorimit të metodave moderne të planifikimit familjar, vetëm 11% e grave të moshës seksualisht aktive përdorin këto metoda, dhe kryesisht prezervativin. Shqipëria renditet ndër vendet me përdorim më të ulët të metodave moderne kontraceptive, pasi shumica e shqiptarëve bazohen në metodën natyrale të tërheqjes si mënyrë kontraceptive. Niveli i ulët i përdorimit të kontracepsionit modern pasqyrohet në numrin e lartë të aborteve, raportimi i të cilëve sidomos nga klinikat private lë për të dëshiruar. Nga ana tjetër, përdorimi pa kriter dhe ilegal i medikamenteve që merren për abortin medikamentoz është i dëmshëm për shëndetin e gruas dhe mbi të gjitha nuk ndihmon t'i jepet drejtimi i duhur problemit.

Në lidhje me HIV/AIDS-in dhe grupet në rrezik, edhe pse shteti mbulon testimet vullnetare për të, përsëri niveli i testeve vullnetare mbetet i ulët. Nga ana tjetër, OJF-të që punojnë në këtë drejtim po përballen me mungesë dhe qëndrueshmëri fondesh. Qendrat rinore dhe shërbimet miqësore që ofrojnë shërbime të shëndetit riprodhues për të rinjtë funksionojnë vetëm në disa rrethe, duke bërë që pjesa më e madhe e të rinjve të mbeten pa shërbime të tilla.

Gjatë dekadës së fundit situata në Shqipëri ka ndryshuar shumë dhe janë bërë përparime të rëndësishme në fushën e kujdesit për parandalimin dhe trajtimin e HIV / AIDS-it. Zbatimi i terapisë antiretrovirale me aktivitet të lartë (HAART) ka dhënë rezultate pozitive në mjekimin e AIDS-it, duke e njohur dhe trajtuar atë nga pikëpamja mjekësore si një sëmundje kronike. Në Shqipëri, rruga mbizotëruese e transmetimit të virusit HIV është ajo e marrëdhënieve seksuale, por tani vihet re një rritje e numrit të transmetimeve brenda familjes dhe nga nëna tek fëmija. Shërbimet që ofrohen për parandalimin e kalimit të virusit HIV nga nëna tek fëmija në Shqipëri, janë ato që jepen për të gjithë popullatën në tërësi.

Rezultatet e monitorimit dhe vlerësimit deri tani theksojnë se është e rëndësishme që shërbimet e këshillimit dhe testimit për HIV-in të ofrohen në shërbimet rutinë, për të parandaluar që HIV-i të prekë gratë në moshë riprodhimi; këto shërbime duhet të ofrojnë gjithashtu këshillim dhe mbështetje për gratë që jetojnë me HIV për t'u informuar në lidhje me shëndetin e tyre riprodhues dhe vendimet që do duhet të marrin në të ardhmen për të mos lejuar që HIV-i të prekë foshnjat e tyre.

Këshilla

- Rishikimi dhe përditësimi i ligjeve, strategjive dhe sigurimi i buxheteve përkatëse për zbatimin e tyre.
- Gjetja e rrugëve dhe mjeteve të financimit për vazhdimësinë e programeve të shëndetit riprodhues, sidomos me të rinjtë dhe komunitetin në përgjithësi në zonat rurale.
- Takime advokacie me dhurues të ndryshëm, sidomos ata ndërkombëtarë, për të rritur interesin e tyre për të mbështetur programe të shëndetit riprodhues në Shqipëri.
- Gjetja e rrugëve për sigurimin e kontraktivëve modernë sipas nevojave të riprodhimit dhe atyre specifike të grave dhe burrave në moshë riprodhimi.
- Mbështetja e programeve të marketingut social dhe zgjerimi i gamës së metodave kontraktive që vihen në dispozicion.
- Zbatimi i programeve të ndryshimit të sjelljes sidomos për të rinjtë, çiftet e reja dhe meshkujt në përgjithësi, për të rritur ndërgjegjësimin mbi rëndësinë e përdorimit të metodave moderne.
- Përmirësimi i ligjit mbi përdorimin e drogave dhe punonjësit e seksit, duke ndjekur modelet e zvogëlimit të dëmit dhe dekriminalizimit të këtyre praktikave.
- Zbatimi i programeve të edukimit bashkëmohatar me pjesëmarrjen e njerëzve nga grupet e rrezikuara (outreach program), për t'i arritur sa më mirë grupet e rrezikuara, si përdorues të drogave me injektim, punonjëse seksi, MSM, etj.
- Programet e hartuara që lidhen me SHSR-të dhe edukimin seksual t'i japin zgjidhje çështjes së pengesave gjinore dhe praktikave që ndikojnë shëndetin seksual dhe riprodhues, dhe kanë të bëjnë me të drejtat e grave të reja.
- Të rritet angazhimi dhe mbështetja për nevojat e adoleshentëve/të rinjve nëpërmjet përmirësimit të standardeve të shërbimit shëndetësor të shëndetit seksual dhe riprodhues për të rinjtë dhe vendosjes së tyre në përputhje me standardet ndërkombëtare.
- Të sigurohet dokumentimi, monitorimi, vlerësimi, shpërndarja dhe zbatimi i praktikave më të mira, duke u përqendruar te ndikimi afatgjatë.
- Të plotësohet dhe të monitorohet Protokoll kombëtar për parandalimin e kalimit të HIV-it nga nëna tek fëmija, nga një ekip multidisiplinor i udhëhequr nga ISHP; të zbatohet këshillimi dhe testimi që këshillohet për HIV për të gjitha gratë shtatzëna në qendrat e shërbimeve shëndetësore të nënës dhe fëmijës, siç parashikohet në paketën e shërbimeve bazë të parësorit.

