



# SHËNDETËSIA JONË



- Pse duhet që programi specialistik të menaxhohet nga OMK?
- Bankat indore dhe biobanka
- Studimet Klinike

- Dhurimi i organeve me qëllim të transplantimit
- Cilësia e ajrit në Kosovë dhe ndikimi në shëndetin e popullatës
- Menaxhimi i mbeturinave medicinale në Kosovë

- Dy dekada të programit të telemjekësisë së Kosovës
- Çka i duhet një specializanti?
- Mjeku në pension





## ODA E MJEKËVE TË KOSOVËS

[www.omk-rks-org/revista mjeku](http://www.omk-rks-org/revista%20mjeku)

[revistamjeku@omk-rks.org](mailto:revistamjeku@omk-rks.org)

+383 49 872 300 ; +383 49 872 070, +383(0)38 544 872

QKUK, INSTITUTI A, KATI III, 10000 - PRISHTINË

**LUXEMBOURG**  
AID & DEVELOPMENT



Kontribut të jashtëzakonshëm në themelimin dhe zhvillimin institucional të Odës së Mjekëve të Kosovës ka dhënë Qeveria e Dukatës së Madhe të Luksemburgut përmes projektit për shëndetësi në Kosovë.

Revista Mjeku  
Revistë e Odës së Mjekëve të Kosovës  
Vëllimi 3, Numër 4, Dhjetor 2023  
Publikohet 4 herë në vit

Këshilli redaktues:

Astrit Hamza  
Dafina Bytyqi- Shabani  
Edea Blyta  
Elton Bahtiri  
Faik Hoti  
Fisnik Kurshumliu  
Ibadete Bytyçi  
Linda Çarkaxhiu- Huseyin  
Lul Raka  
Naser Gjonbalaj



Astrit Hamza



Dafina Bytyqi Shabani



Edea Blyta

web faqja  
[www.omk-rks.org/revista-mjeku](http://www.omk-rks.org/revista-mjeku)

Redaksia:

revistamjeku@omk-rks.org  
+383 49 872 300  
+383 49 872 070  
+383 (0)38 544 872  
QKUK, Instituti A, Kati III, 10000,  
Prishtinë.



Elton Bahtiri



Faik Hoti



Fisnik Kurshumliu

Koordinatori ndërlidhës:

Elira Selimi

Numri i radhës botohet në Mars 2024  
Dorëshkrimet pranohen në sekretarinë e  
revistës deri me datë 28 Shkurt 2024.

Te gjitha dorëshkrimet vlerësohen  
nga këshilli redaktues para botimit.

Përmbajtja e artikujve nuk reflekton  
në mënyrë të domosdoshme qëndrimet e  
këshillit redaktues.

Materialet e publikuara janë pronë e  
Revistës Mjeku.



Ibadete Bytyçi



Linda Çarkaxhiu  
Huseyin



Lul Raka



Naser Gjonbalaj

# Përmbajtja

Faqe

---

Kryeredaktori: Fisnik Kurshumliu 8

---

## Aktualitete në Odën e Mjekëve të Kosovës

Pse duhet që programi specialistik të menaxhohet nga OMK? 9

---

## Temat e numrit

Aplikimi klinik i indeve nga trupi i njeriut - Bankat indore dhe biobankat 10-13

---

Fronti i zhvillimeve mjekësore: Studimet klinike 14-15

---

Dhurimi i organeve me qëllim të transplantimit 16-18

---

Frytnimi i asistuar mjekësor 19-21

---

Cilësia e ajrit në Kosovë dhe ndikimi në shëndetin e popullatës 22-25

---

Menaxhimi i mbeturinave medicinale në Kosovë: Sfidat dhe rekomandimet për përmirësim 26-27

---

Vaksina kundër Human Papilloma Virusit dhe aplikimi i saj në Kosovë 28-29

---

Sëmundja e pneumokokut dhe vakcina kundër saj 30-31

---

Vaksina e rotavirusit 32-33

---

Mjekësia moderne dhe tradicionale 34-35

---

Mjekësia moderne dhe tradicionale tek të sëmurët psoriatikë 36-37

---

Sistemi i menaxhimit të cilësisë (SMC) në shëndetësinë e Kosovës 38-39

---

Dy dekada të programit të telemjekësisë së Kosovës 40-41

---

Fuqizimi i profesionistëve shëndetësorë nëpërmjet nismave ndërkombëtare të shkëmbimit 42-43

---

Çka i duhet një specializanti? 44-45

---

Mjeku në pension 46-47

---

Gratë në kirurgjinë ortopedike 48-50

---

# Përmbajtja

Faqe

“Gift of Life Kosova” – Përpjekjet për shëndrrimin e dëshpërimit në shpresë për fëmijët kosovarë me defekte të lindura të zemrës 51-52

Ditari i një mjeku 53

Mjekët artistë 54-62

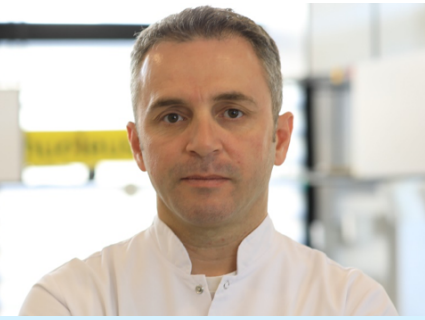
Portreti i një mjeku

Akademik. Prof. Dr. Musa Haxhiu 63

Kalendari i aktiviteteve

64





Fisnik Kurshumliu

Kryeredaktor i Revistës Mjeku

Numri i katërt nga Vëllimi 3 i Revistës Mjeku vjen me temen bosht “Shëndetësia jonë”. Ky numër përfshin një potpuri tematikash të cilat në një formë ose tjetër e reflektojnë sistemin shëndetësor aktual por gjithashtu i adresojnë edhe sfidat e rëndësishme të mjekësisë kosovare.

Artikujt mbi Biobankat dhe transplantimin e organeve nga Dr. Ramadan Jashari, dhe artikulli mbi studimet klinike nga Dr. Ardit Feinaj, për herë të parë në mënyrë kaq të elaboruar ofrojnë informata të rëndësishme për lexuesin në lidhje me këto tri hallka aq të rëndësishme që aktualisht i mungojnë sistemit tonë shëndetësor.

Artikulli mbi cilësinë e ajrit në Kosovë nga Dr. Antigona Ukëhaxhaj dhe artikulli mbi menaxhimin e mbeturinave medicinale nga Genc Demiraj gjithashtu gjerësisht e përshkruajnë situatën alarmante në lidhje me këto dy problematika fundamentale shëndetësore.

Artikulli i Dr. Ismet Lecaj me bashkëpunëtorë përshkruan dy dekadat e zhvillimit të telemjekësisë kosovare që nga themelimi e deri në ditët e sotme. Dy shkrime nga kolegët e rinj, Dr. Dëfrim Morina dhe Dr. Hilmi Gjakova ofrojnë perspektivat e specializantit dhe mjekut të ri në ushtrimin e profesionit të mjekut dhe kryerjen e detyrave shumë të rëndësishme të specializantit.

Prof. Dr. Avdyl Krasniqi, doajen i kirurgjisë kosovare, mësues i shumë gjeneratave të kirurgëve kosovar vjen me artikullin Mjeku në Pension duke pasqyruar perspektivën e pensionistit të mjekësisë dhe specifikat e ushtrimit të profesionit në këtë kapitull jetësor.

Një artikull tjetër i këndshëm për lexim është ai i Dr. Dafina Bytyqi me titull “Gratë në kirurgjinë ortopedike” ku flet për perspektivën “femërore” të ushtrimit të profesionit të Ortopedes, profesion ky historikisht i dominuar nga gjinia mashkullore.

Artikulli i Prof. Mazllum Belegu për organizatën Gift of life flet për aktivitetet e shumta humanitare të kësaj organizate në trajtimin e fëmijëve me sëmundje të zemrës në institucionet prestigjioze ndërkombëtare nga ekspertë eminentë.

Dhe në fund, si “crème de la crème” në artikullin Mjekët artistë prezentojmë një numër mjekësh që përpos që shkëlqejnë në ushtrimin e profesionit të mekut shquhen edhe me virtuoze të tyre artistik.

Lexim të këndshëm



## PSE DUHET QË PROGRAMI SPECIALISTIK TË MENAXHOHET NGA OMK?



### Pleurat Sejdiu

Kryetar i Odës së Mjekëve të Kosovës

Specialist i Ortopedisë,  
Qendra Klinike Universitare e Kosovës.

Oda e Mjekëve të Kosovës, që nga viti 2018, e ka për obligim thelbësor sigurimin e standardeve të larta të kodit etik dhe deontologjisë mjekësore për anëtarët e saj, si dhe sigurimin e edukimit të vazhdueshëm profesional me qëllim të ngritjes së performancës profesionale të mjekëve. Ndërsa Edukimi Specialistik nënkupton studimin e vazhdueshëm, pas diplomimit universitar, për fushën e ngushtë specialitike në mënyrë të përvetësimit të saj.

Sipas Ligjit të Odave të Profesionistëve Shëndetësorë, neni 3, paragrafi 1.11, Oda e Mjekëve të Kosovës është e ngarkuar të zhvillojë dhe të sigurojë zbatimin e programeve të shkollimit specialistik pasuniversitar dhe proceseve për të siguruar cilësi të lartë të shërbimeve shëndetësore dhe shërbimeve të tjera që lidhen me kujdesin shëndetësor.

Ndërhyrjet politike dhe klienteliste gjatë këtyre 8 viteve në këtë proces, e kanë bërë të pamundur përbushjen e kornizës ligjore në sektorin e edukimit specialistik. Vetëm tani pas 8 vitesh, OMK e ka përfaqësuesin e vet në Bordin Qendror të Specializimeve, por pjesët e tjera të kornizës ligjore vazhdojnë të zbatohen në kundërshtim me ligjet në fuqi, duke e pamundësuar zhvillimin e proceseve që i takojnë ligjërisht OMK-së.

OMK është i vetmi institucion adekuat për mbikëqyrje profesionale dhe zbatimin e kësaj kompetence do të sigurojë përpilimin dhe zbatimin e përpiktë të programeve specialitike dhe, me siguri, ashtu si në proceset e licencimit, do vinte rend dhe rregull në këtë sektor.

Në Kosovë, do duhej të marrim shembuj nga shtetet e përparuar të cilat kanë avancuar në këtë aspekt të zhvillimit të resurseve njerëzore në sektorin e shëndetësisë dhe jo të kthehemi prapa në procese që tanimë janë të "huaja" në sistemet e përparuar.

E ardhmja është në delegime dhe decentralizime dhe jo e kundërta!

Korrespondenca:  
pleurat.sejdiu@omk-rks.org

## APLIKIMI KLINIK I INDEVE NGA TRUPI I NJERIUT - BANKAT INDORE DHE BIOBANKAT



**Ramadan Jashari**  
Emeritus kardiokirurg

Specialist i Kardiokirurgjisë  
European Homograft Bank  
(EHB), Universiteti Katolik i  
Leuven-it, Bruksel, Belgjikë

Përdorimi i indeve me prejardhje nga trupi i njeriut ka një histori të gjatë. Fillimisht, indet përdoren në gjendje të freskët, disa ditë deri disa javë pas vjeljes. Në rast të mospërdorimit të tyre në afat të shkurtër, ato duhej eliminuar për shkak të shkatërrimit të strukturës qelizore dhe matricës, dhe rrezikut për pasoja të rënda për pacientin pranues të allograftit.

Në vitin 1905 oftalmologu nga Austria, Eduard Zirm bëri transplantimin e parë të kornesë (1), ndërsa Carrel raporton në 1902 teknikën e sutureve të indeve vaskulare (2). Në eksperimentet me inde vaskulare, ai përdori tretjen fiziologjike dhe Ringer për ruajtjen e enëve të gjakut në temperaturë 0 deri +4°C gjatë disa javëve para transplantimit të tyre në kafshë eksperimentale (3). Në vitin 1903, Wentscher raporton për ruajtjen e allografteve kutane me prezervim të viabilitetit gjatë 3-14 ditëve në +4°C (4).

Hyat, në Bethesda në SHBA, themelon në vitin 1949 bankën e parë të strukturuar për trajtimin dhe ruajtjen e kockave. Ai krijon dhe zbaton rregulla dhe standarde të larta për indet, disa nga të cilat janë aktuale edhe në ditët e sotme (5).

Marc O'Brian (nga Brisbane në Australi) raporton për krioprezervimin e indeve kardiovaskulare, të kryer gjatë vitit 1975, duke përdorur azotin e lëngët dhe teknikën e zbritjes së temperaturës në mënyrë të kontrolluar (deri në -150°C).

Me anë të kësaj metode, indet kardiovaskulare mund të ruhen në avull të azotit për një periudhë më të gjatë kohore, me qëllim të implantimit të planifikuar ose tek rastet urgjente me infeksion ose indikacione tjera. Artikulli i tij përshkruan ruajtjen e viabilitetit të valvulave të zemrës, duke garantuar sukses pas implantimit tek pacientët (6).

Bankën e parë të indeve në Evropë e themelon dhe regjistron Rudolf Klen në Çekë në 1952 (7). Shumë Banka të indeve do të krijohen gjatë viteve 1960 në SHBA, Australi, Kanada dhe në disa nga shtetet evropiane, të cilat kishin krijuar rrjetet e tyre për dhurim të organeve (8).

Bazuar në kërkesat e shumta nga komuniteti i kirurgëve, gjatë viteve 1990 në Unionin Evropian krijohen disa banka të indeve për të mundësuar trajtimin e disa pacientëve, ku përdorimi i allografteve ishte preferencë e kirurgëve shpresë për rezultate të mira.

Në vitin 1988 në Bruksel themelohet Banka Evropiane e homografteve kardiovaskulare (EHB), me një rrjetë të gjerë të bashkëpunimit ndërkombëtar (Belgjikë, Francë, Gjermani, Mbretëri e Bashkuar, Itali dhe Zvicër), me dhurime nga i tërë rrjeti, si dhe me implantime të valvulave të zemrës dhe enëve të gjakut në shumë vende të Unionit Evropian dhe më larg (9, Fig. 1 dhe 10, Fig.2).

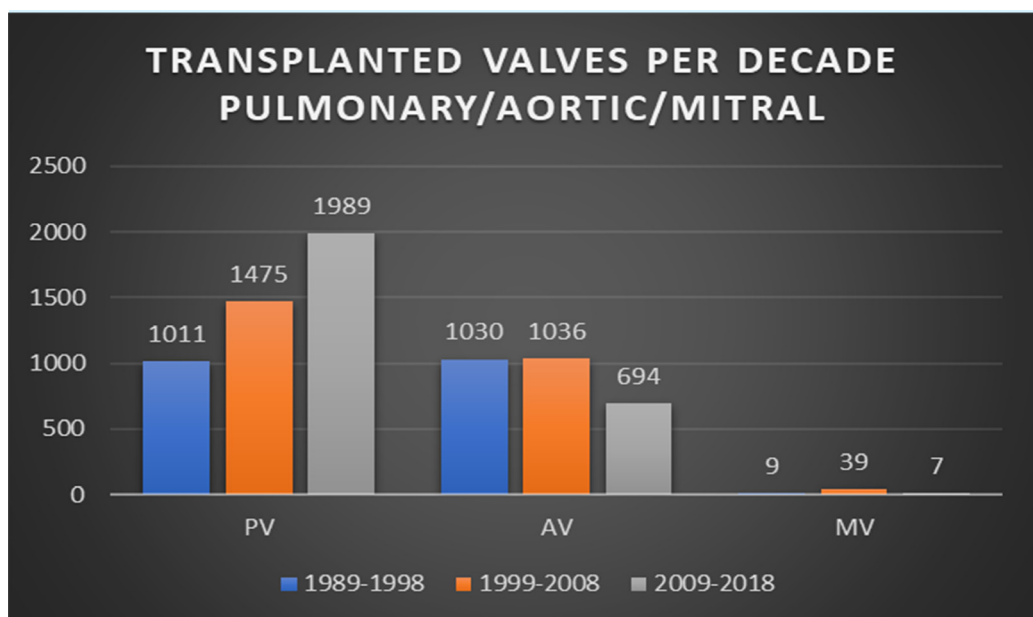


Figura 1. Transplantimi i valvulave të zemrës për dekadë (1989-2018) PV: valvulat pulmonare; AV: valvulat aortike; MV: Valvulat Mitrale



Legjisllacioni për bankat e indeve dhe bio-bankat në Evropë

Komisioni Evropian ka krijuar dhe publikuar në vitin 2004 Direktivën bazë për indet (2004/23/EC) dhe dy direktiva teknike (2006/17/EC dhe 2006/86/EC) rreth seleksionimit të dhuruesit, vjeljes, përpunimit, testimit për kualitet, ruajtjes, alokimit dhe aplikimit klinik apo për qëllim të kërkimit shkencor të indeve (11), të cilat transponohen në legjisllacione kombëtare nga vendet anëtare të Unionit (12). Këshilli i Evropës ka publikuar në 2013 Udhërrëfyesin për kualitetin dhe sigurinë e indeve dhe qelizave për aplikim klinik, të ndarë nga Organet, me botimin e edicionit të 5-të të tij në vitin 2022 (13).

Dy direktiva të reja janë publikuar në 2015 lidhur me zbatimin e Kodit Unik Evropian për indet (SEC, 2015/565) (14), si dhe direktiva për eksport/importin e indeve (2015/566) (15).

#### Banka e indeve

Është strukturë e organizuar që merret me seleksionimin e dhuruesit, vjeljen, përpunimin, testimin dhe ruajtjen e indeve me qëllim të aplikimit klinik ose për kërkim shkencor. Pas kontrollit të kualitetit dhe eliminimit të gjitha risqeve për pacientin (pranuesin), personi përgjegjës i bankës jep leje për përdorimin e indit (allografit) për aplikacion klinik, duke kompletuar dhe nënshkruar dokumentin, në të cilin shënohen konkluzionet e kontrolleve.

Varësisht nga legjisllacioni vendorë, banka e indeve mund të jetë institucion i pavarur apo e integruar në një spital të akredituar.

Kushtet e domosdoshme për eksplotimin e bankës së indeve janë:

1. Autoriteti kompetent autorizon formimin dhe funksionimin e bankës, të cilën e inspekton periodikisht, në bazë të legjisllacionit vendor dhe rregullave të praktikës së mirë (GTP, GMP).

2. Spitali eksploaton bankën, e cila është strukturë jofitimprurëse. Duhet të jetë i akredituar dhe të marrë përgjegjësinë për seleksionimin e dhuruesit dhe gjurmueshmërinë e indit prej dhuruesit e deri te pranuesi.

3. Personi përgjegjës i bankës: duhet të jetë doktor i mjekësisë me eksperiencë të mjaftueshme në lëminë e transplantimit të substancave të trupit të njeriut. Është përgjegjës për tërë aktivitetin e bankës, prej seleksionimit dhe testimit të dhuruesit, vjeljes, transportit, pranimit, përpunimit, testimit, ruajtjes dhe lirimimit final për aplikim klinik të allografit. Ai vendos së kujt do ti propozohet cili allograft, duke u bazuar në indikacionin medikal dhe statusin e urgjencës për pacientin. Njëherit, është

personi i vetëm që ka obligim të ruajë të dhënat e dhuruesit të indeve të cilat janë regjistruar në bankë.

4. Personi përgjegjës për kualitet: duhet të jetë me shkolluar/kualifikim në sistemin e kualitetit apo i formuar gjatë një periudhe të mjaftueshme në një bankë të indeve. Duhet të shkruajë (në bashkëpunim me mjekun përgjegjës) të gjitha procedurat standarde të operimit (SOP), të bëjë zbatimin e tyre dhe të analizojë dhe raportojë për të gjitha evenimentet e padëshirura. Në rast të evenimeve serioze, duhet të informojë autoritetin kompetent vendor (pas diskutimit me mjekun përgjegjës). Gjithashtu, duhet të merret me formimin e personelit të ri dhe të planifikojë formacionet tjera jashtë institucionit. Njëherit, duhet të ketë regjistrin e të gjitha aparatave, si dhe raportet validimit të tyre, si dhe të planifikojë dhe realizojë kontrollet periodike të infrastrukturës dhe aparateve kritike. Duhet të përgatitë dhe finalizojë kontratat me të gjitha organizatat e jashtme me të cilat banka bashkëpunon (qendrat për dhurim, laboratorët, furnizuesit e materialeve dhe aparatave, me qendrat për transplantim, etj.). Njëherit, duhet të përpilojë raportin vjetor të aktivitetit, të cilin duhet t'ia dërgojë autoritetit kompetent vendor në fund të çdo viti.

5. Infrastruktura: Lokalet duhet të jenë të krijuara dhe të mirëmbahen në përputhshmëri me rregulltar e praktikave të mira medikale dhe të indeve (GMP, GTP). Duhet të ekzistojë zona josterile e adaptuar për pjesën administrative, zona e stokimit të materialit josteril dhe atij steril, zona ku pranohen indet e vjela për përgatitjen e allografteve, zona e stokimit të materialit të ngrirë (krio-zona) si dhe zona ku përkohësisht mbahen materialet e rrezikshme (që kanë qenë në kontakt me indet).

Zona sterile duhet të jetë e konstruktuar në atë mënyrë që garanton siguri të lartë në të gjitha pjesët e saj, sipas rregullave GMP dhe, të klasifikuar në katër nivele, varësisht nga prezenca e grimcave dhe kontaminimit bakterial (në ajër, në dyshe me si dhe në nivel të sipërfaqeve ku bëhet manipulimi i indeve, si zona D, C, B dhe A) (16). Salla e pastër ("Cleanroom") duhet të jetë plotësisht e ndarë nga zona administrative dhe me qasje të kufizuar (vetëm për personat e autorizuar dhe me kualifikime adekuate). Këto zona janë të monitoruara në mënyrë permanente për presion (kaskadë presioni nga zona A drejt zonës D), lagështi dhe për grimca. Pjesa ku bëhet manipulimi i indeve ("Salla e pastër" ose "Salla e bardhë") duhet të jetë e klasifikuar si gradë A me prapavijë B ose C, me filtrim të ajrit me filtra "Hepa", të instaluar në tavan dhe në muret anësore, në mënyrë që të parandalohet çdo lloj kontaminimi të ambientit sallës dhe in-

deve. Duhet të kontrollohet rregullisht për prezencë të baktereve dhe grimcave (ajri dhe sipërfaqet), si gjatë aktivitetit, ashtu dhe në qetësi. Të gjitha rezultatet duhet të analizohen dhe, varësisht nga gjetja, personi përgjegjës jep urdhrin për veprimet e duhura.

Instrumentet dhe aparatat e nevojshme duhet të jenë të kualitetit të lartë, të mirëmbajtura rregullisht dhe të siguruar për raste aksidenti ose çfarëdo lloj dështimi. Për aparatat kritike duhet siguruar një aparat tjetër rezervë, për ta zëvendësuar në rast dështimi gjatë procedurave, kur mund të shkaktohen humbje të mëdha të indeve. Duhet të nënshkruhen kontrata me organizatat për kualifikim dhe kontrollim të aparatave kritike.

6. Personeli teknik me numër dhe kualifikime të mjaftueshme, varësisht nga tipi i aktivitetit që bëjnë. Duhet të kenë formacion adekuat dhe të testohen para se të fillojnë punën e pavarur. Gjithashtu, duhet të bëjnë formacione komplementare gjatë tërë aktivitetit profesional (edukim të vazhdueshëm profesional).

7. Personeli administrativ: me numër të mjaftueshëm dhe me njohuri adekuate për aktivitetin që kryhet në bankë. Duhet të flasin disa gjuhë, nëse banka ka aktivitet ndërkombëtarë, si dhe të krijojnë bazën e të dhënave të të gjitha institucioneve me të cilat banka bashkëpunon, si të koordinatorëve të transplanteve, ashtu edhe të shërbimeve implantuese të allografteve.

8. Personeli ndihmës (i mirëmbajtjes): duhet të informohet se në çfarë periodiciteti duhet bërë pastrimin e lokaleve administrative, atyre të stokimit të materialit dhe atyre kritike ("salla e pastër", frigoriferët, zona e stokimit dhe lokalet tjera). Gjithashtu, duhet dita dhe ora e mirëmbajtjes së lokaleve kritike dhe emri i personit që e ka kryer atë.

Në vendet e Unionit Evropian në këtë moment janë aktive 3.492 banka të indeve dhe qelizave, të cilat dërgojnë mbi 1 milion inde për transplantim në qendra të ndryshme klinike, me qëllim të aplikimit klinik (kocka, lëkurë, kornea, valvula dhe enë të gjakut, placenta, si dhe qeliza të tipeve të ndryshme) (17).

Implantimet e allografteve do të rezultojnë me përmirësimin e kualitetit të jetës të një numri të madh të pacientëve, ndërsa tek disa të tjerë edhe do të jenë shpëtues të jetës (valvulat e zembrës tek disa situata specifike) (9).

#### Aspektet etike të Bankave të Indeve

Personi i cili dhuron mund të jetë i gjallë apo pas vdekjes (kadaver). Pavarësisht tipit të dhuruesit, trajtimi i indeve dhe i trupit të

dhuruesit duhet të jetë në përputhshmëri me të drejtat fundamentale njerëzore dhe për trupin e njeriut. Këto duhet të jenë në pajtueshmëri me Konventën e Oviedos për të drejtat e njeriut dhe Biomedicinën (1997), me Protokollin plotësues lidhur me transplantimin e organeve dhe indeve me prejardhje nga trupi i njeriut (2002), Principet Udhërrëfyese të OBSH (2010) dhe me Deklaratën e Stambollit kundër trafikimit të organeve dhe qenieve njerëzore me qëllim të transplantimit (2018). Principet e dhurimit falas dhe pa përfitim material duhet respektuar me rigorozitet.

implantojë në trupin e tij, për atë se çfarë natyre ka dhe si është trajtuar, përparësitë dhe rreziqet.

