

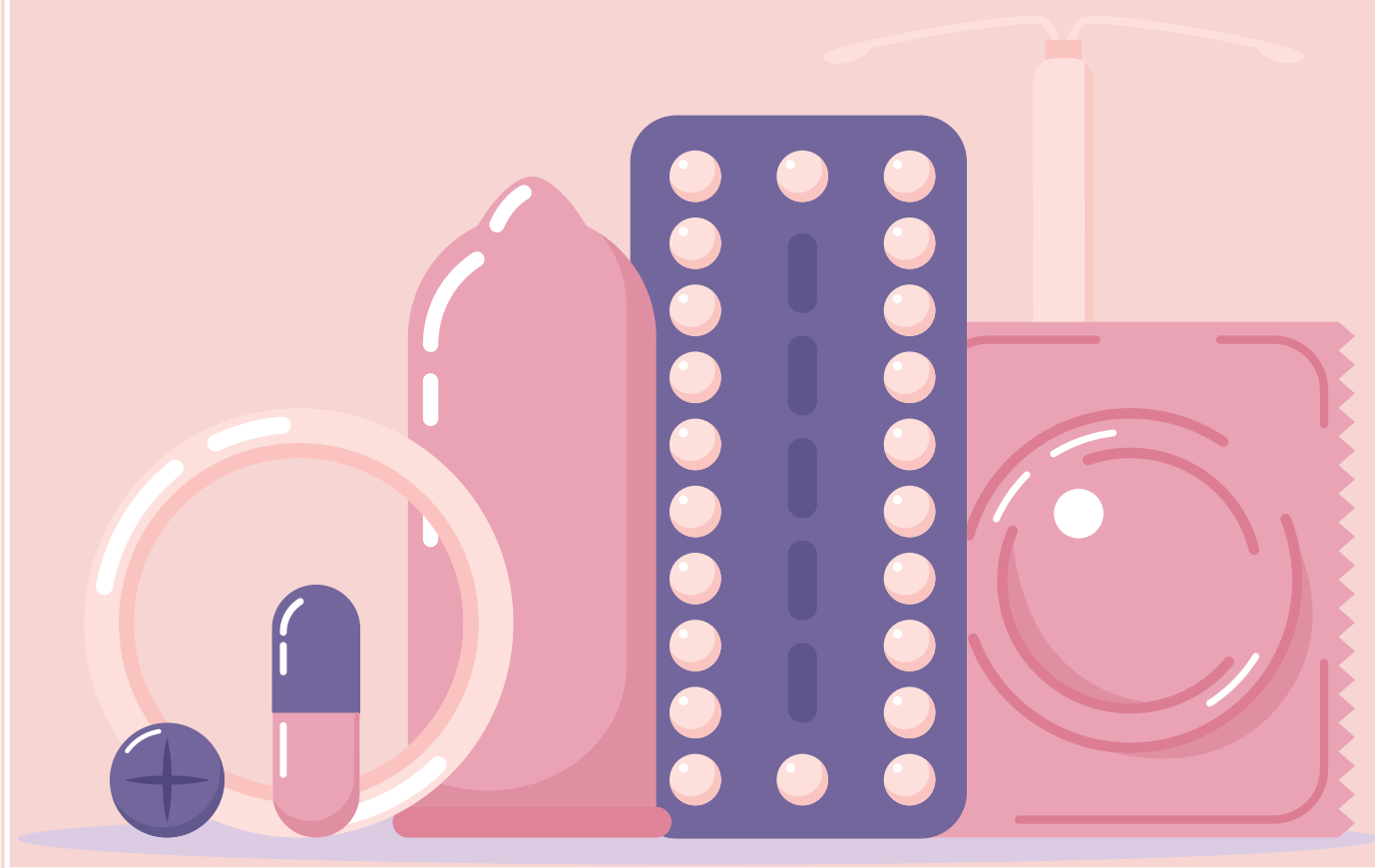
Vlerësimi i cilësisë së përdorimit të shërbimeve të planifikimit familjar në Shqipëri

*Një studim cilësor me vendimmarrësit, ofruesit e shërbimeve
dhe përdoruesit e shërbimeve të planifikimit familjar*

Arian Boci

Dorina Toci

Brunilda Hylviu



SHKURTESA

AKSh	Shoqata Asistencë për Komunitetet në Shqipëri
NESMARK AMS	Agjencia e Marketingut Social
ARSH (OSHKSH)	Autoriteti rajonal Shëndetësor Operatori i Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor
AShDSh	Anketa e Studimit Demografik Shëndetësor Shqiptar
DFG	Diskutime në fokus-grupe
FNS	Fushata të ndryshimit të sjelljes
IGjS	Intervistat gjysmë të strukturuar
IST	Infeksionet Seksualisht të transmetueshme
IShP	Instituti i Shëndetit Publik
KNPZh	Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullsinë dhe Zhvillimin
KRSh	Komiteti Rajonal i Shëndetësisë
MASR	Ministria e Arsimit, Sportit dhe Rinisë
MKM	Metoda Kontraceptive Moderne
MDS	Metoda e Ditëve Standarde
MShMS	Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale
NjQP	Njohuri, qëndrime dhe praktika
OBK	Organizata me Bazë Komunitetin
OJF	Organizata jofitimprurëse
PF	Planifikimi familjar
PI	Pajisja intrauterine
QShPZh	Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin
SIDA	Sindroma e Mungesës së Imunitetit të Fituar
SMIL	Sistemi i Menaxhimit të Informacionit të Logjistikës
ShSR	Shëndeti Seksual dhe Riprodhues
UNFPA	Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë
USAID	Agjencia e Shteteve të Bashkuara për Zhvillim Ndërkombëtar

PËRMBLEDHJA EKZEKUTIVE

Pavarësisht progresit të dukshëm në fushën e planifikimit familjar (PF) në dy dhjetëvjeçarët e fundit, përdorimi i metodave moderne të kontracepsionit në Shqipëri mbetet i ulët. Ky studim synoi të mbledhë dhe të analizojë të dhënat për kontracepsionin në lidhje me tre përbërës kryesorë:

- Sigurimi dhe cilësia e shërbimeve e probleme të tjera të lidhura me furnizimin.
- Koordinimi i funksionit të sistemit shëndetësor për të mundësuar mjedisin për sjelljen që kërkon planifikimi familjar (PF)/Shëndeti Seksual dhe Riprodhues (ShSR).
- Njohuritë, qëndrimet dhe praktikat (NjQP) në lidhje me metodat kontraceptive moderne (MKM) mes vajzave, djemve dhe grave të reja në Shqipëri.

Së pari, u krye një rishikim për të vlerësuar kornizën ligjore aktuale dhe politikat në lidhje me kontracepsionin; kontekstin programatik në të cilin vepron programi kombëtar i PF-së, duke përcaktuar se cilët aktorë janë të përfshirë në programet e PF-së; organizatat e përqendruara në ndërhyrjet advokuese, ose në ofrimin e shërbimeve dhe aktiviteteve që lidhen me kërkesën për metodat kontraceptive.

Për më tepër, rezultatet e paraqitura në këtë studim pasqyrojnë mendimet dhe komentet e mbledhura nga 20 intervista gjysmë të strukturuar (IGjS) me ofruesit/zbatuesit e shërbimeve (14) e vendimmarrësit kryesorë (6) dhe 8 diskutime në fokus-grupe (DFG) me pjesëmarrjen e 91 pjesëmarrësve (të rinj dhe gra në moshë riprodhuese) nga qendrat shëndetësore urbane dhe rurale.

Pengesat kryesore të identifikuara për të pasur qasje në PF përfshijnë:

Studimi nxjerr në dukje ekzistencën afatgjatë dhe mbizotërimin e pengesave në përdorimin e shërbimeve të PF-së i cili rezulton i ulët në Shqipëri. Sfidat dhe pengesat grupohen si vijon:

- a) faktorët organizativë,
- b) faktorët shoqërorë - normat gjinore sociale dhe kulturore,
- c) promovimi i programeve të planifikimit familjar.

Faktorët organizativë

Mungesa e hapësirës private për PF-në ishte pengesa më e zakonshme e përmendur nga shumica e shërbimeve shëndetësore publike, e cila, nga ana tjetër, nuk lejon një ndërveprim të mirë, këshillim privat dhe konfidencial midis një ofruesi dhe klientit. U ngrit, gjithashtu, frika e infeksionit gjatë ekzaminimit të klientit, kryesisht për shkak të mungesës së peshqirëve me një përdorim, solucioneve të dezinfektimit dhe dorezave latex për ekzaminim.

Ofruesit mendonin se njohuritë dhe aftësitë e tyre në lidhje me metodat e reja kontraceptive, udhëzimet dhe standardet ndërkombëtare mund të jenë të vjetruara, kryesisht për shkak të mungesës së pjesëmarrjes në procesin e hartimit të dokumenteve/protokolleve, në trajnime, workshop-e dhe veprimtari kombëtare e ndërkombëtare. Krahas këtyre, problemet me stokun e mbetur u gjetën si pengesë, kryesisht për shkak të koordinimit të dobët midis ISHP-së, autoriteteve rajonale të shëndetit (ARSh) dhe vetë qendrave shëndetësore. Gjithashtu, disponueshmëria e metodave u përmend si një pengesë nga përdoruesit e shërbimeve, të cilët nuk

kishin zgjedhje të lirë për metodën e preferuar, për shkak të mungesës së sigurimit ose shumëllojshmërisë së paktë të metodave të preferuara. Për më tepër, shërbimet e PF-së u perceptuan si shërbime për gratë shtatzëna dhe nuk u gjetën tërheqëse për shumicën e të rinjve dhe të grave të moshës riprodhuese.

Ekziston Strategjia Kombëtare e Sigurisë së Kontracesionit në Shqipëri 2017-2021, e cila parashikon sigurimin e kontraktivëve dhe shërbime falas të planifikimit familjar për çdo qytetar që ka nevojë për to, në të gjithë territorin. Ekziston një protokoll për Planifikimin Familjar; procesi i zhvillimit të tij është koordinuar nga Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin me mbështetjen e Fondit të Kombeve të Bashkuara për Popullsinë në Shqipëri (UNFPA) në vitin 2016. Sektori i Shëndetit Riprodhues në MSH u ristrukturua në Drejtorinë e re të Kujdesit Shëndetësor. Do të ishte e dëshirueshme një person me kohë të plotë i trajnuar për të mbuluar logjistikën e kontraktivëve dhe aspekte të tjera të planifikimit familjar në nivel rrethi. Gjithashtu, aftësia e Institutit të Shëndetit Publik për të koordinuar Sistemin Logjistik të Menaxhimit të Informacionit të Kontraktivëve (CLMIS) perceptohet si i pamjaftueshëm, për shkak të detyrave të shumta, personelit dhe çështjeve financiare. Fondet e kufizuara për udhëtime në terren dhe përparësitë shtesë çojnë në një nivel të ulët të monitorimit dhe mbikëqyrjes. Në vitin 2006 u krijua me një urdhër të Ministrit të Shëndetësisë Komiteti për Shëndetin Riprodhues me fokusin e punës së komisionit për të përfshirë të gjitha çështjet që lidhen me konceptin më të gjerë të shëndetit riprodhues, në vend që të përqendrohej vetëm në sigurinë kontraktive dhe planifikimin familjar.

Faktorët shoqërorë

Një klimë frike ekziston ende midis përdoruesve të kontraktivëve. Frika nga efektet anësore, rrezikshmëria në pjellori, gjakderdhja e rëndë, njolla të zeza, rritja e qimeve në fytyrë etj. ishin idetë e gabuara më të zakonshme të përmendura nga pjesëmarrësit në studim. Burimi i frikës është i rrënjësor kryesisht nga gojëdhëna dhe jo nga burime të besueshme, të tilla si media sociale dhe interneti.

Mosmiratimi i bashkëshortit vazhdon të jetë një pengesë tjetër për marrjen e metodave moderne të kontracesionit. Ky qëndrim është i lidhur ngushtë me çështjet shëndetësore socio-kulturore, me lidhjet familjare dhe me mungesën e përfshirjes së meshkujve në vendimmarrjen e PF-së.

Turpi dhe presioni social u hasën gjithashtu si pengesë. Frika e identifikimit nga anëtarët e familjes, të afërmit dhe komuniteti, si përdorues të shërbimeve të PF-së ose kontracesionit modern, lidhjet fuqimisht me shthurjen, sjelljet e këqija ose abortin e pasigurt.

Për të promovuar përdorimin e kontraktivëve modernë, u kryen një sërë fushatash komunikimi, duke filluar nga viti 1999. Këto u financuan nga agjenci të huaja ose ndërkombëtare si USAID dhe UNFPA dhe u zbatuan nga organizata të huaja dhe ato në nivel lokal, firma këshillimi dhe organizata të tjera. Përveç komponentit mediatik që synon ndërgjegjësimin, këto fushata kanë trajnuar ofrues të kujdesit shëndetësor, farmacistë dhe gazetarë, kanë punuar për të mundësuar sigurinë kontraktive dhe kanë zbatuar ndërhyrjet e komunikimit ndër-personal. Kohët e fundit Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QShPZh) dhe disa OJQ lokale janë organizatat kryesore të shoqërisë civile që ofrojnë planifikim familjar dhe shërbime të shëndetit riprodhues dhe shpërndajnë kontraktivë.

Promovimi i shërbimeve të planifikimit familjar

Mungesa e materialeve promovuese dhe ndërhyrjeve në ndryshimin e sjelljes dhe e fushatave të medias u pranua gjerësisht nga pjesëmarrësit në studim.

Situata COVID-19 ka ndikuar në cilësinë e shërbimeve të PF-së dhe ka çuar në ndërprerje të shërbimeve të tilla për përdoruesit e kontraktivëve. Sidoqoftë, duke qenë se po ecim në një fushë të panjohur, në të ardhmen duhet më shumë kohë, përpjekje dhe kërkime për të hulumtuar efektin e pandemisë COVID-19 në ofrimin e shërbimeve të PF-së.

Pavarësisht progresit të mirë në zhvillimin e politikave që favorizojnë shërbimet e PF-së, niveli i përdorimit të kontraceptive në Shqipëri vazhdon të ulët. Perceptimet negative dhe keqkuptimet në lidhje me efektin dhe sigurinë e metodës janë të zakonshme dhe pengojnë përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe përdorimin e MKM-ve.

Shqipëria plotëson të gjitha kushtet për të përmirësuar përdorimin e shërbimeve të PF-së. Përpjekjet duhet të përqendrohen në kalimin e qasjes nga klima e frikës në kulturën moderne të kontracepsionit. Për ta arritur këtë, është e nevojshme të forcohet mundësia e aksesit dhe siguri i shërbimeve, si dhe të zgjerohet diapazoni i opsioneve kontraceptive moderne që përshtaten me nevojat e grave dhe çifteve. Studimi përfundon me rekomandimet e mëposhtme programatike:

- Të zbatohen ndërhyrje që përqendrohen në zvogëlimin e pengesave kryesore në marrjen e shërbimeve të PF-së, duke përmirësuar infrastrukturën dhe shërbimet e njëjësive të kujdesit shëndetësor, duke forcuar njohuritë dhe aftësitë e ofruesve të shëndetit dhe duke edukuar komunitetet për përfitimet e PF-së.
- Të rriten fondet kombëtare dhe linjat buxhetore për ShSR-në dhe për sigurimin e MKM-ve.
- Të zhvillohet arsimim inovativ i përshtatur dhe programe afatgjata të ndryshimit të sjelljes që mbulojnë të gjitha metodat e PF-së dhe problemet e përgjithshme të ShSR-së.
- Të krijohen shërbime që marrin parasysh nevojat e të rinjve. Shërbimet miqësore për të rinjtë, programet e arritjes së komunitetit dhe ato satelitore mund të zbatohen në zonat ku ka mungesë të programeve të PF-së.
- Të zhvillohen programe që thyejnë pengesat, forcojnë barazinë gjinore, stimulojnë pjesëmarrjen e meshkujve në vendimet e PF-së, zvogëlojnë dhunën seksuale dhe shmangin martesën tek të miturit.
- Të sigurohen trajnime dhe monitorime të vazhdueshme të ofruesve të PF-së dhe të shtohen mjetet e promovimit të shëndetit (protokolle dhe udhëzues, postera, broshura etj.) për të gjitha klinikat e PF-së.
- Të riaktivizohet, Komiteti i Shëndetit Riprodhues (KShR) dhe të krijohen struktura të tilla në nivel rajonal për të decentralizuar dhe forcuar politikbërjen në lidhje me PF-në dhe ShSR-në.
- Të prezantohet dhe të pilotohet qasja totale e tregut që do të mbulojë boshllëqet ekzistuese dhe do të shërbejë si një urë lidhëse midis sektorëve të PF-së publik dhe privat.
- Të zhvillohen platforma konsultimi/këshillimi në internet dhe në rrjetet sociale, si dhe platforma për telemjekësinë për të përmirësuar qasjen në shërbimet e PF-së.
- Të sigurohet edukim seksual për të gjithë, përfshirë të rinjtë brenda dhe jashtë shkollës, grupet e marginalizuara dhe të tjerë që mund të mos kenë pasur kurrë informacion në lidhje me seksin dhe riprodhimin.
- T'u kërkohet qeverisë, donatorëve dhe agjencive ndërkombëtare të bashkojnë forcat dhe t'u japin përparësi investimeve në programet e PF-së.
- Të kryhen hulumtime intensive mbi ndikimin e pandemisë COVID-19 në lidhje me përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe të propozohen veprime/programe konkrete për të siguruar vazhdimësinë e shërbimeve.

Përmbajtja

Historiku	8
Materialet dhe metoda	16
Rezultatet	18
Intervistat gjysmë të strukturuar (IGjS) me vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimeve	20
Intervistat gjysmë të strukturuar me ofruesit e shërbimeve	23
Diskutime në fokus-grupe me të rinj dhe gra të moshës riprodhuese	31
Diskutime	37
Përfundime dhe rekomandime	41
Referenca	43
Shtojca A: Intervista gjysmë e strukturuar	47
Shtojca B: Instrumenti i kërkimit DFG	48
Shtojca C: Lista e personave të intervistuar	49

Studimi “*Vlerësimi i cilësisë së përdorimit të shërbimeve të planifikimit familjar në Shqipëri*” u krye nga Qendra Shqiptare për Popullsinë dhe Zhvillimin (QShPZh), me mbështetjen e Rrjetit European të Federatës Ndërkombëtare të Planifikimit Familjar.

Dy ekspertë të shëndetit publik, z. Arian Boci dhe znj. Dorina Canaku, u kontraktuan nga QShPZh-ja për të konceptuar metodologjinë e studimit, për të udhëhequr procesin e rishikimit në tryezë, për të kryer analizat e të dhënave dhe për të përpiluar raportin përfundimtar. Studimi u krye me përfshirjen e vendimmarrësve të lartë politikë (drejtorë/menaxherë qendrorë ose teknikë të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MShMS) dhe institucioneve përgjegjëse për PF-në dhe shërbimet e shëndetit riprodhues); të menaxherëve të programeve të PF-së në nivel qendror e rajonal; të ofruesve të kujdesit shëndetësor që ofrojnë ose përfshihen drejtpërdrejt në ofrimin e shërbimeve të PF-së (në sektorin publik dhe OJF) dhe të përdoruesve të shërbimeve: gratë në moshën e shëndetit riprodhues dhe grupe burrash e të rinjsh.

QShPZh-ja falënderon ekspertët për ndihmesën e tyre të çmuar dhe të gjithë aktorët kryesorë që u përfshinë në studim, pavarësisht të gjitha kufizimeve të vendosura nga pandemia globale, përfshirë kufizimet e udhëtimit dhe të takimit fizik.

Partnerët kryesorë të përfshirë në studim janë:

- Znj. Merita Xhafaj - Drejtore e Përgjithshme (Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale);
- Znj. Dorina Tocaj - Analiste e Programit Fondi i Popullsisë së Kombeve të Bashkuara (UNFPA/Shqipëri);
- Znj. Gentiana Qirjako - Përgjegjëse e Departamentit të Promovimit të Shëndetit (Instituti i Shëndetit Publik);
- Znj. Miranda Hajdini - Specialiste e SMIL (Instituti i Shëndetit Publik);
- Znj. Lidiana Lamaj - Specialiste (Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor, Tiranë);
- Znj. Alojva Xhelilaj - Gjinekologe (Qendra Shëndetësore Rurale e Tiranës);
- Z. Myzafer Islamaj - Drejtor i Njësisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor Vlorë;
- Z. Ardian Paravani - Ofrues shërbimi (NESMARK Albania, Agjencia e Marketingut Social);
- Z. Dritan Kamani - Ekspert i shëndetit publik;
- Znj. Holta Koci - Drejtor Ekzekutiv, Asistent i Komunitetit Shqiptar;
- Znj. Mirela Rista - Materniteti i Tiranës (Qendra Po/QShPZh Tiranë);
- Znj. Marjeta Boraj - Materniteti i Vlorës (Qendra Aulona/QShPZh Vlorë);
- Znj. Diana Cuberi - Materniteti i Vlorës (Qendra Aulona/QShPZh Vlorë).

Gjetjet e studimit identifikojnë fushat e programeve të PF-së që dukeshin veçanërisht të forta, me praktika premtuese të demonstruara që mund të vlerësohen dhe/ose të përshkallëzohen më tej. Ky studim mund të jetë një mjet advokimi për QShPZh-në dhe palët kryesore të interesit me MShMS-në për adresimin e pengesave në lidhje me aksesin në kujdesin për kontracepsionin në Shqipëri. Gjithashtu, studimi siguron një bazë provash për MShMS-në në lidhje me fushat që kanë nevojë për ndërhyrje të menjëhershme dhe për reflektim në Strategjinë e ardhshme për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues (2022-2026) dhe në Strategjinë e Kontracepsionit (2022-2026).

HISTORIKU

Planifikimi familjar është thelbësor për zhvillimin e qëndrueshëm të një shoqërie. Prandaj, programet e PF-së, përfshirë MKM-të, mbështesin çiftet dhe individët në të drejtën e tyre themelore të vendosin lirshëm dhe me përgjegjësi kur dhe sa fëmijë duhet të kenë. Dëshmi të shumta ndërkombëtare tregojnë se miratimi i programeve efektive të PF-së ka pasur përmirësime thelbësore në rezultatet që lidhen me shëndetin (të tilla si: ulja e vdekshmërisë të nënat, vdekshmëria foshnjore dhe vdekshmëria e fëmijëve) dhe me arsimimin e zhvillimin ekonomik, veçanërisht për gratë (1-7).

Gjatë regjimit komunist në Shqipëri, metodat moderne të PF-së ishin të paligjshme. Një besim i zakonshëm ishte se përpjekjet për të ndërhyrë në riprodhim do të shkaktonin probleme serioze shëndetësore apo edhe infertilitet të përhershëm (5-7).