- Kuptimi i rëndësisë së përfshirjes së PNF-së si një komponent kyç i Strategjisë kombëtare, e cila është në proces rishikimi, për t'u dhënë zgjidhje problemeve nënë - fëmijë për HIV-in , si një pikë strategjike në planin e ardhshëm kombëtar të HIV-it .

- Integrimi i shërbimeve të kujdesit ndaj HIV/AIDS-it dhe shërbimeve të tjera të kujdesit shëndetësor riprodhues, si dhe atyre të trajtimit të nënës, të bebes së porsalindur dhe të shëndetit të fëmijëve.

- Largimi nga një qasje vertikale ndaj programit të integruar të PNF-së të HIV-it në shërbimet rutinë të përkujdesjes së nënës dhe fëmijës.

- Ndryshimet e nevojshme në protokollet e shërbimeve shëndetësore për fëmijët dhe adoleshentët, për të standardizuar dhënien e këtyre shërbimeve të strukturuar në përshtatje me kujdesin e duhur shëndetësor për gratë shtatzëna dhe fëmijët e tyre .

- Bashkërendimi i aktiviteteve të advokimit nga ana e organizatave jo-qeveritare për të rritur ndërgjegjësimin dhe vetëdijen në nivel kombëtar, shtetëror dhe lokal për zbatimin e ligjshmërisë dhe përfshirjen e gjithë aktorëve të politikës që do të nxitin rritjen e cilësisë dhe kujdesin ndaj grave shtatzëna për parandalimin e transmetimit vertikal të HIV-it.

- Hartimi i politikave dhe sigurimi për zbatimin e tyre dhe për një mjedis rregullator që mbështet aktivitetet e nevojshme dhe ndërhyrjet e qëndrueshme për eliminimin e transmetimit vertikal të HIV-it nga nëna tek fëmija.

- Hartimi i një strategjie për parandalimin dhe luftën kundër kancerit të gjirit dhe atij të qafës së mitrës.

- Rritja e kapaciteteve diagnostikuese, jo vetëm në kryeqytet, por në të gjithë vendin.

- Krijimi i mekanizmave të bashkëpunimit me organizatat e shoqërisë civile dhe aktorë të tjerë publikë e privatë për të siguruar dhënien e informacionit të nevojshëm për rrugët dhe mënyrat e parandalimit të kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës.

- Krijimi i kushteve lehtësuese për qasje në vizitat dhe ekzaminimet klinike të kancerit të gjirit dhe të qafës së mitrës për të gjitha kategoritë e grave dhe vajzave në nevojë.

- Kurrikulat dhe programet shkollore duhet të përditësohen e pasurohen me tema rreth seksualitetit, HIV/AIDS-it, IST-ve, etj;

- Duhet trajnime të vazhdueshme të personelit social-shëndetësor dhe shkollave mbi orientimin seksual dhe identitetin gjinor, HIV/AIDS-in, etj.

-Të hapen qendrat miqësore (Youth Friendly Services/Drop-in Center) me staf të kualifikuar social-shëndetësor, të cilat të ofrojnë shërbimet e informimit, edukimit dhe parandalimit, në lidhje me shëndetin riprodhues dhe seksual, me vëmendje të veçantë të komuniteti MSM dhe LGBT.

- Sigurimi në vazhdimësi i prezervativëve dhe lubrifikantëve për seks anal (si në institucionet publike ashtu dhe në rrjetin farmaceutik privat).

- Forcimi i bashkëpunimit mes institucioneve të shëndetit publik dhe qendrave komunitare / OJF-ve LGBT për veprimtari të vazhdueshme ndërgjegjësuëse dhe referim të rasteve .