#### Seleksionimi i dhuruesit dhe vjelja e indeve

Dhurimi dhe vjelja e indeve bëhet ose nga ekipet e vjeljes së organeve, ose nga personeli i bankave të indeve. Pas konsultimit të detajuar të dosjes së dhuruesit, nëse plotësohen kriteret për praninë (mosha, historia e sëmundjeve ngjitëse dhe malinje, sëmundjet autoimmune dhe degjenerative, testet serologjike preliminare dhe rreziku

që përmban informatat për dhuruesin dhe indet. Çdo lloj parregullsie duhet notuar në dosje. Njëherit, dhuruesi anonimizohet dhe kodifikohet me kodin lokal të bankës. Informatat lidhur me dhuruesin ruhen në zyrën e përgjegjësit të bankës dhe, në rast nevojë, mund të përdoren vetëm nga administratori i bankës. Deri në momentin e fillimit të përpunimit, indet ruhen në temperaturë të ulët dhe të zhytura në tretje fiziologjike. Përpunimi, përshkrimi i morfologjisë dhe i përmasave, trajtimi me antibiotikë, dhe marrja e mostrave për teste bakteriologjike dhe histologjike bëhet në "sallën e pastër". Pas inkubimit në antibiotike gjatë 24-48h, indet kontrollohen rishtas, merren mostrat e reja bakteriologjike dhe behet paketimi definitiv, para se të prezervohet (9,10). Ruajtja e indeve bëhet në kushte të ndryshme, varësisht nga tipi i indeve (në frigorifer -20°C, -80°C, në azot të lëngët ose avull të azotit në -178 ose -196°C). Për secilin tip të indeve ekzistojnë rregulla specifike të mënyrës së përgatitjes, manipulimit, sterilizimit, testimit dhe kushteve në të cilat ruhen, varësisht nga struktura dhe brishtësia e indeve.

Kualiteti, siguria dhe efikasiteti i indeve të transplantuara

Procedurat e zbatuara për testimin e dhuruesit, vjeljen, paketimin, kushtet e transportit, manipulimin në bankën e indeve, sterilizimin dhe prezervimin dhe ruajtjen, si dhe metodat e përgatitjes së indit për transplantim, duhet të garantojnë kualitet, siguri dhe efikasitet të indit, para se ky të kualifikohet si adekuat për aplikim klinik. Këto masa nënkuptojnë sigurimin e të kaluarës klinike dhe ekzaminimin fizik të dhuruesit, testimin e tij për sëmundje infektive, si dhe testimin e allograftit për prezencë të kontaminimit bakterial dhe mikotik, e njëherit analizën histologjike të indit për të konstatuar gjendjen e strukturës mikro-morfologjike si dhe prezencën e infeksionit apo infiltrimit eventual me qeliza malinje (9,10).

#### Biobankat

Biobanka është institucion që grumbullon, përpunon (sipas nevojës) dhe ruan mostrat biologjike të grumbulluara nga trupi i njeriut (gjakun, indet, qelizat, lëngjet dhe substancat tjera trupore, ADN-në, ARN-në, etj.) si dhe informacionet përkatëse të dhuruesit, me qëllim të përdorimit të tyre për kërkim shkencor. OECD (organizata evropiane për bashkëpunim ekonomik dhe zhvillim) definojnë biobankën si "grumbullim i materialit biologjik, bashkë me informacionet përkatëse të deponuara në sistem të organizuar për popullatën ose grupe të madhe të popullatës" (18).

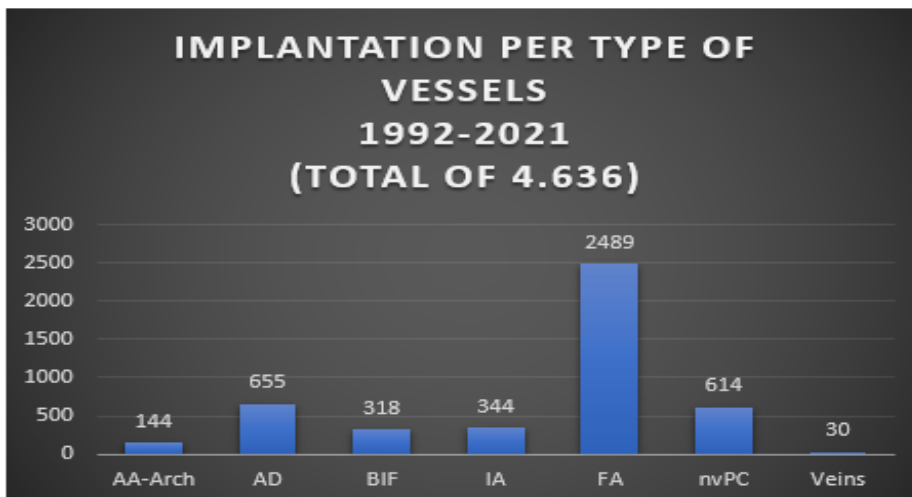


Figura 2. Transplantimi i enëve të gjakut gjatë 3 dekadave të aktivitetit të EHB-së (gjithsej 4.636 allograft vaskulare të implantuara) AA-Arch - aorta ascendens me harkun e aortës; AD - aorta descendens; Bif - bifurkacioni i aortës; IA - arteriet iliakale; FA - arteriet femurale; nvPC - conduit pulmonar pa valvulë; veins - venat

Gjatë fazës së evaluimit të dhuruesit, kontrolli i statusit të deklarimit të pëlqimit të personit për të dhuruar pjesët e trupit të tij, duhet verifikuar paraprakisht në përputhshmëri me ligjin vendor dhe principet etike ndërkombëtare dhe të OBSH. Në rastet kur nuk ka asnjë lloj informacioni lidhur me këtë çështje, mendimi i familjarëve ose i personit bashkëjetues, duhet të konsiderohet si relevant.

Pas vjeljes së indeve, trupi i kufomës duhet trajtuar me respekt dhe rekonstrukcioni të duhet të bëhet me kujdes maksimal.

Dhuruesit e gjallë duhet të trajtohen me respektin më të madh dhe t'u sqarohet qëllimi i marrjes së indeve, por edhe tu ofrohen të dhëna maksimale për atë se çfarë do bëhet me pjesët e dhuruara. Njëherit, në rast të dëshirës së dhuruesit, mund ti jepën informacione për statusin final të indit, duke respektuar rregullat e anonimitetit për transplantatet. Në rastet e dhuruesve pas vdekjes, duhet siguruar informacione të mjaftueshme për familjarët e dhuruesit.

Në të kundërtën, edhe pacienti i cili trajtohet me allograft duhet të informohet për natyrën e indit, të cilin kirurgu do të

i hemodilucioni me transfuzion deri në 50% nga vëllimi total i gjakut, koha e arrestit kardiak dhe momenti i ftohjes së

indeve), dhe ekzaminimit fizik të detajuar të dhuruesit potencial, përgjegjësi i bankës merr vendimin për praninë e dhuruesit, duke autorizuar vjeljen e indeve.

Vjelja e indeve, të cilat janë të destinuara për krijimin e allografteve për aplikim klinik, për shumicën e indeve, bëhet në sallë standarde të operacionit, duke përdorur materiale dhe instrumente sterile. Mirëpo, disa qendra kanë krijuar zona të veçanta për eksplantimin e indeve (posaçërisht për dhurues pas vdekjes cirkulatore), si për shembull në mortore, mirëpo edhe në kësi lloj "salle të vjeljes së indeve" respektohen dhe kontrollohen me rigorozitet kushtet e ambientit dhe përdoren materiale sterile gjatë aktit të eksplantimit dhe paketimit.

Pas eksplantimit dhe shpëlarjes me tretje fiziologjike sterile, indet paketohen për tu transportuar drejtë bankës së indeve. Aty, materiali i vjelje kontrollon për kushtet e paketimit dhe temperaturën, po ashtu kontrollohet edhe gjendja e mostrave të gjakut, që shoqërojnë dhurimin. Njëherit, kontrollohet dokumentacioni shoqëruar

Në SHBA, biobankat quhen "biorepository" dhe kanë këto funksione: grumbullimin, katalogimin dhe ruajtjen e mostrave të materialit biologjik, si të urinës, gjakut, indeve, qelizave, ADN, ARN, si dhe proteinave me prejardhje nga qeniet njerëzore, kafshët dhe bimët për hulumtime laboratorike. Për mostrat nga qeniet njerëzore, informatat medikale duhet të ruhen bashkë me dokumentin me shkrim të dhuruesit që përmban pëlqimin për përdorim të mostrave për hulumtim laboratorik (13).

Biobanka i nënshtrohet ligjit për ruajtjen e të dhënave personale, ligjit nacional për Indet (11), ligjit për eksperimente në njerëz (19) dhe dekretit për biobankat (20).

Për themelimin e biobankës nevojitet aprovimit paraprak i një komisionit etik të akredituar. Për ekzistimin e biobankës duhet të informohet autoriteti kompetent nacional për indet. Grumbullimin (vjeljen) e substancave të trupit të njeriut mund ta bëjnë ose personi me diplomë të mjekut (si përgjegjës i biobankës), ose personat e autorizuar nga ai, si stomatologu, infermieri, mamia, teknologu i laboratorit apo farmacisti, nën përgjegjësinë e tij.

Obligimet dhe autorizimet e biobankës janë:

- mban regjistrin e të gjitha mostrave që i posedon,
- dhurimi bëhet falas, pa kompensim material,
- dhuruesi ka të drejtë të informohet për rezultatet e kërkimit, nëse dëshiron,
- materiali i dhuruar mund të përdoret vetëm për kërkimin për të cilin dhuruesi ka nënshkruar në formularin e pëlqimit; teprica e materialit të dhuruar mund të përdoret për kërkime tjera, përveç nëse dhuruesi ka deklaruar ndryshe,
- mostrat e dhuruara duhet të anonimizohen dhe të kodifikohen, duke ruajtur të dhënat e dhuruesit në zyrën e administratorit të biobankës,
- për mostrat e eksportuara në një vend tjetër, duhet të njoftohet autoriteti kompetent nacional dhe duhet të nënshkruhet kontratë me përdoruesin e indeve,
- mostrat që importohen nga një vend tjetër u nënshtrohen rregullave të njëjta si indet e vjela në vend; njëherit për këto inde duhet të ekzistojë aprovimi i një komisioni etik i vendit ku janë vjelë ato; gjithashtu duhet pasur kontratë me institucionin e vjeljes. Kompensim material për dhurim nuk lejohet, përveç kostove të transportit deri në biobankën që i pranon indet dhe të shërbimeve tjera eventuale.

#### Përfundim

Bankat e indeve, si struktura spitalore ose të pa-varura, bëjnë seleksionimin, trajtimin, testimin për kualitet, ruajtjen dhe vënien në dispozicion të indeve me prejardhje nga trupi i njeriut për aplikim klinik, duke garantuar kualitetin, sigurinë

dhe efikasitetin e indit për pacientin. Falë kontributit shumë të vlefshëm të dhuruesve, çdo vit trajtohen me sukses mbi një milion pacientësh të moshave të ndryshme dhe me indikacione të llojllojshme anembanë kontinentit tonë.

Biobankat janë struktura të organizuara, të cilat grumbullojnë dhe ruajnë substancat me prejardhje nga trupi i njeriut për kërkimit shkencor me qëllim të përmirësimit të shëndetit publik.

#### Referencat:

- 1.Armitage JW. The first successful full-thickness corneal transplant: A commentary on Eduard Zirm's landmark paper of 1906. *The British journal of ophthalmology* 2006;90(10):1222-3
- 2.Carel A. Anastomose bout à bout de la jugulaire et de la carotide primitive. *Lyon Med* 1902;99:114
- 3.Carrel A. Results of transplantation of blood vessels, organs and limbs. *JAMA*1908;51:1662
- 4.Wentscher J. A further contribution about the survivability of human epidermal cells. *Dtsch Z Chir* 1903;70:21-44
- 5.Strong M. The US Navy Tissue Bank: 50 years on the cutting edge. *Cell and Issue Banking* 1: 9-16, 2000
- 6.O'Brien MF, Stafford EG, Gardner MA, Pohlner PG, McGiffin DC. A comparison of aortic valve replacement with viable cryopreserved and fresh allograft valves, with a note on chromosomal studies. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987;94:812-823
- 7.Klen, R. Tkáňová ústředna (TÚ). *Čs. nemocnice*, 1952, 20, s.120-121
- 8.Narayan RP. Development of tissue bank. *Indian Journal of Plastic Surgery May-August 2012 Vol 45 Issue 2*
- 9.Jashari R. Transplantation of cryopreserved human heart valves in Europe: 30 years of banking in Brussels and future perspectives. *Cell Tissue Bank* (2021) 22:519-537; doi.org/10.1007/s10561-021-09902-2
- 10.Jashari R et al. Vascular allografts for clinical application in Europe: assessment of 30 years of experience with vascular tissue banking in Brussels. *Cell Tissue Bank*. 2023 Sep;24(3):613-625. doi: 10.1007/s10561-022-10063-z
- 11.Directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells. *Official Journal L 102, 07/04/2004 P. 0048 - 0058*
- 12.Act on the acquisition and use of human body material for the purpose of medical application to humans or scientific research <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2008/12/19/2008018385>
- 13.EDQM Guide to the quality and safety of tissues and cells for human application, 5-th edition, 2022. [www.edqm.eu](http://www.edqm.eu)

## FRONTI I ZHVILLIMEVE MJEKËSORE: STUDIMET KLINIKE



**Ardit Feinaj**  
Hulumtues Shkencor  
Postdoktoral  
Bloomberg-Kimmel për  
Imunoterapinë ndaj Kancerit,  
Universiteti John Hopkins

Studimet klinike janë pararojë e fushës së kërkimit shkencor, një urë e rëndësishme që lidh hendekun midis zbulimeve shkencore në laboratorë me përparimin e prekshtëm në kujdesin ndaj pacientëve. Ky shkrim synon të bëjë një përshkrim gjithëpërfshirës mbi botën e shumanshme të studimeve klinike, duke eksploruar qëllimin e tyre, fazat transformuese, konsideratat etike dhe risitë e fundit që paralajmërojnë një epokë të re në trajtimin mjekësor.

Ndryshe nga perceptimi i përgjithshëm në popullatë, studimet klinike nuk janë thjesht eksperimente; ato janë hulumtime të protokolluara me kujdes të veçantë, me qëllim testimin e sigurisë dhe efikasitetit të ndërhyrjeve mjekësore. Këto ndërhyrje mund të variojnë nga barnat dhe teknikat më të fundit, deri tek terapitë inovative dhe strategjitë parandaluese. Qëllimi kryesor është të sigurohet që këto përparime mjekësore të jenë jo vetëm teorikisht premtuese, por të përkthehen në përfitime të prekshme për pacientët.

Studimet klinike, ende pa u përkufizuar si të tilla, janë përshkruar që në lashtësi, në libra historikë dhe mjekësorë. Pacientët e përfshirë, qofshin ata individë të thjeshtë të trajtuar me bimë medicinale nga mjeku i famshëm Avicena, apo ushtarë me plagë lufte të trajtuar nga kirurgu ushtarak Ambroise Pare, përfitonin nga këto trajtime të panjohura për kohën të cilat arrinin të krijonin standarde të reja të qasjeve mjekësore. (1)

Studimi i parë klinik i kontrolluar rezultoi të jetë ai i James Lind, kirurgu i anijes Salisbury, në vitin 1747, në kohën kur skorbuti (mungesa e rëndë e vitaminës C) ishte një nga sëmundjet më të rënda që shpesh preknin ekuipazhet e anijeve. Me qëllimin për të zbuluar kurën më efikase, ai përzgjodhi 12 marinarë të prekur nga skorbuti dhe i ndau ata në grupe dyshe, të cilët, përveç dietës bazë, do të konsumonin verë molle, vitriol, uthull, ujë deti ose dy portokaj dhe një limon. Çuditërisht, ata që konsumuan këto të fundit, patën përmirësim të dukshëm dhe pas 6 ditësh ishin rikthyer në krye të detyrës. (2) U deshën të kalonin edhe dy shekuj, deri sa Albert Szent-Györgyi të zbulonte mekanizmin e mungesës së vitaminës C dhe lidhjen me skorbutin, për të cilin fitoi dhe çmimin Nobel në mjekësi, në 1937. (3)

Rreth të njëjtës kohë, në 1943, MRC (Medical Research Council ose Këshilli i Hulumtimeve Mjekësore) në Mbretërinë e Bashkuar krijoi studimin e parë klinik mbi përdorimin e penicilinës për të ftohtin e zakonshëm, ku mjeku dhe pacienti nuk kishin dijeni nëse ky i fundit po trajtohej me penicilinë apo placebo. Ky lloj studimi i quajtur "double-blind" krijoi një standard të ri në fushën e studimeve klinike, edhe pse rezultatet e tij ishin të pakënaqshme. Më vonë, në 1946, MRC, vendosi një standard të ri i cili aplikohet dhe në ditët e sotme, duke krijuar studimin e parë kurativ të randomizuar mbi streptomycinën në trajtimin e tuberkulozit. (4) Kjo lejoi që shpërndarja e pacientëve në grupet e trajtimit (streptomycinë

kundrejt Placebo) të ishte rastësore, gjë e cila eliminonte faktorët ngatërrues, përmirësonte qasjet etike dhe rriste besueshmërinë e rezultateve të studimit.

Që nga viti 1947, kujdesi shëndetësor është transformuar thellësisht nga studimet e shumta klinike, secila prej të cilave ka dhënë rezultate të suksesshme dhe ka pasur një ndikim të jashtëzakonshëm në shëndetin publik. Këto studime kanë qenë të rëndësishme në përparimin e njohurive mjekësore, përmirësimin e modaliteteve të trajtimit dhe të rezultateve të pacientëve në një mori kushtesh. Gjatë dekadave, studiuesit dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë bashkëpunuar për të vlerësuar me rigorozitet ndërhyrjet, duke filluar nga medikamentet e reja dhe strategjitë e trajtimit deri tek masat parandaluese. Efekti kumulativ i këtyre studimeve ka qenë një përsosje e vazhdueshme e kujdesit mjekësor, duke reflektuar përkushtimin ndaj mjekësisë së bazuar në prova dhe ndjekjen e pareshtur të rezultateve më të mira shëndetësore për pacientët në mbarë botën.

Studimet klinike të vaksinave kundër COVID-19 përfaqësojnë një dëshmi të jashtëzakonshme se si studimet klinike arrijnë të ndikojnë jetët e mijëra individëve, pasi ato prodhuan vakcina shumë efektive në kohë rekord. Bashkëpunimi midis studiuesve, kompanive farmaceutike dhe organeve rregullatore shfaqti aftësitë e jashtëzakonshme të teknologjive të mRNA dhe vektorit viral. (5) Kjo përgjigje e shpejtë jo vetëm që adresoi nevojën urgjente gjatë pandemisë, por gjithashtu vendosi një precedent për shpejtësinë dhe efikasitetin me të cilin komuniteti shkencor mund të trajtojë sfidat e reja të shëndetit global.

Lista e mëposhtme përfshin disa nga studimet klinike me ndikimin më të madh në shekullin e 21, të cilat, nëpërmjet hulumtimeve shkencore rigorozë, kanë kontribuar në kuptimin tonë të sëmundjeve, modaliteteve të trajtimit dhe strategjive parandaluese:

1. Women's Health Initiative (WHI) Trial (1991-2002):

•Hulumtoi efektet e terapisë zëvendësuese të hormoneve tek femrat pas menopauzës, duke ofruar njohuri thelbësore për rreziqet dhe përfitimet e kësaj terapie. (6)

2. Framingham Heart Study (prej 1948):

•Studim afatgjatë vëzhgues që vazhdon dhe kontribuon ndjeshëm në njohjen dhe kuptimin e faktorëve të rrezikut kardiovaskular. (7)

3. Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy (RE-LY) Trial (2009):

•Krahasoi dabigatranin me varfarinën në fibrilacionin atrial, me ndikim të ndjeshëm në terapinë antikoaguluese. (8)

#### 4. National Lung Screening Trial (NLST) (2002-2010):

• Demonstroi efikasitetin e CT-skanerit me dozë të ulët në uljen e vdekshmërisë nga kanceri i mushkërive, duke ndikuar në përditësimin e protokolleve. (9)

#### 5. NCI-MATCH Clinical Trial (2015):

• NCI dhe Grupi i Hulumtimeve të Kancerit ECOG-ACRIN filluan studimin klinike NCI-MATCH (Analiza molekulare për përzgjedhjen e terapisë) për të testuar më shumë se 20 barna dhe kombinime medikamentesh bazuar në analizat molekulare të tumoreve tek pacientët me kancer. Studimi është krijuar për të përcaktuar nëse terapitë e synuara për pacientët, tumoret e të cilëve kanë mutacione gjenetike specifike do të jenë efektive pavarësisht nga lloji i kancerit. (10)

#### 6. Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) (2010-2015):

• Eksploroj përfitimet e kontrollit intensiv të presionit të gjakut, duke ndikuar në protokollin e menaxhimit të hipertensionit. (11)

#### 7. Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Trials (prej 2006):

• Studime të shumta që vlerësojnë sigurinë dhe efikasitetin e vaksinave HPV në parandalimin e kancerit të qafës së mitrës dhe kancereve të tjera. (12)

#### 8. Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) Trials (Studime të ndryshme):

• Studime që vlerësojnë ndikimin e PCV në parandalimin e pneumonisë, meningjitit dhe infeksioneve të tjera, veçanërisht tek fëmijët. (13)

#### 9. HIV Prevention Trials Network (HPTN) 052 Trial (2005-2015):

• Hulumtoi rolin e terapisë antiretrovirale në parandalimin e transmetimit seksual të HIV. (14)

#### 10. Phase 3 Clinical Trials for COVID-19 Vaccines (Disa studime, prej 2020):

• Studime klinike që përfshijnë, ndër të tjera, ato për vaksinat Pfizer-BioNTech, Moderna, Johnson & Johnson dhe AstraZeneca, të cilat kanë luajtur rol kryesor në përgjigjen globale ndaj pandemisë së COVID-19. (15)

Studimet klinike mund të iniciohen nga kompani farmaceutike ose bioteknologjike, institucione akademike ose agjenci qeveritare, për të zbuluar trajtime të reja apo për të vlerësuar sigurinë dhe efikasitetin e trajtimeve ekzistuese, duke kontribuar në njohuritë shkencore dhe duke përmirësuar kujdesin ndaj pacientit. Ashtu si një simfoni e mirë-orkestruar, studimet klinike shpallosen në faza të ndryshme, ku secila kontribuon në përbërjen dinamike dhe në zhvillimin e mëtejshëm të njohurive mjekësore. Në

fazën 1, studiuesit vlerësojnë me përpikëri parametrat e sigurisë dhe konsideratat e dozës në një grup të vogël pjesëmarrësish, duke vendosur themelet për ecurinë e mëtejshme të studimit. Faza 2 është në qendër të vëmendjes, duke u thelluar në efektivitetin e ndërhyrjes dhe duke studiuar në detaje çdo efekt anësor të mundshëm. Në Fazën 3, shtrirja e gjykimit zgjerohet për të qenë më gjithëpërfshirëse dhe aplikohet në popullata më të mëdha. Kjo fazë synon të identifikojë spektrin e plotë të përgjigjeve ndaj terapive, duke siguruar efikasitetin e ndërhyrjes në demografi të ndryshme. Në fund, në Fazën 4, ndikimet afatgjata monitorohen me kujdes, duke ofruar të dhëna të qëndrueshme që rezultojnë në përsosjen e vazhdueshme të praktikave mjekësore. (16) Së bashku, këto faza përbëjnë një simfoni të rigorozitetit shkencor, bashkëpunimit dhe zbulimit që çon përpara shëndetin e pacientit.

Në bashkësinë komplekse të një studimi klinik, disa komponentë kyç janë në qendër të vëmendjes. Pëlqimi i informuar shfaqet si një gur themeli etik, duke siguruar që pjesëmarrësit të jenë bashkëpunues aktivë në udhëtimin e tyre të kujdesit shëndetësor, si dhe të jenë të mirë-informuar për çdo aspekt të studimit. Randomizimi dhe "blinding", të ngjashme me një vello të paanshmërisë shkencore, sigurojnë që rezultatet të jenë të paanshme, ndërsa objektivat primarë dhe sekondarë, ofrojnë një pamje të qartë dhe shpalosin efektivitetin e synuar të ndërhyrjes.