Shërbimet e PF-së u prezantuan në Shqipëri pas vitit 1990, pas rënies së regjimit komunist dhe kalimit në një sistem të orientuar drejt ekonomisë së tregut. Hapi i parë në këtë drejtim për qeverinë shqiptare ishte të braktiste orientimin e saj pronatalist (nxitjen e mbështetjen prej saj për një lindshmëri të lartë), i cili u promovua fuqimisht gjatë epokës socialiste. Si rezultat, arsyet për abortin e ligjshëm u zgjeruan dhe, nga mesi i vitit 1991, aborti ishte i ligjshëm dhe i mundshëm sipas kërkesës (6,7).

Në vitin 1992, qeveria shqiptare filloi të punojë ngushtë me Fondin e Popullsisë të Kombeve të Bashkuara (UNFPA) për të trajnuar mjekë, mami dhe infermierë për metodat e PF-së. Po atë vit, qeveria krijoi një shërbim të PF-së që ofronte të gjitha metodat e kontracepsionit për popullatën e gjerë (7).

Sidoqoftë, shërbimet e shëndetit riprodhues në Shqipëri u krijuan vetëm pas Konferencës Ndërkombëtare të Kajros për Popullsinë dhe Zhvillimin (KNKPZh), në vitin 1994, dhe u vunë re ndryshime demografike, veçanërisht në lidhje me migracionin dhe pjellorinë [7].

Disa tregues thelbësorë për PF-në në Shqipëri (8, 9, 10) janë si më poshtë:

- ◇ Popullsia totale e Shqipërisë: rreth 2.87 milionë (INSTAT, 2019);
- ◇ Gratë në moshë riprodhuese (15-49 vjeç): 689 168 (INSTAT, 2019);
- ◇ Shkalla e fertilitetit: 1.54 (INSTAT, 2017); 1.8 (AShDSh 2017-2018);
- ◇ Shkalla e abortit: 8.0 aborte për 1000 të moshës riprodhuese (15-49 vjeç) [IShP, 2018];
- ◇ Raporti i abortit/lindjes: 191.2 aborte për 1000 lindje të gjalla (IShP, 2018);
- ◇ Shkalla e përdorimit të kontraktivëve: 4% (AShDSh 2017-2018);
- ◇ Vdekshmëria foshnjore: 8.9 vdekje për 1000 lindje të gjalla (INSTAT, 2018);
- ◇ Vdekshmëria e fëmijëve (0-5 vjeç): 10.8 vdekje për 1000 lindje të gjalla (INSTAT, 2018);
- ◇ Vdekshmëria amtare: 3.9 vdekje për 100 000 lindje të gjalla (INSTAT, 2018).

Departamenti i Ekonomisë dhe Çështjeve Sociale, Divizioni i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara, raportoi në vitin 2019 se përdorimi i metodave tradicionale ishte i lartë në shumë vende të Europës Jugore, me 12 vende që përdorin metoda tradicionale me përhapje mbi 7.2 për qind në 2019. Nivelet më të larta janë vërejtur në Shqipëri (24.5 për qind), ndjekur nga Maqedonia e Veriut (18.2 për qind), Bosnja-Hercegovina (16.4 për qind)

dhe Serbia (15.8 për qind). Prandaj, përdorimi i MKM-ve në Shqipëri është ndoshta më i ulëti në rajon (11). Sipas vlerësimeve të Kombeve të Bashkuara, 48.5 për qind e grave në moshë riprodhuese (15-49 vjeç) në të gjithë botën në vitin 2019 përdorën një formë të kontracepsionit. Çdo metodë e përdorimit të kontraktivëve në vitin 2019 ishte 58.2 për qind në Europë dhe Amerikën Veriore, 58 për qind në Amerikën Latine dhe Karaibet. Azia Lindore dhe ajo Juglindore kishin përdorimin më të lartë të kontracepsionit (60 për qind), ndërsa në Azinë Qendrore dhe atë Jugore ishte 41.8 për qind. Përdorimi i kontraktivëve në Australi dhe Zelandën e Re ishte 57.7 për qind. Ndërsa Oqeania dhe Afrika Sub-Sahariane kishin përdorimin më të ulët të çdo metode kontracepsioni (përkatesisht 28 për qind dhe 28.5 për qind) [11].

Vlerësimi i përhapjes së kontraktivëve të Kombeve të Bashkuara (çfarëdo metode) në Shqipëri për vitin 2019 ishte 28.4 për qind, ngjashëm me atë të raportuar për Oqeaninë dhe Afrikën Sub-Sahariane, por nën mesataren e Europës dhe Amerikës Veriore. Shqipëria kishte përdorimin më të ulët të çdo metode të kontracepsionit në rajonin e Europës Jugore [11].

Në Shqipëri, shërbimet e kujdesit shëndetësor riprodhues dhe ato të PF-së ofrohen në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor, si dhe në maternitete në të gjithë vendin. Qëllimet e përgjithshme të shërbimeve të kujdesit shëndetësor riprodhues janë të sigurojnë shërbime me cilësi të mirë të kujdesit shëndetësor riprodhues për të gjithë popullsinë për të përmirësuar: statusin shëndetësor të grave gjatë moshës së tyre riprodhuese, veçanërisht gjatë lindjes së fëmijës; statusin shëndetësor të fetuseve, të porsalindurve, foshnjave dhe fëmijëve deri në moshën pesë vjeç, shëndetin seksual të adoleshentëve dhe të rriturve (12, 13).

Qeveria shqiptare ka parashikuar një qasje të drejtave të njeriut për ofrimin e shërbimeve të shëndetit riprodhues. Që nga viti 1992, një dekret i veçantë i Këshillit të Ministrave parashikonte që PF-ja të konsiderohej si një e drejtë themelore e njeriut, nga e cila të gjithë qytetarët duhet të jenë në gjendje të përfitojnë me vullnetin e tyre të lirë. Sipas atij dekreti, Këshilli i Ministrave miratoi aktivitete specifike të PF-së, përfshirë parandalimin, të drejtën e çifteve për të vendosur në lidhje me numrin e fëmijëve të tyre, hapësirën e lindjes, trajtimin e infertilitetit, kontrollin dhe trajtimin e infeksioneve seksuale të transmetueshme, si HIV/AIDS dhe sifilizi, dhe sigurimin e informacionit mbi çështjet e ShSR-së. Për më tepër, barazia gjinore dhe e drejta e grave për shëndet promovohen fuqimisht nga qeveria shqiptare si tema veçanërisht të rëndësishme që tejkalojnë kufijtë (12-14).

Aktualisht, në çdo rreth të vendit ka gjinekologë dhe mami që ofrojnë shërbime të PF-së. Në çdo pavijon materniteti, qendra e PF-së ka gjithashtu një obstetër-gjinekolog të specializuar dhe një mami. Më e rëndësishmja, shërbimet e PF-së janë të integruara në punën dhe aktivitetet e përditshme të të gjitha qendrave të kujdesit shëndetësor parësor në kuadrin e qendrave të këshillimit për nënat dhe fëmijët në Shqipëri (15, 16).

Që nga viti 2010, qeveria shqiptare ka financuar plotësisht prokurimet kontraktive për sektorin publik. MShMS-ja financon sistemin e prokurimit kontraktiv, doganat, transportin dhe magazinimin, ndërsa konsultimi për PF-në mbulohet nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (17, 18).

Në vitin 1996 u krijua Sistemi i Menaxhimit të Informacionit së Logjistikës (SMIL), me mbështetjen e UNFPA dhe USAID, që siguroi të dhëna të sakta dhe me cilësi të mirë për shpërndarjen e produkteve kontraktive në sistemin publik. Në vitin 2002, ky sistem u prezantua në një nivel kombëtar dhe u kompjuterizua në nivel rrethesh (përfshirë të 36 rrethet e Shqipërisë). Në vitin 2006, Instituti i Shëndetit Publik (ISHP) ishte institucioni kryesor përgjegjës për administrimin e SMIL-së, duke përfshirë ruajtjen dhe shpërndarjen e MKM-ve në të gjitha rrethet e vendit. Sidoqoftë, pavarësisht nga rëndësia e këtij sistemi logjistik, nuk mund të bëhet një vlerësim i saktë i prirjeve të popullsisë në nivelet e përhapjes së përdorimit të MKM-ve (17).

Sipas Strategjisë Kombëtare të Sigurisë Kontraktive, në vitin 2003 qeveria shqiptare filloi hap pas hapi mbulimin e kostos së blerjes së kontraktivëve për sektorin publik, ndërkohë që kontributet e donatorëve u ulën (17).

Dokumentet kryesore në lidhje me ShSR-në dhe shërbimet e PF-së në Shqipëri janë renditur më poshtë:

- ◇ Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 (16);
- ◇ Ligji nr. 8876, datë 04.04.2002, “Për shëndetin riprodhues” (13);
- ◇ Ligji nr. 8045, datë 07.12.1995, “Për ndërprerjen e shtatzënësisë” (14);
- ◇ Strategjia Kombëtare e Sigurisë Kontraceptive 2017-2021 (17);
- ◇ Protokollet e praktikës klinike mbi planifikimin familjar për ofruesit e kujdesit shëndetësor, 2016 (18);
- ◇ Dekreti i Këshillit të Ministrave nr. 201, datë 04.02.2015, “Për miratimin e Paketës së Shërbimeve Parësore të Kujdesit Shëndetësor, financuar nga Fondi i Sigurimeve Shëndetësore” (18).

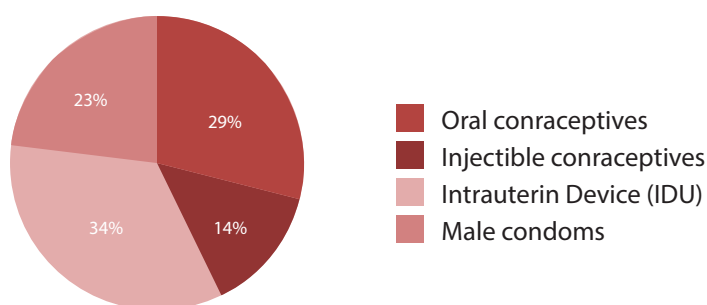
Në Shqipëri, që nga viti 1997, të gjitha shërbimet e PF-së të ofruara falas në sektorin publik janë integruar në sistemin shëndetësor në të tri nivelet (parësor, dytësor dhe tretësor). Në sistemin publik, këto shërbime ofrohen në 426 qendra të PF-së, përfshirë qendrat e këshillimit për gratë, maternitetet dhe qendrat shëndetësore në nivel njësie administrative. Në zonat urbane, shërbimet e PF-së, përveç qendrave të këshillimit të grave, ofrohen edhe në maternitete, në spitale të rretheve e rajoneve dhe në spitale universitare (niveli tretësor - vetëm në Tiranë). Në zonat rurale, shërbimet e PF-së ofrohen në qendra shëndetësore dhe në pika shëndetësore (17).

Në lidhje me financimin e kontraktivëve, shumica e donatorëve të mundshëm në fushën e PF-së janë larguar nga Shqipëria. Për më tepër, marketingu social po përballet me shumë sfida, për shkak të paqëndrueshmërisë financiare dhe interesimit të paktë të sektorit privat komercial për të investuar në programet e PF-së (12,17). Në këto rrethana, MShMS-ja, me mbështetjen e UNFPA-s, ka filluar përpjekjet për të miratuar konceptin e “qasjes së plotë të tregut” për sigurinë kontrceptive (17).

Sektori privat jofitimprurës përfaqësohet nga marketingu social dhe OJF-të. I vetmi institucion i marketingut social që vepron në Shqipëri, është NESMARK. QShPZh-ja është OJF-ja kryesore që ofron shërbime për shëndetin riprodhues dhe PF-në, si dhe shpërndarje kontraktivësh.

MKM-të kryesore të përdorura në Shqipëri përfshijnë DIU, pilula, prezervativë dhe injeksione. Sipas Strategjisë Kombëtare të Sigurisë Kontraceptive 2017-2021, kontraktivët e urgjencës (Levonorgestrel) u prezantuan në vitin 2019 në paketën e shërbimeve themelore të PF-së (17). Shpërndarja e metodave moderne të siguruara nga sektori i shëndetit publik në Shqipëri tregohet në figurën 1. Pajisja intrauterine mbetet metoda kontrceptive më e përdorur dhe kontraktivit injeksion (Noristerat) mbetet metoda më pak e përdorur.

Figura 1. Përdorimi modern kontraktiv sipas metodës, sektori publik në Shqipëri (IShP, 2018)

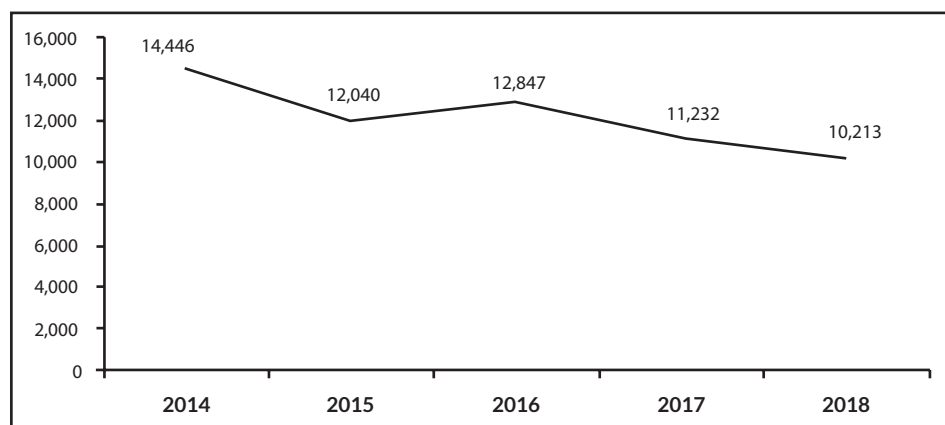


Aktualisht, kontraceptivët janë në dispozicion në Shqipëri nga tri burimet e mëposhtme: falas (të siguruara nga qeveria), çmimet e subvencionuara (të siguruara nga programet e marketingut social) dhe çmime të tregut (të siguruara nga sektori privat) (17).

Sektori publik siguron kontraceptivë falas që janë në dispozicion në 426 klinika të PF-së të sektorit publik në të gjithë vendin. Ka një rënie të lehtë në numrin e klinikave të PF-së krahasuar me vitin 2011, kur shërbimet e PF-së u siguruan në 431 qendra këshillimi për gratë, maternitetet dhe qendrat shëndetësore në nivelin komunal (17).

Të dhënat e SMIL tregojnë se numri i konsultave për kontraceptivët në sektorin publik ka rënë që nga viti 2011, po ashtu dhe numri i përdoruesve të kontraceptivëve (10). Ndërkohë, mbrojtja gjatë vitit në çift (MVC), e matur nga SMIL, shënoi një rënie të qëndrueshme, siç tregohet në figurën 2. MVC është një masë që vlerëson mbrojtjen nga shtatzënia e siguruar nga metodat kontraceptive gjatë një periudhe njëvjeçare. Nga viti 2014 deri në vitin 2018, MVC u ul me 29 për qind.

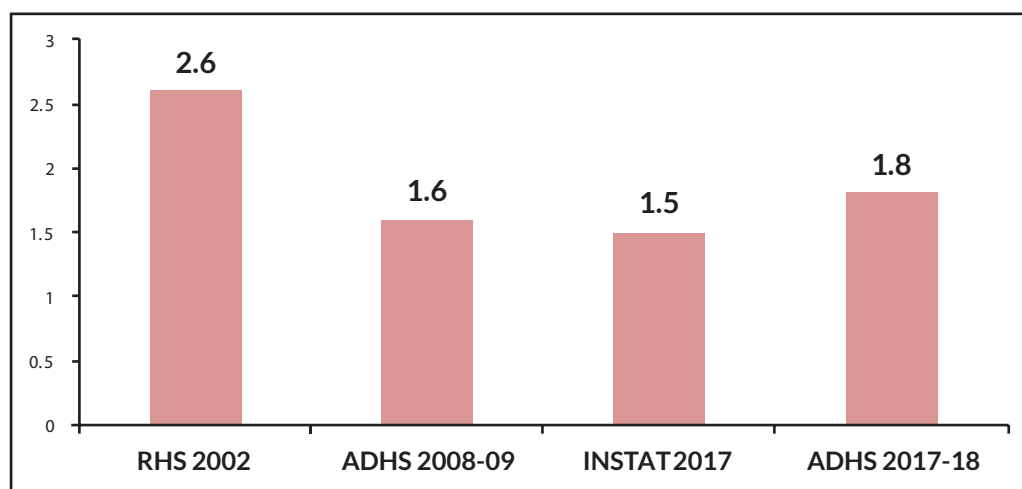
Figura 2. Mbrojtja gjatë vitit në çift (MVC) në sektorin publik në Shqipëri, gjatë viteve 2014-2018, (IShP, 2018)



Gjatë dy dhjetëvjeçarëve të fundit u vu re rënie në nivelet e lindshmërisë dhe shkallës së abortit, por dhe një prirje kontradiktore e rënies në lidhje me përhapjen e përdorimit të metodave moderne të kontracepsionit.

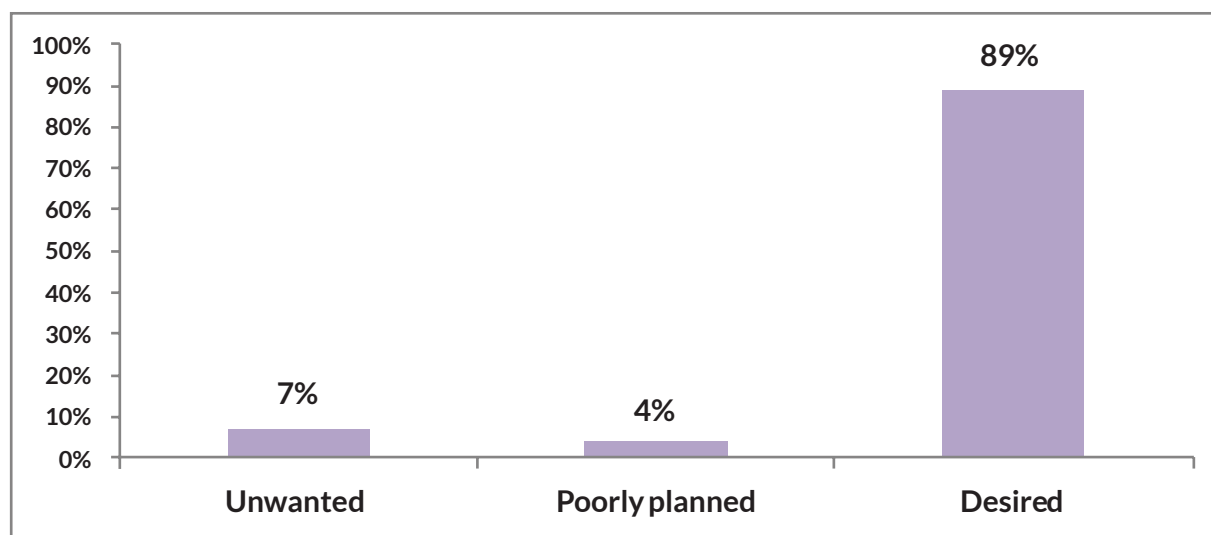
Ndryshimet në shkallën e lindshmërisë, të vëzhguara në Shqipëri në dy dhjetëvjeçarët e fundit paraqiten më poshtë (Figura 3).

Figura 3. Shkalla e lindshmërisë në Shqipëri gjatë viteve 2002-2017



Shkalla totale e lindshmërisë është 1.8 fëmijë për grua, duke shënuar një rritje nga 1.6 fëmijë për grua në vitet 2008-2009 (9), por shumë më e ulët krahasuar me vitin 2002, kur ishte 2.6 (9,19,20). Sipas AShDSh-së më të fundit 2017-2018, intervali mesatar i lindjeve është rritur në 50.7 muaj nga 47.0 muaj në 2008-2009 (9,20). Moshë mesatare në lindjen e parë midis grave të moshës 25-49 vjeçe në Shqipëri është 23.8 vjeç. Shqetësim përbën rritja në 3.5 për qind e grave të moshës 15-19 vjeçe që kanë filluar lindjen e fëmijës në vitet 2017-2018, nga 2.8 për qind që ishte në vitet 2008-2009 (9,20). Sipas AShDSh 2017-2018, 89 për qind e të gjitha lindjeve në 5 vitet e fundit dhe shtatzënitë aktuale në Shqipëri ishin të padëshiruara në kohën e konceptimit, 4 për qind ishin planifikuar dobët dhe 7 për qind ishin të padëshiruara (Figura 4). Mesatarisht, gratë në Shqipëri duan pothuajse të njëjtin numër fëmijësh që kanë aktualisht (AShDSh 2017-2018) [9].

Figura 4. Përqindja e shtatzënive të dëshiruara, të keqplanifikuara dhe të padëshiruara (AShDSh 2017-2018)



Gratë, burrat, djemtë dhe vajzat që duan të marrin shërbimet e PF-së, përballen ende me pengesa të mëdha. Sipas një studimi të kryer në vitin 2009, të botuar në vitin 2012, pengesat në zhvillim mund të grupohen në çështje të lidhura me kujdesin shëndetësor, çështje socio-kulturore dhe çështje individuale. Çështjet që lidhen me kujdesin shëndetësor, kishin të bënin kryesisht me koston dhe sigurimin e kontraceptivëve modernë (21). Autorët deklaruan se qëndrimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor publik, të cilët ofronin metoda kontraceptive, shpesh nuk ishin mbështetëse dhe, nganjëherë, shmangeshin ose refuzonin të siguronin këshillim dhe/ose metoda kontraceptive për gratë (21). Gjithashtu, autorët deklaruan se problemet kryesore individuale që ndikuan në përdorimin e MKM-ve, ishin frika nga efektet anësore, veçanërisht shtimi në peshë, infertiliteti dhe kanceri. Ndërkohë, çështjet kryesore socio-kulturore që ndikuan në përdorimin e kontracepsionit modern, ishin “rëndësia e virgjërisë” dhe “të qenët i martuar dhe/ose në një marrëdhënie” (21).

Në vitin 2013, një tjetër studim zbuloi pengesat, njohuritë, qëndrimet dhe praktikën në lidhje me kontracepsionin modern midis klientëve të shërbimeve të abortit në Tiranë (22). Ai studim nuk gjeti prova që ofruesit e shëndetit dekurajojnë PF-në, por vuri re një numër më të lartë të testeve dhe vizitave të rekomanduara për përdoruesit e PF-së pas abortit, sesa sugjerohet nga OBSH-ja, dhe një frekuencë të ulët të këshillimit kontraceptiv për klientët e abortit, duke treguar informacion të vjetruar trajnimit dhe mungesë njohurish në lidhje me efektivitetin e MKM-ve tek ofruesit e shëndetit (22). Sipas atij studimi, zgjedhjet e grave për të përdorur kontracepsionin modern ishin komplekse dhe më të lidhura me shqetësimet për sigurinë e kontraceptivëve sesa me faktorët financiarë. Autorët e studimit vunë re se perceptimet negative në lidhje me efektivitetin dhe sigurinë e metodës, frekuencën jashtëzakonisht të ulët të këshillimit kontraceptiv për klientët e abortit dhe qëndrimet jombështetëse ndaj kontracepsionit tek ofruesit e kujdesit shëndetësor ndikojnë në përdorimin e ulët të kontracepsionit midis klientëve të abortit në Tiranë (22).