Përkushtimi ndaj parimeve etike qëndron në zemër të çdo studimi klinik. IRB (Institutional Review Board ose Bordi Institucional i Rishqyrtimit) ose Komitetet e Etikës shërbejnë si kujdestarë vigjilentë, për të mbrojtur të palët e përfshira dhe për të ruajtur harmoninë e fazave të studimit. Mbrojtja e popullatave të cënueshme, besueshmëria e të dhënave dhe monitorimi i vazhdueshëm krijojnë një kornizë etike që nënvizon përgjegjësinë e natyrshme në kërkimin shkencor. Këtu luajnë rol të rëndësishëm dhe agjencitë federale si FDA (Food and Drug Administration, në Shtetet e Bashkuara), apo agjencitë dhe ligjet ekuivalente në shtetet e tjera, duke mbikëqyrur dhe kontrolluar studimet klinike. Përpara se një bar i ri ose një pajisje mjekësore të mund të tregtohet, shkencëtarët apo kompanitë duhet të parashtojnë raporte të detajuara rreth studimit dhe masave të ndërmarra për të mbrojtur palët e përfshira. FDA rishikon protokollin e studimeve, monitoron sigurinë e pjesëmarrësve dhe zbaton udhëzimet e praktikës së mirë klinike. Kjo mundëson vlerësimin e integritetit të të dhënave dhe metodat statistikore. Edhe pas miratimit, FDA kryen mbikëqyrje të vazhdueshme për sigurinë e produktit dhe mund të bashkëpunojë me agjencitë ndërkombëtare për

të formësuar standardet rregullatore. (17)

Mungesa e legjislacionit gjithëpërfshirës të lartpërmendur dhe rrjedhimisht e agjencive dhe komitetëve rregullatore, përbën një pengesë të rëndësishme për shumë vende, duke kufizuar kryerjen e studimeve klinike në territorin e tyre dhe, rrjedhimisht, duke i mohuar popullatës së tyre aksesin tek mjekësia e avancuar. (18) Përditësimi i legjislacionit për të lehtësuar dhe mbështetur studimet klinike në vende si Kosova dhe Shqipëria mund të ketë përfitimet të thella për sistemet shëndetësore dhe popullsinë. Duke e përafuar legjislacionin e tyre me standardet ndërkombëtare, Kosova dhe Shqipëria mund të tërheqin kompani farmaceutike, institucione të kërkimeve shkencore dhe investime globale në kujdesin shëndetësor. Ky fluks burimesh jo vetëm që stimulon rritjen ekonomike, por për më tepër, pjesëmarrja në studimet klinike do të ndihmojë në adresimin e sfidave specifike, duke çuar në përmirësimin e ndjeshëm të rezultateve të sistemit shëndetësor. Një kornizë legjislative e përditësuar ka gjithashtu potencial që të shtyjë profesionistët e Kosovës dhe Shqipërisë që të kontribuojnë në mënyrë aktive në komunitetin shkencor global, duke përmirësuar njëkohësisht shëndetin dhe mirëqenien e pacientëve të tyre.

Në kontekstin gjithmonë në zhvillim të kujdesit shëndetësor, studimet klinike të ditëve të sotme karakterizohen nga risi transformuese që premtojnë të riformësojnë peizazhin e trajtimit mjekësor. Ato bazohen, mbi të gjitha, tek modelet e testeve adaptive, të cilat lejojnë modifikime të bazuara në analizën në kohë reale të të dhënave. Gjithashtu, mjekësia precize, e cila përfshin studimet gjenomike dhe kërkimin e biomarkerave do të mundësojë hapjen e rrugës për trajtimet e personalizuara. E ardhmja e studimeve klinike duket premtuese - një angazhim për të zbuluar misteret e sëmundjeve, për të lehtësuar vuajtjet dhe për të çuar mjekësinë në sfera të paeksploruara. Brenda këtij ndërveprimi dinamik të shkencës, etikës dhe inovacionit, thelbi i vërtetë i studimeve klinike shfaqet si forca lëvizëse që është duke na shtyrë drejt një të ardhmeje më të shëndetshme për të gjithë.

#### Referencat:

- 1 Bull JP. No title. A study of the history and principles of clinical therapeutic trials 1951.
- 2 Bhatt A. Evolution of clinical research: A history before and beyond james lind. Perspectives in clinical research 2010 Jan;1(1):6-10.
- 3 Grzybowski, Andrzej, MD, PhD, Pietrzak, Krzysztof, MD, PhD. Albert Szent-Györgyi (1893-1986): The scientist who discovered vitamin C. Clinics in dermatology 2013 May;31(3):327-331.
- 4 Hart PD. A change in scientific approach: from alternation to randomised allocation in clinical trials in

## DHURIMI I ORGANEVE ME QËLLIM TË TRANSPLANTIMIT



Ramadan Jashari  
Emeritus kardiologjurg

Specialist i Kardiologjisë  
European Homograft Bank  
(EHB), Universiteti Katolik i  
Leuven-it, Bruksel, Belgjikë

Dhurimi i pjesëve të trupit është akt i dhurimit, me qëllim të transplantimit tek një person tjetër me dështim terminal të organit. Nevoja për transplantim të organeve është në rritje, listat e pritjes shumë të gjata dhe numri i dhuruesve i pamjaftueshëm. Në aktivitetin e dhurimit dhe transplantimit, duhet konsideruar aspektet mjekësore, legale, kulturore, etike dhe religjioze. Aktiviteti në këtë fushë duhet të jetë në përputhje me të drejtat fundamentale të njeriut dhe me rregullat e përpiluara nga Këshilli i Evropës, Komisionit Evropian dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë.

Në 70 vitet e fundit, është evidentuar evolucion nga faza eksperimentale drejt një procedure rutinore për trajtimin e pacientëve me dështim terminal të organeve dhe konsiderohet si akt shpëtimi i jetës së këtyre pacientëve pa opsione tjera terapeutike.

Njohja e antecedenteve klinike dhe statusit social, testimi për infeksione virale, bakteriale dhe parazitare, përjashtimi i sëmundjeve malinje dhe degjenerative, si dhe konsumimi i substancave toksike, janë obligative për dhuruesin.

Dhurimi i organeve pas vdekjes është i kushtëzuar me dëshirën e personit, të shprehur në mënyrë vullnetare e pa presion dhe pa qëllime përfitimi financiar as të tij e as të familjarëve.

Disa dhjetëra mijëra organe transplantohen çdo vit në Unionin Evropian, duke shpëtuar jetën e pacientëve me dështim terminal të organeve (zemër, mushkëri, mëlçi, pankreas, intestine).

Kërkimet shkencore gjatë dekadave të fundit janë shpresëdhënëse për zhvillimin e produkteve inovative në lëmin e transplantimit, si organet e rritura në mënyrë artificiale, krijimi i matricave acelulare, me qëllim të ricelularizimit pas implantimit, për të evituar reaksion të hedhjes së substancave nga trupi i dhuruesit (1).

#### Të dhëna historike për transplantimin

Transplantimet e para (eksperimentale) të organeve datojnë prej fillimit të shekullit 20 duke u kryer nga hulumtues si Carrel, Guthrie, Williamson dhe Holman. Carrel kreu transplantimin e parë eksperimental të vazove të gjakut gjatë vitit 1901 (2), ndërsa në 1906 bëri një sërë transplantimesh eksperimentale të organeve në model shtazor, duke përshkruar suturën vaskulare si bazë për transplantimin e organeve. Për arritjet e tij në lëmin e transplantimeve, Carrel është me Çmimin Nobel për Mjekësi në vitin 1912 (3).

Problematika e hedhjes së organeve të transplantuara është përshkruar më 1944, nga Medawar për shkak të mospërputhshmërisë imunologjike (4). Gjatë viteve 1950-1952 kirurgët francezë, Kuss, Dubost dhe Servelle, përshkruan transplantimin renal në pelvik. Michon dhe Hamburger në 1952 raportojnë dhurimin e parë të veshkës nga një dhurues i gjallë (5). Edhe Murray dhe Harri-

son raportojnë transplantimet renale gjatë vitit 1954 (6). Zbulimi i azathioprinës në 1963 është shpresëdhënëse për mijëra pacientë me veshkë (dhe organe tjera) të dështuara. Williams, në 1968 konsideron nevojën e përputhshmërisë së sistemeve imunitare mes dhuruesit dhe pranuesit të organeve për të parandaluar hedhjen e veshkave të transplantuara (6). Kualiteti i medikamenteve imunosupresorë do të përmirësohet dukshëm (azathioprinë me prednisonë, ciklofosfamidë, globulinet antilimfocitare, irradionimi etj.) duke zvogëluar problemin e hedhjes së organeve (7).

Në 1960, Shumway nga Universiteti Stanford në SHBA përgatiti dhe testoi në eksperimente transplantimin e zembrës. Mirëpo, Barnard nga Afrika e Jugut, bëri transplantimin e parë të zembrës më 1967 në Spitalin "Groote Schuur" në Cape Town (8). Në vitet në vijim transplantimi i zembrës u konfirmua si procedurë shumë e suksesshme, me rezultate tejet të mira në afat të gjatë.

Gjatë viteve 1960 dhe 1970 Calne në Angli dhe Starzl në SHBA, zhvillojnë teknikat e transplantimit të mëlçisë në model eksperimental, duke përsëritur metodën me sukses impresionant tek pacientët (4,5). Edhe këtu, përdorimi i ciklosporinës ka mundësuar përparim të jashtëzakonshëm dhe rritje të numrit të pacientëve të transplantuar.

Belzer dhe Collins janë nga më të njohurit që kontribunë në zhvillimin e metodave të ruajtjes dhe transportimit të organeve deri në qendrën e transplantimit (8).

Në vitet vijuese imponohet nevoja e themelimit të rrjetave të bashkëpunimit mes qendrave të dhurimit dhe transplantimit, së në nivele kombëtare edhe në planin ndërkombëtar. (9).

Rrjeti i parë për këmbimit të organeve krijohet në ShBA në vitin 1969 si Fondacioni Juglindor i vjeljes së organeve, i cili ndikoi në krijimin e Rrjetit të Bashkuar për Këmbimin e Organeve (UNOS) në vitin 1986 (6).

Në Evropë, në vitin 1967 formohet Eurotransplant duke përfshirë Belgjikën Gjermaninë dhe Holandën me listë të përbashkët të kandidatëve për transplantim. (10). Më 1970 Eurotransplant përbëhet nga 68 qendra në Austri, Belgjikë, Gjermani, Luksemburg, Holandë dhe Zvicër. Me vonë Zvicra tërhiqet dhe krijon rrjetin e vet Suisstransplant, ndërsa rrjetit evropian i bashkëngjiten Sllovenia, Kroacia dhe Hungaria.

Italia ka Qendrën Nacionale të Transplantimeve-CNT, Franca Agjencinë për Biomedicinë- ABN, Spanja Organizatën Nacionale të Transplantimit- ONT, ndërsa vendet Skandinave Rrjetin Skandinav për Transplantim të Organeve, Indeve dhe Qelizave, me pjesëmarrje të Danimarkës, Estonisë, Finlandës, Islandës, Norvegjisë dhe Suedisë.

Më 2012 krijohet Aleanca Jugore për Transplan-

time- SAT, duke përfshinë Republikën Çeke, Francën, Italinë, Portugalinë, Spanjën dhe Zvicrën.

Në këtë moment, transplantimi i organeve, indeve dhe qelizave konsiderohet si njëri ndër sukseset më të mëdha në lëmin e mjekësisë së shekullit 20 (11).

#### Legjislacioni Evropian për transplantimin e Organeve

Në vitin 2010 Unioni Evropian ka miratuar Direktivën Evropiane 2010/45/EU (Direktiva Evropiane për Organet, me standardet e kualitetit për organet e dhuruara për transplantim (12). Direktiva 2012/25/EU lehtëson përdorimin e organeve edhe jashtë kufijve vendorë (13). Këshilli evropian përpilon rregullat e kualitetit për transplantim të organeve (8) Legjislacionet kombëtare janë të bazuara në Direktivat Evropiane si udhërrëfyese.

#### Vdekja cerebrale dhe dhurimi

Zhvillimi i reanimacionit kardiopulmonar gjatë viteve 1950-1960 konsiderohet nga arritjet më të mëdha në mjekësi. Personave me dëme të pakthyeshme të trurit, pas reanimimit të suksesshëm kardiopulmonar, u rikuperohen funksionet e organeve (15). Pra, ata konsiderohen klinikisht të vdekur dhe pa mundësi rikuperimi të trurit.

Komiteti i Harvardit, në 1968, publikon kriteret neurologjike të vdekjes cerebrale si koma e pakthyeshme me mungesë të reflekseve cerebrale gjatë 24 orëve si dhe me lakoren e rrafshët në elektroencefalogram. Në vitin 1970 vdekja cerebrale pranohet si vdekje definitive dhe në momentin e ndërprerjes së trajtimit me respirator dhe vasopresorë, organet si zemra, veshkat, mëlçia, mushkëritë, pankreasi ndalen së funksionuari brenda disa minutave deri disa orëve. Pra, vdekja cerebrale pranohet si vdekje klinike. Në vitin 1972 në ShBA aprovohet ligji për trajtimin e pacientëve me dështim terminal të veshkave, kurë fillohet me transplantimin e organeve nga dhurues pas vdekjes. Rrjedhimisht, personat pas vdekjes cerebrale, paraqesin një burim shumë të vlefshëm të organeve për këta pacientë.

#### Etika dhe transplantimi

Në fushën e dhurimeve, aspektet mjekësore, legale, religjioze, kulturore dhe etike duhet të konsiderohen në veçanti. Dhurimi i organeve konsiderohet si shprehje e solidaritetit mes njerëzve. Ky është akt bamirësie me qëllim të shpëtimit të jetës së personave me organ të dështuar (11). Transplantimi është, më tepër se çdo lëmi tjetër, ngushtësisht i lidhur me etikën mjekësore dhe respektimin shumë strikt të legjislacionit. Ligji duhet të përcaktojë se

në çfarë rrethanash mund të bëhet dhurimi dhe për kënd. Njëherit, ligji përcakton kriteret infrastrukturore e profesionale që institucioni duhet të plotësojë për kryerjen e aktivitetit të transplantimit.

Për realizimin e suksesshëm të transplantimit si akt shpresëdhënës për shumë pacientë me dështim terminal të organeve, aspekti etik është një moment kritik dhe shtyllë tejet e rëndësishme në këtë proces, si të kuptuarit e jetës dhe vdekjes, respektimi i dëshirës së personit për dhurim ose refuzim, qasja ndaj familjarëve si dhe informimi në detaje se çfarë do të ndodhë me pjesët dhuruara. Rol të rëndësishëm në këtë aspekt ka Komitetet Etik. Si organ mbikëqyrës në tërë procesin, ai përbëhet nga profile të ndryshme profesionale si mjekë, filozofë, psikologë, koordinatore të transplantimit dhe përfaqësues të komunitetit religjioz. Komuniteti i gjerë duhet të jetë i informuar mire dhe në mënyrë transparente nëpërmjet mediave sociale, si mbështetësi kryesorë i kësaj fushe kaq të rëndësishme për shëndetin publik. Këtu është e rëndësishme që të dëgjohej edhe zëri i pacientëve të transplantuar dhe i atyre në pritje të transplantimit.

Dhuruesi duhet të ketë mundësi të vendosë në mënyrë të pavarur se a dëshiron të dhurojë pjesët e trupit të tij pas vdekjes, dhe nëse po, a don të dhurojë vetëm organet, vetëm indet, apo të dyja (16).

Gjithashtu, duhet të ekzistojë respekt maksimal për trupin e njeriut gjatë manipulimit dhe rekonstrukcionit final pas dhurimit (8).

Standardet etike për transplantimin duhet të jenë në përputhje me Konventën e Oviedo-s për të drejtat e njeriut dhe Biomedicinën, (17), me Principet udhërrëfyese të OBSH për transplantimin e qelizave, Indeve dhe organeve" (18) dhe me Deklaratën e Stambollit lidhur me trafikimin e organeve dhe turizmin e transplantimeve (19). Principi i tyre është solidariteti, respekti njerëzor, parandalimi i fitimit financiar, parandalimi i trafikimit të pjesëve të trupit dhe personave, transparenca, anonimiteti dhe respektimi rigoroz i dëshirës së dhuruesit.

#### Llojet e dhuruesve

Ekzistojnë dy kategori dhuruesish: dhuruesi i gjallë duhet të deklarojë personalisht pëlqimin e tij për dhurim. Nuk lejohet që dhurimi të rezultojë më ndonjë pasojë serioze për shëndetin e dhuruesit e as të pranuesit. Shembuj të dhurimit nga dhurues të gjallë janë: dhurimi i gjakut, lëkurës, kockave pas zëvendësimit të kokës së femurit, dhurimi i zemrës për valvula pas transplantimit për dështim terminal, placentës si dhe i gjakut nga kordoni umbilikal, spermës,

oociteve etj. Këtu duhet përmendur edhe dhurimin segmental të mëlçisë nga dhuruesi i gjallë, zakonisht nga familjarët (20). Dhuruesit e gjallë duhet të japin pëlqimin në formë të shkruar. Kategorinë tjetër përbëjnë dhuruesit pas vdekjes, si pas vdekjes cerebrale edhe pas vdekjes cirkulatore. Nga kategori e fundit mund të vilen vetëm disa organe, shpejtë pas arrestit cardio-respirator, sepse pas iskemisë së zgjatur, vetëm indet mund të vjelen. Dhuruesi potencial pas vdekjes cerebrale mund të mbahet artificialisht në jetë, në respirator për disa orë deri disa ditë, derisa të bëhet alokimi i organeve dhe koordinimi me ekipet e vjeljes. Gjatë kësaj periudhe stabilizohen funksionet e organeve pas fazës së instabilitetit për shkak të vdekjes cerebrale.

Ekzistojnë dy tipe të pëlqimit për dhurim: ai i nënkuptuar, pra secili qytetar është dhurues. Ndërsa, personat të cilët e kundërshtojnë, duhet të deklarohen për refuzimin tek zyrtari komunal. Ky lloji pëlqimi ekziston në Austri, Belgjikë, Francë, Holandë, Itali, Kroaci, Slloveni, Spanje, Suedi.

Lloji tjetër i pëlqimit lejon qytetarin që vetë të shprehë dëshirën për dhurim pas vdekjes. Në këtë rast, zyrtari komunal regjistron informacionin në regjistrin nacional ose në dokument zyrtar si licenca për drejtimin e makinës ose karta e identitetit, ku thuhet se personi dëshiron të jetë dhurues. Në disa vende qytetarët posedojnë "kartën e dhuruesit". Ky lloj pëlqimi aplikohet në Qipro, Danimarkë, Gjermani, Irlandë, Lituani, Rumani.

#### Evaluimi i dhuruesit potencial

Informacionet për dhuruesin, si gjinia, moshën, dita e hospitalizimit dhe shkaku i vdekjes si dhe situata e pajtueshmërisë për dhurim duhet evidentuar. Në rast çështjesh legale (vrasje, vetëvrasje, helmim, aksident trafiku me çështje të dyshimta legale) duhet pritur raportin nga organet e drejtësisë para se personi të konsiderohet për dhurim.

Evaluimi i statusit shëndetësor fillon me profilin social dhe historinë medikale, duke përfshirë mënyrën e jetesës, gjendjen martesore, kontaktin eventual seksual me partnerë të shumëfishtë, situatën rreth përdorimit të alkoolit, duhanit dhe substancave tjera toksike, si drogat intravenoze. Pësha dhe gjatësia e trupit shënohen në dosje si dhe personi nga familja, që duhet kontaktuar.

Kriteret e refuzimit: rrethanat e panjohura të vdekjes; sëmundjet ngjitëse si Zika, Ebola, COVID, infeksioni me Virus West Nile, Malaria, Tuberkulozi gjatë muajve të fundit si dhe Hepatiti B ose C, HIV (SIDA), ose HTLV; rreziku për sëmundje degjenerative

si Kreitzfeldt Jakob; tumoret malinje të trajtuara apo në fazën e trajtimit aktiv; sepsa apo septicaemia; sëmundje të rënda auto-immune, si Colitis Ulcerosa apo Sëmundja Crohn. Edhe politransfuzioni masiv është kontraindikacion në disa raste.

Ekzaminimi komplet fizik është i domosdoshëm për të parë lëzime sipërfaqësore që mund të japin indikacione për rrezik nga sëmundjet ngjithëse apo malinje.

Testimi i gjakut duhet të jetë komplet, duke përfshirë edhe jonogramin, funksionin renal, hepatic, kardiak, pankreatik, të tiroides, koagulimin e gjakut, statusin e infeksioneve me Hepatit B dhe C, HIV HTLV, Syphilis si dhe në rast dyshimi për infeksione jo të zakonshme (Ethet Q, Ethet hemorragjike, virusi Westnile, Zika, Ebola ose Sars-Cov-2).

Njëherit, gjaku duhet të dërgohet në laboratorin imunologjik për testim të statusit imunologjik të dhuruesit).

#### Institucionet pjesëmarrëse në transplantim

Ekzistojnë tri nivele Institucionale që janë direkt përgjegjëse për transplantimin e organeve (21):

##### 1. Organizata ku bëhet Dhurimi:

Është Institucion spitalor, ku bëhet "zbulimi" dhe seleksionimi i dhuruesit potencial. Pas konstatimit të vdekjes (cerebrale apo cirkulatore) nga ekipi mjekësor i përbërë nga mjeku trajtues, neurologu dhe reanimatologu, të cilët konstatojnë vdekjen cerebrale, njoftohen familjarët me të cilët ekipi mjekësor si dhe personat nga shërbimi infermierik dhe social bëjnë bisedën preliminare duke njohur familjen me situatën e arritur. Pas kësaj, informacionet lidhur me dhurimin përcillen tek Organizatat për vjelje dhe tek Organizatat për aplikimin klinik të Organeve.

##### 2. Organizata për vjeljen e Organeve

Kjo mund të jetë e njëjtë me klinikën e dhurimit apo një institucion tjetër, por që bashkëpunon me Spitalin Donator. Në organizimin e sajë duhet të përfshijë: a) Koordinatorët e transplantimit. Koordinatorët kujdesen për kontrollin e statusit të pëlqimit të dhuruesit për dhurim si dhe bëjnë aktivitetin e alokimit të organeve dhe indeve për transplantim. Njëherit, ata organizojnë ekzaminimet laboratorike, si dhe kujdesen për analizat rreth statusit imunologjik, si grupi i gjakut dhe RH, tipizimin HLA (antigenet humane leukocitare) (22); b) Ekipet për vjeljen e organeve, si dhe c) Kandidati për transplantim (pranuesi). Lista e kandidatëve për transplantim është ose nën mbikëqyrjen e ekipit të koordinatorëve ose në Qendrën regjionale të transplantimi. Koordinatorët e transplantimit, pas alokimit, kontakton pacientin, i cili duhet të hospital-

izohet urgjentisht.

Koordinimi i vjeljes së organeve paraqet një etapë shumë të rëndësishme, pasi që ekipet e vjeljes mund të vijnë nga qendra të ndryshme (vendore, por edhe nga jashtë vendit). Prandaj, komunikimi me qendrat transplantuese, të cilat do të vijnë për vjeljen e organeve duhet të jetë shumë i saktë dhe korrekt si dhe transmetimi i informacioneve rreth gjendjes së dhuruesit në mënyre korrekte dhe komplet.

Procedura e vjeljes fillon pas grumbullimit të të gjitha ekipeve të vjeljes së organeve. Pas hapjes së kavitetit torakal dhe abdominal inspektohen organet dhe përgatiten për eksplantim, kanulohen për dhënie dhe përgjishë dhe bëhet klampimi i aortës si dhe perfuzioni i organeve me tretje të ftohët. Organet e vjela prezervohen në tretje lëngjesh në temperaturë mes 0 dhe +4°C, sipas protokollit të qendrës së transplantimit. Tretjet më të përdorura dhe më efektive për ruajtjen e funksionit të organit të vjelë janë Collins me koncentrim të lartë të kaliumit dhe të ulët të natriumit, Euro-Collins, tretja U-W (University of Winkonsin), HTK (histidine-triptofan-ketoglutarat), në kombinim me amino-acide, e cila përman koncentrim të ulët të natriumit dhe kaliumit (22). Fillimisht HTK është përdorur në transplantimin e zembrës, por më vonë u adoptua edhe për organet abdominale.

Perfuzioni ex vivo i organeve për transplantim

Gjatë dy dekadave të fundit, është bërë një sërë hulumtimesh për ruajtjen e organeve më anë të aparatit ex vivo për perfuzion, duke mundësuar që edhe disa organe marginale të mire të rikuperohen. Perfuzioni ex vivo gjithashtu mundëson zgjatjen e iskemisë së organeve për një kohë më të gjatë (22).

##### 3. Qendra për transplantimin e Organeve

Qendra ku duhet të kryhet transplantimi ose Organizata Përgjegjëse për Aplikimin Klinik kujdeset për seleksionimin e pacientit për transplantim në bazë të kriterëve klinike dhe të urgjencës. Pas alokimit të organit, kontaktohet pacienti dhe organizohet hospitalizimi. Pacienti duhet të kontrollohet nga ekipi mjekësor për të konstatuar gjendjen e tij shëndetësore, si dhe kontrollohen parametrat laboratorikë, si infeksioni, funksioni renal, hepatic, kardiak si dhe EKG, dhe statusi i koagulimit të gjakut.

#### Disa të dhëna lidhur me aktivitetin e dhurimeve dhe të transplantimit të organeve

Gjatë vitit 2022 në Belgjike janë identifikuar dhe vjelë 9.587 dhurues të gjallë (87%) dhe 1.363 pas vdekjes (13%) nga numri total i dhuruesve.

Vendet me dhurimet më të larta në Evropë (për milion banorësh) në 2022 ishin: Spanja (47), Belgjika (29.2), Austria (27.9), Sllovenia (25.7), etj. (10). Sipas të njëjtit raport, vendet me më së paku dhurime ishin Bosnjë dhe Hercegovina (0), Kosova (0), Maqedonia e Veriut (0), Mali i Zi (0), Shqipëria (0), Serbia (0.2), Moldavia (0.8), Bullgaria (2.1), Rumunia (4.5) dhe Greqia me 6.7 dhurues për milion banorësh, (10).

Njëherit, në 2022 në Evropë janë bërë 27.952 transplantime: 16.794 veshkë, 6.804 mëlçi, 2.076 zemra, 1.815 mushkëri, 449 pankreas dhe 14 intestine. Ndërsa, në nivel global janë transplantuar 157.494 pacientë: 102.090 veshkë, 37.436 mëlçi, 8.988 zemra, 6.784 mushkëri, 2.026 pankreas dhe 170 intestine për dështim terminal organesh (10).

#### Imunosupresioni dhe transplantimi i Organeve

Zbulimi i medikamenteve imunosupresorë ka përmirësuar dukshëm suksesin e transplantimit të organeve. Medikamentet që sot janë në disponim për pacientët e transplantuar kanë ndikuar që jetueshmëria njëvjeçare e të transplantuarëve të jetë mbi 90% në shumicën e qendrave për transplantim (7).

Në këtë moment imunosupresorët kryesorë, të cilët me sukses ndalojnë proceset e dështimit (hedhjes) së organit të transplantuar, janë: Belatacept, Azathioprin, Mycophenolat mofetil, Cyclosporin, Tacrolimus, Sirolimus dhe Everolimus, si dhe kortikosteridet.

#### Përfundim

Gjatë 3 dekadave të fundit është bërë progres domethënës në dhurimin dhe transplantimin e organeve falë avancimeve madhore në ruajtjen e kualitetit të organeve pas vdekjes cerebrale. Gjithashtu, avancimi i disiplinës së reanimacionit ka mundësuar parandalimin e vdekjes së organeve tjera menjëherë pas vdekjes cerebrale.

Krijimi i rregullave etike dhe legale lidhur më të drejtën për të dhuruar pjesët e trupit pas vdekjes, u ka mundësuar personave që pas vdekjes t'i dhurojnë komunitetit një "thesar" për të zëvendësuar organet e dështuara si mundësi shpëtimi nga vdekja.

Thellimi i njohurive për ruajtjen e organit pas largimit nga trupi i dhuruesit e deri në momentin e transplantimit, si dhe zbulimi i medikamenteve imunosupresorë, ka siguruar suksesin e transplantimit dhe uljen e rasteve me refuzim të organit të dhuruar.

Megjithëse numri i transplantimeve është mjaftë i lartë, shumë pacientë me organe të dështuara qëndrojnë tepër gjatë në listat e pritjes me rrezik vdekjeje para gjetjes së dhuruesit.



## FRYTNIMI I ASISTUAR MJEKËSOR



**Göksu Göç**  
Specialist i Gjinekologjisë  
dhe Obstetrikës,  
Spitali Amerikan,  
Prishtinë

## Teknologjia e riprodhimit të asistuar (ART)

Infertiliteti është padyshim çështja mjekësore më e zakonshme në mbarë botën. Së paku 1 në 10 çifte përjetojnë pamundësi për të pasur fëmijë në një fazë të jetës së tyre. Fekondimi i vezëve jashtë trupit të femrës filloi në vitin 1970 nga Robert Edwards dhe Patrick Steptoe. Si në shumë fusha të tjera edhe në këtë fushë ka pasur përparime të shumta ndër vite. Derisa para disa viteve çiftet që janë diagnostikuar me "sterilitet absolut" sot trajtohen si "Infertilitet relativ". Zhvillimi i teknologjisë së riprodhimit ka bërë që fare pak të kemi sterilitet absolut, dhe me gjasë kjo teknologji do të përparojë akoma më tej.

## ART

Teknologjia e riprodhimit të asistuar (ART-Assisted Reproductive Technology) përfshin të gjitha trajtimet e infertilitetit në të cilat trajtohen ose vezët ose embrionet jashtë trupit të femrës (kryesisht IVF përmes ICSI).

Më gjerësisht, ART nënkupton trajtim të avancuar të infertilitetit, që përfshin: stimulimin e vezëve, pjekurinë e tyre, marrjen invazive të oociteve (në disa raste marrjen invazive edhe të spermës), përpunimin e tyre në laborator, bashkimin e gameteve në laborator, duke përfshirë edhe inseminimin intraplazmatik të spermatozoidit në vezore (ICSI), krijimin dhe monitorimin e embrioneve, transferimin-kthimin e tyre në trupin e gruas ose kriopreservimin e tyre.

Përmes teknologjisë së riprodhimit të asistuar (ART) përfitojnë:

- Gratë me vështirësi në ngjizje-infertile;
- Gratë që dëshirojnë ta ruajnë pjellurinë e tyre për një fazë të mëvonshme përmes kriopreservimit të oociteve;
- Gratë me sëmundje malinje që mund të kenë nevojë t'ju nënshtrohen trajtimeve gonadotoksike që është një kërcënim për dëmtim të pakthyeshëm të vezoreve.

## Infertiliteti

Infertiliteti përkufizohet si pamundësia për të konceptuar një shtatzëni brenda 12 muajve marrëdhënie seksuale të pambrojtura për gratë nën moshën 35 vjeç, ose 6 muaj për gratë 35 vjeç ose më të vjetra.

Incidenca e infertilitetit në shumë vende të botës sillet rreth 10%-15%.

Faktorët e infertilitetit për të cilët më së shpeshti nevojitet trajtim përmes ART-së:

Faktori tubar përbën rreth 30% të shkaktarëve të infertilitetit.

Sëmundjet inflamatore pelvike (PID): konsiderohen shkaku më i zakonshëm i dëmtimit të tubave dhe Chlamydia trachomatis që konsiderohet njëri nga shkaktarët më të shpeshtë infektiv. Infek-

sionet bakteriale mund të shkaktojnë mbyllje të kanaleve të mitrës dhe ngjitje- adhesion të tubave me strukturat përreth dhe në këtë mënyrë e pamundësojnë in vivo fertilizimin. IVF e anashkalon dëmtimin e tubave përmes transferimit të drejt-përdrejtë të embrionit në mitër.

Endometrioza është sëmundje inflamatore pelvike që nënkupton praninë e indit endometrial jashtë zgavrës së mitrës. Kjo sëmundje është shumë më e përhapur tek gratë me infertilitet se sa tek ato pa të, dhe kjo e sqaron më së miri efektin që endometrioza ka në këtë fushë. Edhe pse mekanizmat se si endometrioza shkakton infertilitet akoma nuk janë sqaruar tërësisht, mendohet që adhesionet pelvike, inflamacioni kronik intraperitoneal, folikulogjeneza e dëmtuar janë shkaktarët që e ulin shkallën e implantimit tek gratë me endometrioze.

Dështimi i parakohshëm i vezoreve nënkupton zvogëlim të theksuar të rezervës ovariale ose harxhim i plotë i saj. Ky grup i pacienteve mund të përfitojnë përmes procedurës IVF me oocite të dhuruara nga një dhuruese.

Faktori i lidhur me gjininë mashkullore mashkullore shpjegon 20% të faktorëve të infertilitetit si i vetëm dhe kontribuon si faktor i përbashkët edhe në 20% të infertilitetit në çift. Në kuadër të këtij faktori përfshihet ulja e numrit të përgjithshëm të spermatozoideve, zvogëlimi i lëvizshmërisë dhe anomalitë e formës, respektivisht morfologjisë së spermës. Inseminimi intrauterin i spermës konsiderohet formë e përshtatshme për pacientët me abnormalitete të lehta në karakteristikat e spermës. Për format më të rënda rekomandohet injektimi intracitoplazmatik i spermës direkt në oocite (ICSI) përmes IVF-së. Pacientët me azospermi (mungesë totale të spermatozoideve në spermë) janë kandidatë që duhet t'i nënshtrohen njërit nga intervenimet përmes të cilave tentohet të nxirret sperma nga epididimisi ose testikuli dhe përmes ciklit IVF me ICSI të bëhet mbarësimi i oociteve.

Anomalitë e fituara ose të lindura të mitrës janë faktorë të tjerë që ndikojnë në infertilitetin e femrës.

Diagnostikimi dhe trajtimi kirurgjik i tyre pa dyshim rritë shanset për sukses tek ky grup i pacienteve.

Faktorët imunologjikë dhe sëmundjet sistemike Sëmundjet autoimmune dhe gjendjet e hiperkoagibilitetit mund të kenë ndikim negativ në faza të caktuara të trajtimit të infertilitetit. Njohuri të mirëfillta dhe veprime adekuate në faza të caktuara më qëllim të trajtimit të faktorëve imunologjikë dhe hiperkoagibilitetit ndikojnë në rritjen e rezultatit të procedurave të IVF-së.

Siç shihet faktorët dhe anomalitë që ndikojnë në infertilitet janë të shumtë dhe njohuritë e mirëfillta në fushën e gjinekologjisë, anatomisë, fiziologjisë, kirurgjisë së hapur dhe endoskopike

nevojiten për të arritur sukses në trajtimin e infertilitetit. Përveç kësaj, bashkëpunimi i ngushtë me profesionistë të fushave të tjera si embriologjia, endokrinologjia, urologjia, janë çelësi i suksesit në fushën komplekse të ART-së.

#### KUNDËRINDIKACIONI PËR ART

Nuk ka kundërintdikacione absolute për IVF, megjithatë kjo procedurë nuk duhet të kryhet tek gratë që kanë risk për morbiditete të rënda dhe mortalitet gjatë shtatzënisë nëse IVF do rezultonte pozitiv. Të tilla konsiderohen sëmundjet e rënda të zemrës (NYHA 3 ose 4) dhe sëmundjet e rënda të mushkërive.

Megjithatë, gratë që dëshirojnë një fëmijë biologjik mund t'i nënshtrohen IVF me aspirim të oociteve, fekondim me spermën e partnerit të tyre dhe embrionet mund të transferohen tek një nënë surrogate.

#### Masat paraprake para se të fillohet procedura IVF

Të gjitha çiftet infertile duhet t'i nënshtrohen një vlerësimi të funksionit ovulator, rezervës së vezëve, evaluimit të mitrës, kalueshmërinë dhe formës së kanaleve të mitrës dhe një analize të spermës. Vlerësimi i rezervës ovariale bëhet përmes numërimit të folikujve antral përmes ultrasonografisë si dhe përmes analizimit të hormoneve: FSH, E2 dhe AMH-së. Pacientja me rezervë të varfër ovariale të bazuar në një nga parametrat e sipërshënuar, akoma mund të jetë kandidate për IVF, por mund të ketë nevojë edhe për oocite të dhuruara.

Para se të fillohet me procedurën e IVF-së, po ashtu, duhet të kemi një pasqyrë të qartë për gjendjen e kanaleve të mitrës, procedurë kjo që më së shpeshti realizohet përmes Histerosalpingografisë dhe LPSC diagnostike. Te gjendjet që shoqërohen me shenja të hidrosalpingitit kërkohet që paraprakisht të bëhet ligimi i tubave uterine ose largimi total i tyre, në mënyrë që të sigurohet një shkallë më e lartë e suksesit në procedurën e IVF-së.

Gjendjet që shoqërohen me anomalitë të lindura apo të fituara të mitrës rekomandohet të korrigojohen aq sa lejojnë kushtet për korrigjimin e tyre. Në kuadër të procedurës së IVF-së kërkohet analizimi paraprak i spermës. Në raste të lehta aplikohen terapi që mund të përmirësojnë vlerat në kuptimin e rritjes së numrit dhe lëvizshmërisë së tyre. Në raste të rënda nevojiten ndërhyrje kirurgjikale nga ana e urologut që të kërkohen spermatozoidë në epididimis ose testise. Gjetja e spermatozoideve do të shfrytëzohet për ICSI të drejtpërdrejt (nëse paraprakisht është bërë harmonizimi me stimulimin ovarian të gruas) ose ngrirje të spermës për përdorim në kohë të përshtatshme. Për të dy partnerët këshillohet shqyrtimi paraprak i sëmundjeve infektive për HIV, Hepatit B dhe C dhe Sifilis.

#### Teknikat e trajtimit të IVF-së përfshijnë:

1. Stimulimin e kontrolluar të vezoreve
2. Mbledhjen e ovociteve
3. Fekondimin e embrioneve
4. Transferimin e embrioneve

1. Stimulimi i kontrolluar ovarian fillon në ditën e dytë ose të tretë të ciklit menstrual tek një paciente e cila paraprakisht është përgatitur për ART. Në po këtë ditë pacientes i bëhet një ekzaminim ultrasonografik përmes të cilit vlerësojmë endometrin dhe gjendjen e vezoreve si dhe bëhet vlerësimi i nivelit të Estradiolit dhe Progesteronit në gjak. Endometri nën 4mm dhe folikujt antral në vezore më të vogël se 8mm, niveli i estradiolit në gjak më i ulët se 50pg/mL dhe progesteroni më i ulët 1.0pg/mL, janë vlera normale për fillimin e stimulimit ovarian. Në rast se hasim në vlera të tjera preferohet pauzim deri në ciklin tjetër menstrual.

Për stimulimin e kontrolluar ovarian përdoren Clomiphen citrate, Letrozoli dhe Gonadotropinat ekzogjene. Gonadotropinat janë preparate që më së shpeshti përdoren për këtë qëllim. Ato aplikohen në dozë nga 75IU deri në 450IU varësisht nga mosha dhe rezerva ovariale e pacientes. Ruajtja për mospëlcitje të folikujve bëhet përmes analogëve të GnRH sipas protokollit të gjatë të filluar nga dita 21-të e ciklit paraprak, ose sipas protokollit të shkurtër që fillon nga dita e parë e ciklit që fillohet stimulimi, ose përmes agonistëve të GnRH, të cilët fillohen nga dita e 7-të e ciklit menstrual ose kur folikuli dominant ka arritur diametrin 14mm. Monitorimi i rritjes së folikujve bëhet përmes ultrasonografisë, ku vlerësohet numri dhe madhësia e folikujve në rritje, si dhe përmes monitorimit të nivelit të Estradiolit në gjak. Kur folikujt arrijnë në fazën e pjekurisë më të mëdhenj se 18mm, aplikohet hCG që të bëjë maturimin e oociteve dhe fiks pas 34-36 orësh programohet procedura e mbledhjes së oociteve.

2. Mbledhja e ovociteve. Kjo procedurë kryhet nën efektin e sedacionit intravenoz. Në drejtimin e ultrazërit transvaginal, përmes një udhëzuesi të vendosur në sondë arrihet të depërtohet në vezoren e pacientes dhe në këtë mënyrë bëhet aspirimi i secilit folikul veç e veç.

3. Mbarësimi (fekondimi) i oociteve bëhet në laboratorin e embriologjisë nga profesionisti i specializuar embriolog. Inseminimi ose ICSI përdoret për të fekonduar oocitet. Mostra e spermës përgatitet duke izoluar spermën përmes centrifugimit, duke e larë atë në mediume me një përqendrim të lartë proteinash për të nxitur kapacitimin, një proces që është i nevojshëm që sperma të bëhet e fertilizueshme. Pesëdhjetë deri në njëqind mijë spermatozoidë inkubohen me një oocit për 12-18 orë. Infertiliteti me faktor mashkullor mund të kërkojë ICSI, ku një

spermatozoid i pa lëvizur injektohet drejtpërdrejtë në oocit. ICSI çdo herë e më shumë po bëhet e pëlqyer që të përdoret në secilin rast të mbarësimit të oociteve. Kjo anashkallon nevojën që sperma të depërtojë në zona pellucida (matriksi glikoproteinik që rrethon oocitin).

4. Transferimi i embrionit mund të bëhet në fazën e morulës (3 ditë pas fekondimit) ose në fazën e blastocistit (5 ditë pas fekondimit). Transferimi i fazës blastocist ofron lindje më të larta të gjalla për cikël dhe arrihet me më pak numra embrioni. Embrionet transferohen nën drejtimin transabdominal të ultratingujve në mitër nga një kateter që kalon në qafën e mitrës. Embrioni(et) vendosen 1 deri në 2 cm nga fundusi i mitrës. Pas transferimit, kateteri kontrollohet nën mikroskop për t'u siguruar që asnjë embrion të mos mbahet në kateter dhe se të gjitha embrionet u vendosën me sukses në mitër. Numri i embrioneve të transferuara do të varet nga faza e embrionit, cilësia e embrionit, mosha e nënës dhe preferenca e pacientit. Shoqata Amerikane për Mjekësinë riprodhuese rekomandon që jo më shumë se dy blastociste të transferohen tek gratë 37 vjeç ose më pak, jo më shumë se tre blastociste në 38 deri në 40 vjeç si dhe në gratë 41 deri në 42 vjeç. Për të optimizuar implantimin e embrionit dhe një shtatzëni të vazhdueshme, suplementi i progesteroneve fillon ditën e rimarrjes së oocitit ose transferimit të embrionit. Embrionet e tepërta të cilësisë së mirë kriopreservohen për përdorim të ardhshëm.

#### Komplikimet e mundshme të ART-së

Sindroma e hiperstimulimit ovarian është një ndërlikim potencialisht kërcënues për jetën. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) vlerëson se përqindja e OHSS-së së rëndë është 0,2 deri në 1% e të gjitha cikleve të stimulimit.

Në raste të lehta, gratë përjetojnë distension abdominal, nauze dhe të vjella. Në raste më të rënda, zhvillohet asciti me dhimbje të forta abdominale dhe efuzion të mundshëm pleural, gjë që mund të çojë në uljen e funksionit pulmonar dhe hipoksisë. Pacientet mund të tregojnë shenja të hipovolemisë, oligourisë, kreatininës së ngritur, transaminazave të rritura të mëlçisë, leukocitozës dhe anomalive elektrolite. Hemokoncentrimi do të rrisë rrezikun për tromboemboli. Në raste kritike, insuficiencia renale akute dhe koagulimi intravaskular i disseminuar mund të rezultojë në vdekje.

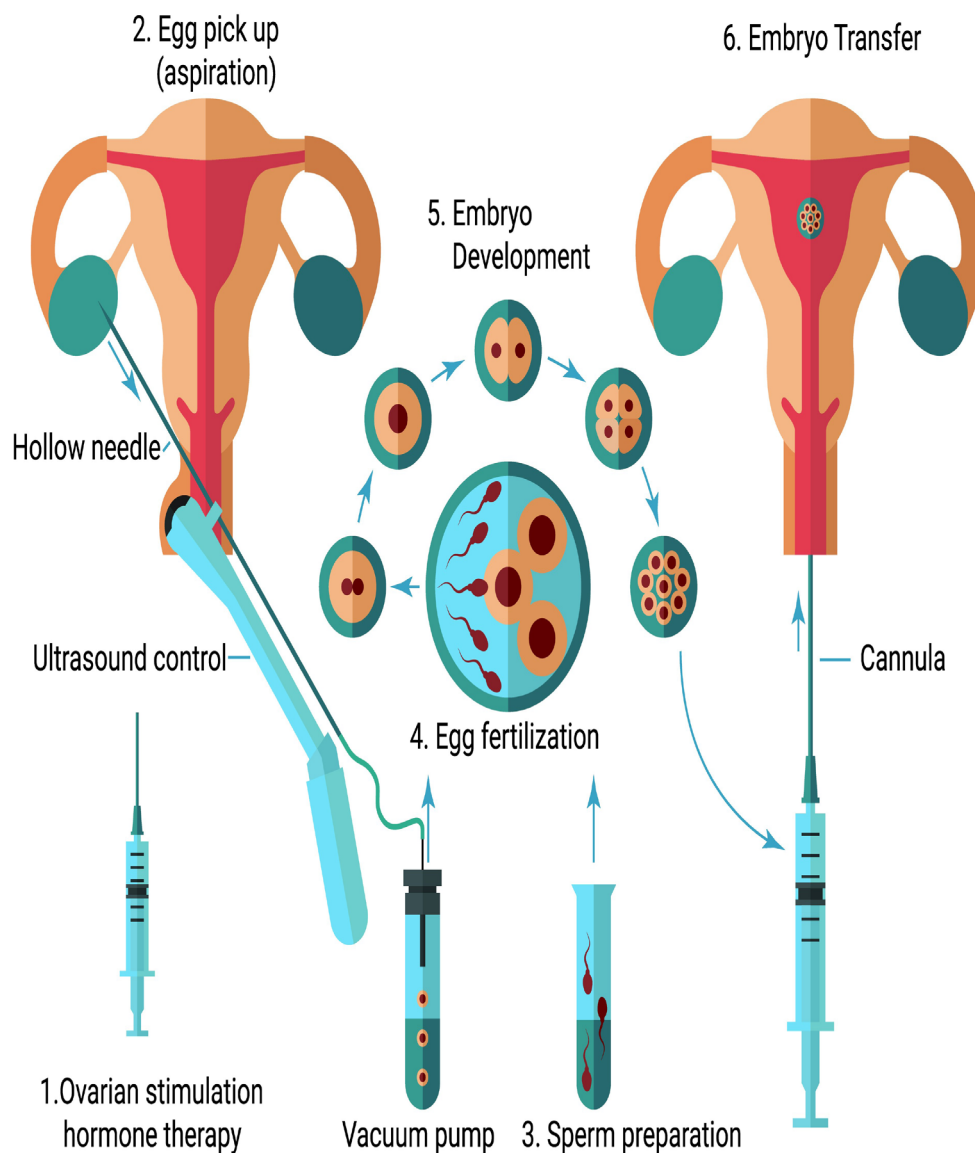
Frekuenca e binjakëve është rritur nga viti 1980 deri në vitin 2015, dhe vlerësohet se 19% e të gjithë binjakëve dhe 25% e të gjithë tripletëve janë për shkak të IVF-së.

Rritja e frekuencës së lindjes së parakohshme që lidhet kryesisht me rritjen e shtatzënieve multiple dhe me Hipertension të indukuar nga shtatzënia tek pacientet me IVF.

## Përmbyllje:

Përkundër kostos, stresit psikologjik, mundimeve fizike dhe efekteve të mundshme anësore, ART (IVF dhe ICSI) ka revolucionarizuar fushën e riprodhueshmërisë humane dhe ka krijuar jetë të shumë çifte të pashpresë.

Testimet gjenetike preimplantuese dhe testimi i receptivitetit endometrial po i japin avantazh edhe më të madh pacienteve me dështime të përsëritura.



# In Vitro Fertilization

Figura 1. Teknikat e trajtimit të IVF-it

## Referencat:

- Zhao Y, Brezina P, Hsu CC, Garcia J, Brinsden PR, Wallach E. In vitro fertilization: four decades of reflections and promises. *Biochim Biophys Acta*. 2011 Sep;1810(9):843-52.
- Sunderam S, Kissin DM, Crawford SB, Folger SG, Boulet SL, Warner L, Barfield WD. Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2015. *MMWR Surveill Summ*. 2018 Feb 16;67(3):1-28.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013 Jan;99(1):63.
- Infertility Workup for the Women's Health Specialist: ACOG Committee Opinion, Number 781. *Obstet Gynecol*. 2019 Jun;133(6):e377-e384.
- Abrao MS, Muzii L, Marano R. Anatomical causes of female infertility and their management. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Dec;123 Suppl 2:S18-24.
- O'Connor KA, Holman DJ, Wood JW. Declining fecundity and ovarian ageing in natural fertility populations. *Maturitas*. 1998 Oct 12;30(2):127-36.
- Shrestha D, La X, Feng HL. Comparison of different stimulation protocols used in in vitro fertilization: a review. *Ann Transl Med*. 2015 Jun;3(10):137.
- Binder H, Dittrich R, Einhaus F, Krieg J, Müller A, Strauss R, Beckmann MW, Cupisti S. Update on ovarian hyperstimulation syndrome: Part 1- Incidence and pathogenesis. *Int J Fertil Womens Med*. 2007 Jan-Feb;52(1):11-26.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: ASRM@asrm.org; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Guidance on the limits to the number of embryos to transfer: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2017 Apr;107(4):901-903.

## CILËSIA E AJRIT NË KOSOVË DHE NDIKIMI NË SHËNDETIN E POPULLATËS



**Antigona Ukëhaxhaj**  
Specialiste e Higjienës  
Instituti Kombëtar i  
Shëndetësisë Publike  
Prishtinë

Të dhënat e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) tregojnë se ndotja e ajrit vret rreth shtatë milionë njerëz në mbarë botën çdo vit. Nëntë nga dhjetë njerëz thithin ajër që i tejkalon kufijtë e udhëzuesit të OBSH-së dhe që përmban nivele të larta të ndotësve, ku vendet me të hyra të ulëta dhe ato me të hyra të mesme vuajnë nga ekspozimet më të larta.<sup>1</sup>

Ndotja e ajrit është rreziku i vetëm më i madh mjedisor në botë për shëndetin, duke u konsideruar si emergjencë globale e shëndetit publik, dhe ka efekt të barabartë me përdorimin e duhanit, duke vënë në rrezik të gjithë, duke filluar nga foshnjat e palindura, deri tek fëmijët që ecin për në shkollë, gratë që gatuajnë mbi zjarre të hapura.<sup>2,3</sup> Shëndeti i individëve të prekshëm dhe të ndjeshëm mund të ndikohet edhe në ditët me ndotje të ulët të ajrit. Ekziston një lidhje e qartë e ndotjes së ajrit me rezultate të shumta negative shëndetësore që rrjedhin nga studimet përkatëse epidemiologjike, por ndikimi i saj negativ ekonomik vlerësohet më pak. Ekspozimi afatshkurtër dhe afatgjatë shoqërohet jo vetëm me barrën e sëmundjes, shkurtimin e jetëgjatësisë, por edhe me vdekshmërinë. Shkaqet kryesore të vdekjeve dhe sëmundjeve që lidhen me ndotjen e ajrit nga materia grimcore PM2.5 janë sëmundjet ishemike të zemrës (SIZ), goditja në tru, sëmundjet e frymëmarrjes, sëmundjet pulmonare obstruktive kronike (SPOK) dhe kanceri i mushkërive, pasi që ato depërtojnë thellë në mushkëri, hyjnë në qarkullimin e gjakut dhe arrijnë deri tek organet, duke shkaktuar kështu dëme sistematike të indeve dhe qelizave. Studimet klinike dhe eksperimentale sugjerojnë që grimcat e imëta të ajrit rrisin rrezikun e sëmundjeve kardiovaskulare duke nxitur arteriosklerozë, duke rritur stresin oksidativ, duke rritur rezistencën ndaj insulinës, duke promovuar mosfunksionimin endotelial dhe duke rritur priirjen për koagulim.