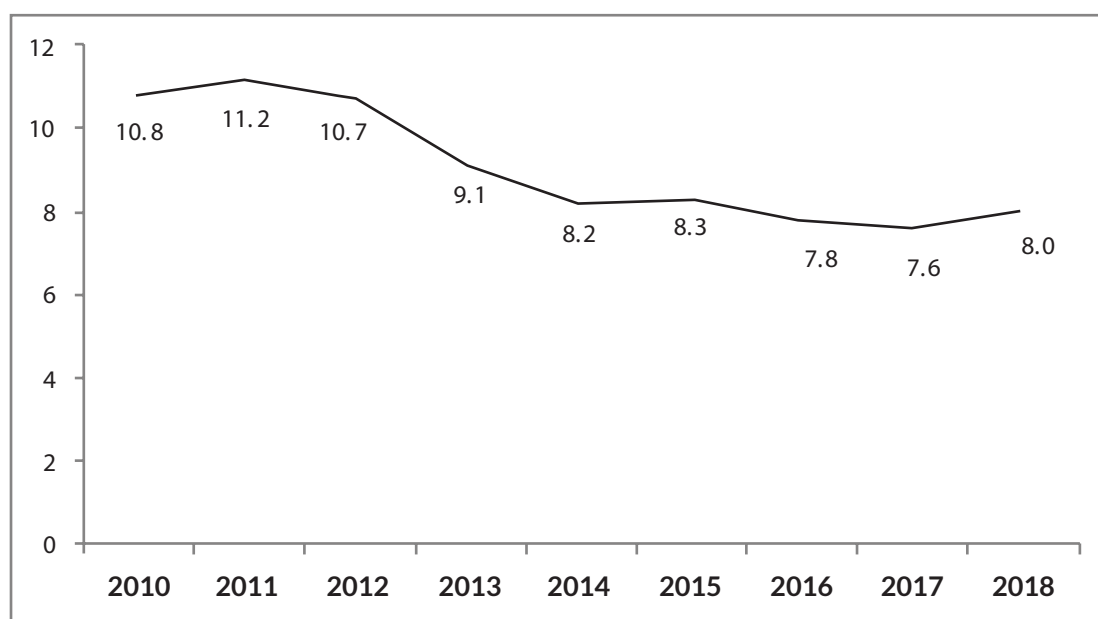
Sipas Studimit Demografik Shëndetësor (SDSh) 2017-2018, burimi kryesor i MKM-ve është sektori privat

(56.1 për qind) [9]. Arsyeja kryesore për ndërprerjen e të gjitha metodave të kontracepsionit ishte dëshira për të mbetur shtatzënë (42.3 për qind), ndërkohë arsyeja kryesore për ndërprerjen e metodës së pilulës ishte frika nga efektet anësore dhe shqetësimet shëndetësore (26.4 për qind).

Kërkesa totale për PF-në midis grave aktualisht të martuara u ul nga 82 për qind në vitet 2008-2009 në 61 për qind në vitet 2017-2018 (9,20). Vetëm 6 për qind e kërkesës plotësohet nga metodat moderne. 15 për qind e grave aktualisht të martuara dhe 11 për qind e të gjitha grave kanë nevojë të paplotësuar për PF-në. Nevoja e paplotësuar për PF-në u rrit nga 13 për qind në vitet 2008-2009 në 15,1 për qind në vitet 2017-18 (9,20).

Ndryshimet e vëzhguara në shkallën e abortit në Shqipëri në dhjetëvjeçarin e kaluar (që nga vendosja e sistemit të mbikëqyrjes së abortit në Institutin Kombëtar të Shëndetit Publik në Tiranë) tregohen në figurën 5.

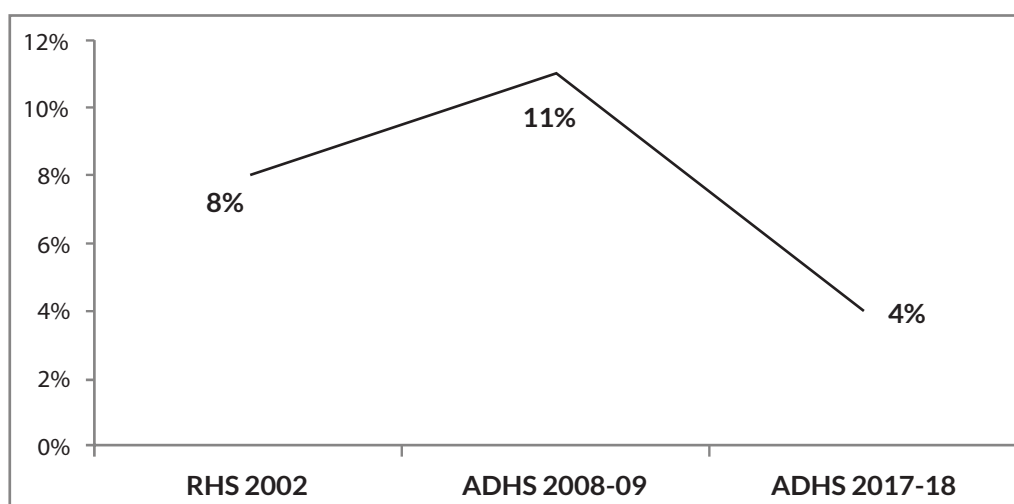
Figura 5. Shkalla e abortit (për 1000 gra 15-49 vjeçe) në Shqipëri gjatë viteve 2010-2018 (IShP, 2018)



Ka dëshmi të një rënieje graduale të shkallës së abortit nga viti 2010 në vitin 2017, pasuar nga një rritje e lehtë në vitin 2018. SDSH më i fundit (2017-2018) raportoi se 9.2 për qind e të gjitha shtatzënive në Shqipëri (përfshirë gratë e moshës 15-49 vjeçe) rezultuan në aborte (9,10,23).

Ndryshimet e vërejtura në përhapjen e MKM-ve në Shqipëri në dy dhjetëvjeçarët e fundit tregohen në figurën 6.

Figura 6. Përhapja e përdorimit të MKM-ve në Shqipëri gjatë viteve 2002-2018



Siç shihet në figurën e mësipërme, përdorimi i kontracepsionit modern të gratë aktualisht të martuara ka rënë nga 11 për qind në vitet 2008-2009 në 4 për qind në vitet 2017-2018. Por njohuritë e PF-së janë pothuajse universale në Shqipëri, me 97 për qind të të gjitha grave dhe 96 për qind të të gjithë burrave të moshës 15-49 vjeç që janë të njohur me të paktën një metodë (9).

Kërkesa e përgjithshme për PF midis grave aktualisht të martuara ka rënë nga 82 për qind në vitet 2008-2009 në 61 për qind në vitet 2017-2018. Vetëm 6 për qind e kërkesës plotësohet me metoda moderne (9). Lidhur me nevojën e paplotësuar për PF, sipas SDSH 2017-2018, 15 për qind e grave aktualisht të martuara dhe 11 për qind e të gjitha grave kanë një nevojë të paplotësuar për PF. Nevoja e paplotësuar për PF u rrit nga viti 2008 (20) në vitin 2018 (9).

Kohët e fundit, disa takime dhe trajnime janë mbajtur duke u përqendruar në shërbimet e PF-së në Shqipëri dhe në situatën e përdorimit të MKM-ve dhe funksionimin e SMIL-së. Në kontekstin e ristrukturimit dhe rajonizimit të Shërbimit Primar të Kujdesit Shëndetësor në vend, stafi i ISHP-së organizoi disa takime dhe seanca trajnimi në rrethet kryesore të vendit me fokus kryesor prezantimin e pilulës së re kontrceptive emergjente dhe adresimin e problemeve në lidhje me përdorimin e ulët të metodave moderne të kontraktivëve (10).

Nga ana tjetër, studimi i fundit¹ në Shqipëri përfshiu, për herë të parë, një sondazh mbi dhunën seksuale dhe zbuloi se 18.1 për qind e grave të moshës 18-74 vjeçe “ndonjëherë” dhe 8.5 për qind “aktualisht” kanë përjetuar një ose më shumë nga gjashtë llojet e ngacmimeve seksuale të matura. Gratë që kanë përjetuar dhunë seksuale nga burrat/partnerët e tyre (27.1 për qind), kishin gati nëntë herë më shumë gjasa, sesa gratë që nuk kishin përjetuar dhunë seksuale (3.1 për qind), të raportonin se burri/partneri i tyre refuzoi të përdorte pilulën, ose u përpoqën t’i ndalonin ato nga përdorimi i një metode të kontrollit të lindjes për të shmangur shtatzëninë. Mënyra më e zakonshme që burrat/partnerët i kufizonin gratë nga përdorimi i pilulës, ishte me anë të dhunës psikologjike.

COVID-19, Planifikimi pandemik dhe familja

Pandemia COVID-19 po prek shëndetin dhe jetën e njerëzve në të gjithë globin, si dhe sistemet ekonomike e sociale (24). Gjithashtu, ajo do të ketë një ndikim të thellë në qasjen ndaj informacionit dhe shërbimeve të PF-së, si dhe në ShSR. Pavarësisht kësaj ndërprerjeje, nevoja për PF nuk do të ndryshojë. Për gratë, planifikimi familjar është kritik, kujdes shëndetësor themelor (24). Ndërsa sistemet shëndetësore kryejnë zhvendosje për të parandaluar sëmundjen dhe për të trajtuar njerëzit me COVID-19, është thelbësore që ato të mbrojnë gjithashtu aksesin në shërbimet e PF-së. Komuniteti global shëndetësor tani pret vonesa në prodhim dhe në transportim (24).

Përvoja dhe provat nga shpërthime të mëparshme pandemish kanë treguar se kriza mund të sjellë një dëm masiv për gratë dhe vajzat. Stresi, lëvizja e kufizuar dhe ndërprerjet e jetesës gjithashtu rrisin ndjeshmërinë e grave dhe të vajzave ndaj dhunës dhe shfrytëzimit me bazë gjinore. Nëse sistemet shëndetësore përcjellin burimet larg shërbimeve shëndetësore seksuale dhe riprodhuese, aksesit i grave në PF, kujdesi para lindjes dhe shërbime të tjera kritike mund të jenë në krizë (25,26). Politikbërësit, ofruesit dhe avokatët duhet të jenë të vetëdijshëm për lidhjet e gjera midis reagimit global të shpërthimit dhe shëndetit e të drejtave seksuale dhe riprodhuese, në mënyrë që të përgatiten për të zbutur ndikimin (27).

Një botim i fundit nga Federata Ndërkombëtare e Planifikimit Familjar (IPPF) deklaroi se COVID-19 ka një ndikim të madh në ofrimin e kujdesit shëndetësor seksual dhe riprodhues në të gjithë botën, pasi shumë prej klinikave statike dhe të lëvizshme dhe pikat e kujdesit me bazë në komunitet ishin të mbyllura tashmë në 64 vende për shkak të shpërthimit të pandemisë (gjatw izolimit nga Covid-19) (28).

Shqipëria është prekur nga pandemia COVID-19. Një nga ndikimet e izolimit të të gjithë popullsisë dhe ndryshimit në modalitetin e punës së qendrave të kujdesit shëndetësor parësor (QKShP) ishte se gratë nuk po përdornin shërbimet e PF-së të ofruara nga këto qendra (izolimi nga 9 prill deri më 15 maj). QShPZH-ja ofroi konsulta në internet që adresuan kryesisht personat me sëmundje jo të transmetueshme, shpërndarjen e ilaçeve për këtë kategori njerëzish dhe konsultime e informacione në lidhje me COVID-19. Sigurimi i shërbimeve të PF-së u ndërpre. Disa nga rrethet (njësitë lokale të kujdesit shëndetësor) po raportuan përprjekje për të marrë mallrat dhe furnizimet kryesore. ISHP-ja u përball me vonesa në lëvizjen e mallrave brenda vendit dhe, për këtë arsye, disa prej rretheve u përballen me mungesë të kontraceptivëve. Mbyllja e shërbimeve të PF-së, mungesa e njësive të lëvizshme dhe sigurimi i MKM-ve, i bazuar në komunitet, ka gjasa të kenë pasoja të konsiderueshme për gratë dhe vajzat, duke rezultuar në humbje të shëndetit e autonomisë dhe duke u përballur me një sfidë edhe më të madhe në përprjekjen për t'u kujdesur për shëndetin dhe trupin e tyre (10).

Pavarësisht kontributit të madh në sigurimin e një pamjeje më të mirë në lidhje me përhapjen e përdorimit kontraceptiv dhe të shërbimeve të PF-së, shumica e studimeve ekzistuese në Shqipëri kanë qenë kryesisht sasiore. Për të pasur një pamje më të gjerë në lidhje me mendimet dhe nevojat e përdoruesve të shërbimeve, studimet cilësore janë mënyrat më të mira për të eksploruar preferencat dhe nevojat e tyre në lidhje me aksesin në shërbime, sigurimin e metodave kontraceptive dhe cilësinë e kujdesit. Për të vlerësuar cilësinë e shërbimeve të PF-së, janë zhvilluar dhe përdorur modele të ndryshme nga kërkime të shumta bazuar në fushën e kërkuesve të tyre, mjetet e nevojshme dhe kontekstin e vendit. Modelet më të zakonshme të përdorura janë ato të Donebadian (29), Bruce dhe Jain (30-32), Creel në al. (33) dhe Murphy dhe Steel (34). Përkundër disa ndryshimeve në modelet e tyre përkatëse, të gjithë janë të mendimit se faktorët që ndikojnë në cilësinë e PF-së, mund të kategorizohen në tri shtylla: (1) sigurimi i shërbimeve, (2) faktorët strukturorë dhe (3) faktorët e procesit.

Objekti i këtij studimi ishte të hetojë faktorët kryesorë që kontribuojnë në përdorimin e ulët të kontraceptivëve modernë dhe në përdorimin e shërbimeve të PF-së, veçanërisht midis të rinjve dhe grave në moshën riprodhuese. Një qasje cilësore është përdorur në lidhje me katër elementet e lidhura me cilësinë: (i) sigurimi i shërbimeve, (ii) cilësia e shërbimeve dhe çështje të tjera që lidhen me furnizimin, (iii) koordinimi i funksionimit të sistemit shëndetësor për të mundësuar mjedisin për kërkimin e sjelljes dhe (iv) njohuritë për PF/ShSR-në, qëndrimet dhe praktikat lidhur me metodat e kontraceptivëve modernë midis vajzave, djemve dhe grave të reja në moshën riprodhuese.

Në kohën që u krye studimi, Shqipëria po kalonte disa reforma të thella edhe në sektorin social-shëndetësor, përveç problemeve të shkaktuara nga pandemia COVID-19. Prandaj, gjetjet e këtij studimi mund të ndihmojnë qeverinë dhe palët e interesuara që të identifikojnë pengesat më thellë, të përsosin dhe të zbatojnë ndërhyrje inovative dhe të përshtatshme kulturore për të përmirësuar aksesin në PF dhe shërbimet e shëndetit riprodhues për të gjithë, veçanërisht për ata me nevojat më të paplotësuara.

I. MATERIALET DHE METODA

Hartimi i studimit

Një studim ndërsektorial, duke kombinuar një përmbledhje të dokumenteve me të dhëna cilësore të mbledhura nga informatorët kryesorë (intervista të thelluara dhe diskutime në fokus-grupe), u krye në rajonet e Tiranës dhe Vlorës ku QShPZh-ja punon. Intervistat u kryen në objektet/njësitë e shëndetit publik që i përkasin MShMS-së, si dhe në OJF-të që ofrojnë shërbime të PF-së. Cilësia e shërbimeve të PF-së u analizua bazuar në kombinimin e modeleve të Donebadian, Bruce dhe Jain, Creel në al. dhe Murphy dhe Steel. Përkundër disa ndryshimeve në modelet e tyre përkatëse, të gjithë ranë dakord se faktorët që ndikojnë në cilësinë e PF-së, mund të kategorizohen në tre përbërës: struktura (infrastruktura dhe pajisjet, menaxhimi, disponueshmëria e shërbimeve, këshillimi), procesi (ndërpersonale dhe teknike) dhe rezultati (kënaqësia e klientit).

Përzgjedhja e mostrës

Për përzgjedhjen e institucioneve të kujdesit shëndetësor u përdor një qasje e qëllimshme e marrjes së mostrave. Në rajonet ku u krye studimi, u zgjodhën dy institucione të kujdesit shëndetësor për secilin rajon, duke pasur një ekuilibër të integruar në lidhje me popullsinë të cilës ato i shërbejnë (një urban dhe tjetri në zonat rurale). Këto përfshinin një larmi të llojeve të spitaleve të lindjes, qendrave shëndetësore dhe njësive shëndetësore të menaxhuara nga qeveria (publike) ose nga OJF-të.

Marrja e mostrave nga pjesëmarrësit në studim u zgjodh bazuar në përvojën e tyre me shërbimet e PF-së, duke synuar mbledhjen e informacionit mbi politikat e zhvillimit, elementet kryesore në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe eksplorimin e faktorëve kryesorë në nivelin e komunitetit që përcaktojnë kërkesën për PF-në. Siç specifikohet në studimin e propozimit hulumtues, pjesëmarrësit ishin:

- Vendimmarrësit politikë (drejtorët/menaxherët qendrorë ose teknikë të MShMS-së dhe institucionet përgjegjëse për PF-në dhe shërbimet e shëndetit riprodhues).
- Menaxherët e programeve të PF-së në nivel qendror dhe rajonal.
- Ofruesit e kujdesit shëndetësor që ofrojnë ose përfshihen drejtpërdrejt në sigurimin e shërbimeve të PF-së (në sektorin publik dhe në sektorin e OJF-ve).
- Përdoruesit e shërbimeve: gratë në moshën e shëndetit riprodhues dhe grupe burrash dhe të rinjsh.

Mostra e përdoruesve të shërbimeve (gratë në moshë riprodhuese) ishte oportuniste, që do të thotë se klientët u zgjodhën për vëzhgim kur mbërritën, sepse nuk kishte asnjë mënyrë për të ditur se sa klientë të kualifikuar do të merrnin pjesë në shërbimet e PF-së në ditën e studimit.

Ndërsa mostra e të rinjve (djem/vajza të moshës 18-25 vjeç) u zgjodh në mesin e grupit të edukatorëve/vullnetarëve të kolegëve në rajonet përkatëse.

Kriteret gjithëpërfshirëse: të jesh një mjek ose një infermier që ofron aktualisht shërbime të PF-së ose një lloj shërbimi, të tillë si: këshillim, edukim shëndetësor ose konsultim dhe sigurim të pëlqimit të informuar.

Kriteret përfshirëse për përdoruesit e shërbimit ishin: të jetuarit në zonën e studimit, të qenët 18-24 vjeç për djem/vajza të reja dhe të qenët midis 25-49 vjeç për gratë në ditën e intervistës, të pasurit njohuri dhe përvojë të kënaqshme në lidhje me metodat e kontracepsionit dhe shërbimet e PF-së dhe dakordësia për të marrë pjesë në studim.

Madhësia e mostrës përfshinte njëzet bashkëpunëtorë dhe nëntëdhjetë e një përdorues të shërbimeve, në mënyrë që të grumbulloheshin sa më shumë prova që të ishte e mundur në lidhje me cilësinë e shërbimeve,

mjedisin e sistemit shëndetësor për PF-në dhe kontracepsionin, si dhe perceptimin dhe mendimin e përfituesve të drejtpërdrejtë (shih shtojcën C: Lista e personave të intervistuar).

Mbledhja dhe analizat e të dhënave

Instrumentet e mbledhjes së të dhënave ishin: (a) procesi i mbledhjes së të dhënave i kryer gjatë muajve prill - maj 2020, (b) intervistat gjysmë të strukturuar dhe udhëzuesit e DFG-ve që u përdorën për të mbledhur informacion bazuar në modelin e përzier të shpjeguar në seksionin e projektimit të studimit, por duke u përshtatur sipas llojit të intervistuesve dhe pjesëmarrësve, në mënyrë që të mblidhnim informacionin më të mirë të mundshëm.

Për më tepër, një vlerësim i institucioneve të kujdesit shëndetësor u krye duke përdorur një rrjet vlerësimi për përdorimin dhe furnizimin e shërbimeve të PF-së.

Analiza e të dhënave. Regjistrimi audio i intervistave gjysmë të strukturuar dhe DFG-ve u transkriptua fjalë për fjalë (tekstualisht). Transkriptimet u përdorën për analiza të hollësishme. U përdor një qasje e analizës tematike dhe studiuesit lexuan dhe rilexuan të gjitha transkriptimet disa herë për të identifikuar temat e paracaktuara dhe ato që dilnin nga të dhënat.

Së bashku me teknikën e analizës manuale, të përdorur në fazën fillestare të analizës së të dhënave, kodet u rafinuan më tej, u kombinuan dhe u kategorizuan për të hartuar kode shtesë për një analizë të hollësishme.

Konsiderata etike

Në përputhje me parimet etike të Deklaratës së Helsinkit për hulumtimet mjekësore që përfshijnë subjekte njerëzore, para fillimit të IGJS-së dhe DFG-ve u dha një formë e miratimit me gojë për të gjitha intervistat e mundshme.

Të gjithë pjesëmarrësit e studimit u informuan për qëllimin e studimit dhe për të drejtën e tyre për të refuzuar t'i përgjigjeshin çdo pyetjeje ose të tërhiqeshin nga intervistat gjysmë të strukturuar (IGJS) ose nga DFG-të në çdo kohë. Gjithashtu, ata u informuan se nuk ka asnjë përgjigje “të drejtë” ose “të gabuar” dhe u kërkua me mirësi të shprehin lirisht opinionet dhe mendimet e tyre. Për më tepër, pjesëmarrësit u informuan se emrat e tyre ose ndonjë lloj identifikimi që çon tek ata, do të mbahen rreptësisht të fshehta dhe se emrat e tyre nuk do të shfaqen në asnjë raport ose botim që do të rezultojë nga ky studim.

Regjistrimet audio dhe kopjet e forta të transkriptimeve u mbajtën nën kyç dhe, më pas, do të shkatërrohen në kohën e duhur.