Ndotja e ajrit është shkaku kryesor, edhe pse jo sa duhet i vlerësuar i sëmundjeve jo ngjitëse përgjegjëse (në vitin 2015) për 19% të të gjitha vdekjeve kardiovaskulare në të gjithë botën, 24% të vdekjeve nga sëmundjet ishemike të zemrës, 21% të vdekjeve nga goditjet në tru dhe 23% të vdekjeve nga kanceri i mushkërive.<sup>4,5,6</sup>

Rritja ekonomike ndikohet nga ulja e produktivitetit, mungesa në punë, ulja e numrit të fuqisë punëtore, kostot dhe shpenzimet e larta të lidhura me kujdesin shëndetësor dhe humbja e mirëqenies.<sup>7</sup>

Popullsia e rajonit të Ballkanit Perëndimor dhe të Evropës Lindore është e ekspozuar ndaj disa prej përqendrimeve më të larta të ndotjes së ajrit në Evropë, deri në pesë herë më të lartë se nivelet e udhëzuesve kombëtarë dhe të BE-së, e lëre më Udhëzuesin e OBSH-së për Cilësinë e Ajrit (UCA i OBSH). Pavarësisht disa përmirësimeve në rajonin e Ballkanit Perëndimor, problemet e zakonshme - emetimet nga termocentralet (kryesisht me linjit) dhe impiantet prodhuese, ngrohja shtëpiake,

trafiku dhe minierat, janë ende ekzistuese.<sup>3,8</sup>

Në Kosovë përqindja e popullsisë në moshë pune është 67.2 %, përqindja e popullsisë 65 vjeç e lart është 8.7%, 15-64 vjet janë 67.2% dhe 0-14 vjet janë 24.1% të popullsisë kosovare. Shkalla e përgjithshme e fertilitetit (numri mesatar i fëmijëve për grua) në Kosovë është 1.65 në vitin 2017, Vdekshmëria foshnjore në Kosovë ishte 2.8 herë më e lartë se në BE-27, ku shkalla ishte 3.5 vdekje për 1 000 lindje (Kosova ka 9.7 për 1 000 lindje në vitin 2017).<sup>9</sup>

Sipas Eurostat, jetëgjatësia në lindje për meshkujt në Kosovë është 75.9 dhe 81.6 për femrat.<sup>10</sup>

Kosova nuk ndryshon shumë nga vendet e tjera në rajonin e Ballkanit gjatë vitit 2012, "me zhvillimin ekonomik erdhën nivele të larta të ndotjes së ajrit nga dy impiantet e vjetra të prodhimit të energjisë, si dhe rritja e fluksit të trafikut".<sup>7</sup> Energjia, industria, transporti, bujqësia, mbeturinat dhe konsumi i lëndëve djegëse të ngurta së bashku me kushtet e pafavorshme meteorologjike për shpërndarjen e ndotësve të emetuar në ajrin e ambientit, veçanërisht gjatë periudhës së dimrit (nëntor deri në janar), dhe krijimet e shpeshta të smogut në atë periudhë, janë identifikuar si faktorët kryesorë të ndotjes së ajrit të ambientit në vend.<sup>11,12</sup>

Për më tepër, sjellja dhe ndërgjegjësimi i njerëzve në vend për sa i përket ndotjes së ajrit nuk është mjaftueshëm e kënaqshme, siç thuhet në Anketën Evropiane të Cilësisë së Jetës dhe Anketën e Mozaikut të Kosovës. Më pak se 23% e popullsisë së Kosovës e perceptojnë cilësinë e ajrit të ambientit si të dobët dhe kjo është shumë më e lartë në mesin e popullatës së aglomeracionit të Prishtinës, veçanërisht Obiliqit, për shkak të afërsisë me termocentralet.<sup>13,14,15</sup>

Bazuar në gjetjet e projektit të MCC, të realizuar në Kosovë gjatë viteve 2017-2021, fokusi kryesor i studimit ishte ndikimi shëndetësor i cilësisë së ajrit të ambientit në Kosovë, duke siguruar vlerësime mbi vdekjet e atribueshme në popullatën e Kosovës, për shkak të ekspozimeve afatgjata ndaj PM2.5 dhe Vitet e Jetës së Humbur (VJH), për shkak të vdekshmërisë së parakohshme që i atribuohet atyre ekspozimeve, sidomos ndikimin në disa grupe të cenueshme të popullsisë.<sup>16</sup>

Për vlerësimin e ndikimit në Shëndet është përdorur softuerin AirQ+ i OBSH-së, nga Zyra Rajonale e OBSH-së për Evropën, Qendra Evropiane për Mjedisin dhe Shëndetin (ECEH) Zyra e Bonit në Gjermani<sup>17</sup>, bazuar në vlerësimet e rrezikut të nxjerra nga studimet epidemiologjike ekzistuese.<sup>18</sup> Hapat e llogaritjes janë bërë në bazë të: (1) inputit të përqendrimit mesatar vjetor trevjeçar të PM2.5 (për periudhën 2017-2019); (2) popullsisë totale të ekspozuar; (3) numrit të vdekshmërisë totale (natyrore) (30 e lart) ose rasteve të vdekshmërisë nga shkaqe specifike (të ndara sipas grupmohave pesëvjeçare për sëmundje ishemike të zemrës (SIZ) dhe goditje në tru), dhe (4) popullsisë në rrezik (30 e lart).

Të dhënat mjedisore për ekspozimin e popullsisë ndaj PM2.5 dhe stresuesve të tjerë (dioksidi i squfurit (SO<sub>2</sub>), dioksidi i azotit (NO<sub>2</sub>), monoksidi i karbonit (CO) dhe ozoni), sot mund të merren online nga AMMK-ja dhe IHMK-ja (ihmk-rks.net/ajri).

Studime të gjera epidemiologjike kanë raportuar llojllojshmëri rezultatesh negative shëndetësore për shkak të ekspozimit afatshkurtër dhe afatgjatë ndaj ndotësve të ajrit. Komisioni Lancet për ndotjen dhe shëndetin përmes analizave të të dhënave ekzistuese dhe atyre në zhvillim zbulon kontributin e rëndë dhe të nën raportuar të ndotjes në Barrën Globale të Sëmundjeve.<sup>19</sup>

Po ashtu është raportuar rritje e rrezikut të sëmundjeve të zemrës, infeksioneve të frymëmarrjes dhe kancerit të mushkërive. Fëmijët, të moshuarit dhe njerëzit e varfër, njerëzit që tashmë janë të sëmurë, janë më të ndjeshëm ndaj ajrit të ndotur. Gjenetika, sëmundjet shoqëruuese, të ushqyerit dhe faktorët socio-demografikë gjithashtu ndikojnë në ndjeshmërinë e një personi ndaj ndotjes së ajrit.<sup>20</sup>

Ekzistojnë dëshmi sugjестive që lidhin ekspozimin ndaj ndotjes së ajrit me rritjen e rrezikut për rezultate të pafavorshme të shtatzënisë (pësia e ulët e lindjes, foshnje të vogla për moshën gestacionale), llojet e tjera të kancerit, diabeti, dëmtimi kognitiv dhe sëmundjet neurologjike, çrregullimi i mungesës së vëmendjes ose hiperaktiviteti dhe autizmi.<sup>21,22,23,24</sup>

Ligji për Mbrojtjen e Mjedisit (Nr. 03/L-025), Ligji për Mbrojtjen e Ajrit (Nr. 2004/30), Ligji për Parandalimin dhe Kontrollin e Integruar të Ndotjes (Nr. 03/L-043) dhe të tjerë, së bashku me Strategjinë për Cilësinë e Ajrit 2013-2022 krijojnë një kornizë legjislativë që inkorporon standardet e BE-së. Megjithatë, "shkalla e zbatimit të ligjeve ndryshon dukshëm. Kosova mbetet prapa në aspektin e zbatimit dhe pajtueshmërisë me legjislacionin e vet".<sup>7, 21</sup>

Për shkak të rritjes së lëndëve djegëse të ngurta, gjatë sezonit të dimrit Kosova ndër vite raporton se 50% e stacioneve urbane të monitorimit kanë tejkalime të vlerës kufitare vjetore për PM2.5 kryesisht stacioni monitorues në Aglomeracionin e Prishtinës, Mitrovicë dhe Gjilan, dhe të materieve grimcore PM10 (Obiliq, Hani i Elezit dhe Gjilan) duke sugjeruar që ndotja grimcore e ajrit është një çështje prioritare e mjedisit dhe shëndetit publik në vend.

Direktiva e BE-së si dhe standardet e CA-së të Kosovës lejojnë deri në 35 tejkalime të përqendrimeve ditore të PM10 për një vit kalendarik. Në vitin 2019, numri i ditëve të raportuara me tejkalimet sa i përket PM10 kishte tejkalime të theksuara në Komunën e Prishtinës (Obiliq - 72 ditë; Dardhishtë - 53; IHMK - 51; Rilindja - 29 dhe Palaj - 20),

Gjilan - 65; Pejë - 63; Prizren - 59, Mitrovicë 48, Hani i Elezit - 42 dhe 33 ditë me tejkalime në Drenas.<sup>24</sup>

Andaj, IKSHPK është institucioni më i lartë shëndetësor, profesional dhe shkencor i Republikës së Kosovës i cili hulumton ndikimin e faktorëve mjedisor në shëndetin e popullatës, hulumton shkaqet dhe pasojat e ndotjes së ajrit që dëmtojnë shëndetin publik si dhe propozon masat mbrojtëse për parandalimin e efekteve të dëmshme në shëndet. Po ashtu është përgjegjës për informim dhe këshillim të popullatës në çështjet e shëndetit kush dhe si duhet të mbroj vetveten, ndryshimin e sjelljeve të qytetarëve dhe komunikimin e rregullt dhe aktiv me të gjitha palët e interesuara në fushën e mjedisit.

Tabela 1. Mesatarja trevjeçare e vdekshmërisë totale sipas grupmoshave Burimi: Agjencia e Statistikave të Kosovës. 2021

| Grupmosha | Vdekshmëria totale |         |         |       |      | A00-Y89 |         |       |
|-----------|--------------------|---------|---------|-------|------|---------|---------|-------|
|           | #                  | % e Vd. |         |       | #    | % e Vd. |         |       |
|           |                    | totale  | meshkuj | femra |      | totale  | meshkuj | femra |
| 0-5       | 265                | 2.6     | 146     | 119   | 243  | 3.0     | 134     | 110   |
| 6-29      | 188                | 1.9     | 124     | 64    | 145  | 1.8     | 98      | 47    |
| 30-64     | 2438               | 24.2    | 1572    | 866   | 1921 | 23.7    | 1227    | 694   |
| 65+       | 7196               | 71.3    | 3804    | 3392  | 5797 | 71.5    | 3010    | 2787  |
|           | 10086              |         | 5646    | 4441  | 8106 |         | 4469    | 3638  |

Sipas OBSH-së, teksa në vendet fqinje termocentralet e linjitet prodhojnë sasi të konsiderueshme të SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub> dhe materies grimcore, në Kosovë ato kontribuojnë në shumicën e emetimeve të PM në ajrin e ambientit. Dy termocentralet me djegie qymyri (linjiti) në Obiliq, të cilat janë aktive gjatë gjithë vitit, kontribuojnë vazhdimisht në ekspozimin e popullatës ndaj CO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, O<sub>3</sub>, PB, pluhurit, tymit dhe PM<sub>2.5</sub> Intensiteti i lartë i trafikut, mbingarkesa e zakonshme në qendrat e qyteteve e kombinuar me rritjen e dendësisë së popullsisë, çojnë në kontributin e lartë të transportit në ekspozimin total të popullsisë.

Ngrohja shtëpiake identifikohet si një nga burimet kryesore të ndotjes së ajrit në vend. Lidhur me llojin e burimit të ngrohjes, rreth 70.4% e ekonomive familjare përdorin dru si burim të ngrohjes, 18.2% përdorin energji elektrike, 7.1% përdorin qymyr dhe 4.0% konsumojnë ngrohje të derivuar nga

sistemi qendror ose lokal për ngrohje dhe 0.4% përdorin alternativa të tjera.<sup>26</sup>

Sistemi i ngrohjes qendrore në Kosovë është relativisht i ri dhe i kufizuar në vetëm tre zona gjeografike (Prishtinë, Gjakovë dhe Mitrovicë). Sektori sfidohet nga teknologjia e vjetër dhe niveli i ulët i faturimit dhe inkasimit të energjisë së prodhuar. Menaxhimi i dobët i futjes së njehsorëve të konsumit të energjisë termike për ekonomitë familjare individuale në ndërtesat banesore është gjithashtu një sfidë.<sup>27</sup>

Në rezultatet, të lidhura me emetimin total nga të gjitha burimet (djegie të vogla, transport, industria, bujqësia) – djegiet e vogla përbëjnë 69% (PM10) dhe 84% (PM2.5) të emetimit total të PM, transporti (rrugët) 12 % dhe 7%, industria (industria dhe guroret) 17% dhe 8% dhe bujqësia 3% dhe 1% respektivisht. Përqindjet e emetimeve nga sektorë të ndryshëm janë të ndryshme në rastin e NO<sub>2</sub>: djegiet e vogla - 5%, transporti (rrugët) - 32%, industria - 56%

dhe bujqësia - 9%.<sup>28</sup>

Rezultatet tregojnë se 1 150 raste të vdekjeve në vit (121/100 000 banorë) i atribuohen nivelit aktual të PM2.5 në Kosovë i cili paraqet 12.1% të vdekshmërisë totale, nga të gjitha shkaqet (natyrore).

Numri i vlerësuar i vdekjeve të atribueshme që mund të shmangen (çdo vit) nëse arrihen vlerat kufitare të Udhëzuesve të Cilësisë së Ajrit të OBSH-së është 758 (95% CI [501-992]), që paraqet 8% të vdekshmërisë totale (natyrore) në grupmoshën 30 vjeç e lart dhe 66% e vdekshmërisë së atribueshme në të njëjtën grupmoshë. E llogaritur si normë për 100 000 banorë në rrezik, mesatarisht 80 raste të vdekjeve (95% CI [52.6, 104.1]) për 100 000 i atribuohen shkakut të tejkalimit të vlerës kufitare. Rezultatet tregojnë se 758 (95% CI [501-992]) vdekje të parakohshme çdo vit të shkaktuara nga ekspozimi afatgjatë ndaj PM2.5 mund të shmangen nëse arrihen vlerat kufitare të OBSH-së e cila paraqet një

Tabela 2. Barra e vlerësuar e sëmundjeve dhe vlerësimi i ndikimit të cilësisë aktuale të ajrit në Kosovë  
Burimi: Health Impact Assessment -MCC/MFK/IKSHPK

| Mesatarja 3-vjeçare PM <sub>2.5</sub> (µg/m <sup>3</sup> ) | Vlera kufitare (µg/m <sup>3</sup> ) | Vdekshmëria totale, nga të gjitha shkaqet (natyrore) 30+ | Shkalla e vdekshmërisë * (për 100,000) | Vdekjet e atribueshme të vlerësuara |           |  |          |                                      |            |
|--|-------------------------------------|--|--|-------------------------------------|-----------|--|----------|--------------------------------------|------------|
|  |                                     |  |  | #                                   | 95% CI    | % e vdekshmërisë totale ((proporcioni i atribueshëm) | 95% CI   | Rastet e atribueshme * (për 100,000) | 95% CI     |
| 23.8   | 2.4                                 | 9 518  | 998.9                                  | 1 150                               | 766-1 493 | 12.08  | 8.1-15.7 | 120.7                                | 80.4-156.7 |
| 23.8   | 10.0                                | 9 518  | 998.9                                  | 758                                 | 501-992   | 7.97   | 5.3-10.4 | 79.6                                 | 52.6-104.1 |

përfitim të rëndësishëm shëndetësor.

Të dhënat e vdekshmërisë nga shkaqe specifike (mesatarja trevjeçare) janë paraqitur në Figurën 3. Rreth 16% e vdekshmërisë totale (natyrore) në Kosovë është për shkak të SIZ dhe goditjes në tru. Për sa i përket SPOK-it, më e prekura është grupmosha 70 vjeç e lart, ndërsa për sa i përket kancerit të mushkërive, barra më e lartë raportohet në grupmoshën 50-69 vjeç, veçanërisht pas moshës 60 vjeç.(Figura 3)

Shumë studime të tjera janë bërë në këtë fushë në Kosovë, dhe të cilat kanë përcjellë efektet akute të grimcave në sistemin respirator dhe atë kardiovaskular te popullata e Republikës së Kosovës.29

Një studim tjetër mbi efektet afatshkurtra të ndotjes së ajrit nga grimcat PM<sub>2.5</sub>, dhe numri i vizitave dhe pranimeve spitalore te fëmijët dhe adoleshentët nga sëmundjet respiratore, në QKMF e Prishtinës dhe Spitalin e Pediatriisë (SHSKUK) është bërë në vitin 2022, si pasojë e episodeve të smogut në qytet gjatë sezonit të dimrit e krahasuar me stinët tjera gjatë vitit në Prishtinë.30

Po ashtu, një studim është bërë mbi efektet e ndotjes së ajrit nga grimcat PM<sub>2.5</sub> dhe numri i vizitave në kujdesin primar shëndetësor mbi numrin e vizitave nga sëmundjet respiratore të fëmijëve në Komunën e Prishtinës.31

Si konkludim mund të themi se Kosova duhet të përkushtohet më shumë në miratimin dhe transpozimin e legjisllacionit dhe standardeve të cilësisë së ajrit në përputhje me direktivat dhe udhëzimet e BE-së dhe OBSH-së. Vendi ka nevojë urgjente të zhvillimit të Programit kombëtar dhe planit të veprimit për përmirësimin dhe menaxhimin e Cilësisë së ajrit me futjen e kriterëve të vlerësimit përfshirë edhe kriteret për efektivitetin e masave në fushën e shëndetit publik.

Zbatimi i planit lokal të veprimit për përmirësimin e Cilësisë së Ajrit për Prishtinën duhet të bëhet me prioritet (si qyteti më i ndotur), për mbrojtjen e shëndetit publik dhe kryerjen e veprimeve për ndryshim të sjelljes. Gjithashtu, Kosova duhet të zhvillojë një mjedis të integruar dhe sistem të informacionit shëndetësor dhe të ketë qasje në bazat e të dhënave ndërkombëtare referuese.

Qeveria duhet të fillojë punën për hartimin e strategjisë afatgjatë të dekarbonizimit, dhe miratimin e ligjit të parë për energjinë e ripërtërishme; të fillojë zbatimin e programeve lokale për zvogëlimin e emetimeve nga oxhaqet e ulëta, si subvencionet për zëvendësimin e pajisjeve ngrohëse të bazuara në lëndë djegëse të ngurta, pasi që për të reduktuar ndotjen duhet të subvencionohen faturat e energjisë të banorëve me të hyra të ulëta që pësojnë rritje të kostonë së ngrohjes pas zëvendësimit të stufave me lëndë djegëse të ngurta.

Urgjentisht duhet të largohen veturat e vjetra nga trafiku, të ngrihen zonat gjelbëruese në mes të zonës industriale dhe asaj të banimit, po ashtu të ndalohet përdorimi i thëngjillit për ngrohje në amvisëri dhe institucione.

Për sa kohë këto nuk plotësohen, atëherë qytetarëve ju rekomandojmë që të qëndrojnë në shtëpi dhe të mos i hapin dritaret për ajrosjen e dhomave kur ndotja është e lartë, të bëjnë izolimin termik të shtëpive, dhe të reduktohet pirja e duhanit jashtë ku ka qarkullim të njerëzve, e domosdoshmërisht të bëhet ndalimi i duhanpirjes brenda hapësirave të banimit, punës, shkollave dhe spitaleve.

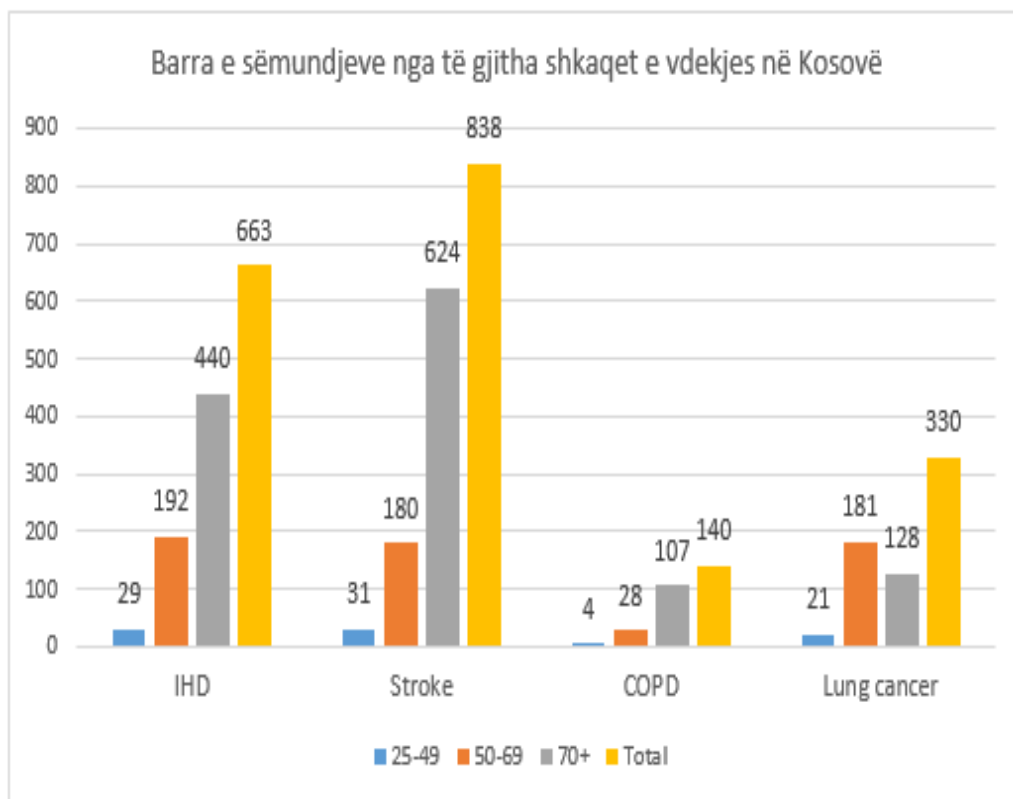


Figura 3 Barra e sëmundjeve (shifra absolute) nga të gjitha shkaqet në Kosovë, të ndara sipas diagnozave dhe grup moshave

Burimi: Agjencia e Statistikave të Kosovës, 2021

#### Referencat:

1. Organizata Botërore e Shëndetësisë (2016). Ambient Air Pollution: A Global Assessment of Exposure and Burden of Disease <http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/250141/1/9789241511353-eng.pdf>.
2. UNEP, U. E. (2017). Towards a Pollution-Free Planet. UNEP.
3. OBSH. Ndotja e ajrit dhe shëndeti njerëzor: Rasti i Ballkanit Perëndimor. 2019 [https://www.developmentaid.org/api/frontend/cms/file/2019/06/Air-Quality-and-Human-Health-Report\\_Case-of-Western-Balkans-preliminary-results.pdf](https://www.developmentaid.org/api/frontend/cms/file/2019/06/Air-Quality-and-Human-Health-Report_Case-of-Western-Balkans-preliminary-results.pdf).
4. Héroux, M.E.; Anderson, H.R.; Atkinson, R.; Brunekreef, B.; Cohen, A.; Forastiere, F.; Hurley, F.; Katsouyanni, K.; Krewski, D.; Krzyzanowski, M.; et al. Quantifying the health impacts of ambient air pollutants: Recommendations of a WHO/Europe project. *Int. J. Public Health* 2015, 60, 619–627.
5. Maniatis I, Stavropoulou E, Stavropoulos A, Bezirozoglou E. Environmental and Health Impacts of Air Pollution: A Review. *Front Public Health*. 2020;8:14. Publikuar më 20 shkurt, 2020. doi:10.3389/fpubh.2020.00014.
6. Eze IC, Schaffner E, Fischer E, Schikowski T, Adam M, Imboden M, Tsai M, Carballo D, von Eckardstein A, Künzli N, Schindler C, Probst-Hensch N. Long-term air pollution exposure and diabetes in a population-based Swiss cohort. *Environ Int*. 2014 Sep; 700:95–105.
7. India State-Level Disease Burden Initiative Air Pollution Collaborators (2020). Health and economic impact of air pollution in the states of India: Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. Vëllimi 5, Publikimi 1, E25–E38. 01 janar 2021. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30298-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30298-9).
8. Banka Boterore. Raporti Rajonal mbi MCA i Ballkanit Perëndimor – MCA në Kosovë. 2019 E disponueshme në: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33041>.
9. Agjencia e Statistikave të Kosovës. 2021.
10. EUROSTAT. Statistikat e popullsisë të vendeve të zgjerimit. E disponueshme në: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/>

## MENAXHIMI I MBETURINAVE MEDICINALE NË KOSOVË: SFIDAT DHE REKOMANDIMET PËR PËRMIRËSIM



### Genc Demiraj

Arkitekt,  
Fakulteti i Arkitekturës,  
Universiteti i Prishtinës

*Deutsche Gesellschaft für  
Internationale  
Zusammenarbeit (GIZ Kosovo)*

Menaxhimi i mbeturinave medicinale është një aspekt kompleks i punëve spitalore, duke ndikuar si në shëndetin publik ashtu edhe në mbrojtjen e mjedisit. Menaxhimi joefektiv mund të çojë në rreziqe të rënda shëndetësore, duke përfshirë përhapjen e sëmundjeve infektive si hepatiti dhe HIV. Për më tepër, ndotja e mjedisit nga praktikat jo adekuate të asgjësimit përbën një kërcënim për ekosistemet, me ndotës që mund të hyjnë në zinxhirin ushqimor.