II. REZULTATET

Gjetjet e paraqitura në këtë studim pasqyrojnë mendimet dhe komentet e mbledhura nga 20 IGjS me ofruesit/ zbatuesit e shërbimeve (14), vendimmarrësit kryesorë (6) dhe 8 DFG me pjesëmarrjen e 91 pjesëmarrësve (të rinj dhe gra në moshë riprodhimi) nga qendrat shëndetësore urbane dhe rurale (Tabela 7).

Tabela 7. Lloji i të anketuarve dhe numri i IGjS-ve dhe DFG-ve ndarë sipas vendndodhjes

Llojet e pjesëmarrësve	IGJS (n=19)		DFG (N= 8)		Total
	Kombëtar	Rajonal	Urban	Rural	
Vendimmarrësit	4	2			6
Ofruesit e shërbimeve / Zbatuesit	9	5			14
Të rinjtë (djem / vajza, mosha 14-24 vjeç)			27	22	49
Gratë (mosha 25-49 vjeçe)			22	20	42

Tabela 8 tregon karakteristikat e të intervistuarve. Njëzet vendimmarrës dhe ofrues të shërbimeve u arritën nga agjenci të ndryshme shëndetësore publike dhe private. Shumica e tyre u përkasin agjencive qeveritare në nivel kombëtar dhe rajonal. Pjesa tjetër janë ekspertë të planifikimit familjar/shëndetit riprodhues që punonin për Agjencinë e KB (n = 1), sektorin e OJF-ve (n = 2) dhe marketingun social (n = 1).

Tabela 8. Vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimeve të ndarë sipas pozicionit dhe llojit të institucionit

Vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimit që u intervistuan		
Nr	Pozicioni/Instituti	Tipi
1	Drejtori i Përgjithshëm, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	Qeveri
2	Shefi i Departamentit të Promovimit të Shëndetit, ISHP	Qeveri
3	Specialist, Departamenti i Promovimit të Shëndetit, ISHP	Qeveri
4	Specialist i SMIL, Instituti i Shëndetit Publik	Qeveri
5	Përgjegjës sektori, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (Tiranë)	Qeveri
6	Specialist, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (Vlorë)	Qeveri
7	Analist programi, UNFPA	Agjenci KB
8	Drejtor Ekzekutiv, Asistent i Komunitetit Shqiptar	OJQ
9	Koordinator mjekësor, Shoqata "STOP AIDS"	OJQ
10	Ofruesit e shërbimeve në Njësinë e Planifikimit Familjar / Shëndetit Riprodhues (n = 6)	Qeveri
11	Menaxherët e Klinikës, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (n = 4)	Qeveri
12	Ofruesi i shërbimit, NESMARK Albania, Agjencia e Marketingut Social	Marketingu Social

Të dhënat e tabelës 9 sigurojnë një pamje më të gjerë të karakteristikave të përdoruesve të shërbimeve të arritura gjatë tetë diskutimeve në fokus-grupe të kryera në të dy rajonet.

Mosha mesatare e njerëzve që morën pjesë në DFG-të e kryera me vajza/djem të rinj, ishte 17.2 vjeç, ndërsa e grave në moshë riprodhuese ishte 32.5 vjeç. Shumica dërmuese e pjesëmarrësve në të dyja grupet ishin gra (79.1 për qind) dhe gati një e treta e tyre raportoi se ishin martuar në ditën e intervistës. Niveli i lartë i arsimit u pa në mesin e pjesëmarrësve ku 70.4 për qind e tyre raportuan se kishin ndjekur/përfunduar shkollën e mesme dhe 13.1 për qind kishin marrë një diplomë bachelor/universiteti. Vetëm 16.5 për qind raportuan se kishin përfunduar shkollën e mesme dhe asnjëri prej tyre nuk deklaroi se nuk kishte arsim fare.

Tabela 9: Karakteristikat e përdoruesve të shërbimeve të intervistuar gjatë diskutimeve në fokus-grupe

Diskutime në fokus-grupe me përdoruesit e shërbimeve (vajza / djem dhe gra të reja)			
Moshë	Mesatarja (vitet) për të rinjtë 14-24 vjeç	17.2 vjeç	
	Mesatarja (vitet) për gratë 25-49 vjeçe	32.5 vjeçe	
Të ndryshme	Karakteristika	Numri (91)	%
Seksi	Gra	72	79.1
	Burra	19	20.9
Niveli arsimor	Shkollë fillore		
	Shkollë 9-vjeçare	15	16.5
	Shkollë e mesme	64	70.4
	Universitet	12	13.1
	Pa shkollim		
Statusi martesor	Beqar/e	51	56
	I/e martuar	27	29.7
	Bashkëjetesë	8	8.8
	I/e divorcuar	4	4.4
	I/e ve	1	1.1
Profesioni kryesor	Shtëpi/punë e paguar	3	3.3
	I/e punësuar	19	20.8
	I/e papunë	18	19.8
	Student/e	51	56.1
Zona e banimit	Urbane	59	64.8
	Rurale	32	35.2

Intervistat gjysmë të strukturuar (IGJS) me vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimeve

Vendimmarrësit

IGJS-ja për vendimmarrësit ishte e përbërë nga shtatë seksione duke përdorur instrumentin I Policy Environment Score (PES), i cili ka për qëllim të vlerësojë mjedisin aktual dhe ndryshimet nga viti në vit në planifikimin familjar dhe në shërbimet e shëndetit riprodhues. Ky instrument me shtatë seksione përfshin çështje mbi mjedisin politik, formulimin e politikave, strukturën e organizimit, kornizën ligjore dhe rregullatore, burimet dhe përbërësit e programit, si dhe monitorimin, vlerësimin dhe kërkimin. Për më tepër, vendimmarrësve u është kërkuar të japin perceptimet e tyre në lidhje me aksesin dhe pengesat kryesore të shërbimeve të dërmuese.

Në përgjithësi, të gjithë pjesëmarrësit pranuan se qeveritë shqiptare gjatë dy dhjetëvjeçarëve të fundit kanë bërë një përparim të madh duke nxjerrë një seri ligjesh dhe politikash të projektuara për të rritur aksesin në shërbimet dhe mallrat e dërmuese.

“Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MShMS) ka intensifikuar përpjekjet dhe është zotuar për të mbështetur sigurinë kontraceptive. Ne jemi duke punuar ngushtë me partnerët kombëtarë dhe ndërkombëtarë për të siguruar një furnizim gjatë gjithë jetës me kontraceptive për të gjithë shqiptarët që kanë nevojë për ta”.
- Vendimmarrësit, niveli qeveritar.

“Në ditët e sotme ekziston një gatishmëri politike për të mbështetur formulimin e politikave dhe programeve për të siguruar që të gjithë burrat dhe gratë shqiptare të mund të zgjedhin, të marrin dhe të përdorin shërbime të planifikimit familjar dhe kontraceptive me cilësi të lartë”. - Vendimmarrësit, niveli qeveritar.

Një vendimmarrës tjetër në nivel rajonal përmendi një listë të gjatë të dokumenteve dhe strategjive të zhvilluara dhe të azhurnuara në fushën e planifikimit familjar dhe shëndetit riprodhues gjatë dhjetëvjeçarit të fundit. Megjithatë u ngritën shqetësime në lidhje me përfshirjen e tyre dhe konsultimin në formulimin e politikave dhe zhvillimin e dokumenteve të tilla. *“Unë marr përditësim të rregullt nga MSHMS për dokumentet e reja të hartuara/azhurnuara, megjithatë, ne në nivelin rajonal asnjëherë nuk kemi qenë të ftuar të ofrojmë njohuritë tona gjatë procesit të zhvillimit. ne jemi punonjës të vijës së frontit dhe sjellim një përvojë të gjerë nga terreni, prandaj përfshirja jonë duhet të konsiderohet në të ardhmen”.* - Vendimmarrësit, niveli rajonal.

Mungesa e mbështetjes financiare nga buxheti vjetor i shëndetësisë për promovimin e dërmuese u përmend nga pothuajse të gjithë pjesëmarrësit.

“Ka kaluar një kohë e gjatë që nga fushata e fundit e planifikimit familjar. Ne kemi kapacitete për të zhvilluar dhe prodhuar materiale promovuese, por kemi fonde të kufizuara, prandaj shpesh mbështetemi te ‘mbështetja’ e donatorëve.” - Vendimmarrës, niveli qeveritar.

“Ne nuk kemi një linjë të dedikuar buxhetore për promovimin e planifikimit familjar ose metodat kontraceptive moderne”. - Vendimmarrës, niveli rajonal.

Struktura organizative për ofrimin e shërbimeve të PF-së dhe të shëndetit riprodhues është e themeluar mirë. Pothuajse të gjithë vendimmarrësit e intervistuar ishin të vetëdijshëm për mekanizmat ekzistues të koordinimit dhe disa ndryshime të fundit organizative në MShMS dhe në rrethe, të cilat, sipas tyre, kanë përmirësuar cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, përfshirë PF-në. Sidoqoftë, shqetësimet në lidhje me koordinimin ndërmjet agjencive, mungesat/lëvizjen e stafit dhe fondet e kufizuara, veçanërisht për monitorimin dhe

vlerësimin, u përmendën nga shumica e njerëzve të intervistuar.

“Ekziston një Komitet i Shëndetit Riprodhues (KShR) i përbërë nga përfaqësues të institucioneve të MShMS-së dhe ministrive të tjera të linjës, si dhe agjencive të KB-së, që shërben si një organ këshillues për MShMS-në. Sidoqoftë, ky komitet nuk takohet shpesh dhe partnerët nga ministrinë e linjës nuk ofrojnë rregullisht kontributet e tyre.” - Vendimmarrës, niveli qeveritar.

I njëjti shqetësim në lidhje me koordinimin dhe partneritet më të mirë u përmend nga një vendimmarrës në nivel rajonal: ka ardhur koha për një koordinim më të mirë midis MShMS-së dhe Ministrisë së Arsimit, Sportit dhe Rinisë (MASR) për të gjetur mënyra inovative për të inkurajuar të rinjtë të dinë dhe të përdorin më shumë shërbime të PF-së. Gjithashtu, i njëjti person sugjeroi që qeveria të sigurojë mbështetje për shkollat që të punësojnë si konsulent një ekspert të PF-së, i cili mund të organizojë diskutim falas dhe të hapur me nxënës dhe studentë rreth përfitimeve të përdorimit të shërbimeve të PF-së dhe të thyejë mitet që ekzistojnë kundër metodave moderne të kontraktivëve.

Grupi tjetër i pyetjeve lidhej me burimet e programit dhe qëndrueshmërinë, duke përfshirë stafin e specializuar, fondet në dispozicion nga burime kombëtare e ndërkombëtare dhe pajtueshmërinë me standardet ndërkombëtare. Në përgjithësi, të gjithë vendimmarrësit deklaruan se, gjatë viteve të fundit, infrastruktura dhe cilësia e shërbimeve të kujdesit shëndetësor është duke u përmirësuar dhe kanë marrë mbështetje të vazhdueshme nga qeveria dhe autoritetet shëndetësore lokale. Megjithatë, ata pranuan faktin se, pavarësisht punës së mirë dhe mbështetjes nga qeveria, mungesa e fondeve dhe e programeve nga donatorët ndërkombëtarë, si dhe mungesa e interesit nga sektorët privatë, ndikojnë në cilësinë e shërbimeve të PF-së.

“...është e qartë se donatorët e mundshëm tradicionalë në fushën e planifikimit familjar dhe shëndetit seksual dhe riprodhues janë larguar dhe nuk janë më të interesuar të investojnë në Shqipëri. ... kjo, nga ana tjetër, ka krijuar një hendek veçanërisht në fushën e fushatave promovuese dhe trajnimeve për ofruesit e kujdesit shëndetësor”. - Vendimmarrës, niveli kombëtar.

“Duket se sektori privat nuk është ende i gatshëm të investojë në planifikimin familjar dhe metodat kontraktive, përveç paqëndrueshmërisë financiare të marketingut social. Kjo do të thotë që grupe të caktuara, veçanërisht popullata e vështirë për t'u arritur, do të mbeten jashtë mbulimit kontraktiv”. - Vendimmarrës, Agjencia e KB.

Një çështje tjetër që u përmend nga shumica e pjesëmarrësve, ishte nevoja për të organizuar trajnime të shpeshta. Edhe pse mungesa e stafit nuk është më një çështje, shumica e stafit që punon në shërbimet e PF-së, nuk ka marrë trajnim të përshtatshëm për PF-në dhe kontracëpsionin modern. Sipas njërës prej vendimmarrësve në nivel rajonal, *“...aksesi i kufizuar në trajnim mund të parandalojë ofruesit e kujdesit shëndetësor të përmirësojnë aftësitë e tyre dhe të minimizojnë aftësinë e tyre për të ofruar në mënyrë rutinë shërbime të planifikimit familjar me cilësi të lartë”.*

Disa prej tyre përmendën gjithashtu idenë për të riprojektuar modelin e shërbimeve miqësore për të rinjtë dhe për të vendosur konceptin e “programeve satelitore dhe/ose të komunitetit” në zonat ku qendrat e kujdesit shëndetësor ose të PF-së janë të vështira për t'u arritur ose në komunitetet me përfaqësim të tepërt të grupeve të cënueshme. Gjithashtu, integrimi i shërbimeve të HIV/IST në infrastrukturën ekzistuese u përmend nga disa vendimmarrës.

Grupet e fundit të pyetjeve kishin të bënin me monitorimin e vlerësimin dhe me nevojat e mundshme që mund të lindin gjatë pandemisë COVID-19.

Strategjia Kombëtare e Sigurisë Kontraktive ka një seksion të plotë në lidhje me planin e monitorimit dhe vlerësimin, të cilin duhet ta respektojnë të gjitha institucionet e kujdesit shëndetësor që ofrojnë shërbime të

PF-së. Për më tepër, SMIL është vendosur dhe menaxhohet nga ISHP-ja. Sidoqoftë, u raportuan disa probleme me mbledhjen e të dhënave dhe monitorimin e vlerësimit. Në dëshminë e tij, një nga të intervistuarit sugjeroi si më poshtë:

“...sipas këndvështrimin tim, institucionet që ofrojnë shërbime të planifikimit familjar dhe kontraceptivë, duhet të kenë një staf me kohë të plotë për logjistikën e planifikimit familjar; të trajnuar në mbledhjen e të dhënave, raportimin dhe përdorimin e tyre, të SMIL”. - Vendimmarrës, niveli kombëtar.

Një perceptim tjetër i përmendur nga shumica e të intervistuarve ishte në lidhje me kapacitetet teknike të monitorimit e vlerësimit në nivel vendor, kapacitete që vlerësohen si të pamjaftueshme dhe që drejtohen nga njerëz me përvojë të ulët për monitorim-vlerësimin. Ligjërimi vijues nga një vendimmarrës në nivelin kombëtar përshkruan nevojën që qendrat shëndetësore në nivelin vendor duhet të kenë një specialist/oficer të përkushtuar të trajnuar për monitorim-vlerësimin dhe raportimin: *“Të dhënat e planifikimit familjar duhet të mbledhen në mënyrë periodike mbi performancën përmes oficerëve të ndërlidhjes në subjektet përkatëse. Roli i oficerit duhet të jetë mbledhja, analiza dhe shpërndarja e të dhënave të planifikimit familjar për raportim”.*

Kur u pyetën për pandeminë COVID-19 nëse kjo situatë mund të ketë ndikuar në cilësinë ose përdorimin e shërbimeve të PF-së, pothuajse të gjithë përmendën se është shumë herët për të dhënë një perceptim në lidhje me ndikimin e epidemisë. Megjithatë, ata ranë dakord që shërbime të tilla kanë nevojë të përshtaten për t'u përballur me probleme që mund të dalin nga pandemia COVID-19.

Ofruesit e shërbimeve

Përgjigjet u mblodhën nga katërmëdhjetë ofrues, nëntë prej tyre punonin në shërbimet e PF-së në zonën urbane dhe pjesa tjetër në zonat rurale. Pyetjet në këtë seksion mbuluan çështjet mbi: (1) strukturën (infrastruktura dhe pajisjet, (2) menaxhimin (sigurimin e shërbimeve, këshillimin), (3) procesin (ndërpersonal dhe teknik) dhe (4) rezultatet (kënaqësia e klientit). *Më shumë informacion në lidhje me instrumentet kërkimore mund të gjendet në shtojcën A.*

Grupi i parë i pyetjeve kishin të bënin me infrastrukturën aktuale dhe pajisjet e shërbimeve të PF-së. Në përgjithësi, për të përcaktuar përshtatshmërinë ose për të futur një MKM mund të ketë nevojë për një ekzaminim të pacientit, i cili, nga ana tjetër, kërkon nivelin e duhur të kontrollit të infeksionit, infrastrukturës fizike, pajisjeve mjekësore dhe materialeve të konsumit. Në këtë drejtim, ofruesve të shërbimeve iu kërkua të japin mendimin e tyre në lidhje me infrastrukturën fizike dhe pajisjet e dhomës së ekzaminimit në vendin e tyre të punës.

Pjesa dërrmuese e ofruesve (12 nga 14) deklaroi se infrastruktura fizike në institucionin e tyre shëndetësor është e përshtatshme duke pasur komoditetet themelore, siç janë: energjia elektrike, uji dhe tualeti funksional. Sidoqoftë, gati dy e treta e ofruesve përmendi mungesën e tualetit, sasinë e pamjaftueshme të vendeve dhe hapësirën e vogël të pritjes për klientët.

“Aktualisht, qendra e kujdesit shëndetësor ku unë punoj, është rinovuar, dhe tani ne kemi kushte më të mira. Sidoqoftë, ekziston një tualet për ne [ofruesit e kujdesit shëndetësor] dhe asnjë për klientët”. - Infermiere, qendër shëndetësore në zonë rurale.

“Zona e pritjes për klientët është e vogël, e zhurmshme dhe shpesh e mbipopulluar me klientë nga shërbimet e tjera. Ata [klientët] shpesh diskutojnë me njëri-tjetrin për radhën dhe në shumë raste duhet të merremi edhe me këtë problem. Kjo është humbje kohe për ne [ofruesit e shërbimeve]”. Mjek, qendër shëndetësore në zonë rurale.

I njëjti nivel kënaqësie u vu re në lidhje me pajisjet mjekësore dhe materialet e konsumit, ku shumica e ofruesve rendit artikujt bazë (tryezë dhe/ose stol për ekzaminim obstetrik/ gjinekologjik, burim drite, ujë për larjen e duarve, doreza për një përdorim jolatex, kuti të pastra dhe privatësi në dhomën e vizitës). Këta artikuj janë më të pranishëm në maternitetet dhe në qendrat urbane të PF-së.

“Kjo është një qendër rurale e kujdesit shëndetësor për planifikimin e familjes dhe ne ofrojmë ekzaminime themelore, megjithatë, pajisjet më të nevojshme janë në dispozicion”. - Infermiere, qendër shëndetësore në zonë rurale.

“Unë punoj në maternitetet dhe sigurisht që ne ofrojmë ekzaminime më të specializuara, prandaj kemi kushte më të mira [pajisje mjekësore dhe materiale konsumi] krahasuar me qendrat e tjera të kujdesit shëndetësor, qoftë në zonat urbane apo rurale”. - Doktor, Materniteti rajonal.

Pothuajse të gjithë ofruesit përmendën se artikujt që mungojnë shpesh, janë peshqirët me një përdorim, solucionet e dezinfektimit dhe dorezat latex për ekzaminim. Për këtë arsye, u ngritën shqetësime në lidhje me kontrollin e infeksionit gjatë ekzaminimeve të zonës pelvike/legenit duke mos përdorur doreza me një përdorim nga ofruesit e shërbimeve.

Çështjet e menaxhimit dhe administrimit

Mbështetja e cilësisë së PF-së kërkon hartimin dhe zbatimin e praktikave të ndryshme të menaxhimit, të tilla si: dokumentacioni, regjistrimet, mbikëqyrja dhe zhvillimi i stafit. Prandaj, pyetjet në këtë rubrikë synonin të eksploronin mendimin e ofruesve të shërbimeve në lidhje me menaxhimin dhe praktikat administrative, sigurimin e cilësisë dhe mbikëqyrjen.

Dokumentacioni dhe regjistrat e njësive të kujdesit shëndetësor

Një sistem për rishikimin e çështjeve të menaxhimit dhe administrimit u raportua nga të gjithë pjesëmarrësit. Sistemi më shpesh i raportuar ishte regjistri i klientit (i shkruar me dorë dhe ai elektronik). Variablat/ndryshorët e regjistruar në këtë sistem përfshijnë të dhëna të klientëve, përdorimin e metodës, llojin e vizitës (të parën dhe në vazhdim) dhe referimet. Sidoqoftë, regjistrat e përditësuar (brenda shtatë ditëve të fundit) u raportuan vetëm nga ofruesit e shërbimeve publike.

Përfaqësuesit e OJF-ve dëshmuar se ata kanë pothuajse të njëjtin sistem menaxhimi dhe administrimi për të mbledhur dhe raportuar të dhëna.

Mungesa e një sistemi të hartuar mirë për të mbledhur mendimin e klientit u përmend nga gati dy e treta e të intervistuarve. Disa pjesëmarrës vunë në dukje se ekziston një kuti ku mblidhen mendimet e klientit dhe, në fund të muajit, mbikëqyrësi supozohet të mbledhë dhe të adresojë sugjerimet dhe nevojat e klientit. Sidoqoftë, pjesëmarrësit që u përkasin sektorëve publikë, nuk ishin të vetëdijshëm për procesin e analizës dhe të adresimit të nevojave të klientëve.

“Me sa di unë, menaxheri mbledh ankesat/sugjerimet e pacientëve në fund të çdo muaji, por nuk jam i sigurt se çfarë ndodh pas kësaj”. - Mjek, qendër shëndetësore në zonë rurale.

“Ne jemi një njësi e vogël e planifikimit familjar dhe e dimë se çfarë lloj shqetësimesh kanë klientët tanë. Prandaj është e panevojshme të kesh një kuti ankesash” - qendër shëndetësore në zonë rurale.

Sigurimi dhe mbikëqyrja e cilësisë

Sigurimi i cilësisë është një metodë menaxhimi që përcaktohet si *“të gjitha ato veprime sistematike të planifikuara dhe të nevojshme për të siguruar besimin e duhur se një produkt, shërbim ose rezultat do të plotësojë kërkesat e duhura për cilësi dhe do të jetë i përshtatshëm për t’u përdorur”*.

Sigurimi i cilësisë dukej se ishte një terminologji konfuzioni për shumicën e ofruesve të shërbimeve nga sektorët publikë, të cilët, në shumicën e rasteve, e ngatërrojnë atë me vizitat mbikëqyrëse ose monitoruese nga mbikëqyrësit. Prandaj, në dëshmitë e tyre ata pretendojnë se cilësia e shërbimeve të dhëna prej tyre është e përshtatshme si gjithmonë. Ata realizojnë tregues vjetorë të PF-së dhe, sipas tyre, klientët janë të kënaqur.