Vendet në zhvillim shpesh përballen me sfida të mëdha në këtë fushë, kryesisht për shkak të kufizimeve ekonomike që pengojnë zbatimin e sistemeve efektive të menaxhimit të mbeturinave. Në thelb, menaxhimi i mbeturinave medicinale përfshin disa faza kryesore: ndarjen, grumbullimin, ruajtjen, transportin, trajtimin dhe asgjësimin. Secila prej këtyre fazave luan një rol jetik për të siguruar që mbeturinat të trajtohen në një mënyrë që zvogëlon rrezikun e infeksioneve dhe ndotjes. Ndër metodat e asgjësimit, rekomandohen teknikat moderne të sterilizimit të cilat ndihmojnë në uljen e ndikimeve mjedisore duke eliminuar emetimin e ndotësve të dëmshëm.

Çështja e menaxhimit të mbeturinave medicinale nuk është vetëm një çështje e efikasitetit operacional, por është e lidhur thelbësisht me tema më të gjera të shëndetit publik, kujdesit mjedisor dhe përgjegjësisë sociale. Ndërsa sistemet e kujdesit shëndetësor në mbarë botën vazhdojnë të zhvillohen dhe zgjerohen, rëndësia e menaxhimit efektiv të mbeturinave bëhet gjithnjë e më kritike, duke bërë thirrje për inovacion të vazhdueshëm, edukim dhe investim në praktika të qëndrueshme.

Sektori i kujdesit shëndetësor në Kosovë përballlet me sfida në menaxhimin e mbeturinave në mënyrë efektive dhe të sigurt. Ky artikull thellohet në rishikimin e fundit gjithëpërfshirës të praktikave të menaxhimit të mbeturinave medicinale (MMM) në Kosovë, duke ekzaminuar gjendjen në një sërë objektesh shëndetësore, përfshirë institucionet publike dhe private të tri nivele. Studimi mbi gjendjen ekzistuese të mbeturinave medicinale, dhe rekomandimet respektive, është mbështetur nga Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ Kosovë), dhe i kryer në përputhje me udhëzimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë. 56 objekte të kujdesit shëndetësor janë përzgjedhur për analizë bazuar në një sërë kriteresh, duke përfshirë nivelin e kujdesit që ofrojnë, shërbimet që ofrojnë, vendndodhjen e tyre gjeografike dhe llojet e mbeturinave që gjenerojnë. Ky proces i përzgjedhjes siguroi që të ekzaminohet një pjesë përfaqësuese e infrastrukturës së kujdesit shëndetësor të Kosovës.

Metodologjia e studimit ishte e shumëanshme, duke përfshirë një rishikim të dokumenteve dhe raporteve ekzistuese, përdorimin e pyetësorëve, kryerjen e vizitave në terren dhe intervistimin e palëve të interesit. Një mjet i rëndësishëm i përdorur në këtë studim ishte instrumenti i

Vlerësimit të Shpejtë të Individualizuar (I-RAT), i zhvilluar nga UNDP.

Në objektet publike, u theksuan mangësi në fusha specifike, veçanërisht në menaxhim dhe trajnim, ku rezultatet ishin dukshëm të ulëta. Në krahasim, sektori privat demonstroi aftësi më të forta në këto fusha, me trajnime më efektive për sigurinë në punë. Një çështje e rëndësishme e identifikuar ishte trajtimi i mbeturinave në nivel reparti, veçanërisht në spitalet publike, ku klasifikimi dhe ndarja e mbeturinave rezultoi e dobët. Në të kundërt, spitalet private treguan performancë më të mirë në këtë aspekt.

Studimi shqyrtoi gjithashtu transportin e brendshëm dhe ruajtjen e mbeturinave të kujdesit shëndetësor. Shumë objekte publike kishin praktika të pasigurta në këto zona, siç u pasqyrua në rezultatet e tyre të ulëta I-RAT. Në të kundërt, spitalet private shfaqën sisteme të mirë organizuara për transportin e brendshëm dhe ruajtjen e mbeturinave.

Një fushë tjetër kritike e rishikuar ishte menaxhimi i mbeturinave të rrezikshme kimike, farmaceutike dhe radioaktive. Si spitalet publike ashtu edhe ato private raportuan heqjen graduale të pajisjeve që përmbajnë merkur dhe nuk gjeneronin më mbetje radioaktive ose kimike. Megjithatë, planet për trajtimin dhe asgjësimin e mbeturinave të rrezikshme, veçanërisht në spitalet private, u identifikuan si të papërshtatshme. Praktikrat e trajtimit dhe asgjësimit ndryshonin ndjeshëm midis spitaleve publike. Disa demonstrian praktika efektive të trajtimit dhe asgjësimit, ndërsa të tjerët, me pajisje të prishura për trajtimin e mbeturinave dhe mungesë të planeve të emergjencës, shënuan rezultate shumë të ulëta.

Transporti i mbeturinave të rrezikshme infektive ishte një tjetër fushë shqetësuese. Automjetet e përdorura ishin shpesh të pa licencuara, të pa etiketuara siç duhet dhe monitorimi nga autoritetet ishte i pamjaftueshëm. Kjo ishte në kontrast me kërkesën ligjore që mjetet e transportit të mbeturinave të rrezikshme të regjistrohen dhe certifikohen. Gjithashtu, dokumenti i transportit "Fletë shoqëruese për transportin e mbeturinave të rrezikshme", i kërkuar nga Udhëzimi Administrativ përkatës, nuk është përdorur, duke reflektuar një çështje më të gjërë të mospërputhjes me rregulloret kombëtare dhe marrëveshjet ndërkombëtare.

Studimi gjithashtu identifikoi mangësi në përcaktimin e përgjegjësisë për MMM në institucionet e kujdesit shëndetësor. Dokumentacioni ishte i pamjaftueshëm, me Planet e Menaxhimit të Mbeturinave shpesh të pa detajuara ose jo të përditësuara çdo vit. Për më tepër, regjistrimi dhe monitorimi i mbeturinave nga autoritetet ishte i pamjaftueshëm, dhe monitorimi dhe mbikëqyrja e brendshme për menaxhim të sigurt ishte i rrallë.

Trajnimi u shfaq si një fushë kyçe që kërkon

Korrespondenca:  
genc.demiraj@giz.de



përmirësim. Mungonte një sistem trajnimi i institucionalizuar i MMM në nivel kombëtar dhe MMM nuk përfshihet në programet arsimore të shkollave apo universiteteve.



Figura 1. Grirësi jo-funksional i sterilizuesit (Autoklavës)

Shqetësimet për sigurinë në punë përfshinin përdorimin jo të standardizuar të pajisjeve mbrojtëse personale dhe mungesën e procedurave standarde për lëndimet nga gjilpëra. Objektet shëndetësore u raportuan se përzienin mbeturinat komunale me ato mjekësore, duke bërë të nevojshme trajtimin e të gjitha mbeturinave si mbeturina të rrezikshme infektive. Ndarja e mbeturinave infektive dhe të mprehta shpesh nuk ishte e standardizuar dhe njohuritë dhe ndërgjegjësimi për ndarjen e duhur ishin të ulëta. Në përgjithësi mungonte infrastruktura për ruajtjen e mbeturinave infektive dhe të mprehta në objektet publike parësore. Infrastruktura e magazinimit në spitalet publike pa sistemin e tyre të trajtimit të mbeturinave u konstatua se ishte e pasigurt. Menaxhimi i mbeturinave patologjike dhe asgjësimi i mbeturinave farmaceutike përbënin sfida të vazhdueshme, pa strategji kombëtare për trajtim ose asgjësim.

Procesi i buxhetimit në spitalet rajonale dhe Qendrat Kryesore të Mjekësisë Familjare (QKMF) u shqyrtua, duke zbuluar se shërbimet e MMM nuk kishin një linjë buxhetore specifike brenda buxheteve spitalore. Në vend të kësaj, këto shërbime mbuloheshin nga linja e përgjithshme e buxhetit "Shërbimet Teknike", duke e bërë të vështirë identifikimin e shpenzimeve aktuale për MMM.

Natyra e vjetërsuar e autoklavave të përdorura në asgjësimin e mbeturinave, së bashku me kostot gjithnjë e më të larta të mirëmbajtjes dhe funksionimit, ngriti shqetësime në lidhje me efektivitetin e kostos dhe nevojën për zëvendësim. Megjithatë, kufizimet buxhetore shpesh çuan në vazhdimin e përdorimit të autoklavave të vjetra për aq kohë sa të ishte e mundur, me masa të përkohshme

asgjësimi të miratuara kur autoklavat u bënë jofunksionale. Këto masa përfshinin djegien e hapur ose varrosjen brenda ambienteve të spitalit ose hedhjen brenda vendeve komunale, të cilat paraqesin rreziqe të papranueshme për personelin mjekësor dhe sanitar, publikun dhe mjedisin.

Procedurat standarde të rekomanduara të menaxhimit për mbeturinat medicinale në Kosovë

Në përgjigje të mangësive të identifikuara në sistemin e menaxhimit të mbeturinave të kujdesit shëndetësor në Kosovë, janë përshkruar një sërë procedurash standarde të rekomanduara të menaxhimit. Këto rekomandime mbulojnë të gjitha aspektet e MMM, duke përfshirë reduktimin e mbeturinave, trajtimin, ndarjen, grumbullimin, transportin dhe ruajtjen, duke u fokusuar në përafrimin e praktikave me standardet ndërkombëtare.



Figura 2. Ruajtja e mbeturinave farmaceutike

Raporti thekson minimizimin e prodhimit të mbeturinave në objektet e kujdesit shëndetësor, futjen e parimit të 'hierarkisë së mbeturinave', duke avokuar për reduktimin e tyre nëpërmjet parandalimit dhe ripërdorimit. Strategjitë përfshijnë zëvendësimin e kimikateve të rrezikshme me materiale më pak të rrezikshme, riciklimin e mbeturinave jo të rrezikshme, heqjen graduale të pajisjeve që përmbajnë merkur, zbatimin e strategjive të blerjes dhe kontrollit të stokut për të reduktuar mbetjet dhe bashkëpunimin me personelin mjekësor për të minimizuar përdorimin e materialit.

Raporti propozon përmirësime në trajtimin e mbeturinave, duke përfshirë krijimin e një skeme gjithëpërfshirëse të ndarjes për të gjitha llojet e mbeturinave, edukimin dhe trajnimin e stafit përgjegjës për ndarjen dhe grumbullimin, dhe përdorimin e enëve të përshtatshme të mbeturinave. Raporti sugjeron ndërhyrje si sigurimi i shportave dhe qeseve të standardizuara për lloje të ndryshme të mbeturinave, krijimi i një sistemi ndarjeje për mbeturinat kimike dhe

trajnimi për gjeneruesit dhe trajtuesit e mbeturinave.

Kohët e grumbullimit dhe metodat fikse të përshtatura për lloje të ndryshme mbeturinash janë përcaktuar me theks në ndarjen e mbeturinave të rrezikshme nga ato jo të rrezikshme. Rekomandimet përfshijnë përdorimin e shportave të koduara me ngjyra dhe shenja për kategori të ndryshme mbeturinash, bazuar në standardet e OBSH-së dhe konsiderata të veçanta për trajtimin e mbeturinave farmaceutike citotoksike dhe gjenotoksike.

Raporti këshillon praktikën më të mira për transportimin në vend të mbeturinave brenda objekteve të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë transportimin e mbeturinave gjatë kohërave më pak të ngarkuara, ndarjen në të rrezikshme dhe jo të rrezikshme, përdorimin e pajisjeve të përcaktuara posaçërisht për transport dhe sigurimin e mirëmbajtjes së rregullt dhe dezinfektimin ditor të mjeteve transportuese.

Programet gjithëpërfshirëse të trajnimit dhe edukimit që synojnë të gjithë stafin e përfshirë në gjenerimin, trajtimin dhe menaxhimin e mbeturinave janë thelbësore. Trajnimi duhet të mbulojë praktikën e sigurta të MMM, procedurat e urgjencës dhe trajtimin e llojeve specifike të mbeturinave si materialet citotoksike dhe gjenotoksike.

Rekomandohet monitorimi dhe mbikëqyrja e rregullt e praktikave të MMM brenda objekteve të kujdesit shëndetësor, duke përfshirë auditimet e brendshme dhe rishikimet nga autoritetet e jashtme për të siguruar pajtueshmërinë dhe efikasitetin. Kërkohej po ashtu zhvillimi dhe zbatimi i politikave që mbështesin strategjitë e përshkruara të MMM, duke përfshirë bashkëpunimin midis objekteve të kujdesit shëndetësor, agjencive qeveritare dhe palëve të tjera të interesit për të krijuar një sistem koheziv dhe efektiv të MMM.

(Studimi mbi gjendjen ekzistuese të mbeturinave medicinale në Kosovë dhe rekomandimet, është mbështetur nga GIZ Kosovë dhe është kryer në përputhje me udhëzimet OBSH-së)



Figura 3. Përdorimi i qeseve për mbeturinave medicinale pa kod të ngjyrës

# VAKSINA KUNDËR HUMAN PAPILLOMA VIRUSIT VIRUSIT DHE APLIKIMI I SAJ NË KOSOVË



**Faik Hoti**  
Specialist i Shëndetësisë  
Publike,  
Instituti Kombëtar i  
Shëndetësisë Publike,  
Prishtinë

Korrespondenca:  
faik.hoti@rks-gov.net

Imunizimi është një nga ndërhyrjet kryesore për mbrojtjen e popullatës nga sëmundjet serioze infektive të parandalueshme përmes vaksinimit. Si një komponent kyç i kujdesit shëndetësor, vaksinimi, është një e drejtë e padiskutueshme e njeriut.

Plani i imunizimit në Kosovë 2022-2025 që për objektiv strategjik ka ruajtjen dhe përparimin e shëndetit të popullatës përmes vaksinimit të rregullt të fëmijëve si dhe imunizimit me vakcina sipas indikacioneve epidemiologjike dhe trafikut ndërkombëtar, nga ky vit ka sjellë risi në Programin e Zgjeruar të Imunizimit. Pjesë e këtij programi tashmë janë edhe tre vakcina të tjera: Vakcina HPV (Vakcina kundër Human Papilloma Virusit), Rota Vakcina (Vakcina kundër Rotavirusit) dhe Vakcina kundër Pneumokokut.

Përfshirja e këtyre vaksinave në Kalendarin e rregullt të vaksinimit synon të ul sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë nga sëmundjet si: kanceri i qafës së mitrës, infeksionet me Rotavirus të fëmijët dhe sëmundjet e ndryshme që shkaktohen nga tipa të ndryshëm të pneumokokut si pneumonia, meningjiti, sepsa, infeksionet e veshit, sinusitet, infeksionet e gjakut, etj.

Futja në Kalendarin e rregullt të vaksinimit e këtyre tre vaksinave, nuk e garanton vetvetiu suksesin e vaksinimit me to, prandaj roli i komunitetit mjekësor është kritik dhe vendimtar në informimin për këto vakcina, me theks të veçantë për vaksinën kundër HPV, për ndërgjegjësimin e prindërve, dhe vajzave të reja për sigurinë, efikasitetin dhe rëndësinë e marrjes së kësaj vaksine.

## Çka është HPV

Human Papilloma Virusi është infeksioni viral më i shpeshtë i organeve riprodhuese tek gratë dhe burrat. Shumica infektohen me HPV gjatë jetës së tyre, megjithëse ata mund të mos e dinë këtë dhe mund të mos shfaqin ndonjë simptomë të infeksionit. Infeksioni zakonisht kalon vetvetiu, por ndonjëherë mund të zgjas dhe, me kalimin e kohës të shkaktojë sëmundjen e kancerit. Infeksioni i vazhdueshëm me HPV me rrezik të lartë mund të shkaktojë zhvillimin e qelizave jo-normale, të cilat shkojnë në kancer. Nëse nuk trajtohet, shkakton 95% të kancerëve të qafës së mitrës. Në mënyrë tipike, duhen 15-20 vjet që qelizat jo-normale të kalojnë në kancer, por te gratë me sistem imunitar të dobësuar, siç është HIV-i i pa-trajtuar, ky proces mund të jetë më i shpejtë dhe të zgjasë 5-10 vjet. Faktorët e rrezikut për përparimin e kancerit përfshijnë shkallën e onkogjenitetit të tipit HPV, statusin imunitar, praninë e infeksioneve të tjera seksualisht të transmetueshme, numrin e lindjeve, moshën e re në shtatzëninë e parë, përdorimin e kontraktivëve hormonalë dhe pirjen e duhanit. Kanceri i qafës së mitrës është kanceri më i shpeshtë i cili ndërlihdet me HPV-në, por gjithashtu ky vi-

rus është përgjegjës edhe për kancerin e vulvës, vaginës, penisit, anusit dhe kancerin e pjesës së pasme të fytit, duke përfshirë bazën e gjuhës dhe bajamet. HPV, gjithashtu mund të shkaktojë lymfoma gjenitale.

## Epidemiologjia

Për të mbrojtur gratë nga efektet serioze të kancerit të qafës së mitrës, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) rekomandon vaksinimin e adoleshentëve ndaj HPV-së, teste të rregullta të skringut për kancerin e qafës së mitrës dhe trajtimin cilësor të tij.

Në Kosovë, kanceri i organeve gjenitale femërore (C-51-C58), paraqet kancerin e dytë më të shpeshtë në mesin e kancerëve të femrat dhe të katërtin për nga shpeshtësia në mesin e të gjitha grupeve të kancerëve.

Sipas të dhënave nga Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës, bazuar në Analizën e gjendjes shëndetësore të popullatës dhe në Raportin e sëmundjeve malinje, gjatë vitit 2021 në Kosovë janë regjistruar 361 (21.2%) raste të tumoreve malinje të organet gjenitale të femrave apo 11.1% të të gjitha rasteve të tumoreve malinje të regjistruara.

Incidenca e lartë e sëmundjeve malinje të organeve gjenitale të femrat e bën të domosdoshme dhënien e vaksinës kundër HPV te vajzat e reja, me qëllim të parandalimit të kancerit të qafës së mitrës.

Në Kosovë, vakcina kundër HPV si pilot projekt ka filluar më 2023 me një numër prej 300 dozave, derisa gjatë vitit 2024, vaksinimi do të zhvillohet përmes klasave të VI-ta të shkollave fillore në bashkëpunim midis autoriteteve shëndetësore dhe atyre arsimore. 5000 doza të vaksinës kundër HPV do të jenë në dispozicion për vajzat e klasave të gjashta, derisa synimi është që programi të zgjerohet dhe të sigurojë vakcina për të gjitha vajzat e moshës 9-14 vjeçe.

## Vaksinimi

OBSH i rekomandon vaksinat kundër HPV si pjesë të Kalendarit të rregullt të vaksinimit në të gjitha vendet, së bashku me masat e tjera parandaluese.

Vakcina e parë HPV në kontinentin evropian u bë e disponueshme në vitin 2006. Në nivel global, 126 vende të botës, përfshirë këtu edhe Kosovën, e kanë përfshirë vaksinën kundër HPV në kalendarin e tyre kombëtar të vaksinimit të rregullt për vajzat, derisa në 47 vende të ndryshme të botës, kjo vaksinë jepet edhe për djemtë. Vakcina kundër HPV është pjesë e listës së barnave esenciale të OBSH dhe vaksinave të para-kualifikuara.

Në mënyrë specifike rekomandohet vaksinimi kundër HPV i vajzave të moshës nëntë (9) deri në katërbëdhjetë (14) vjeç, përpara se ato

të bëhen seksualisht aktive. Vaksina HPV administrohet te kjo grup-moshë në 1-2 doza varësisht prej udhëzimeve të shteteve që e aplikojnë. Disa vende kanë zgjedhur gjithashtu, të vaksinonjë djemtë për të reduktuar më tej prevalencën e HPV në komunitet dhe për të parandaluar kanceret te meshkujt të shkaktuar nga HPV.

Në dhjetor 2022, OBSH ka rekomanduar orarin për vaksinat:

•Një orar me një ose dy doza për vajzat e moshës 9-14 vjeç

•Një orar me një ose dy doza për vajzat dhe gratë e moshës 15-20 vjeç

•Dy doza me një interval 6-mujor për gratë mbi 21 vjeç.

Një minimum prej 2 dozash dhe kur është e mundur 3 doza mbeten të nevojshme për ata që dihet se janë me imunitet të kompromentuar dhe/ose të infektuar me HIV.

#### Efektiviteti i vaksinës

Që nga viti 2023, ka 3 vaksina të zhvilluara dhe të licencuara kundër HPV në dispozicion globalisht: vakcina bivalente, katërvalente dhe nëntë valente. Në Kosovë përdoret vakcina katër valente kundër HPV.

Të dhënat nga provat klinike dhe mbikëqyrja tregojnë se vaksinat HPV janë të sigurta. Studimet klinike kanë treguar se vaksinat HPV janë shumë efektive në parandalimin e infeksionit të qafës së mitrës me llojet e HPV-së që ata synojnë kur jepen përpara ekspozimit të parë ndaj virusit - domethënë, përpara se individët të fillojnë të përfshihen në aktivitet seksual. Vaksinat HPV janë gjetur gjithashtu se reduktojnë infeksionet në inde të tjera që HPV infektion, duke përfshirë anusin dhe rajonin oral.

Ashtu si imunizimet e tjera që mbrojnë kundër infeksionit viral, vaksinat HPV stimulojnë trupin të prodhojë antitrupa që, në takimet e ardhshme me HPV, lidhen me virusin dhe e parandalojnë atë nga infektimi i qelizave. Vaksinat nuk parandalojnë sëmundje të tjera seksualisht të transmetueshme, as nuk trajtojnë infeksionet ekzistuese HPV ose sëmundjet e shkaktuara nga HPV.

Një studim tek gratë e moshës 20-29 vjeç në një rajon të SHBA-së zbuloi se brenda rreth 10 viteve nga futja e vaksinës, prevalenca e llojeve të HPV-së të synuara nga vakcina u ul si te gratë e vaksinuara ashtu edhe te ato të pavaksinuara, duke ofruar dëshmi të mbrojtjes së drejtpërdrejtë dhe përmes "imunitetit të tufës".

Vaksinimi i përhapur kundër HPV ka potencialin të reduktojë incidencën e kancerit të qafës së mitrës në mbarë botën deri në 90%. Për më tepër, vaksinat mund të zvogëlojnë nevojën për ekzaminim dhe kujdes mjekësor të mëvonshëm, biopsi dhe procedura invazive të lidhura me ndjekjen nga depistimi jonormal i qafës së mitrës, duke ndihmuar në uljen e kostove të kujdesit shëndetësor.

#### Siguria e vaksinave

Më shumë se 12 vjet të monitorimit të sigurisë tregojnë se vaksinat nuk kanë shkaktuar efekte anësore serioze. Problemet më të zakonshme kanë qenë dhimbja e shkurtër dhe simptoma të tjera lokale në vendin e injektimit. Këto efekte janë të ngjashme me ato që hasen zakonisht te dhënia e vaksinave të tjera.

FDA dhe CDC kryen një rishikim sigurie të efekteve anësore të padëshiruara që lidhen me imunizimin me vaksinën HPV. Shkalla e efekteve anësore ishte në përputhje me atë që u pa në studimet e sigurisë të kryera përpara miratimit të vaksinës dhe ishin të

ngjashme me ato të vërejtura me vaksinat e tjera. Rishikimi më i fundit i të dhënave të sigurisë për vaksinat HPV vazhdon të tregojë se këto vaksina janë të sigurta.

Në Kosovë është themeluar Komiteti për përcjelljen e efekteve të padëshiruara të çdo vaccine që administrohet, dhe ky komitet do ta bëjë monitorimin e këtyre efekteve edhe te administrimi i vaksinës kundër HPV në nivel shteti.

#### Referenca:

1. IKSHPK, Analiza e gjendjes shëndetësore të popullatës, 2021
2. IKSHPK, Raporti i sëmundjeve malinje në Kosovë, 2021
3. MSh, Plani i Veprimit për Vaksinim (2022-2025), dhjetor 2022
4. WHO, Cervical cancer: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer)
5. WHO, Updates recommendations on HPV Vaccination Schedule: [www.who.int/news/item/20-12-2022](http://www.who.int/news/item/20-12-2022)
6. WHO - updates - recommendations - on - HPV - vaccination - schedule
7. UNICEF, Human papillomavirus (HPV) vaccine: [www.unicef.org/supply/reports/human-papillomavirus-hpv-vaccine-supply-and-demand-update](http://www.unicef.org/supply/reports/human-papillomavirus-hpv-vaccine-supply-and-demand-update)
8. Centers for Disease Control and Prevention, HPV Vaccine: [www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/vaccines.html](http://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/vaccines.html)
9. National Cancer Institute, Human Papillomavirus (HPV) Vaccines: [www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine](http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine)

|  | Moshë në muaj |        |        |        |        |         |         | Moshë në vjet  |                  |                   |
|--|---------------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|----------------|------------------|-------------------|
|  | Në lindje     | 1 muaj | 2 muaj | 4 muaj | 6 muaj | 12 muaj | 18 muaj | 6 vjeç (Kl. I) | 12 vjeç (Kl. VI) | 17 vjeç (Kl. XII) |
| Tuberkuloz   | BCG           |        |        |        |        |         |         |                |                  |                   |
| Hepatit viral B                                      | HepB          | HepB   |        |        | HepB   |         |         |                |                  |                   |
| Difteri, Tetanoz, Pertusis / Difteri, Tetanoz        |               |        | DTaP   | DTaP   | DTaP   |         | DTaP    | DT             | dT               | dT                |
| Infeksione nga Haemophilus influenzae tip b,         |               |        | Hib    | Hib    | Hib    |         | Hib     |                |                  |                   |
| Poliomieliti   |               |        | IPV    | IPV    | IPV    |         | IPV     | bOPV           | bOPV             |                   |
| Rotavirus  |               |        | Rota   | Rota   |        |         |         |                |                  |                   |
| Infeksione nga pneumokoku (Streptococcus pneumoniae) |               |        | PCV13  | PCV13  |        | PCV13   |         |                |                  |                   |
| Fruth, Rubeolë, Parotit                              |               |        |        |        |        | MMR     |         | MMR            |                  |                   |
| Human papilloma virus                                |               |        |        |        |        |         |         |                | HPV              |                   |

# SËMUNDJA E PNEUMOKOKUT DHE VAKSINA KUNDËR SAJ



## Fetije Fetaj

Specialist i Epidemiologjisë  
Instituti Kombëtar i  
Shëndetësisë Publike, Prishtinë

Sëmundja e pneumokokut është emri i dhënë për grupit të sëmundjeve të shkaktuara nga bakteri i quajtur *Streptococcus pneumoniae*, (i njohur edhe si pneumokok). Sëmundjet e shkaktuara nga pneumokoku përfshijnë, sëmundje të rënda si pneumonia, meningjiti dhe bakteremia (prania e baktereve në gjak) dhe sëmundjet më të lehta si infeksioni i veshit të mesëm (otitis media), sinusiti dhe bronkiti. OBSH vlerëson se mbi 500,000 fëmijë nën moshën 5 vjeçare vdesin nga sëmundja e pneumokokut për çdo vit ku fëmijët e moshës nën 2 vjeçare veçanërisht në vendet në zhvillim janë më të rezikuarit.

Kosova nga ky vit ka përfshirë në Kalendarin e rregullt të vaksinimit vaksinën kundër pneumokokut, sikur edhe vaksinën kundër Rotavirusit dhe vaksinën kundër Human Papilloma Virusit.

### *Streptococcus pneumoniae*

Bakteret *S. pneumoniae* janë organizma anaerobe fakultativë, gram-pozitiv, zakonisht vërehen në çifte (diplokoke), por mund të ndodhin edhe në njësi ose në zinxhirë të shkurtër. Shumica e pneumokokëve janë të kapsuluar dhe sipërfaqet e tyre janë të përbëra nga polisaharide komplekse. Polisakaridet kapsulare janë një përcaktues i patogjenitetit të organizmit. Pneumokoku klasifikohet në disa serotipe bazuar në përbërjen e kapsulës së tij të jashtme. Janë të njohura rreth 90 serotipe, prevalenca e të cilëve ndryshon sipas moshës dhe sipas rajonit gjeografik të botës. Këto serotipe të ndryshme kanë potencial të ndryshëm për të shkaktuar sëmundje

Renditja dhe prevalenca e serotipit ndryshojnë sipas grupmoshës së pacientit dhe zonës gjeografike.

### Patogjeneza dhe veçoritë klinike

Pneumokokët janë banorë të zakonshëm të traktit respirator dhe mund të izoloohen nga nazofaringu në 5% deri në 90% të personave të shëndetshëm. Shkalla e transportit asimptomatik ndryshon me moshën, mjedisin dhe praninë e infeksioneve të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes. Midis fëmijëve të moshës shkollore, 20% deri në 60% mund të kolonizohen.

Sindromat kryesore klinike të sëmundjes invazive pneumokoksike janë pneumonia, bakteremia dhe meningjiti.

### Epidemiologjia dhe transmetimi

Sëmundja e shkaktuara nga pneumokoku shfaqet në të gjithë botën. *S. pneumoniae* është një patogjen i njeriut. Rezervuari i pneumokokut është nazofaringu i njerëzve asimptomatikë. Nuk ka vektor kafshësh apo insektesh. Transmetimi i *S. pneumoniae* ndodh si rezultat i kontaktit të drejtpërdrejtë nga personi në person nëpërmjet pikave të frymëmarrjes ose me autoinokulim te personat që bartin bakteret në traktin e sipërm respirator. Serotipe të ndryshme pneumokokale kanë prirje të ndryshme për të shkaktuar

kolonizim asimptomatik, otitis media, meningjiti dhe pneumoni.

Infeksionet e shkaktuara nga pneumokoku janë më të shpeshta gjatë dimrit dhe në fillim të pranverës kur sëmundjet e frymëmarrjes janë më të përhapura.

Periudha e infetueshmërisë për sëmundjen e shkaktuar nga pneumokoku është e panjohur, por me sa duket transmetimi mund të ndodhë për sa kohë mikroorganizmi shfaqet në sekrecionet respiratore.

### Vaksina kundër *Streptococcus pneumoniae*

#### Karakteristikat e vaksinës së konjuguar kundër pneumokokut

PCV13 përmban 13 serotipe të *S. pneumoniae* (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F dhe 23F) të konjuguar me një variant jotoksik të toksinës së difterisë të njohur si CRM197. PCV13 administrohet me injeksion intramuskular. Çdo dozë e PCV13 përmban fosfat alumini si ndihmës. Nuk përmban antibiotikë apo konservues.

#### Karakteristikat e vaksinës polisakarideve kundër pneumokokut

PPSV23 përbëhet nga preparate të pastruara të polisakarideve kapsulare pneumokokale nga 23 lloje të pneumokokëve. Serotipet janë: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, dhe 23F. PPSV23 administrohet ose me injeksion intramuskular ose nënëkuror. Çdo dozë e PPSV23 përmban fenol si ruajtës. Nuk përmban adjuvant ose antibiotik.

#### Orari i vaksinimit dhe përdorimi

Të gjithë fëmijët e moshës 2 deri në 59 muaj në vaksinimin rutinë duhet të marrin PCV13 dhe të gjithë të rriturit e moshës 65 vjeç e lartë duhet të marrin PPSV23. Përveç kësaj, personat e moshës 2 vjeç e lartë me gjendje të caktuara shëndetësore duhet të marrin PCV13 dhe PPSV23, ose vetëm PPSV23. PPSV23 nuk rekomandohet për fëmijët më të vegjël se 2 vjeç. Fëmijët dhe të rriturit që kanë gjendje shëndetësore për të cilën është e indikuar vaksina PCV13 duhet të marrin PCV13 fillimisht, e ndjekur nga PPSV23 të paktën 8 javë më vonë. Të rriturit e moshës 65 vjeç e lartë, të cilët nuk kanë asnjë gjendje për indikacionin e PCV13, mund të diskutojnë me mjekun e tyre dhe të vendosin nëse do të marrin PCV13 (vendimmarrja e përbashkët klinike). Nëse vendimi është marrë për të marrë PCV13 bazuar në vendimmarrjen e përbashkët klinike, ai duhet të jepet të paktën 1 vit përpara PPSV23.

#### Fëmijët nga 2 deri në 23 muaj

Fëmijët duhet të marrin në vaksinimin rutinë një seri primare me 2 doza të PCV13 në moshën 2, 4 dhe dozën 3 (përforsuese) në moshën 12 deri në 15 muaj. Doza 1 mund të administrohet që në 6 javë. Për dozat e dhëna para ditëlindjes së parë, intervali minimal ndërmjet dozave është 4 javë; dozat e dhëna në moshën 12 muajshe ose më

të vjetër duhet të ndahen me të paktën 8 javë. PCV13 mund të administrohet në të njëjtën kohë me vaksinat tjera të kalendarit të rregullt.

Fëmijët e pavaksinuar 7 muajsh e lartë nuk kanë nevojë për seri të plotë prej tre dozash. Numri i dozave varet nga mosha aktuale e fëmijës dhe nga mosha në të cilën është administruar doza e parë e PCV13. Nëse mosha aktuale e fëmijës është nga 7 deri në 11 muaj, seria e rekomanduar është 2 doza me një distancë prej të paktën 4 javësh dhe dozë përforcuese në moshën 12 deri në 15 muaj. Nëse seria e vaksinimit fillon në moshën 7 deri në 11 muaj dhe doza tjetër administrohet pas ditëlindjes së parë, doza tjetër duhet të administrohet 8 javë më vonë. Nëse mosha aktuale e fëmijës është 12 deri në 23 muaj, seria e rekomanduar është 2 doza me një distancë prej të paktën 8 javësh.

**Fëmijë të shëndetshëm nga 24 deri në 59 muaj**

Fëmijët e shëndetshëm të moshës 24 deri në 59 muaj duhet të marrin 1 dozë PCV13 nëse fëmija është i pavaksinuar ose ka marrë ndonjë program jo të plotë. Përdorimi rutinë i PCV13 nuk rekomandohet për fëmijët e shëndetshëm të moshës 5 vjeç e lart.

**Fëmijët e moshës 24 deri në 71 muaj, me gjendje të caktuara mjekësore**

Fëmijët e moshës 24 deri në 71 muaj me gjendje të caktuara duhet të marrin 2 doza PCV13 të ndara me 8 javë nëse janë të pavaksinuar ose kanë marrë ndonjë skemë jo të plotë me më pak se 3 doza. Fëmijët me ndonjë skemë jo të plotë prej 3 dozash duhet të marrin 1 dozë PCV13 të paktën 8 javë pas dozës më të fundit. Këta fëmijë duhet të marrin një dozë të PPSV23 të paktën 8 javë pas dozës përfundimtare të PCV13. Për më tepër, nëse ata janë të imunokomprometuar ose kanë aspleni funksionale ose anatomike, ata duhet të marrin një dozë të dytë të PPSV23 pesë vjet pas të parës.

**Fëmijët dhe adoleshentët e moshës 6 deri në 18 vjeç, me gjendje të caktuara mjekësore**

Fëmijët dhe adoleshentët e pavaksinuar të moshës 6 deri në 18 vjeç me gjendje të caktuara mjekësore duhet të marrin PCV13 dhe PPSV23. Duhet të jepet një dozë e vetme PCV13 e ndjekur nga një dozë PPSV23 të paktën 8 javë më vonë. Një dozë e dytë e PPSV23 rekomandohet 5 vjet pas dozës së parë PPSV23 për fëmijët me aspleni anatomike ose funksionale, ose kushte të tjera imunokomprometuese.

Nëse është dhënë seria e plotë me tri doza PCV13, nuk nevojiten më doza shtesë. Nëse PCV13 nuk është dhënë dhe tashmë janë dhënë dy doza të PPSV23, një dozë PCV13 duhet të jepet të paktën 8 javë pas dozës më të fundit të PPSV23. PCV13 mund të jepet gjithashtu ndërmjet dy dozave të PPSV23.

Disa fëmijë dhe adoleshentë në këtë grupmoshë me gjendje të caktuara duhet të marrin vetëm një dozë të PPSV23, nëse nuk e kanë marrë tashmë.

**Të rriturit nga 19 deri në 64 vjeç, me gjendje të caktuara kronike ose imunokomprometuese**

Përdorimi rutinë i PCV13 ose PPSV23 nuk rekomandohet për të rriturit e shëndetshëm të moshës 19 deri në 64 vjeç. Personat e pavaksinuar të moshës 19 deri në 64 vjeç me kushte të caktuara kronike duhet të marrin një dozë PPSV23 nëse nuk e kanë marrë tashmë. Personat e pavaksinuar të moshës 19 vjeç e lartë me gjendje të caktuara imunokomprometuese, duhet të marrin një dozë të vetme PCV13 e ndjekur nga një dozë PPSV23 të paktën 8 javë më vonë. Nëse së pari është dhënë një dozë PPSV23, PCV13 duhet të administrohet të paktën 1 vit më vonë. Një dozë e dytë e PPSV23 rekomandohet 5 vjet pas dozës së parë të PPSV23 për të rriturit me aspleni anatomike ose funksionale ose gjendje të tjera imunokomprometuese.

**Të rriturit 65 vjeç ose më të vjetër**

Një dozë e vetme e PPSV23 rekomandohet për të gjithë të rriturit e moshës 65 vjeç e lartë, pavarësisht nga historia e mëparshme e vaksinimit pneumokokal. Nëse ndonjë dozë PPSV23 është dhënë para moshës 65 vjeç, një dozë e vetme, përfundimtare e PPSV23 duhet të jepet në moshën 65 vjeç ose të paktën 5 vjet pas dozës së fundit të PPSV23. Nëse PPSV23 është administruar në moshën 65 vjeç ose më vonë, nuk nevojiten doza shtesë.

**Imunogjeniteti dhe efikasiteti i vaksinës**

**Vaksina e polisakarideve pneumokokale**

Më shumë se 80% e të rriturve të shëndetshëm që marrin PPSV23 zhvillojnë antitropa kundër serotipeve të përfshira në vaksinë, zakonisht brenda 2 deri në 3 javë pas vaksinimit. Nivelet e ngritura të antitropave pas vaksinimit vazhdojnë për të paktën 5 vjet te të rriturit e shëndetshëm, por bien më shpejt te personat me sëmundje të caktuara ekzistuese.

**Vaksina e konjuguar kundër pneumokokut**

Sipas dëshmive shkencore, PCV13 u tregua se reduktonte sëmundjen invazive të shkaktuar nga serotipet e vaksinës me 97%.

**Kundërrindikacionet dhe masat paraprake ndaj vaksinimit**

Ashtu si me vaksinat e tjera, histori e reaksionit të rëndë alergjik (anafilaksi) ndaj një komponenti të vaksinës ose pas një doze të mëparshme është kundërrindikacion për doza të mëtejshme. Sëmundja akute e moderuar ose e rëndë (me ose pa temperaturë) konsiderohet si masë

paraprake ndaj vaksinimit, megjithëse personat me sëmundje të lehta mund të vaksinohen.

**Siguria e vaksinës**

Studimet mbështesin sigurinë e PCV13 dhe PPSV23 tek fëmijët dhe të rriturit.

**Vaksina e konjuguar kundër pneumokokut**

Sipas studimeve reaksionet anësore të zakonshme të raportuara janë reaksione lokale (dhimbje, ndjeshmëri, ënjtje dhe eritemë), ulje e oreaksit, lodhje, dhimbje koke, dhimbje muskulore, nervozizëm dhe ethe.

**Vaksinimi në shtatzëni**

Vaksina PCV13 dhe PPSV23 nuk rekomandohet gjatë shtatzënisë.

**Ruajtja dhe trajtimi i vaksinës**

PCV13 dhe PPSV23 duhet të mbahen në temperaturën e frigoriferit ndërmjet 2°C dhe 8°C.

## VAKSINA E ROTAVIRUSIT



**Edita Goranci- Haxhiu**  
Specialist i Epidemiologjisë,  
Instituti Kombëtar i  
Shëndetësisë Publike, Prishtinë

## Sëmundja dhe epidemiologjia

Rotavirusi është shkaktari kryesor i diarresë së rëndë dhe dehidruese globalisht te fëmijët e moshës nën 5 vjeç, me rreth 25 milionë vizita ambulatorë dhe me më shumë se 2 milionë shtrime në spital të cilat i atribuohen infeksioneve me rotavirus çdo vit. OBSH vlerësoi se sëmundjet e diarresë ishin përgjegjëse për rreth 40% të rasteve të diarresë të shtruar në spital tek fëmijët e moshës më pak se pesë vjeç. Në vendet në zhvillim, tre të katërtat e fëmijëve infektohen për herë të parë me rotavirus para moshës 12 muajshe. Në vitin 2004, infeksionet me rotavirus shkaktuan afërsisht 527,000 (475,000-580,000) vdekje, kryesisht në vendet në zhvillim.

Gastroenteriti i shkaktuar nga rotavirusi infikon stomakun dhe zorrët. Sëmundja zakonisht fillon me ethe dhe të vjella, të përcjella me diarre. Periudha e inkubacionit zgjat mesatarisht dy ditë.

Infeksionet e përsëritura me shtame të ndryshme virale janë të shpeshta dhe shumica e fëmijëve kanë disa episode të infeksionit me rotavirus në vitet e para të jetës. Infeksioni i parë ka tendencë të jetë më i rëndë meqenëse trupi më pas krijon imunitet ndaj virusit. Kjo është arsyeja pse infeksionet me rotavirus janë jashtëzakonisht të rralla tek të rriturit.

## Patogjeni

Rotaviruset klasifikohen gjini në familjen e Reoviridae. Grimca virale me tre shtresa përfshin një gjenom viral të përbërë nga 11 segmente gjenomi të ARN-së me dy zinxhirë që kodojnë 6 proteina virale strukturore dhe 6 proteina virale jo-strukturore. Formimi i reasorantëve është pjesërisht përgjegjës për shumëllojshmërinë e gjerë të shtameve rotavirus që gjenden në natyrë. Janë identifikuar edhe ribashkues të llojeve kafshë-njeri. Edhe pse shtamet virale tregojnë një diversitet të konsiderueshëm, 5 serotipe janë përgjegjës për shumicën e sëmundjeve të rotavirusit human.

Shtresa virale e jashtme përmban proteinat strukturore virale VP7 dhe VP4, të cilat nxisin prodhimin e antitropave neutralizues në bujtësin dhe konsiderohen të rëndësishme për imunitetin mbrojtës. Tek njerëzit, janë identifikuar së paku 11 antigjenë VP7 (lloji G) dhe 11 antigjenë VP4 (lloji P). Meqenëse kombinimi i llojeve G dhe P mund të ndryshojë në mënyrë të pavarur, sistemi i tipizimit binomial përdoret për të identifikuar shtamet.

## Simptomat klinike të Rotavirusit

Foshnjat dhe fëmijët me infektion me rotavirus kanë diarre, të vjella, ethe dhe shpesh të shoqëruara me dhimbje barku dhe dehidrim. Virusi dëmton qelizat e zorrëve të holla në mënyrë që trupi nuk ka mundësi që të absorboj ujë dhe lëndët ushqyese. Fëmijët mund të humbin interesimin për të ngrënë dhe për të pirë që rezultojnë në dehidrim si pasojë e humbjes së lëngjeve. Të vjellat e shpeshta janë veçanërisht të rrezikshme

tek fëmijët nën moshën dy vjeçare meqenëse është shumë e vështirë të zëvendësohen lëngjet e humbura, prandaj rreziku i dehidrimit është shumë i lartë dhe shpesh nevojitet trajtim spitalor.

## Përhapja e Rotavirusit

Rotaviruset hudhen jashtë nga personi i sëmurë në përqendrime shumë të larta për shumë ditë me jashtëqitje dhe të vjella. Transmetimi kryesisht ndodh përmes rrugës fekalo-orale, drejtpërdrejt nga personi në person ose indirekt përmes gjësendeve të kontaminuara si ushqimit, duarve të papastrat, objekteve të kontaminuara dhe kryesisht përmes lodrave dhe gjësendeve tjera të kontaktit.

Rotavirusi është shumë kontagjioz, prandaj prekin shumicën dërrmuese të fëmijëve në mbarë botën para moshës 3 vjeçare dhe në shumicën e vendeve në zhvillim para ditëlindjes së parë. Personat e infektuar e përhapin virusin para dhe pas fillimit të simptomeve të sëmundjes.

*Virusi është shumë rezistent në ambientin e jashtëm dhe mund të mbijetojë me muaj në jashtëqitje në temperaturën e dhomës.*

## Vaksina e Rotavirusit

Mënyra më e mirë për të mbrojtur foshnjat nga sëmundja e rotavirusit është vaksinimi me vaksinën Rota. Dy vaksina të reja të gjalla, orale, të dobësuara rotavirus u licencuan në vitin 2006. Të dyja vaksinat kanë demonstruar profile shumë të mira sigurie dhe efikasiteti në provat klinike. Vaksinat e reja të rotavirusit janë futur tani për përdorim rutinë në shumë vende të zhvilluara dhe në zhvillim. Vaksinat në përdorim janë: RotaTaq™ dhe Rotarix™. Në vendin tonë është prezantuar vaksina Rotarix™.

Siç u tha më lart, vaksina e rotavirusit është shumë efektive kundër sëmundjes të shkaktuar nga rotavirusi. Studimet tregojnë se vaksina është shumë efektive (85%-98%) kundër sëmundjes së rëndë të shkaktuar nga rotavirusi si dhe shumë efektive kundër sëmundjes të shkaktuar nga rotavirusi të çdo ashpërsie gjatë sezonit të parë. Mundësitë që fëmijët të kenë nevojë të shtrohen në spital prej sëmundjes të shkaktuar nga rotavirusi gjithashtu ulen shumë (96%) pas vaksinimit. Ndonjëherë keqkuptohet, prandaj është e rëndësishme të kuptohet se vaksina e rotavirusit nuk do të parandalojë ose mbrojë nga diarreja ose të vjellat e shkaktuara nga mikroorganizma të tjerë, por është shumë efektive në parandalimin e diarresë dhe të vjellave të shkaktuara nga rotavirusi. Kjo do të thotë se edhe kur fëmijët janë plotësisht të imunizuar kundër rotavirusit, ata ende mund të kenë diarre të shkaktuar nga agjentët tjerë.

Vaksina e Rotavirusit është lëng për përdorim oral. Vaksina e rotavirusit duhet t'u jepet foshnjave përmes gojës e cila duhet të gjëllitet (nuk injektohet). Vjen në tub të përftuar posaçërisht për administrim të drejtpërdrejtë oral. Paketimi i

vaksinës Rota është një dozëshe në formë të tubit e cila ka përmbajtje prej 1.5 ml.

#### Ruajtja e vaksinës Rotavirus

Vaksina e rotavirusit duhet të ruhet në frigorifer në temperaturë mes +2°C dhe +8°C. Nuk lejohet të ruhet në frigorifer me ngrirje. Nëse vaksinat janë të ngrira, ato humbin fuqinë e tyre dhe nuk ofrojnë më mbrojtje kundër sëmundjes. Vaksinat me data më të hershme të skadimit duhet të mbahen në pjesën e përparme të frigoriferit për tu përdorur së pari. Mbahen si “kuti për përdorim së pari” që përmban vaksinë me monitor të flakonit të vaksinës (MFV) në fazën 2 (dhe afër fazës 2) dhe vaksinat të cilat janë nxjerrë nga frigoriferi dhe janë kthyer të papërdorura. Kontrolli i mirë i temperaturës gjatë ruajtjes dhe transportit të vaksinave është thelbësor për të siguruar fuqinë dhe sigurinë e vaksinave.

#### Kush duhet të vaksinohet

Vaksinimi në kohë është shumë i rëndësishëm për imunizimin ndaj rotavirusit. Vaksinë e Rotavirusit administrohen në 2 doza:

-Doza e parë në moshën 6-8 javëshe

-Doza e dytë në moshën 10-12 javëshe

Doza e parë e vaksinës duhet të administrohet gjatë periudhës nga 6 javë deri në 15 javë. Dozat e dytë duhet të administrohen në intervale 4-10 javë pas dozës së parë. Moshë maksimale për dhënien e dozës së dytë të vaksinës rekomandohet të jetë 32 javë. Për të përcaktuar përshtatshmërinë e foshnjës duhet të dini: moshën e foshnjës si dhe nëse ai/ajo ka marrë tashmë dozën e parë apo jo.

Vaksina e Rota mund të administrohet së bashku me vaksinat tjera të Programit të Zgjeruar të Imunizimit pa asnjë ndikim në përgjigje imunitare.

*“Asnjëherë mos humbisni mundësinë për të imunizuar foshnjat, edhe nëse foshnja është me vonesë (më e ritur) për vaksinim”*

#### Kundërrindikacionet e vaksinës

-Hipersensitiviteti pas administrimit të mëhershëm të vaksinës

-Historia e mëhershme e intussusceptimit (invaginimit)

-Nuk rekomandohet administrimi i vaksinës rotavirus tek personat asimptomatikë me HIV

-Administrimi i vaksinës së rotavirusit duhet të shtyhet te personat që vuajnë nga diarrea ose të vjellat dhe janë nën terapi rehidruese.

*Vini re se sëmundja e lehtë si infeksioni i traktit të sipërm respirator nuk është kundërrindikacion.*

#### Monitorimi i EPPV-ve

Profil i sigurisë së vaksinave rotavirus aktualisht në dispozicion është i mirë. Shumica e foshnjave që marrin vaksinën e rotavirusit nuk përjetojnë asnjë efekt anësor.

#### Efektet e lehta anësore

Megjithatë, një pjesë e vogël e foshnjave mund të pësojnë episode të shkurtra të etheve, diarresë ose të vjellave të shkaktuara nga vaksinë në javën e parë pas vaksinimit. Por këto efekte klasifikohen si “efekte anësore të lehta dhe të zakonshme.”

#### Efektet e rënda anësore

Efektet e mundshme serioze me rëndësi të veçantë përfshijnë:

-Invaginimin (intussusception)

-Simptomat gastrointestinale

-Shtrim në spital për efekte të pashpjegueshme mjekësore pas vaksinimit

-Efektet e rralla që mendohet se lidhen me vaksinimin e rotavirusit ose që shkaktojnë shqetësime, duke përfshirë pneumoninë ose çrregullime të sistemit nervor qendror.

Mbikëqyrja e kujdesshme nuk ka gjetur ndonjë rrezik të shtuar të intussusceptimit në grupet e vaksinuara nga ato të pa vaksinuara.