“Sipas këndvështrimit tim, cilësia e shërbimeve të planifikimit familjar të ofruara në institucionin e kujdesit shëndetësor ku unë punoj, është e kënaqshme, sepse ne arrijmë treguesit vjetorë të planifikimit familjar dhe klientët kthehen çdo herë që ata kanë nevojë për shërbime të tilla”. - Mjek, Qendra e Shëndetit Urban.

Sidoqoftë, të gjithë ranë dakord se u mungojnë njohuritë dhe aftësitë trajnuese në lidhje me zhvillimin e programeve të sigurimit të cilësisë dhe aktiviteteve përkatëse. Emërimi i një menaxheri të sigurimit të cilësisë u vlerësua si domosdoshmëri.

Për të adresuar cilësinë e dobët të shërbimeve, forcimi i mbikëqyrjes së stafit do t'i ndihmonte ata të promovojnë respektimin e standardeve dhe të identifikojnë problemet që ndikojnë në cilësinë e kujdesit. Është e nevojshme të theksohet se shumica dërrmuese e ofruesve dëshmoi se mbikëqyrja e shërbimeve të PF-së është e zakonshme dhe pjesëmarrësit deklaruan se, gjatë gjashtë muajve të fundit, ata ishin mbikëqyrur të paktën një herë, ose nga mbikëqyrësi i tyre, ose autoritetet e tjera shëndetësore.

“...natyrisht, ne u nënshtrohemi vizitave periodike të mbikëqyrjes, duke filluar nga kontrolli i regjistrit të klientëve, numrit të klientëve të shërbyer dhe metodat e shpërndara”. - Infermiere, Qendra e Shëndetit Rural.

Sidoqoftë, vetëm një pakicë e ofruesve të shërbimeve besonte se mbikëqyrja periodike do të ndihmojë në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të ofruar. Nga ana tjetër, shumica dërrmuese e ofruesve të shërbimeve të intervistuar nuk mendon se mbikëqyrja pa adresuar çështjet e gjetura gjatë vizitave të tilla mund të ndihmojë në përmirësimin e cilësisë së kujdesit. Ky zbulim sugjeron që duhet të kryhet dhe të adresohet më tej një shqyrtim i kujdesshëm i efektivitetit të sistemeve mbikëqyrëse në sektorin publik dhe atë privat.

Kujdesi shëndetësor riprodhues me cilësi të mirë kërkon furnizim të vazhdueshëm me kontraceptivë dhe mallra të tjera. Ofruesit e PF-së janë hallka më e rëndësishme në zinxhirin e furnizimit kontraceptiv që lëviz mallrat nga prodhuesi te klienti. Prandaj, pyetjet në këtë seksion kishin të bënin me inventarin e stokeve, të organizuar sipas datës së skadimit, dhe nëse kontraceptivët ruhen ose jo në një vend të mbrojtur nga uji, dielli dhe dëmtuesit.

Siguria e mallrave për PF-në u raportua të garantohej përmes SMIL, planifikimit të të dhënave në nivel kombëtar dhe rajonal dhe një menaxhimi zinxhir të furnizimit. Siç specifikohet nga shumica e pjesëmarrësve, inventari i stokut mbahet duke përdorur formularë dhe libra regjistruar sa herë që kontraceptivët dorëzohen në institucion.

“Çdo javë ne numërojmë sasinë e secilës metodë në klinikë dhe përcaktojmë sasinë e kontraceptivëve për të porositur”. - Infermiere, Qendër e Kujdesit Shëndetësor Urbane.

Sidoqoftë, shumica e pjesëmarrësve nuk ishte e vetëdijshme për kushtet e magazinimit dhe askush nuk kishte marrë ndonjë trajnim për menaxhimin e produkteve farmaceutike dhe inventarit të stokeve. Gjithashtu, pjesëmarrësit thanë se është një person tjetër i ngarkuar, i cili ndërlidhet me Operatorin Rajonal për Shëndetësi dhe kujdeset për inventarin dhe procesin e magazinimit.

“Ekziston një depo për kontraceptivë dhe një person i ngarkuar për logjistikën kontraceptive. Ne vetëm marrim furnizimet e porositura kontraceptive nga specialisti përgjegjës për shëndetin e nënës dhe fëmijës, ose një personi tjetër të përshtatshëm në zinxhirin e furnizimit, por nuk bëjmë menaxhimin e stokut të furnizimeve”. - Infermiere, Qendra Rajonale e Shëndetit.

Sidoqoftë, gati gjysma e pjesëmarrësve deklaroi se nuk kanë një specialist të trajnuar me kohë të plotë për të mbuluar logjistikën kontraceptive dhe aspekte të tjera të planifikimit familjar.

Sigurimi i shërbimeve të planifikimit familjar

Sigurimi i shërbimeve të PF-së i referohet shkallës në të cilën sistemi ofron lehtësira dhe shërbime të kujdesit shëndetësor që plotësojnë nevojat e njerëzve. Ne vlerësua sigurimin e shërbimeve të PF-së përmes një rishikimi të (1) frekuencës së shërbimeve, (2) sigurimit të ofruesve, (3) metodave të PF-së të ofruara dhe (4) ofrimit të shërbimeve të tjera të shëndetit riprodhues.

Shërbimet e PF-së ofrohen gjashtë ditë në javë nga të gjitha institucionet shëndetësore publike, përveç OJF-ve që ofrojnë shërbime të tilla deri në 20 orë në javë.

Sigurimi i ofruesve të shërbimeve u përcaktua si prania e të paktën një ofruesi në objekt në një muaj të caktuar. Në këtë drejtim, u mbledhën informacioni për numrin e profesionistëve shëndetësorë të angazhuar dhe të trajnuar në ofrimin e shërbimeve të PF-së dhe për frekuencën sesioneve arsimore të drejtuara nga ofruesit për PF-në.

Sigurimi i ofruesit të shërbimit ishte i kënaqshëm dhe u pranua nga pothuajse të gjithë pjesëmarrësit (12 nga 14), të cilët thanë se të paktën një ofrues i trajnuar shëndetësor është gjithmonë i pranishëm në shërbimet e PF-së. Në shumicën e rasteve, një mjek dhe një infermier/mami ishin gjithmonë të angazhuar në ofrimin e shërbimit të PF-së, ndërsa në qendrat shëndetësore rurale ky shërbim mbulohej kryesisht nga një infermier /mami e trajnuar dhe një mjek i përgjithshëm, ndërkohë që ky i fundit është edhe menaxher i qendrës shëndetësore.

“Një obstetër-gjinekolog dhe një infermiere janë në dispozicion gjashtë ditë në javë dhe të angazhuar në ofrimin e shërbimeve të planifikimit familjar”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

“... Një mami e trajnuar është gjithashtu përgjegjëse për ofrimin e shërbimeve të planifikimit familjar; përveç detyrave të tjera”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Rurale.

Sidoqoftë, pjesëmarrësit sugjeruan që personeli shtesë (ndihmësmjekët, psikologët dhe personeli tjetër mbështetës) duhet të punësohet, në mënyrë që të sigurojë një kujdes gjithëpërfshirës dhe të vazhdueshëm për përdoruesit e PF-së.

“Planifikimi familjar është një çështje komplekse dhe, për këtë arsye, një staf multidisiplinar duhet të jetë pjesë e këtij shërbimi, në mënyrë që të sigurojë një kujdes të vazhdueshëm dhe vijues për ata që përdorin planifikimin familjar dhe shërbimet e kujdesit shëndetësor riprodhues”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Kompetenca e ofruesve të shërbimeve: Shumica e ofruesve ndihet e sigurt në ofrimin e shërbimeve të PF-së (këshilla, këshillime ose referime). Sidoqoftë, mungesa e trajnimit të azhurnuar ndërmjet ofruesve të shërbimeve ishte mbizotëruese dhe konsiderohej si pengesë. Në përgjithësi, të gjithë pjesëmarrësit pranuan se ishin trajnuar për PF-në dhe çështjet e shëndetit riprodhues/sekual, por asnjëri prej tyre nuk raportoi të ishte trajnuar gjatë dymbëdhjetë muajve të fundit ose edhe më shumë. Për më tepër, asnjëri prej tyre nuk raportoi të ketë marrë trajnime gjatë shërbimit për tema që lidhen me shërbimet e PF-së, menaxhimin e metodave moderne të kontracepsionit, këshillimin dhe teknologjitë e reja.

“Unë kam marrë pjesë në një seri trajnimesh të certifikuara për planifikimin familjar dhe kontraceptivët modernë të organizuar nga programet e financuara nga USAID. Por trajnimi im i fundit për planifikimin familjar daton në vitin 2010”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Edhe pse pjesëmarrësit ishin të vetëdijshëm për rëndësinë e trajnimit si një mjet që përmirëson cilësinë e kujdesit, është me vend të përmendet se shumica e ofruesve të shërbimeve ishte dyshuese në lidhje me mundësitë e ardhshme për trajnime për PF-në ose ShSR-në. Përshtypja e tyre bazohej në përvojën ku i njëjti person zgjidhet gjithmonë për të ndjekur lloje të ndryshme trajnimesh, ose ofruesit marrin pjesë në trajnime vetëm për të përmbushur numrin e krediteve të kërkuara për të rinovuar licencën e profesionistit shëndetësor.

“Trajnimet ose workshop-et për planifikimin familjar janë të rralla, por kur organizohen, menaxheri i qendrës shëndetësore delegon gjithmonë të njëjtin person për të marrë pjesë në trajnim. Ne kurrë nuk marrim materiale trajnimi ose çfarë është diskutuar atje”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Urbane.

“Jo të gjithë janë të interesuar të ndjekin trajnime për planifikimin familjar. Kryesisht marrin pjesë në trajnime për të përmbushur numrin e krediteve të kërkuara për të rinovuar licencën profesionale sesa për të zgjeruar njohuritë dhe aftësitë e tyre në planifikimin familjar”. Mjek, Qendër Shëndetësore Rurale.

Për të adresuar këtë problem, pjesëmarrësit sugjeruan organizimin e një serie trajnimesh të akredituara si pjesë

e zhvillimit profesional mjekësor të vazhdueshëm.

Pjesëmarrësit ranë dakord që mungesa e pjesëmarrjes në trajnime të azhurnuara, workshop-e dhe konferenca ndikon në cilësinë e kujdesit dhe shërbimeve të dhëna klientëve, pasi lidhet fort me mungesën e njohurive të reja, rekomandimeve e praktikës dhe zbatimin e qasjeve të bazuara në prova.

“Unë nuk kam marrë trajnim për të futur metoda kontraceptive afatgjata [DIU] dhe ne, gjithashtu, nuk ofrojmë këtu. Prandaj unë ose i referoj klientët te materniteti [qendra shëndetësore e grave], ose u sugjeroj atyre që të përdorin një metodë tjetër kontraceptive për të cilën ndihem i sigurt dhe që është në dispozicion në institucionin tonë”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Sigurimi i produkteve kontraceptive në qendrat që ofrojnë shërbime të PF-së, përcaktohet si prania e kontraceptivëve në një muaj të caktuar. Metoda më e mirë për të përmbushur nevojat e klientit është që një strukturë të ofrojë të gjitha metodat e PF-së. Metodat e mëposhtme kontraceptive u ekzaminuan: (a) prezervativë për meshkuj, (b) kontraceptivë oralë, (c) pajisje brenda mitrës (DIU), (ç) injeksione, (d) kontracepsion urgjent (“mëngjesi pas pilulës”) dhe (dh) kontraceptivë me mbjellje (implante).

Objektet e shëndetit publik ofrojnë falas MKM, ku më të zakonshmet në dispozicion janë prezervativët për meshkuj, kontraceptivët oralë dhe injeksionet. Pajisjet intrauterine (PI) ishin të pranishme vetëm në qendrën e grave në maternitetet tretësore/universitare dhe rajonale. Prezervativët për femra dhe implantet nuk ekzistojnë në të gjitha objektet e vizituara.

Partneriteti midis sektorit publik dhe komunitetit duket se nuk është zyrtarizuar. Prania dhe niveli i përfshirjes së organizatave me bazë në komunitet (OBK), që promovojnë shërbimet e PF-së, janë të kufizuara dhe të përqendruara kryesisht në zonat urbane kryesore. Përfaqësuesit e intervistuar të OBK-ve përmendën se ata sigurojnë prezervativë kryesisht për meshkuj si pjesë e parandalimit të HIV/IST. Prandaj, promovimi i shërbimeve të PF-së dhe i metodave kontraceptive nuk është aktiviteti i tyre kryesor, por dytësor.

“Ne përqendrohemi kryesisht në promovimin dhe shpërndarjen e prezervativëve për meshkuj, si një metodë që siguron mbrojtje të dyfishtë, qoftë për HIV/IST, dhe si një metodë e planifikimit familjar që parandalon shtatzënitë e paqëllimshme”. - Infermiere, përfaqësuese e OBK.

Sidoqoftë, duhet të theksohet se ka një interes midis përfaqësuesve të OBK-ve për të gjetur mënyra që rritin partneritetin me sektorin e shëndetit publik, veçanërisht në drejtim të shpërndarjes së MKM-ve në dispozicion në qendrat e shëndetit publik për popullsinë së cilës i shërbejnë ata.

“Ne kemi një grup të vogël punëtorësh të trajnuar të kujdesit shëndetësor, të cilët çdo ditë janë në terren për të ofruar këshilla dhe këshillime për parandalimin e HIV/IST dhe shtatzënie të paqëllimshme. Nëse zyrtarizojmë një partneritet me qendrat e shëndetit publik, ekipi ynë mund të bëjë punë të shkëlqyeshme në promovimin e shërbimeve të planifikimit familjar, si dhe në shpërndarjen e metodave kontraceptive moderne”. Përfaqësuesi i OBK-së, zona urbane.

Përfaqësuesi nga agjencia e marketingut social (NESMARK) deklaroi se agjencia e tij ofron gjithashtu kontraceptivë oralë me çmim të subvencionuar. Megjithatë, aktualisht janë duke u përballur me pengesa financiare të cilat, nga ana tjetër, ndikojnë në cilësinë e tregut modern të metodës së kontracepsionit.

Shqetësimet në lidhje me vonesat e shpeshta në sigurimin e MKM-ve ose metodave dhe furnizimeve të kontracepsionit për disa javë të caktuara, përmendeshin zakonisht si pengesë nga shumica e ofruesve. Kohëzgjatja e veprimeve ndryshonte nga një muaj deri në tre muaj. Sipas tyre, pengesa të tilla vijnë si rezultat i koordinimit të dobët midis Operatorit Rajonal Shëndetësor dhe ISHP-së si dhe planifikimit të dobët paraprakisht të stokut kontraceptiv nga menaxherët / mbikëqyrësit e qendrave shëndetësore.

“Vitin e kaluar, për shkak të disa problemeve burokratike, ne ishim jashtë stokut për javë të tëra. Prandaj, shumë përdorues të kontraktivëve nuk u shërbyen dhe ne i këshilluam ata të prisnin ose të gjenin metodën e tyre të preferuar në sektorin privat. Unë i njoh klientët e mi dhe vë bast se askush prej tyre nuk ka shkuar të gjejë metodat e tij në farmacitë private”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Rurale.

Për më tepër, asnjë nga qendrat e kujdesit shëndetësor të vizituar nuk ka krijuar stok të MKM-ve si pjesë e situatave emergjente ose katastrofave natyrore. Pothuajse gjysma e tyre përmendi se mungesa e MKM-ve lidhet, gjithashtu, me humbjen potencialisht të klientëve të PF-së dhe i vë ata në rrezik më të lartë për shtatzëni të paqëllimshme dhe IST.

Sugjerimi për të punësuar një infermiere me kohë të plotë për logjistikën kontraktive dhe për aspekte të tjera të PF-së u përmend gjithashtu nga ofruesit e shërbimeve që punojnë në sektorin publik.

Sidoqoftë, përkundër sigurimit të disa metodave moderne të kontraksionit, përdorimi i shërbimeve të PF-së dhe, veçanërisht, përdorimi i MKM-ve u zbulua të ishin të ulët. Disa nga pengesat më të zakonshme që u përmendën nga pjesëmarrësit në studim, ishin:

- a) një “klime frike” në lidhje me efektet anësore të metodave kontraktive;
- b) mungesa e përshtatjes midis metodave kontraktive të pranishme dhe të preferuara (disponueshmëria e një game të gjerë kontraktivësh);
- c) faktorët shoqërorë, si mbështetja në tërheqje dhe refuzimi i partnerëve;
- ç) përballueshmëria dhe mungesa e segmentimit të tregut.

“Frika nga efektet anësore ishte qëndrimi më dominues i shprehur nga gratë, të tilla si: steriliteti, shëndeti në fytyrë ose pasoja të tjera negative shëndetësore”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

“Duket sikur të rinjtë janë më dembelë tani dhe kanë nevojë ose për një zgjidhje afatshkurtër [kontraksion urgjencës], ose për të përdorur një metodë kontraktive afatgjatë, siç janë implantet. Ne nuk fusim as spirale, as implant, vetëm maternitetet e bëjnë”. Infermiere, Qendër Shëndetësore Urbane.

“Një gamë e kufizuar e metodave kontraktive moderne mund të gjendet edhe në sektorin privat. Kështu, përdoruesit e kontraktivëve nuk kanë shumë mundësi zgjedhjeje”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Rurale.

“Planifikimi familjar është ende një çështje mashkullore. Është burri/partneri që vendos nëse, apo jo, dhe se çfarë kontraktivësh do të përdorë gruaja/partnerja e tij”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Rurale.

“Ekzistojnë dy burime për të marrë metoda kontraktive: sektori publik dhe ai privat. Sigurisht, çmimi [metodat kontraktive] është më i lartë dhe jo të gjithë mund ta përballojnë atë. Ne kemi pasur më parë Nesmark [agjenci e marketingut social] që siguronte disa metoda kontraktive me një çmim të arsyeshëm”. Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Ofruesit e shërbimeve theksuan se këto pengesa të gjata nuk mund të adresohen pa angazhimin dhe mbështetjen e politikanëve, mediave dhe njerëzve me ndikim.

“Njerëzit ndryshojnë sjelljen e tyre, nëse ndikohen ose kanë një model pozitiv. Është si moda, ku njerëzit përpiqen të imitojnë dhe ndjekin gjestin e një këngëtar apo të një figure të njohur publike. E njëjta mënyrë duhet të ndiqet për të inkurajuar njerëzit të mposhtin frikën dhe të përdorin shërbimet e planifikimit familjar”. Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Klientët e PF-së janë në rrezik për marrjen dhe transmetimin e infeksioneve seksualisht të transmetueshme, sepse ata janë seksualisht aktivë. Prandaj, sigurimi i informacionit shtesë, diagnostikimi dhe trajtimi janë faktorë

thelbësorë për të rritur cilësinë e kujdesit për shërbimet e PF-së. Përgjigjet e mbledhura nga pjesëmarrësit në studim treguan se shërbimet e IST dhe HIV/AIDS nuk janë të integruara me ato familjare dhe klientët referohen në shërbime të tjera të specializuara brenda të njëjtit institucion ose në institucione partnere.

“Në këtë institucion, ne ofrojmë vetëm teste themelore laboratorike të urinës dhe gjakut. Testimi i HIV/IST mund të kryhet në qendrën e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar (KTV) dhe ne i referojmë klientët të shkojnë atje. Kjo është thembra e Akilit, që do të thotë se kjo është pika ku kemi humbur kontaktet me klientët tanë dhe besimin e tyre”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Politikat, rregulloret dhe udhëzimet që sigurojnë cilësinë e shërbimeve të planifikimit familjar

Edhe pse në kopje të kufizuara, prania e politikave të azhurnuara kombëtare, protokolleve dhe udhëzimeve për shërbimet e PF-së dhe këshillimin u raportuan nga të gjithë ofruesit e shërbimeve. Sidoqoftë, mjetet ndihmëse pamore për të demonstruar përdorimin e metodave të PF-së në institucion pothuajse mungojnë.

“Ndihmat vizuale dhe materiale të tjera promovuese janë siguruar nga programe ndërkombëtare ose OJF që punojnë në këtë fushë. Ne nuk kemi fonde të brendshme për të hartuar dhe prodhuar materiale interesante promovuese dhe ndihmëse vizuale dhe plot ngjyra”. - Doktor, materniteti rajonal.

“Ne kemi disa broshura të dhuruara nga një OJF lokale që flet në përgjithësi në lidhje me përfitimet e përdorimit të shërbimeve të planifikimit familjar”. - Mjek, Qendër Shëndetësore Urbane.

Mungesa e interesit për të investuar në programet e PF-së u vu re nga përfaqësuesi i OJF-ve, i cili deklaroi se nuk kishte më fonde të posaçme për të zbatuar plotësisht programet e PF-së.

“Planifikimi familjar nuk është më një temë seksi për shumë donatorë. Shërbimet e planifikimit familjar që ofrojmë aktualisht, janë pjesë e paketës së parandalimit dhe zvogëlimit të dëmit për grupet në nevojë”. - Mjek, përfaqësues i OJF-ve.

Këshillimi për mënyrën e përdorimit të metodës, menaxhimi i efekteve të mundshme anësore dhe kur një klient duhet të kthehet për vizitat vijuese duhet të kryhen ose me përdoruesin e ri të kontraktivëve, ose me një të vazhdueshëm. Në këtë aspekt, ofruesit e shërbimeve pranuan se, në përgjithësi, shërbimet e PF-së jepen në kushte të intimitetit pamor dhe dëgjimor. Sidoqoftë, shumica dërrmuese e tyre (12 nga 14) përmendi që institucioni i tyre i kujdesit shëndetësor nuk ka një dhomë të përshtatshme këshillimi që garanton konfidencialitetin e klientëve.

“Ne bëjmë më të mirën tonë për të siguruar një këshillim konfidencial, por kushtet aktuale të infrastrukturës nuk na lejojnë ta japim atë siç duhet të jetë”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Urbane.

“Ne jemi një qendër shëndetësore rurale dhe shërbimet e planifikimit familjar ofrohen në një dhomë të vogël, të ndarë me një tjetër ofrues. Prandaj, seancat e këshillimit janë të shkurtra dhe mbulojnë çështjet më themelore, siç janë mënyra e përdorimit të metodës së zgjedhur dhe menaxhimi i efekteve anësore të mundshme gjatë ditëve të para”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Rurale.

Koha e pritjes së një klienti para se të shqyrtohej nga një ofrues u raportua të ishte ndërmjet 10-30 minuta. Në shumicën e rasteve, ofruesit e shërbimeve përmendën se nuk nevojitet caktim takimi paraprak për një klient të PF-së.

“Zakonisht nuk kemi nevojë për takim ose nuk kërkojmë shumë dokumente burokratike për një klient të planifikimit familjar. Ai/ajo që vjen në objekt, duhet të respektojë radhën si klientët e tjerë”. - Infermiere, Qendër Shëndetësore Urbane.

Karta ose të dhënat individuale për klientin e PF-së janë të rëndësishme për monitorimin e tij me kalimin e kohës dhe për të siguruar vazhdimësinë e kujdesit. Prania e kartës individuale të klientit të PF-së ishte e zakonshme dhe përmendet nga të gjithë ofruesit e shërbimeve publike, të cilët deklaruan se karta e klientit rishikohet para ose gjatë konsultimeve me klientët. Gjithashtu, shqetësimet e klientëve regjistrohen dhe futen në kartelën e pacientit/dosjen mjekësore. Po kështu, përfaqësuesit e OJF-ve raportuan se kishin një kartë klienti, por kjo nuk është posaçërisht për shërbimet e PF-së dhe përfshin të dhëna edhe për shërbime të tjera.

Vlerësimi i klientit

Ekziston një sistem i mbledhjes dhe regjistrimit të të dhënave të klientit (me shkrim dore dhe version elektronik) dhe ofruesit e shërbimeve ndihen të sigurt duke e përdorur atë. Të dhënat në lidhje me moshën, numrin e fëmijëve të gjallë, datën e fundit të lindjes, historinë e komplikimeve, statusin e shtatzënisë, dëshirën për më shumë fëmijë, kohën e dëshiruar të lindjes së fëmijës tjetër, statusin e gjdhënies apo rregullsinë e ciklit menstrual, regjistrohen gjatë vizitës së parë dhe azhurnohen në vazhdimësi.

Ekzaminimet fizike dhe procedurat e injektimit po kryhen duke ndjekur standardet dhe protokollet kombëtare. Edhe pse ekzaminimi i gjirit u promovua si një masë e zbulimit dhe parandalimit të hershëm për kancerin e gjirit, vetëm disa ofrues të shërbimeve përmendën që ata i mësuhan klientit se si të kryejë vetekzaminimin e gjirit.

Shërbimet e planifikimit familjar dhe pandemia COVID-19

Si në shumë vende në të gjithë botën, pandemia COVID-19 ka shkaktuar shqetësime të jashtëzakonshme në sistemin shëndetësor, duke përfshirë ndërprerjen e aksesit në informacionin dhe shërbimet e PF-së dhe të ShSR-në gjerësisht. Vëmendja e madhe ka qenë në përballimin e pandemisë dhe qeveria po u jep përparësi fondeve për të parandaluar sëmundjen dhe për të trajtuar njerëzit me COVID-19. Sidoqoftë dhe pavarësisht pandemisë dhe bllokimit, nevoja për PF mbetet e njëjtë.

Ofruesve të shërbimeve iu kërkua të japin mendimet e tyre në lidhje me situatën aktuale dhe si mund të ketë ndikuar COVID-19 në cilësinë e kujdesit dhe përdorimin e shërbimeve të PF-së në mjediset e tyre të shërbimeve dhe më gjerë.

Bllokimi për disa muaj duket se ka ndikuar në përdorimin e shërbimeve të PF-së, pasi ka rënie intensive të numrit të përdoruesve. Nga ana tjetër, kjo ka lënë shumë klientë pa marrë metodat e tyre të preferuara të PF-së, ndaj ata mund të jenë të prirur për shtatzëni të paqëllimshme, IST ose efekte të tjera anësore që vijnë nga ndërprerja e metodave kontraceptive.

Nëse gratë, vajzat dhe komunitetet e marginalizuara nuk mund të kenë akses në kujdesin kontraktiv në këtë krizë, ne mund të presim një rritje të shtatzënive të paqëllimshme dhe të detyrueshme, një rritje të infeksioneve seksualisht të transmetueshme, përfshirë HIV dhe, në fund të fundit, një rritje të mprehtë të aborteve të pasigurta. Sidoqoftë, të gjithë ranë dakord se kjo është një situatë e re dhe duhet të hulumtohet më tej.

III. Diskutime në fokus-grupe me të rinj dhe gra të moshës riprodhuese

Kjo pjesë përmbledh gjetjet kryesore nga DFG-të e kryera me të rinj dhe gra të moshës riprodhuese. Temat dhe nëntemat e mëposhtme (referojuni seksionit të metodologjisë) u identifikuan dhe u përdorën për analizën tematike të të dhënave. Gjetjet e hollësishme paraqiten si më poshtë:

Ndërgjegjësimi për shërbimet e planifikimit familjar dhe metodat kontraceptive

Pyetjet në këtë rubrikë synonin të eksploronin njohuritë dhe ndërgjegjësimin e pjesëmarrësve ndaj shërbimeve të PF-së dhe metodave kontraceptive. Pjesëmarrësit u pyetën nëse janë në dijeni të ndonjë shërbimi të PF-së në vendbanimin, zonën ose rajonin e tyre dhe nëse kanë dëgjuar për kontracepsionin ose metodat moderne të kontracepsionit. Njohuritë rreth metodave të kontracepsionit ishin gati universale dhe shumica dërrmuese e pjesëmarrësve ishte e vetëdijshme për sigurimin e shërbimeve të PF-së në zonën e tyre. Pothuajse të gjithë pjesëmarrësit kishin njohuri për të paktën një MKM, e cila ishte prezervativi dhe perceptohej si një metodë e mbrojtjes së dyfishtë kundër shtatzënieve të padëshiruara dhe infeksioneve seksualisht të transmetueshme.

“Të gjithë e dinë se për çfarë shërben prezervativi dhe pilulat [kontraktivët oralë] dhe ku mund t'i gjejnë ato. Në ditët e sotme është më e lehtë, sepse lloje të ndryshme të prezervativëve mund të gjenden edhe në qendrat tregtare.” - Djalë i ri, DFG me studentë, zona urbane.

Gati 80 për qind njihte të paktën tri MKM dhe metodat më të zakonshme të njohura ishin prezervativët, pilulat dhe kontracepsioni urgjent. Niveli i njohurive të pjesëmarrësve ra ndjeshëm kur u pyetën për metodat afatgjata, të tilla si: DIU, implantet dhe injeksionet. Disa prej tyre ishin të vetëdijshëm për metodën e ditës standarde (MDS), por të habitur se si funksionon kjo metodë.

Bisedat gojore dhe miqtë ishin burimi kryesor i informacionit për familjen për shumicën dërrmuese të pjesëmarrësve në fokus-grupe. Sipas tyre, ky burim informacioni ishte më i besueshmi dhe më i shpejti.

“Ne jetojmë në një botë të vogël, kështu që, nëse diçka e re vjen, ne do ta ndajmë atë me njëri-tjetrin.” - Nënë e re, DFG me gra, zona rurale.

Burimet e dyta më të zakonshme të informacionit rreth PF-së dhe kontracepsionit ishin punonjësit e shkollës, mediave sociale/internetit dhe shëndetësisë. Shkolla dhe media sociale janë burimi më i zakonshëm i informacionit për të rinjtë. Sidoqoftë, shqetësime në lidhje me cilësinë e informacionit të dhënë në shkollë u përmendën nga pothuajse gjysma e pjesëmarrësve të cilët deklaruan se, edhe pse në kurrikulën shkollore përfshihen njohuri mbi shëndetin riprodhues, ky informacion perceptohet si i pamjaftueshëm. Një vajzë e re nga diskutimet në fokus-grupe në zonën urbane përmbledhi mendimin e saj si më poshtë:

“Unë mezi mbaj mend disa informacione në lidhje me shëndetin seksual gjatë shkollës dhe gjithashtu disa diskutime falas dhe të hapura për kontracepsionin modern me shkollën e infermierëve. Pjesën tjetër të informacionit e përftova ose nga miqtë ose nga rrjetet sociale”.

Nga ana tjetër, gratë në moshën riprodhuese, veçanërisht ato me histori të shtatzënisë, deklaruan se, edhe pse gojëdhëna dhe mediat sociale duket se janë një burim i menjëhershëm i informacionit në lidhje me metodat e PF-së dhe kontracepsionit, ato e vlerësojnë marrjen e informacionit nga ofruesit e shëndetit si burimin më i besueshëm.

“... Është e vërtetë që kemi shumë burime ku mund të informohemi për metodat kontraceptive. Sidoqoftë, kur vendosa të mbështetesh në metodat kontraceptive pas një aborti të dhimbshëm, patjetër që shkova te mjeku”. Gra të martuara, DFG me gra, zona urbane.

Pavarësisht faktit se ka burime të ndryshme informacioni, shumica e pjesëmarrësve favorizoi idenë që PF-ja dhe kontracepsioni duhet të mësohen në shkollë si pjesë përbërëse e kurrikulës.

Qëndrimet ndaj planifikimit familjar dhe metodat moderne kontraceptive

Në mënyrë që të rritet përdorimi i kontraktivëve dhe të adresohen nevojat e paplotësuara, duhet qëndrimi kritik i njerëzve ndaj PF-së. Në këtë drejtim, ky studim ishte i fokusuar në identifikimin e qëndrimeve të të rinjve dhe grave në moshë riprodhuese ndaj shërbimeve të PF-së dhe përdorimit të kontracepsionit modern.

Shumica e të anketuarve në të dyja grupet tregoi saktësisht përparësitë dhe përfitimet e PF-së si mjete për parandalimin e shtatzënive të paqëllimshme, hapësirën ndërmjet fëmijëve, përmirësimin e shëndetit të nënës dhe kontrollin e IST-së. Përfitimet e mirëqenies familjare dhe përmirësimi i faktorëve socialë dhe ekonomikë u përmendën gjithashtu nga të dyja grupet.

Sidoqoftë, pengesat për përdorimin e MKM-ve duket se mbizotërohen nga frika e efekteve anësore, e keqkuptimeve dhe e ndikimeve kulturore.

Frika nga efektet anësore (probleme shëndetësore, gjakderdhje, sterilitet etj.) nga produktet kontraceptive ishte mbizotëruese, pasi shumica e të anketuarve kishte pasur përvoja të këqija. Përveç kësaj, shumica e pjesëmarrësve në DFG përmendi të kishte dëgjuar nga të tjerët se përdorimi afatgjatë i pilulave ose metodave të tjera mund të shkaktonte kancer të qafës së mitrës, infertilitet etj.

“Kam përdorur pilula disa vjet më parë. Kam përjetuar gjakderdhje, ngërçe dhe përgjithësisht mund të them se isha plotësisht në parehati”. - Grua e martuar, DFG me gra, zona urbane.

Idetë e gabuara janë vërejtur në lidhje me përdorimin e metodave të tjera, të tilla si kontracepsioni i urgjencës dhe injeksionet si metoda që parandalojnë marrjen e IST-së. Sidoqoftë, shumica e pjesëmarrësve ishte e interesuar të mësonte më shumë rreth kontracepsionit modern.

“Do të ishte me interes të veçantë për të rinjtë nëse një ofrues i specializuar shëndetësor në planifikimin familjar flet me ne për shëndetin seksual dhe kontracepsionin modern në shkollë. Në klasë, djemtë dhe vajzat studiojnë së bashku dhe, duke diskutuar hapur tema kaq të ndjeshme, do të na ndihmojnë të thyejmë barrierat dhe paragjykimet në lidhje me planifikimin familjar dhe metodat moderne [kontraceptive]”. - Vajzë e re, DFG me studentë, zona rurale.

Mospranimi i bashkëshortit/të afërmve

Shumica e grave të moshës riprodhuese tregoi se, pavarësisht faktit se gratë kanë qëndrime pozitive ndaj PF-së dhe besojnë se përdorimi i MKM-ve duhet të jetë një përgjegjësi e përbashkët, ekzistojnë disa pengesa, të tilla si gjinia ose normat shoqërore që ndikojnë në vendimmarrjen për kontraktivët. Për shembull, është partneri/burri, ai që, më së shumti, dikton nëse duhet të fillojë përdorimi i një metode kontraceptive dhe se cila do të jetë ajo metodë.

“Unë njoh shumë miq që kanë kryer shumë aborte dhe ende nuk përdorin metoda kontraceptive moderne, por thjesht mbështeten në tërheqjen, pasi burrat e tyre nuk duan të përdorin ndonjë metodë moderne”. - Gra të martuara, DFG me gra, zonë rurale.

Ekziston një fakt pozitiv: shumica e pjesëmarrësve në studim e konsideron mosmarrëveshjen e çiftit për përdorimin e PF-së si një faktor që mund të pengojë marrjen e MKM-ve midis grave të martuara.

Një tregues për pabesi

Një mendim tjetër i përmendur në të gjitha fokus-grupet ishte që përdorimi i shërbimeve të PF-së është shkaktar ose nxitës drejt prostitucionit dhe pabesisë. Pothuajse dy e treta e grave dhe djemve/vajzave të reja përmendi gjithashtu se është e vështirë të flasësh dhe të diskutosh hapur me burrat, prindërit ose të afërmit e familjes për përdorimin e kontracepsionit modern. Dëshmia e mëposhtme, gjithashtu, pohon faktin se të flasësh për PF-në me anëtarët e familjes, nuk është aq e lehtë.

“Unë besoj se prindërit e mi janë të mirë, por përsëri nuk ndihem rehat të flas me babanë tim për shëndetin seksual dhe planifikimin familjar. Edhe vetë prindërit e mi nuk flasin për tema të tilla para nesh [fëmijëve]”.

- Studente e re, DFG me të rinj, zona urbane.

Përvoja e pjesëmarrësve me shërbimet e planifikimit familjar

Pyetjet në këtë pjesë kishin për qëllim të hulumtonin perceptimin e përdoruesve të shërbimeve në lidhje me kontracepsionin modern dhe shërbimet e PF-së. U përdorën pyetje rreth aksesit, sigurimit të shërbimeve dhe pengesave.

Aksesi në shërbimet e planifikimit familjar

Në përgjithësi, mundësia e aksesit lidhet me vendndodhjen gjeografike të pacientit dhe të ambienteve. Faktorë, të tillë si aksesit fizik, distanca hapësinore, koha e udhëtimit, mënyra e transportit, mund të pengojnë përdorimin e shërbimeve nga grupet që përjetojnë vështirësi në vënien në lëvizje të burimeve praktike të kërkuara për të bërë të mundur shërbimet e largëta.

Rreth dy e treta e grave pjesëmarrëse tha se ato mund të kishin qasje të lehtë në shërbimet e PF-së dhe se shërbimet ishin në dispozicion për shumicën e tyre. Vendndodhja gjeografike nuk u perceptua si një pengesë për të hyrë në shërbimet e PF-së. Gjithashtu, një gamë e gjerë përgjigjesh lidhej me kohën e udhëtimit, e cila ndryshonte nga disa minuta në një maksimum prej 30 minutash. Gati gjysma e pjesëmarrësve i konsideron normale largësinë dhe kohën e udhëtimit. Shumica e pjesëmarrësve përmendi që shërbime të tilla mund të arriheshin më këmbë ose me transport publik.

Sidoqoftë, rreth një e treta e pjesëmarrësve tregoi se largësia dhe koha e udhëtimit ishin të gjata dhe vlerësoheshin si pengesë për përdorimin e shërbimeve të PF-së, veçanërisht për gratë nga zonat rurale, ku sigurimi i shërbimeve të tilla është i kufizuar. I njëjti shqetësim u përmend për pakicën rome dhe atë egjiptiane që banojnë në periferi të qytetit dhe e kanë të vështirë të udhëtojnë në objektin më të afërt.

“Unë përdorja kontraceptivë injeksion dhe çdo dy muaj duhej të shkoja në maternitet. Më është dashur të kaloj disa orë për një vajtje-ardhje, përveç kohës që kam kaluar për të takuar një mjek”. - Grua e martuar, DFG me gra në moshë riprodhuese, zonë rurale.

Shqetësime në lidhje me orët e funksionimit dhe cilësinë e shërbimeve u ngritën nga të rinjtë. Shumica e tyre përmendi që shërbimet ekzistuese të PF-së nuk plotësojnë nevojat e të rinjve dhe nuk janë ideuar në mënyrë që t'i motivojnë ata të përdorin shërbime të tilla. Gati dy e treta e tyre i vlerëson oraret e funksionimit të shërbimit si jo të përshtatshme. Kjo nga ana tjetër, sipas tyre, këto orare pengojnë përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe të MKM-ve nga të rinjtë.

“Mënyrat se si funksionojnë shërbimet e planifikimit familjar duket se janë më të orientuara për gratë që duan të mbeten shtatzënë ose të menaxhojnë hapësirën e lindjes. Unë shkova një herë në një shërbim të planifikimit familjar në lagjen time dhe pashë vetëm gra shtatzëna me vjehrrat ose burrat e tyre. Nuk u ndjeva rehat fare dhe, më pas, u largova nga ndërtesa”. - Djalë i ri, DFG me të rinjtë, zonë urbane.

Gjithashtu, u përmend mungesa e shërbimeve miqësore për të rinjtë dhe hapja e tyre u konsiderua si domosdoshmëri për të motivuar të rinjtë të mësojnë rreth shëndetit seksual dhe të përdorin shërbimet e PF-së.

Vlen të përmendet se shumica e pjesëmarrësve në DFG vlerësoi lehtësinë e ofruar për të takuar një ofrues shëndetësor, i cili, sipas tyre, është faktor drejtues për të përdorur shërbimet e PF-së. Po sipas pjesëmarrësve, nuk ka nevojë të caktoni takim me një ofrues të PF-së, sepse mund të shihni një mjek brenda të njëjtës ditë. Shumica e tyre deklaroi se, në rast se kanë nevojë të shohin një ofrues, ata thjesht e telefonojnë atë dhe caktojnë një takim.

“Unë nuk kam nevojë të caktoj një takim paraprakisht ose të kaloj orë të tëra për të parë një mjek. Thjesht, shkoj në qendrën shëndetësore dhe pres të takoj mjekun. Nuk ka radhë të gjatë për njerëzit në shërbimet e planifikimit familjar, prandaj për më pak se 30 minuta kam mbaruar”. - Grua e re, DFG me gra, zona urbane.

“Në zonën time të banimit, ne nuk kemi një mjek të planifikimit familjar; vetëm dy infermiere dhe një mami. Unë i marr në telefon dhe kërkoj një takim, dhe kaq”. - Grua e martuar, DFG me gra, zona rurale.

Infrastruktura e institucionit të kujdesit shëndetësor

Aspekti më i rëndësishëm i këshillimit efektiv të PF-së është ndërhyrja dhe diskutimi mbi nevojat dhe dëshirat e secilit klient. Këshillimi për PF-në duhet të jetë privat dhe konfidencial.

Mungesa e hapësirës së mjaftueshme ose e dhomave të këshillimit për ofrimin e shërbimeve të PF-së u vërejt si një nga pengesat nga shumica e pjesëmarrësve. Pothuajse të gjithë ata që kanë pasur përvojë me përdorimin e shërbimeve të PF-së, përmendën se është e zakonshme në objektet shëndetësore që hapësira ose dhoma për sigurimin e PF-së të jetë e vogël dhe nuk ofron privatësi. Kjo mund ta bëjë vërtet të vështirë gjetjen e një vendi ku mund të ruhen privatësia dhe konfidencialiteti.

“Edhe pse qendra shëndetësore në lagjen time është rinovuar kohët e fundit, ofrimi i shërbimeve të planifikimit familjar po jepet përsëri në të njëjtën dhomë të vogël”. - Nënë e re, zonë rurale.

“Nuk ka hapësirë për këshillim konfidencial për përdorimin e metodave kontraceptive moderne. Mjeku të jep një informacion të shkurtër përpara kolegëve dhe klientëve të tjerë. Kjo është e sikletshme për mua”. - Grua e martuar, zonë rurale.

Disponueshmëria e kontracepsionit dhe promovimi i shërbimeve të planifikimit familjar

Sigurimi i aksesit në metodat e preferuara kontraceptive për gratë dhe çiftet dhe promovimi i PF-së janë thelbësore për të siguruar mirëqenien dhe autonominë e grave, duke mbështetur shëndetin dhe zhvillimin e komuniteteve.

Edhe pse qëllimi i pyetjeve në këtë rubrikë nuk ishte vlerësimi i shkallës së përdorimit të kontraceptivëve midis pjesëmarrësve në studim, atyre iu kërkua të shprehnin mendimet e tyre në lidhje me sigurimin e kontraceptivëve dhe të shërbimeve të PF-së.

Shumica e pjesëmarrësve nga grupi i grave zbuloi një fakt interesant në lidhje me disponueshmërinë e

metodave: shqetësimin për mungesën ose shumëllojshmërinë e reduktuar të metodave të preferuara së bashku me sigurimin e metodave më pak të dëshiruara.

“Nuk kam mundësi të zgjedh metodën dhe markën time të preferuar. Ose duhet të përdor atë që ata më japin [ofruesit e shëndetit], ose të ndërpres përdorimin e metodës kontraceptive”. - Grua e re, DFG me gra, zona rurale.

“Me të lindur fëmijën e tretë, më këshilluan fuqimisht që t’i nënshtrohesha sterilizimit femëror në vend të injeksionit [kontraktivëve të injektueshëm] ose aparateve [IUD]. Arsyeja ishte e thjeshtë: nuk ka metoda të tilla në qendrën shëndetësore të komunës”. - Grua e martuar, zonë rurale.

Këshillimi i ofruar nga ofruesit e PF-së luan një rol kryesor në marrjen e vazhdimin e tij dhe është thelbësor për të siguruar vendimmarrje të informuar dhe vullnetare.

Kështu që, pjesëmarrësve iu kërkua të ndajnë mendimet e tyre nëse ata janë këshilluar dhe informuar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor të PF-së në lidhje me përfitimet dhe efektet anësore të mundshme të MKM-ve. Gjatë DFG-ve me gratë në moshën riprodhuese, shumica e tyre tregoi se ishin informuar dhe këshilluar nga ofruesit e kujdesit shëndetësor kryesisht për shtatzëninë dhe ushqyerjen me gji dhe, në një shkallë më të vogël, për përdorimin e metodave kontraceptive.

“Unë jam informuar dhe këshilluar rregullisht nga mjeku për kujdesin për shtatzëninë, por jo shumë për metodat kontraceptive. Të them të drejtën, as vetë nuk isha e interesuar”. - Grua e martuar, DFG me gra, zona urbane.

Ndërsa diskutimet me të rinjtë zbuluan mungesën e interesit të tyre për t’u informuar dhe këshilluar në lidhje me metodat kontraceptive.

“Pse duhet të shkoj të vizitoj një mjek për t’u informuar në lidhje me metodat kontraceptive? Thjesht lundroni në faqet e internetit dhe brenda sekondave keni informacionin e duhur që ju nevojitet”. - Djalë i ri, zonë urbane.

Një vajzë nga i njëjti grup mbështeti shoqen e saj duke pohuar frikën e identifikimit si përdoruese e PF-së dhe paragjykimet e mundshme nga anëtarët e familjes ose komunitetit.

“Nëse unë shkoj në qendrën shëndetësore dhe kërkoj metoda kontraceptive, mjeku do të telefonojë mamanë time dhe do t’i thotë se isha atje dhe kërkoja kontraktivë”. - Vajza të reja, zonë rurale.

Është interesante të theksohet se shumica e të rinjve përmendi se ata janë informuar që mjekët rekomandojnë përdorimin e metodave kontraceptive për të rregulluar ciklin menstrual dhe jo si metoda për të rregulluar lindjet në hapësirë ose për të parandaluar shtatzënitë e paqëllimshme.

Një pjesëmarrëse femër ndau përvojën e saj duke treguar se ajo ka përdorur metoda kontraceptive për të rregulluar ciklin menstrual, por nuk ishte këshilluar për përdorimin e tyre si metoda parandaluese.

“Unë shkoja shpesh për t’u konsultuar me një obstetere-gjinekologe për shkak të ciklit të parregullt. Ajo sugjeroi të përdorja pilula për të rregulluar ciklin menstrual, por hezitoi për shkak të frikës nga efektet anësore” - Vajzë e re, zonë urbane.

Promovimi i shërbimeve të planifikimit familjar

Promovimi i shërbimeve të PF-së u gjet i ulët dhe konsiderohej si një pengesë për të inkurajuar njerëzit të përdorin MKM. Askush nga të anketuarit që ka pasur përvojë të mëparshme me përdorimin e shërbimeve të PF-së, nuk ka përmendur që nuk u është dhënë asnjë material promovimi. Përveç kësaj, pjesa dërrmuese e tyre mezi mbante mend ndonjë fushatë promovuese për PF-në ose mesazhe promovuese të transmetuara në masmedia (të shtypura dhe elektronike).

Përqasja (kostoja) nuk u konsiderua si pengesë kryesore për të arritur dhe përdorur shërbimet e PF-së dhe MKM-të. Të gjitha gratë që kanë pasur përvojë paraprake me shërbimet e PF-së, përmendën që metoda e zgjedhur kontrceptive është dhënë falas dhe nuk janë kërkuar shpenzime të tjera shtesë. Çështjet e përballimit të koston u theksuan kryesisht nga disa gra që aktualisht po përdornin MKM. Kjo veçanërisht në rastet kur nuk ka furnizim në qendrën shëndetësore. Sipas tyre, ato detyrohen të ndalojnë marrjen e kontraktivëve, ose t'i blejnë në tregun privat, kostoja e të cilave vlerësohej e lartë dhe shpesh e papërballueshme.

“Vitin e kaluar, pilulat nuk ishin në dispozicion për disa muaj në qendrën e planifikimit familjar. Shkova në një farmaci private dhe bleva pilula për një muaj. Muajin tjetër hoqa dorë për shkak të çmimit të lartë”. - Grua e martuar, DFG me gra, zona urbane.

Faktorët shoqërorë

Mungesa e njohurive dhe frika nga efektet anësore

Shumica e pjesëmarrësve, veçanërisht gratë, e shoqërojnë përdorimin e kontraksionit modern me disa efekte anësore, të tilla si: rreziku i kancerit, rrezikshmëria për pjellori, njolla të zeza, shtimi në peshë etj.

“Na është thënë se përdorimi i pilulave për një kohë të gjatë rrit rrezikun për kancerin e gjirit dhe sterilitetin”. - Grua e re, zona urbane.

“Gratë nuk përdorin metoda moderne, sepse ato shkaktojnë gjakderdhje të rëndë dhe, për këtë arsye, ekziston rreziku i anemisë”. - Vajzë e re, zonë rurale.

“Unë kam një mikeshë që punon në maternitet, e cila më tha se spiralja shkakton infeksion në organin e shëndetit riprodhues”. - Grua e martuar, zona urbane.

Të njëjtin mendim për disa efekte anësore të kontraktivëve modernë kishin djem dhe vajza të reja, të cilët, në fakt, ishin konfuzë për llojet e ndryshme të informacioneve që kanë marrë në lidhje me përfitimet dhe efektet anësore të metodave kontrceptive.

“Unë nuk di çfarë të besoj në lidhje me përdorimin e metodave kontrceptive moderne. Gjithmonë i njëjti informacion kontradiktor në lidhje me përfitimet kundrejt efekteve anësore”. - Vajzë e re, zona urbane.

IV. Diskutime

Rezultatet e studimit nxjerrin në pah qëndrueshmërinë e problemeve në lidhje me përdorimin e shërbimeve të PF-së në Shqipëri. Ato janë në përputhje me gjetjet nga SDSH (2008, 2018) dhe në të njëjtën linjë me studimet e tjera të kryera në Shqipëri dhe më gjerë (35).

Analiza e tanishme tregon zhvillime dhe arritje pozitive në lidhje me cilësinë e shërbimeve të PF-së, ndërkohë që gjeti shumë sfida me të cilat përballen ofruesit e shërbimeve dhe përdoruesit, duke filluar nga faktorët organizativë deri te ata shoqërorë.

Përparim i dukshëm është bërë në Shqipëri për përmirësimin e cilësisë së kujdesit për shërbimet e PF-së. Aktualisht, ekziston një mbështetje e madhe e qeverisë për të forcuar sigurinë kontraceptive, për të përmirësuar infrastrukturën e shërbimeve shëndetësore dhe për të siguruar burime të dedikuara për shërbimet e PF-së, mbështetur në ligje, dokumente të politikave, strategji të azhurnuara dhe plane veprimi. SMIL mbulon 36 rrethe brenda vendit. Barazia gjinore dhe e drejta e grave për shëndet promovohen fuqimisht dhe PF-ja vlerësohet si e drejtë themelore e njeriut, nga e cila duhet të përfitojnë të gjithë qytetarët me vullnetin e tyre të lirë.

Prej shumë vitesh, qeveria shqiptare ka financuar plotësisht prokurimin kontraceptiv për sektorin publik. Përveç sektorit publik, një gamë e gjerë e metodave kontraceptive është në dispozicion nga dy burime të tjera: a) sektori privat (farmacitë dhe pikat jotradicionale me pakicë) dhe b) çmime të subvencionuara nga programi i marketingut social (NESMARK). Edukimi për shëndetin seksual është futur në shkollë dhe ai, tashmë, është pjesë e kurrikulës shkollore. Sipas SDSH-së të fundit njohuritë për kontraceptivët dhe për burimet moderne, ku mund të merren metoda të tilla, janë pothuajse universale: 97 për qind e grave dhe 96 për qind e burrave të moshës 15-49 vjeç njohin të paktën një metodë moderne të kontracesionit dhe burimet ku ta sigurojnë atë.

Sidoqoftë, pavarësisht progresit të mirë edhe prej mbështetjes politike, përmirësimet e infrastrukturës dhe njohurive universale në lidhje me shërbimet e PF-së dhe MKM-të vazhdojnë të mbeten të ulëta dhe ulen vazhdimisht (nga 8 për qind në vitin 2008 në 4 për qind në vitin 2018). Ka një rënie të nivelit të lindshmërisë dhe abortit, por vërehen tendenca kontradiktore lidhur me përdorimin e kontraceptivëve modernë. Për më tepër, kërkesa totale midis grave aktualisht të martuara u ul nga 82 për qind në vitin 2008 në 61 për qind në vitin 2018. Është shumë interesante rritja e lehtë (1.8 për qind) e normës totale të pjellorisë që u shënuar në vitin 2018, krahasuar me 1.6 për qind, siç raportohet nga gjetjet e ASHDSH-së, në vitin 2008.

Në dritën e këtyre të dhënave, studimi u përqendrua në faktorët që pengojnë përdorimin e shërbimeve të PF-së duke hulumtuar perceptimin dhe përvojën e ofruesve të shërbimeve, grave të moshës riprodhuese dhe të rinjve.

Ekziston një mjedis dhe qëndrim pozitiv për shërbimet e PF-së. Kohët e fundit, qeveria ka hartuar dhe ka azhurnuar një sërë ligjesh, dokumente të politikave, udhëzime dhe protokolle kombëtare në fushën e PF-së. Kohët e fundit është përditësuar Protokoli Kombëtar i Planifikimit të Familjar. Dokumenti Strategjik i Shëndetit Riprodhues dhe Strategjia Kombëtare e Sigurisë Kontraceptive mbulojnë periudhën 2017-2021. Komiteti i Shëndetit Riprodhues është mbledhur dhe ka funksionuar.

Për më tepër, qëndrime mbështetëse u panë midis vendimmarrësve dhe ofruesve të shërbimeve lidhur me shërbimet e PF-së, si dhe një atmosferë konstruktive midis tyre për të identifikuar pengesat, sfidat dhe mënyrat për të rritur përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe të MKM-ve.

Njohuritë në lidhje me metodat dhe burimet kontraceptive se ku mund të marrësh MKM, ishin pothuajse universale në mesin e grave në moshën riprodhuese dhe të rinjve. Pjesa dërrmuese e tyre identifikoi saktë të paktën një MKM, si dhe disa përfitime të përdorimit të metodave të tilla dhe shërbimeve të PF-së në

përgjithësi. Pothuajse të gjithë e identifikuan prezervativin si një metodë e mbrojtjes së dyfishtë nga shtatzënitë e paqëllimshme dhe infeksionet seksualisht të transmetueshme. Sidoqoftë, edhe pse ky studim nuk synonte të vlerësonte përhapjen aktuale të pjesëmarrësve në studim, strukturat e përdorimit të shërbimeve të PF-së janë të lidhura me nivelet e njohurive. Përdorimi i shërbimeve të PF-së u zbulua të ishte i ulët për shkak të disa pengesave mbizotëruese, si:

- a) faktorët organizativë,
- b) faktorët shoqërorë - gjinorë socialë dhe kulturorë; dhe
- c) promovimi i programeve të PF-së.

Faktorët organizativë

Edhe pse infrastruktura e shërbimit të PF-së vlerësohej si e përshtatshme dhe kishte lehtësirat e artikujt më themelorë për të kryer ekzaminime konfidenciale, audio dhe pamore, përsëri u vërejtën disa pengesa. E para kishte të bënte me hapësirën e vogël që nuk lejon një ndërveprim të mirë, këshillim privat dhe konfidencial midis një ofruesi dhe klientit. Shpesh, kjo hapësirë (dhomë) ndahet me ofruesit e tjerë dhe kështu informacioni i dhënë klientit në lidhje me metodën e zgjedhur është sipërfaqësor dhe kufizohet vetëm nga përdorimi i metodës dhe vizita vijuese. Frika nga infektimi gjatë ekzaminimit të klientit u ngrit gjithashtu nga shumica e ofruesve të shërbimeve, kryesisht për shkak të mungesës së peshqirëve me një përdorim, zgjidhjeve të solucionave të dezinfektimit dhe dorezave latex të ekzaminimit.

Sipas ofruesve të shërbimeve dhe përdoruesve, një pengesë tjetër lidhej me sigurimin e cilësisë dhe mbikëqyrjen, veçanërisht në adresimin e nevojave dhe sugjerimeve të klientit. Edhe pse çdo qendër shëndetësore supozohet të ketë një kuti për të mbledhur sugjerimet e klientëve, vetëm gjysma e pjesëmarrësve përmendi që kuti të tilla janë në dispozicion. Edhe kur janë në dispozicion kutitë, procesi i mbledhjes, analizës, adresimit të nevojave dhe sugjerimeve të klientit mbetet për t'u diskutuar, pasi asnjë informacion nuk sigurohet nga mbikëqyrësit për ofruesit e shërbimeve, as për klientët.

Disa shqetësime u regjistruan në lidhje me menaxhimin dhe mbikëqyrjen. Shumica e ofruesve të shërbimeve nga sektori publik deklaroi se gjatë gjashtë muajve të fundit është mbikëqyrur të paktën një herë nga menaxheri/mbikëqyrësi. Sidoqoftë, një mbikëqyrje e tillë ka qenë më shumë e përqendruar në çështjet administrative sesa në cilësinë e kujdesit të ofruar. Asnjë vizitë e mbikëqyrjes së brendshme ose të jashtme nuk është kryer për të vlerësuar performancën profesionale ose respektimin e standardeve dhe protokolleve.

Këto rezultate nxjerrin në pah mundësitë për t'u përqendruar në këto elemente, në mënyrë që të përshtatet infrastruktura ekzistuese e shërbimit të PF-së dhe të përmirësohet cilësia e shërbimeve për t'i bërë tërheqëse dhe të sigurta për klientët.

Për më tepër, ofruesit menduan se njohuritë dhe aftësitë e tyre në lidhje me metodat e reja kontraceptive, udhëzimet dhe standardet ndërkombëtare mund të jenë të vjetruara, për shkak të mungesës së pjesëmarrjes në procesin e hartimit të dokumenteve/protokolleve, në trajnime, workshop-e dhe veprimtari kombëtare e ndërkombëtare. Askush prej tyre nuk raportoi të ketë marrë pjesë në trajnime të akredituara për PF-në, të paktën gjatë dy viteve të fundit. Për më tepër, ata menduan se zëri i tyre nuk dëgjohet dhe se mendimet e tyre nuk përfshihen kur hartohet një udhëzues ose protokoll kombëtar. Ndërsa në nivelin organizativ, mundësitë aktuale të trajnimit janë të papërshtatshme dhe, kur ato ndodhin, procesi i përzgjedhjes është i paqartë dhe përmbajtja nuk është domosdoshmërisht e rëndësishme.

Këto zbulime të çojnë në përfundimin se mungesa e përfshirjes në hartimin e dokumenteve të politikave dhe në trajnime të përshtatshme mund të pengojë frymëzimin dhe përkushtimin e ofruesve për shërbime të mira si dhe aftësinë e tyre për të inkurajuar klientët të përdorin metoda kontraceptive dhe të adresojnë konceptimet e

gabuar dhe pengesat që ekzistojnë kundër metodave të tilla. Organizimi i trajnimeve në vend dhe zhvillimi i një orari trajnues dhe temave përkatëse mund të jenë një qasje e realizueshme dhe me kosto efektive për të kapërcyer pengesat. Nga ana tjetër, kjo duhet të negociohet me Qendrën Kombëtare të Edukimit në Vazhdim (QKEV), e cila mund të kërkojë një numër kreditesh të caktuara të marra në trajnimet e PF-së për të rinovuar licencën profesionale.

Është inkurajues fakti që një gamë e gjerë e MKM-ve cilësore janë në dispozicion dhe ofrohen falas në objektet publike. Sidoqoftë, është zhgënjyese të vërehet se mungesa e koordinimit dhe keqmenaxhimi i brendshëm shkaktojnë probleme me magazinimin dhe ndërprerjen e shërbimeve. Mungesa e koordinimit midis Operatorit Rajonal të Shëndetit, planifikimi paraprak ose llogaritja e stokut para se të ulej ose të mbaronte u konsideruan si faktorët kryesorë. Ndërprerja e shërbimeve i vë përdoruesit e kontraktivëve në rrezik më të lartë për shtatzëni të paqëllimshme dhe transmetim të IST-së, po ashtu largon dhe klientët. Këto pengesa mund të kapërcehen duke planifikuar paraprakisht një stok deri në gjashtë muaj, ose duke krijuar një sistem të brendshëm të menaxhimit i cili, në mënyrë periodike, paralajmëron paraprakisht sa herë që stoku po pakësohet. Procesi i porosities dhe dorëzimit mund të rishikohet dhe të thjeshtohet, në mënyrë që të shmangen burokracitë.

Realisht, institucionet e shëndetit publik në Shqipëri ofrojnë një gamë të gjerë të metodave kontraktive, duke filluar nga prezervativët për meshkuj, pilulat e ndryshme orale, spiralja dhe injeksionet. Sidoqoftë, preferencat për metoda të veçanta kontraktive ndryshojnë shumë, bazuar në faktorë të ndryshëm, siç janë: lehtësia e përdorimit, efikasiteti, efektet anësore, kostoja dhe marrëdhëniet me partnerin etj. Edhe pse jo në përqindje më të lartë, u vërejt dukuria mosdisponueshmërisë së metodave. Gati dy e treta e përdoruesve të shërbimeve përmendi se nuk kishte zgjedhje të lirë për të zgjedhur metodën e preferuar, për shkak të mungesës së metodave ose varietetit të zvogëluar të metodës së preferuar. Në këto kushte, klientët u detyruan të përdorin metodat në dispozicion, të sugjeruara nga ofruesit e shërbimeve, ose të ndërpresin përdorimin e metodave kontraktive, në rast se ata nuk ishin në gjendje t'i blinin në tregun privat. Në fakt, përballueshmëria nuk u perceptua si një pengesë nga shumica e pjesëmarrësve të studimit, megjithatë u përmendën shqetësime të veçanta, veçanërisht në rast të mbarimit të stokut. Defragmentimi i tregut në lidhje me çmimin dhe gamën e metodave kontraktive u përmendën gjithashtu nga shumica e përdoruesve të shërbimeve. Kjo është më e dukshme në mungesë të sektorit të marketingut social, i cili konsiderohet si një mbrojtës tregu. Gjetjet nga kjo pjesë sugjerojnë që pasja e një game të plotë dhe markave të metodave kontraktive nga ofrues të ndryshëm rrit shanset për uljen e çmimit, për përmirësimin e aksesit të grave dhe për marrjen e shërbimeve të PF-së.

Mungesa e ndjekjes së klientit ishte një tjetër pengesë e gjetur në këtë studim, dhe kjo ishte më e përhapur për klientët e referuar tek IST/HIV ose shërbime më të specializuara. Shërbimet e PF-së nuk ofrojnë testim dhe, për këtë arsye, as këshillim dhe trajtim për IST/HIV, por i referojnë klientët e tyre në Qendrën e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar, e cila është në zonën e Operatorit Shëndetësor Rajonal, ose në spitalet rajonale. Meqenëse PF-ja dhe IST/HIV janë çështje të ndjeshme, mungesa e koordinimit ndërmjet institucioneve dhe ndjekjes së klientëve çon në humbjen e klientëve dhe ndërprerjen e shërbimeve. Prandaj, integrimi i shërbimeve të HIV/AIDS u konsiderua si një opsion. Ulja e pengesave strukturore që kufizojnë aftësinë e një klienti për të marrë shërbime të shumta në të njëjtën kohë shoqërohet me marrjen e shërbimeve. Megjithatë, integrimi i PF-së me shërbimet e HIV/AIDS kërkon më shumë hulumtime mbi efektivitetin dhe përshtatshmërisë.

Shërbimet aktuale të PF-së u perceptuan si shërbime për gratë shtatzëna dhe nuk u gjetën tërheqëse për shumicën e të rinjve, si dhe për shumicën e grave të moshës riprodhuese. Kjo do të thotë se pengesa e perceptuar nga të rinjtë nuk lidhej me cilësinë e dobët ose të ulët të shërbimeve ekzistuese të PF-së, por më tepër me infrastrukturën e shërbimit që nuk është përshtatur për nevojat e tyre. Prandaj duhet theksuar gjetja e alternativave për të përshtatur shërbime të tilla që plotësojnë nevojën e të rinjve dhe që rritin kërkesën për shërbimet e PF-së. Riprojektimi i konceptit të shërbimeve miqësore për të rinjtë për shërbimet e PF-së mund të jenë një mundësi e mirë, pasi vendi ynë ka përvojë në zbatimin e shërbimeve të tilla. Përveç kësaj, siguri i shërbimeve të PF-së përmes njësive të lëvizshme ose programeve satelitore mund të jetë një mundësi e realizueshme dhe me kosto efektive.

Faktorët shoqërorë

Një klimë frike ekziston ende midis përdoruesve të kontraktivëve. Frika nga efektet anësore, (rrezikshmëri për pjellori, gjakderdhje e rëndë, njolla të zeza, rritje e qimeve në fytyrë etj.), ishte keqkuptimi më i zakonshëm i përmendur nga pjesëmarrësit në studim. Burimi i frikës është i rrënjësuar kryesisht nga gojëdhëna dhe jo nga burime të besueshme, të tilla si media sociale dhe interneti.

Mosmiratimi i bashkëshortëve vazhdon të jetë një pengesë tjetër për marrjen e metodave moderne të kontraksionit. Ky qëndrim është i lidhur ngushtë me çështjet shëndetësore socio-kulturore, lidhjet familjare dhe mungesën e përfshirjes së meshkujve në vendimmarrjen e PF-së.

Stigma sociale dhe presioni u gjetën gjithashtu si pengesë. Frika e identifikimit nga anëtarët e familjes, të afërmit dhe anëtarët e komunitetit si përdorues të shërbimeve të PF-së ose kontraksionit modern lidhej fuqimisht me shthurjen, sjelljet e këqija ose abortin e pasigurt.

Gjetjet e mësipërme tregojnë se si faktorët shoqërorë ndikojnë në cilësinë e kujdesit dhe përdorimin e shërbimeve të PF-së në shumë mënyra. Idetë e gabuara në lidhje me metodat dhe kërkesa për metoda të caktuara ndikohen gjerësisht nga ajo që klientët dëgjojnë nga kolegët e tyre, miqtë ose anëtarët e familjes. Metodatat kontraktive zgjidhen bazuar në marrëdhëniet e tyre me partnerët dhe jo në nevojat e grave. Këto keqkuptime për një kohë të gjatë kërkojnë një mobilizim të madh duke filluar nga politikëbërësit e deri tek anëtarët e komunitetit. Ekziston nevoja për t'i fuqizuar të rinjtë dhe gratë për të ndikuar në aftësitë jetësore dhe për t'u mundësuar atyre që të zhvillojnë njohuritë e duhura dhe aftësitë bashkëbiseduese në lidhje me ShSR-në. Nevojitet identifikimi i strategjive që rrisin mbështetjen dhe pjesëmarrjen e partnerëve meshkuj.

Promovimi i shërbimeve të planifikimit familjar

Mungesa e materialeve promovuese dhe e ndërhyrjeve në ndryshimin e sjelljes dhe fushatave të masmedias u pranua gjerësisht nga pjesëmarrësit në studim. Nevojë urgjente është riformimi i programeve të PF-së për lehtësimin e frikës dhe të miteve për efektet anësore përmes këshillimit efektiv dhe sigurimit të informacionit të përshtatshëm e korrekt përmes fushatave të masmedias dhe kurrikulës shkollore.

Së fundmi, pandemia ka ndikuar në cilësinë e shërbimeve të PF-së dhe ka çuar në ndërprerje të shërbimeve të tilla për përdoruesit e kontraktivëve. Meqë jemi në një fushë të panjohur, më shumë kohë, përpjekje dhe kërkime duhen në të ardhmen për të zbuluar efektin e pandemisë COVID-19 në ofrimin e shërbimeve të PF-së.

Studimi konfirmon ekzistencën e hershme të pengesave për përdorimin e shërbimeve të PF-së në Shqipëri. Sidoqoftë, studimi ka disa kufizime që rrjedhin kryesisht nga modeli i tij. Prandaj, gjetjet e tilla duhet të trajtohen me kujdes për të shmangur përgjithësimin e tepërt.

V. Përfundime dhe rekomandime

Shkalla e përdorimit të kontraceptivëve vazhdon të ulët në Shqipëri dhe vendi ynë mbetet ende një nga vendet me numrin më të ulët të përdoruesve të kontraceptivëve modernë në Europë. Pavarësisht progresit të mirë për një angazhim të qartë politik dhe për të garantuar siguri kontraceptive, perceptimet negative dhe keqkuptimet në lidhje me efektivitetin dhe sigurinë e metodës janë të zakonshme dhe pengojnë përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe të MKM-ve.

Shqipëria i ka të gjitha mundësitë të përmirësojë përdorimin e shërbimeve të PF-së dhe të përqendrojë përpjekjet për kalimin nga klima e frikës në kulturën moderne të kontracepsionit. Për këtë, është e nevojshme të forcohet mundësia e aksesit dhe sigurimi i shërbimeve, si dhe të zgjerohet diapazoni i opsioneve kontraceptive moderne që përshtaten me nevojat e grave dhe çifteve.

Bazuar në gjetjet, përpunimin e analizën e tyre, në diskutimet, gjykimet, vlerësimet e përfundimet, dhe në kontekstin e kulturës shqiptare, studimi arrin në rekomandimet e për hartimin e programeve/ndërhyrjeve të mëposhtme:

- Të zbatohen ndërhyrje që përqendrohen në uljen e pengesave kryesore në marrjen shërbimeve të kujdesit për PF-në, duke përmirësuar infrastrukturën dhe shërbimet e objektit, duke forcuar njohuritë dhe aftësitë e ofruesve të kujdesit shëndetësor, duke edukuar komunitetet për përparësitë dhe përfitimet e kontracepsionit modern dhe thyerjen e pengesave shoqërore për përdorimin e kontraceptivëve.
- Të përmirësohet shkallë-shkallë e në vijimësi infrastruktura e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe të caktohen fonde të posaçme për PF-në dhe për shërbimet e ShSR-së.
 - Të hartohen e të zbatohen programe edukative të përshtatura dhe afatgjata të ndryshimit të sjelljes, të cilat mbulojnë të gjitha metodat e PF-së dhe çështje të përgjithshme të ShSR-së.
 - Të organizohen fushata promovuese për të adresuar keqkuptimet dhe frikën e metodave moderne të PF-së, veçanërisht duke siguruar informacion të saktë në lidhje me rreziqet dhe gjasat e efekteve anësore.
- Të planifikohet financim afatgjatë për këto përpjekje, për të mundësuar kohën që të ndodhë ndryshimi i sjelljes.
- Të krijohen dhe të përshtaten shërbime që marrin parasysh nevojat e të rinjve. Shërbimet miqësore për të rinjtë, programet në komunitet dhe ato satelitore mund të zbatohen në zonat ku ka mungesë të programeve të PF-së.
- Të hartohen programe, të përforcohen praktika institucionale dhe strukturore që thejnë pengesat, forcojnë barazinë gjinore, stimulojnë pjesëmarrjen e meshkujve në vendimmarrjen e PF-së, zvogëlojnë dhunën seksuale dhe shmangin martesën e të miturve.
- Të forcohet monitorimi dhe vlerësimi i sistemit të informacionit shëndetësor dhe i integritetit të të dhënave në lidhje me çështjet e ShSR-së (përdorimi i kontraceptivëve, infeksionet seksualisht të transmetueshme, shkalla e aborteve etj.).
- Të përmirësohet cilësia e trajnimit për ofruesit e shërbimeve, duke organizuar trajnim të akredituar për PF-në, si pjesë e programeve të edukimit mjekësor të vazhdueshëm.

- Të riaktivizohet Komiteti i Shëndetit Riprodhues dhe të krijohen struktura të tilla në nivel rajonal për të decentralizuar dhe për të forcuar politikëbërjen në lidhje me PF-në dhe ShSR-në.
- Të krijohet bashkëpunim ndërsektorial dhe të forcohen aktivitetet e advokimit në favor të PF-së me institucione dhe organizata publike dhe private (kombëtare dhe ndërkombëtare) për të rritur fondet dhe për të siguruar mbështetje afatgjatë të shërbimeve të PF-së.
- Të studiohet mundësia e integritit të PF-së me shërbime të tjera të ShSR-së, siç janë shërbimet IST/HIV, me fokus të veçantë të rinjtë dhe komunitetet në nevojë.
- Të prezantohet dhe të pilotohet qasja totale e tregut që do të mbulojë boshllëqet ekzistuese dhe do të shërbejë si urë lidhëse midis sektorëve të planifikimit familjar publik dhe privat.
- Të zhvillohen platforma konsultimi/këshillimi në internet, përmes telemjekësisë dhe në rrjetet sociale për të përmirësuar aksesin në shërbimet e PF-së dhe përballimin e pandemisë COVID-19.
- Të sigurohet edukim seksual për të gjithë, përfshirë të rinjtë brenda dhe jashtë shkollës, grupe të marginalizuara dhe të tjerë që mund të mos kenë pasur kurrë informacion në lidhje me seksin dhe riprodhimin. Ky edukim të jetë në dispozicion dhe pjesë thelbësore e angazhimit të qeverisë për PF-në.
- Të kryhet një kërkim intensiv mbi ndikimin e pandemisë COVID-19 lidhur me përdorimin e shërbimeve të PF-së e të ShSR-së dhe të propozohen veprime/programe konkrete për të siguruar vazhdimin e shërbimeve.

Referencat

1. Fondi i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara (UNFPA). Shëndeti seksual dhe riprodhues. Në dispozicion në: <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
2. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh). Planifikimi familjar / Kontracepcioni. Në dispozicion në: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
3. Zyra e Parandalimit të Sëmundjeve dhe Promovimit të Shëndetit (ZPSPSh). Njerëz të shëndetshëm 2020. Planifikimi familjar. Në dispozicion në: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objektivat/topic/family-planning>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
4. Fondi i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara (UNFPA). Planifikimi familjar. Në dispozicion në: <https://www.unfpa.org/family-planning>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
5. Jane Falkingham dhe Arjan Gjonça. Tranzicioni i fertilitetit në Shqipërinë komuniste, 1950-1990. Studime të Popullsisë. 2001; 55 (3): 309-318.
6. Geary J. Lindja e një kombi: planifikimi familjar në Shqipëri. ORGIN 1994; (2): 2-8.
7. Gjonca A, Aasve A, Mencarini L. Pjelloria më e lartë në Evropë - për sa kohë?: përcaktuesit e ndryshimit të pjellorisë në Shqipëri. Në dispozicion në: https://www.researchgate.net/publication/268435134_The_highest_fertility_in_Europe_-_for_how_long_determinants_of_fertility_change_in_Albania. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
8. Instituti i Statistikave (INSTAT). Në dispozicion në: <http://www.instat.gov.al/al/temat/treguesit-demografik%C3%AB-dhe-social%C3%AB/popullsia/>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
9. Anketa Shëndetësore Demografike e Shqipërisë 2017-2018. Në dispozicion në: <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/04/ADHS-2017-18-Complete-PDF-FINAL-ilovepdf-compressed-1.pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
10. Instituti i Shëndetit Publik (në shqip). Instituti i Shëndetit Publik, Sistemi i Survejancës së Abortit dhe Sistemi i Menaxhimit të Logjistikës dhe Informacionit të Kontraceptivit (SMIL), 2020. Të dhëna jashtë linje.
11. Kombet e Bashkuara (KB). Departamenti i Çështjeve Ekonomike dhe Sociale. Përdorimi i kontraktivëve sipas metodës 2019. Broshurë e të dhënave. Në dispozicion në: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/>

12. Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. Analiza e situatës në sektorin e shëndetit riprodhues (në shqip). Në dispozicion në: https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/08/ANALIZA_SITUATES_E_RIPUNUAR_mars_09.pdf. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
13. Ligji për shëndetin riprodhues (në shqip). Në dispozicion në: <http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/ligjet/Per-shendetin-riprodhues.pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
14. Ligji për ndërprerjen e shtatzënësisë (në shqip). Në dispozicion në: <http://www.infocip.org.al/?p=6002>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
15. Vendimi për miratimin e shportës së shërbimeve shëndetësore në kujdesin shëndetësor primar publik të financuar nga Fondi i Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (në shqip). Në dispozicion në: https://www.fsdksh.com.al/images/stories/faqe_kryesore/sherbimet/qsh/Kontratat_QSH_2016/VKM_NR_101_DATE_04_02_2015_PAKETA_E_PARESORIT.pdf. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
16. Dokumenti Strategjik dhe Plani i Veprimit për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 (në shqip). Në dispozicion në: https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/08/SRH_National_Strategic_Document_2017_-_2021.pdf. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
17. Strategjia Kombëtare Shqiptare e Sigurisë Kontraceptive 2017-2021. Në dispozicion në: <http://www.un.org.al/sites/default/files/Contraceptive%20Security%20Strategy%202017-2021%20%281%29.pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
18. Protokollet e praktikës klinike të planifikimit familjar për siguruesit e kujdesit shëndetësor (në shqip). Në dispozicion në: <https://www.scribd.com/document/369070328/PROTOKOLLET-E-PRAKTIKES-KLINIKE-TE-PLANIFIKIMIT-FAMILJAR-PER-OFRUESIT-E-SHERBIMIT-SHENDETESOR-pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
19. Anketa e Shëndetit Riprodhues Shqiptar 2002. Në dispozicion në: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/8243>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
20. Albania Demographic and Health Survey 2008-2009. Në dispozicion në: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR230/FR230.pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
21. Kragelund Nielsen K, Nielsen SM, Butler R, Lazarus JV. Pengesat kryesore për përdorimin e kontraktivëve modernë midis grave në Shqipëri: Një studim cilësor. RESPOND: Çështjet Shëndetësore. 2012; 20 (40): 158-65.
22. Boci, A., Eichleay, M., dhe Searing, H. 2013. Faktorët që ndikojnë në zgjedhjet e shëndetit riprodhues të grave në Tiranë, Shqipëri. Seria e Studimit të Projektit RESPOND: Kontributet

në Njohuritë Globale - Raporti Nr. 12. New York: EngenderHealth (Projekti RESPOND). Në dispozicion në: http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/research-reports/Study12-Albania-Report-July2013-FINAL.pdf. Përdorimi i fundit: Mars 2020.

23. Merdani, A., Kakarriqi, E., Toçi, D., Dedja, B., Fico, A., Toçi, E. Analiza e aborteve për periudhën 2013-2017, bazuar në të dhënat e sistemit të mbikëqyrjes së abortit. AMJ, 2018; 3: 39-47 (në shqip). Në dispozicion në: <http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/10/buletini-3-2018.pdf>. Përdorimi i fundit: Mars 2020.
24. Planifikimi familjar 2020. COVID-19 & planifikimi familjar, përditësuar më 9 prill 2020. Në dispozicion në: <http://familyplanning2020.org/covid-19>. Përdorimi i fundit: Prill 2020.
25. UNFPA (Fondi i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara). Pandemia e COVID19. Në dispozicion në: <https://www.unfpa.org/covid19>. Përdorimi i fundit: Prill 2020.
26. UNFPA (Fondi i Popullsisë i Kombeve të Bashkuara). Përgatitja dhe Përgjigja e Sëmundjes Coronavirus (COVID-19), Përmbledhje e Përkohshme Teknike e UNFPA. Në dispozicion në: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Contraceptives_and_Medical_Supplies_23_March.pdf. Përdorimi i fundit: Prill 2020.
27. Ahmed, Z., Sonfield, A. Shpërthimi i COVID-19: Rastet e mundshme për shëndetin dhe të drejtat seksuale dhe riprodhuese. Instituti Guttmacher. 11 Mars 2020. Në dispozicion në: <https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-health-reproductive-he-dhe-rights>. Përdorimi i fundit: Prill 2020.
28. Federata Ndërkombëtare e Prindërve të Planifikuar (FNPP). Pandemia COVID-19 ul aksesin në kujdesin shëndetësor seksual dhe riprodhues për gratë në të gjithë botën. 9 prill 2020. Në dispozicion në: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world> Përdorimi i fundit: Prill 2020.
29. Donabedian, A. 1966. Vlerësimi i cilësisë së kujdesit mjekësor. Tremujori Milbank 44: 166-206
30. Bruce, J. 1990. Elementet themelore të cilësisë së kujdesit: një kornizë e thjeshtë. Studime në Planifikimin Familjar 21: 61–91.
31. Bruce, J. Elementet themelore të cilësisë së kujdesit: Një kornizë e thjeshtë. Studime në Planifikimin Familjar. 1990; 21 (2): 61–90. PMID: 2191476
32. Bruce, J. Përmirësimi i cilësisë së kujdesit në planifikimin familjar. Informacione për Popullsinë. 2013; 19 (1).
33. Creel LC, Sass JC. La calidad centrada en el kliente: perspektivat për klientët tuaj dhe pengesat

para recibir atención. Paqja Popul y Popul Ref Bur. 1996; 1 (2): 2–8.

34. Murphy, E. dhe C. Steele. 2000. Ndërveprimet klient-ofrues në shërbimet e planifikimit familjar: Udhëzime nga kërkimi dhe përvoja e programit. Gazeta MAQ Vol. 1, Nr. 2. Washington D.C: Agjencia Amerikane për Zhvillim Ndërkombëtar.
35. UNFPA dhe OBSH 2003. Planifikimi i Familjes dhe Shëndeti Riprodhues në Evropën Qendrore dhe Lindore dhe Shtetet e Reja të Pavarura. 25 prill 2020. Në dispozicion në: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120226/E71193.pdf. Përdorimi i fundit: Prill 2020.

Shtojca A: Instrumentet kërkimore

Intervista gjysmë të strukturuar

Shembuj të pyetjeve që do të përdoren gjatë IGJS: “Tani do t’ju bëj disa pyetje në lidhje me cilësinë e PF-së në mjediset e kujdesit shëndetësor.” Ju lutem, mos ngurroni t’u përgjigjeni pyetjeve që kanë të bëjnë me vendin tuaj të punës (institucionin shëndetësor) ose përvojën tuaj.

Infrastruktura dhe pajisjet	
Infrastruktura fizike	Numri i pajisjeve në dispozicion në objekt: energji elektrike, ujë, tualet funksional, telefon, zonë pritjeje për klientët (nga 5)
Pajisjet e dhomës së vizitës	Numri i artikujve vijues të pranishëm: tryezë dhe stol për vizitën gjinekologjike, burimi i dritës, pasqyra kirurgjikale, sapun, peshqir me një përdorim, ujë për larjen e duarve, doreza të pastra, tretësirë për dezinfektim, kutia e të mprehtave, intimitet në dhomën e vizitës (nga 10)
Administrimi	
Rishikimi i administrimit	Nëse ekziston një sistem për rishikimin e çështjeve të menaxhimit / administratës
Sistemi për kontrollin e mendimit të klientit	Nëse ekziston një sistem për të marrë mendimet e klientëve në lidhje me shërbimet
Programi i sigurimit të cilësisë	Nëse objekti ka një program rutinë për monitorimin e cilësisë
Mbikëqyrja	Nëse vizita e fundit mbikëqyrëse në objekt ishte në 6 muajt e fundit
Inventari, organizimi dhe cilësia	Numri i artikujve vijues të pranishëm në objekt: inventari për furnizime kontraceptive, stoku i organizuar sipas datës së skadimit, kontraceptivët e mbrojtur nga uji, dielli dhe dëmtuesit
Disponueshmëria e shërbimeve	
Numri i ditëve të shërbimeve të ofruara	Numri i ditëve në javë që ofrohen shërbimet e PF-së
Disponueshmëria e ofruesit	Nëse një ofrues i trajnuar është gjithmonë i disponueshëm në objekt
Metodat e ofruara të PF-së	Numri i metodave të ofruara: pilula orale e kombinuar, pilula vetëm me progesteron, DIU, injeksion 2 ose 3 muaj, 1 muaj me injeksion, Norplant, prezervativ për meshkuj, prezervativ femëror, spermicid, diafragmë, kontracepsion emergjent, këshillim për metodat natyrore, tubektomia, vazektomia (nga 14)
Shërbime të tjera të ofruara të shëndetit riprodhues	Numri i shërbimeve ShSR-së përveç PF-së të ofruar: Shërbimet IST, imunizimi, kujdesi para lindjes, kujdesi pas lindjes, kujdesi pas abortit dhe shpërndarja (nga 6)
Këshillimi	
Udhëzimet	Numri i udhëzimeve ose protokolleve për këshillim në institucion (nga 5)
Ndihmat vizuale	Numri i ndihmave vizuale për demonstrimin e përdorimit të metodave të PF-së në objekt (nga 9)
Karta individuale e klientit	Nëse institucioni ka hapësirë private për këshillim në PF
Privatësia	Nëse ka një kartë / rekord individual të klientit për PF-së
Përvoja e ofruesve të PF-së	Numri i përvojës shumë vjeçare të ofruesve në ofrimin e shërbimeve PF
Ofruesit e trajnuar në PF-së	Numri i ofruesve që morën ndonjë trajnim gjatë shërbimit në PF në 5 vitet e fundit
PROCESI	
Ndërpersonal	
Koha e pritjes	Numri i minutave që klienti duhej të priste para se të shqyrtohej nga një ofrues
Privatësi e siguruar	Nëse ofruesi i shërbimit bëri të mundur privatësi pamore dhe dëgjimore gjatë vizitës
Shënimi i ankesës së klientit	Nëse ofruesi e pyeti klientin në lidhje me shqetësimet me metodat ose me metodën e përdorur aktualisht
Konfidencialiteti i siguruar	Nëse ofruesi e siguroi klientin për konfidencialitetin
Shpjegohet përdorimi i metodës	Nëse ofruesi i shpjegoi klientit se si ta përdorë metodën
Recetë për injeksion	Nëse ofruesi përshkroi një injeksion për klientin

Teknike	
Historia e riprodhimit	Ofruesi e pyeti klientin për sa vijon: mosha, numri i fëmijëve që jetojnë, data e fundit e lindjes, historia e ndërlkimeve, statusi i shtatzënisë, dëshira për më shumë fëmijë, koha e dëshiruar e lindjes së fëmijës tjetër, statusi i gjdhënies, rregullsia e ciklit menstrual (nga 9)
Ekzaminim fizik	Ofruesi mori/pyeti për sa vijon gjatë vizitës fizike: presionin e gjakut, peshën, pyeti për pirjen e duhanit, pyeti për simptomat e IST, pyeti për sëmundje kronike (nga 5)
Procedura e injektimit	Ofruesi bëri sa më poshtë kur bënte injeksionin e PF: kontrolloi kartën e klientit, lau duart me sapun përpara se të bënte injeksionin, përdori peshqir me një përdorim për tharje, përdori gjilpërë të saposterilizuar, shishen e trazoi para se të mbushte dozën, pastroi vendin e injektimit pastër dhe thatë para injeksionit, tërhoqi kumën përpara injeksionit, lejoi që vetëshpërndarja e dozës të bëhet në vend të masazhimit, hodhi gjilpërën në enë rezistente (nga 9)
Kohëzgjatja e konsultimit	Numri i minutave të ofruesit të shpenzuar në konsultim
REZULTATI	
Kënaqësia e klientit	Klientët raportuan se nuk kishin asnjë problem me GJITHË sa më poshtë: kohën e pritjes, aftësinë për të diskutuar shqetësimet me ofruesin, sasinë e shpjegimit të dhënë, cilësinë e ekzaminimit dhe trajtimin e ofruar, privatësinë pamore gjatë ekzaminimit, privatësinë e dëgjimit gjatë ekzaminimit, sigurimi i ilaçeve në institucion, orët e ofrimit të shërbimit, pastërtinë e objektit, trajtimin e klientit nga stafi.

Shtojca B: Instrumenti i kërimit DFG për të matur përvojën e përdoruesve dhe përvojën e kënaqësisë së klientit me PF dhe Shërbimet e Kontracepsionit.

Shembuj të pyetjeve që do të përdoren gjatë DFG: "Tani unë do t'ju bëj disa pyetje në lidhje me kënaqësinë që keni pasur ju në institucionet shëndetësore të PF-së. Ju lutem, mos ngurroni të përshkruani mendimin / përvojën tuaj dhe, nëse po, a kanë ndikuar ato në vendimmarrjen tuaj për të përdorur metoda kontraceptive ose ndonjë shërbim tjetër të planifikimit familjar".

• Koha sa pritët
• Mundësia për të diskutuar problemet ose shqetësimet në lidhje me shëndetin tuaj me ofruesin
• Sasia e shpjegimit që keni marrë në lidhje me ndonjë problem ose metodë të PF-së
• Cilësia e ekzaminimit dhe trajtimit të ofruar
• Privatësia nga të parit të vizitës nga të tjerët
• Privatësia nga të tjerët që të dëgjojnë diskutimin tuaj të konsultimit
• Sigurimi i metodave kontraceptive në këtë institucion
• Orët e shërbimit në këtë objekt
• Numri i ditëve që shërbimet janë në dispozicion për ju
• Pastërtia e objektit
• Si ju trajtoi stafi
• Kostoja për shërbime ose trajtim
• Pengesat që ndikojnë në shfrytëzimin e shërbimeve të planifikimit familjar
• Ndonjë problem që keni pasur sot, por që nuk e përmenda
• Si do ta vlerësonit cilësinë e shërbimeve të marra
• A i rekomandoni dikujt tjetër të përdorë shërbimet e PF-së që keni përdorur ju aktualisht.

Shtojca C: Lista e personave të intervistuar

Vendimmarrësit dhe ofruesit e shërbimit që u intervistuan		
Nr	Pozicioni/Instituti	Tipi
1	Drejtori i Përgjithshëm, Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale	Qeveri
2	Shefi i Departamentit të Promovimit të Shëndetit, ISHP	Qeveri
3	Specialist, Departamenti i Promovimit të Shëndetit, ISHP	Qeveri
4	Specialist i SMIL, Instituti i Shëndetit Publik	Qeveri
5	Përgjegjës sektori, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (Tiranë)	Qeveri
6	Specialist, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (Vlorë)	Qeveri
7	Analist programi, UNFPA	Agjenci KB
8	Drejtor Ekzekutiv, Asistent i Komunitetit Shqiptar	OJQ
9	Koordinator mjekësor, Shoqata "STOP AIDS"	OJQ
10	Ofruesit e shërbimeve në Njësine të Planifikimit Familjar / Shëndetit Riprodhues (n = 6)	Qeveri
11	Menaxherët e Klinikës, Operatori Rajonal për Kujdesin Shëndetësor (n = 4)	Qeveri
12	Ofruesi i shërbimit, NESMARK Albania, Agjencia e Marketingut Social	Marketingu Social