*Aktualisht, vaksinimi është mënyra e vetme për të parandaluar episodet e rënda të infeksionit.*

Miliona fëmijë kanë marrë vaksinën e rotavirusit në 8 vitet e fundit dhe vaksinë konsiderohet shumë e sigurt dhe efektive.

#### Referencat:

1. Karla Soares - Weiser Project Manager: Hanna Bergman Team: Nicholas Henschke, Nicola Maayan, Inga Mills, Artemisia Kakourou, Vittoria Lutje, University of Birmingham, UK

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/pharmacopoeia/who\\_rotavirus\\_vaccines\\_systematic\\_review\\_cochrane.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/pharmacopoeia/who_rotavirus_vaccines_systematic_review_cochrane.pdf)

2. World Health Organization vaccines - quality > rotavirus <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccines-quality/rotavirus>

3. ECDC Disease factsheet about rotavirus - European Union <https://www.ecdc.europa.eu/en/rotavirus-infection/facts>

<https://www.emro.who.int/health-topics/rotavirus-gastroenteritis/disease-and-epidemiology.html>

4. Rotavirus infection - European Centre for Disease Prevention and Control

<https://www.ecdc.europa.eu/en/rotavirus-infection>

5. Rotavirus Vaccination: What Everyone Should Know - CDC

<https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rotavirus/public/index.html>

6. World Health Organization - Rotavirus, disease and epidemiology

<https://www.emro.who.int/health-topics/rotavirus-gastroenteritis/disease-control-elimination.html>

7. Disease and epidemiology | Rotavirus gastroenteritis - World Health Organization

<https://www.emro.who.int/health-topics/rotavirus-gastroenteritis/disease-and-epidemiology.html>

8. Disease and epidemiology | Rotavirus vaccine - World Health Organization

<https://www.emro.who.int/health-topics/rotavirus-gastroenteritis/vaccine-vaccination.html>

# MJEKËSIA MODERNE DHE TRADICIONALE



**Armend Veseli**  
Doktor i Mjekësisë

## Mjekësia moderne

Mjekësia moderne është një term i gjerë që më së shumti i referohet praktikës së mjekësisë në shekujt XX dhe XXI. Ai përfshin të gjitha aspektet e kujdesit mjekësor, nga diagnoza te parandalimi, trajtimi dhe rehabilitimi.

Mjekësia moderne është e bazuar në shkencë, në krahasim me mjekësinë tradicionale e cila mund të bazohet në praktikat kulturore ose besimet fetare.

## Mjekësia Tradicionale

Mjekësia Tradicionale (ose Shërimi Tradicional) është një term i gjerë që i referohet praktikës së kujdesit shëndetësor që u zhvillua përpara ardhjes së shkencës moderne mjekësore dhe praktikave të saj. Metodatat tradicionale të shërimit zakonisht mbështeten në besimet rreth forcave dhe energjive të mbinatyrishe si perëndia, shpirtat, magjia, ndërhyrja hyjnore ose lutja për shërim.

Këto sisteme mjekësore tradicionale kanë ekzistuar prej shekujsh dhe janë praktikuar nga kultura të ndryshme në mbarë botën. Ato kanë një ndikim të fortë në sistemin e kujdesit shëndetësor në shumë vende si India, Kina dhe shumë vende në Afrikë.

Mjekësia tradicionale mund të përfshijë përbërës me bazë bimore ose shtazore, minerale dhe substanca të tjera që mund të përdoren për parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve.

## Lidhshmëria midis mjekësisë tradicionale dhe moderne

Të fillojmë duke kuptuar se mjekësia moderne ka bërë një rrugë të gjatë që nga krijimi i grupit të parë të ilaçeve. Ka pasur një sërë procedurash dhe ndryshimesh të ndryshme në teknika, por qëllimi i përgjithshëm është ende i njëjtë: të kemi barna të standardizuara pas testimit të disa ilaçeve specifike për disa pacientë të veçantë, të cilët kanë simptoma specifike.

Mjekësia moderne mund të quhet edhe mjekësi alternative sepse filloi duke hetuar qasje të tjera për shërimin e sëmundjeve, përveç metodave tradicionale. Dhe meqenëse mjekësia moderne është vendosur si mjekësia e standardizuar, çdo ilaç tjetër bëhet dytësor ose alternativ.

Homeopatia- është një formë e mjekësisë alternative e cila u krijua në 1796 nga Samuel Hahnemann, një mjek gjerman. Trajtimet homeopatikë përbëhen nga substanca natyrale të cilat janë të holluara në mënyrë që ato të përmbajnë vetëm sasi të vogla të substancës origjinale për pacientin.

Mjekësia Ayurveda- është një formë tjetër e mjekësisë alternative, e cila është praktikuar për disa shekuj. Ayurveda e ka origjinën në Indi dhe përdor barëra, minerale dhe substanca të tjera natyrore për të shëruar sëmundjet. Trajtimet Ayurvedike janë krijuar për të balancuar funksionet trupore ose energjitë për të ruajtur një

shëndet të mirë.

Në botën e sotme, të gjitha këto forma të ilaçeve alternative mund të përdoren së bashku me ilaçet moderne. Pra, ekziston një lidhje e fortë midis mjekësisë tradicionale dhe moderne.

## Mënyrat tradicionale për të parandaluar dhe kuruar sëmundjet

Bota e mjekësisë ka ndryshuar në mënyrë drastike në dekadat e fundit. Me zbulimin e ilaçeve të reja, njerëzit tani janë në gjendje të jetojnë më gjatë dhe më të shëndetshëm. Por ka ende disa sëmundje që janë të vështira për t'u kuruar si diabeti dhe kanceri. Kjo është arsyeja pse njerëzit po i drejtohen mjeteve më natyrale për disa sëmundje.

Produktet bimore për diabetin po bëhen gjithnjë e më të njohura, sepse ato nuk kanë efekte anësore negative dhe mund t'i ndihmojnë njerëzit të menaxhojnë nivelet e sheqerit në gjak pa pasur nevojë të marrin ilaçe të pafundme ose insulinë.

Trajtimet natyrale për kancerin, duke përdorur barishte dhe bimë, gjithashtu duken premtuese sepse ato nuk shkaktojnë efekte anësore dhe mund të përdoren me trajtime të tjera tradicionale si kimioterapia ose terapia me rrezatim.

## Cilat janë ndryshimet midis mjekësisë moderne dhe tradicionale?

Sigurisht, ka disa dallime të qarta midis mjekësisë moderne dhe tradicionale. Mjekësia moderne është sistemi i mjekësisë që merret me parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve bazuar në njohuritë shkencore për trupin e njeriut.

Mjekësia tradicionale, nga ana tjetër, është një sistem i kujdesit shëndetësor i bazuar në praktikat kulturore që kanë rezultuar të dobishme në trajtimin dhe parandalimin e sëmundjeve për popullsinë lokale. Kjo mund të përfshijë mjekësinë tradicionale afrikane (ATM), mjekësinë tradicionale kineze (TCM), Ayurveda nga India dhe ilaçe të tjera tradicionale nga e gjithë bota.

Dallimi midis mjekësisë moderne dhe mjekësisë tradicionale është se mjekësia moderne ka të bëjë kryesisht me diagnostikimin dhe trajtimin e pjesëve specifike të trupit të njeriut, duke përdorur ilaçe ose kirurgji. Ndërsa, shumica e mjekësisë tradicionale fokusohet në të gjithë qenien njerëzore duke parandaluar dhe ruajtur shëndetin përmes dietës, stërvitjes, terapisë me masazh, akupunkturës ose formave të tjera të trajtimeve tradicionale.

Mjekësia tradicionale trajton pacientët me barishte dhe akupunkturë, ndërsa mjekësia moderne përdor kryesisht ilaçe kimike dhe kirurgji për të trajtuar pacientët.

Mjekësia tradicionale beson se ka shumë shkaqe për sëmundje ndërsa mjekësia moderne beson kryesisht në një shkak për një sëmundje ose lëndim. Shumica e ilaçeve tradicionale kanë



metoda të ndryshme diagnostikimi nga mjekësia moderne, si dhe mënyra të ndryshme për të trajtuar pacientët bazuar në diagnozat e tyre.

Për sa i përket efektivitetit absolut, ka disa sëmundje që mjekësia moderne nuk mund t'i shërojë, ashtu siç e ka të vështirë mjekësia tradicionale me disa të tjera. Pra, ka vend për përmirësim në të dyja anët.

**Përfundim-** Dallimet midis mjekësisë moderne dhe mjekësisë tradicionale janë të mëdha.

Dallimi më i dukshëm është se mjekësia tradicionale nuk vepron aq shpejt sa mjekësia moderne.

Disa ilaçe tradicionale kërkojnë kohë për të punuar, ndërsa ilaçet moderne kanë një kohë më të shpejtë reagimi në shumicën e rasteve. Ilaçet moderne gjithashtu kanë një shkallë më të lartë sukseesi sesa ilaçet tradicionale, sepse ato janë më të fokusuara në shërimin e sëmundjes sesa në shërimin e të gjithë qenies njerëzore.

Mjekësia tradicionale përdoret shpesh në vendet në zhvillim, sepse është më pak e shtrenjtë se mjekësia moderne. Shumë njerëz në vendet e zhvilluara përdorin gjithashtu mjekësinë tradicionale sepse besojnë se është më e natyrshme se mjekësia moderne.

#### Referencat:

1. Leung PC. *Traditional Chinese Medicine and orthopaedics-is there room for modern application?* Chin Med J (Engl). 2012 Nov;125(22):3931-8. PMID: 23158119.
2. Xutian S, Zhang J, Louise W. *New exploration and understanding of traditional Chinese medicine.* Am J Chin Med. 2009;37(3):411-26. doi: 10.1142/S0192415X09006941. PMID: 19606504.
3. Alves RR, Rosa IM. *Biodiversity, traditional medicine and public health: where do they meet?* J Ethnobiol Ethnomed. 2007 Mar 21;3:14. doi: 10.1186/1746-4269-3-14. PMID: 17376227; PMCID: PMC1847427.
4. Canivet M, Lecocq D. *Entre coutume et modernité, médecine traditionnelle et soins infirmiers en Côte d'Ivoire [Between tradition and modernity, traditional medicine and nursing in Ivory Coast].* Rev Infirm. 2019 Jan;68(247):27-29. French. doi: 10.1016/j.revinf.2018.11.006. PMID: 30910114.
5. He JB, Qi Y, Pu XM, He XD, Dou Y, Qiu B, Yu J. *[Overview and prospect of research and development cooperation in traditional medicine between China and Thailand].* Zhongguo Zhong Yao Za Zhi. 2021 Dec;46(24):6323-6330. Chinese. doi: 10.19540/j.cnki.cjcmm.20210830.101. PMID: 34994124.

# MJEKËSIA MODERNE DHE TRADICIONALE TEK TË SËMURËT PSORIATIKË



**Merita Kotori**  
Ligjërues,  
Kolegji Rezonanca,  
Prishtinë

*Specialist i*  
*Dermatovenerologjisë,*  
*Klinika e*  
*Dermatovenerologjisë,*  
*Qendra Klinike Universitare e*  
*Kosovës*

Korrespondenca:  
meritajoni@hotmail.com.

Psoriaza është një sëmundje kronike e lëkurës. Simptomat është të paraqiturit e njollave të kuqe, të mbuluara me lëkurë të bardhë të lëvoruar. Kjo ndodh pasi qelizat e lëkurës shumëzohen më shpesh se zakonisht. Këto njolla mund të paraqiten në lëkurë, por më shpesh në bërryla dhe gjunjë, trup dhe rrënjë të flokëve. Psoriaza mund të duket si puçrra të vogla dhe lëkurë shumë të skuqur, si nën sqetull, ije dhe organet gjenitale. Por, edhe duart, këmbët si the thonjtë mund të sulmohen nga psoriaza. Shkencëtarët mendojnë se psoriaza është një sëmundje autoimune, ku sistemi i imunitetit shkakton inflamacion të lëkurës, dhe shpeshherë edhe të gjymtyrëve. Sëmundja e gjymtyrëve quhet psoriazisartrit. Çrregullim është një gjendje kronike e përsëritur që varion në ashpërsi nga arna të vogla të lokalizuara në mbulim të plotë trupit. Thonjtë e duarve dhe këmbëve janë shpesh të prekura: kjo mund të shihet si një gjetje të izoluar. Psoriaza gjithashtu mund të shkaktojë inflamacion të nyjave, që njihet si proriazë artrite. Dhjetë (10) deri në të pesëmbëdhjetë (15) për qind (%) e njerëzve me psoriazë kanë proriazë artrite.

Faktorët të cilët mund të përkeqësojnë proriazën përfshijnë stresin, tërheqjen e sistemike kortikosteroide, konsumit të tepruar të alkoolit dhe duhanit. [3] Ka shumë trajtime në dispozicion, por për shkak të natyrës kronike, psoriaza është një sfidë për të trajtuar.

Shkaku i proriazës ende nuk dihet plotësisht, por besohet të ketë një komponent gjenetik. Faktorët të cilët mund të përkeqësojnë proriazën përfshijnë stresin, tërheqjen e sistemike kortikosteroide, konsumit të tepruar të alkoolit dhe duhanit. [3] Ka shumë trajtime në dispozicion, por për shkak të natyrës kronike, psoriaza është një sfidë për të trajtuar.

## Çfarë e shkakton psoriazën?

Shkaku pse njeriu sëmurët nga psoriaza nuk është i qartë. Vetitë trashëguese (gjenetike) duket se luajnë një rol të rëndësishëm në rrethanat e zhvillimit të kësaj sëmundjeje. Krahas vetive trashëguese, si dhe rrjedhën, ndonjëherë luajnë rol edhe faktorë të tjerë, si për shembull disa infektive si dhe stresit.[2]

## Kush sëmurët nga psoriaza?

Psoriaza mund të paraqitet kurdoherë gjatë jetës së njeriut. Më shpesh paraqitet tek të rinjtë. Gjysma e personave sëmurën nga psoriaza përpara moshës 25 vjeç. Edhe fëmijët mund të sëmurën nga psoriaza, por këto janë raste të rralla. Nga psoriaza sëmurën njësoj, si meshkujt, po ashtu edhe femrat.[1]

Psoriaza nuk është sëmundje infektuese. Bëhen hulumtime intensive shkencore si në Suedi ashtu edhe në shtete të tjera për të gjetur gjenezën e sëmundjes, për të gjetur mënyra të sigurta dhe efektive të mjekimit, për ta zhdukur simptomën.

## Si mjekohet psoriaza?

Ende nuk ka një kurë eliminuese të psoriazës. Mjekimi i sëmundjes për sot ka si qëllim që në mënyrën sa më të thjeshtë t'ia lehtësojë jetën e përditshme të sëmurit. Sëmundja mjekohet me yndyra të ndryshme, për zbutjen e lëkurës, si dhe me ndriçim ultraviolet. Ka mjekim edhe me ilaçe. Mjekimi i sëmundjes bëhet gjithmonë sipas rekomandimit të mjekut. Preferohet një specialist i lëkurës (dermatolog).[3]

## Historia

Psoriasis ndoshta një nga sëmundjet më të gjatë të njerëzve të njohur dhe njëkohësisht një nga më keqkuptuar. Disa studiues besojnë se psoriasis të ketë qenë përfshirë ndër kushtet e lëkurës quhet tzaraat në Bibël. [4] Në shumë psoriasis kohëve të fundit është përshkruar shpesh si një shumëllojshmëri të lebre. Grekët përdorur termi lepra (λεπρα) për kushtet e lëkurës me luspa. Ata përdoren psora termin për të përshkruar kushtet itchy skin. Ai u bë i njohur si lepra Willan në fund të shekullit të 18 kur dermatologjistit anglez Willan dhe Thomas Robert Bateman e diferencuan atë nga sëmundjet e lëkurës të tjera. Gërbula, thanë ata, dallohet nga formë e rregullt, rrethore e patches, ndërsa psoriasis është gjithmonë e parregullt. Willan identifikoi dy kategori: graecorum leprosa dhe leprosa psora. [5,6]

Ndërsa kjo mund të ketë qenë vizualisht, dhe më vonë semantike, konfuze me lebrë, nuk ishte deri në 1841 se gjendja i është dhënë fund psoriasis emrin nga Hebra dermatolog vjenez Ferdinand von. Emri rrjedh nga fjala greke psora që do të thotë të kruhet.

Ishte gjatë shekullit të 20 që ishte tej psoriasis diferencuar në lloje të veçanta. Llojet Një krahu mbuluar me pllakë psoriasis

Simptomat e psoriasis mund të manifestuar në forma të ndryshme. Variantet përfshijnë pllakën, pustular, guttate dhe flexural psoriasis. Ky seksion përshkruan çdo lloji [7]

Psoriasis Pllaka (psoriasis vulgaris) është forma më e zakonshme e psoriasis. Ajo ndikon në 80-90% e njerëzve me psoriasis. Psoriasis Pllaka ngritur zakonisht duket si zona e lëkurës i përflakur i mbuluar me lëkurë të bardhë me luspa argjentë. Këto zona janë quajtur pllaka.

Psoriasis Flexural (psoriasis inversi) (L40.83-4) duket si arna qetë përflakur të lëkurës. Kjo ndodh në folds lëkurë, sidomos rreth organet gjenitale (në mes të kofshës dhe ijë), nën sqetulla, nën stomakun mbipeshë (pannus), dhe nën gjoksa (inframammary dele). Ajo është acaruar nga fërkime dhe djerse, dhe është e ndjeshme ndaj infeksioneve fungale.

Psoriasis Guttate karakterizohet me njolla të shumta raundin e vogël (diagnoza diferenciale-rosea pityriasis-formë ovale plagë). Këto njolla të shumta e psoriasis duken mbi sipërfaqe të mëdha të trupit, të tilla si trunk, gjymtyrët, dhe kokës. Psoriasis Guttate është i lidhur me infektion

streptococcal fyt.

Psoriasis Pustular duket e ngriti në formë të gungave të cilat janë të mbushura me qelb jo-infektive (pustules). Lëkurës nën dhe përreth pustules është e kuqe dhe e tenderit. Psoriasis Pustular mund të lokalizuar, zakonisht në duart dhe këmbët (pustulosis palmoplantar), ose përgjithësuar me arna e përhapur që ndodh rastësisht në çdo pjesë të trupit. Psoriasis e thua

Psoriasis Nail prodhon një shumëllojshmëri të ndryshimeve në pamjen e gishtit dhe thonjtë shputë. Këto ndryshime përfshijnë discolouring në pjatë gozhde, vendosjes së thonjve, duke shkuar nëpër linjat e thonjve, trashje e lëkurës nën gozhde, dhe loosening (onycholysis) dhe u shkatëruar e gozhde.

Artrit Psoriatic përfshin inflamacion të përbashkët dhe indeve lidhës. Artrit Psoriatic mund të ndikojë në ndonjë të përbashkët, por është më e zakonshme në nyjet e gishtave dhe të këmbëve. Kjo mund të rezultojë në një mish-formë ënjtje të gishtat dhe këpucë me majë të njohur si dactylitis. Artrit Psoriatic mund të ndikojë hips, gjunjë dhe shpinë (spondylitis). Rreth 10-15% e njerëzve që kanë psoriasis gjithashtu kanë artrit psoriatic.

Psoriasis Erythrodermic (L40.85) përfshin inflamacion i përhapur dhe shtresim të lëkurës mbi sipërfaqe më të madhe të trupit. Ajo mund të shoqërohet me kruajtje të rënda, ënjtje dhe dhimbje. Kjo është shpesh rezultat i një rëndim të psoriasis pllakën e paqëndrueshme, veçanërisht pas tërheqjes së menjëhershme të trajtimit sistematik. Kjo formë e psoriasis mund të jetë fatale, si inflamacion ekstreme dhe shtresim pengojnë aftësinë e trupit për të rregulluar temperaturën e lëkurës dhe për të kryer funksionet barrier[6].

Terapitë sistemike tradicionale (metotreksat, ciklosporina dhe acitretin) dhe fototerapia (UVB 311nm dhe PUVA) janë linja e parë e trajtimit për psoriazën e moderuar deri në të rëndë. [8]Megjithatë, ato paraqesin disa kufizime që kushtëzojnë përdorimin e tyre për periudha të gjata kohore, si p.sh. kumulative. toksiciteti i organeve të synuara dhe ndërveprimet e mundshme të barnave.[9,10] Në një studim në Suedi, në fund të një viti të terapisë sistemike konvencionale, 47.9% e pacientëve nuk e mbajtën trajtimin e tyre përkatës.26 Në një studim tjetër që heton kufizimet e terapive sistemike dhe fototerapia UVB në pacientët me psoriasis të moderuar deri në të rëndë duke përdorur një pyetësor të aplikuar për pacientët (n=301), kundërrindikacione ndaj trajtimeve tradicionale u gjetën në 9% deri në 22% të pacientëve.[10]

Çfarë është trajtimi biologjik modern?

Aktualisht, për shkak të zhvillimit të farmaceutikës, ne mund të trajtojmë në mënyrë efektive psoriasis, duke arritur remisionin klinik, pra lëkurë të pastër. Ideja e dermatologjisë moderne është kontrolli i procesit të psoriazës, pra kryerja e trajtimit në mënyrë të tillë që pacienti të qëndrojë pa ndryshime të lëkurës për aq kohë sa të jetë e

mundur.

Trajtimi biologjik bazohet në përdorimin e antitropave monoklonalë kundër proteinave kyçe të përfshira në procesin patogjenetik të psoriazës, p.sh. TNF-alfa, IL12/IL23. Tani e dimë mekanizmin e tyre të veprimit dhe profilin e sigurisë, prandaj i konsiderojmë jashtëzakonisht efektive dhe të sigurta për pacientët. Më moderne prej tyre – IL17 ende nuk rimbursohen. Disa nga barnat biologjike të regjistruara janë të disponueshme nën programet e barnave NHF dhe ne jemi në Trajtimi biologjik është një mundësi për pacientët me forma të rënda dhe të moderuara të psoriasis vulgaris dhe artritit psoriatic. Para se të kualifikohet për trajtim biologjik, pacienti duhet t'i nënshtrohet trajtimit me medikamente të përgjithshme konvencionale si metotreksat, ciklosporina, acitretin ose PUVA. Në rast të dështimit të këtyre terapive dhe një procesi përkatësisht të rëndë të sëmundjes, një pacient që vuan nga psoriasis ka një shans për trajtim biologjik. Pacientët që i nënshtrohen terapive biologjike në shumicën e rasteve arrijnë rezultate shumë të mira terapeutike. Gjatë terapisë, pacientët riftojnë lëkurën e pastër, si dhe zgjidhjen domethënëse dhe ndonjëherë të plotë të sëmundjeve të kyçeve.

Çdo pacient me psoriasis ndihet i stresuar. Për shkak të faktit se sëmundja nuk mund të shërohet plotësisht, pacientët shpesh ndalojnë së luftuari dhe tërhiqen nga trajtimi si rezultat i terapive joefektive. Prania e lezioneve të lëkurës i bën ata të ndihen të refuzuar, inferiorë, më pak tërheqës, kanë probleme me rregullimin e jetës së tyre private dhe profesionale. Një pjesë e madhe e shoqërisë i konsideron lezionet e lëkurës si ngjitëse. Dhe ata që nuk mendojnë kështu, për shkak të pamjes "të shëmtuar" të lezioneve, nuk duan të mbajnë kontakte me pacientët me psoriasis. Si rezultat, pacientët me psoriazë nuk përfitojnë nga

shumë aktivitete të përditshme, si p.sh., të shkojnë në pishinë. Ata shpesh veshin rroba jo tërheqëse që mbulojnë sa më shumë nga trupi i tyre nga frika se mos tregojnë lëkurën e tyre. Kështu, për shkak të pamjes së sëmundjes, pacientët me psoriasis shpesh ndiejnë mungesë pranimi shoqëror.



Figura 1. Foto e marrë nga pacienti në KDV me pëlqimin e pacientit

## Referencat:

- 1.Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM, Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013;133:377-85. 10.1038/jid.2012.339 [PubMed] [CrossRef]
- 2.Anstey A, McAteer H, Kamath N, Percival F. Extending psychosocial assessment of patients with psoriasis in the UK, using a self-rated, web-based survey. *Clin Exp Dermatol* 2012;37:735-40. 10.1111/j.1365-2230.2012.04457.x [PubMed] [CrossRef]
- 3.de Korte J, Sprangers MA, Mommers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004;9:140-7. 10.1046/j.1087-0024.2003.09110.x [PubMed] [CrossRef]
- 4.Kimball AB, Gieler U, Linder D, Sampogna F, Warren RB, Augustin M. Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;24:989-1004. 10.1111/j.1468-3083.2010.03705.x [PubMed] [CrossRef]
- 5.Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet* 2003;361:1197-204. 10.1016/S0140-6736(03)12954- [PubMed] [CrossRef]
- 6.Nevitt GJ, Hutchinson PE. Psoriasis in the community: prevalence, severity and patients' beliefs and attitudes towards the disease. *Br J Dermatol* 1996;135:533-7. 10.1111/j.1365-2133.1996.tb03826.x [PubMed] [CrossRef]
- 7.Baker CS, Foley PA, Braue A. Psoriasis uncovered: measuring burden of disease impact in a survey of Australians with psoriasis. *Australas J Dermatol* 2013;54(Suppl. 1):1-6. 10.1111/ajd.12010 [PubMed] [CrossRef]
- 8.Dgs.pt Norma nº 065/2011 de 30/12/2011 atualizada a 28/10/2014: Tratamento da Psoríase com Agentes Biológicos no Doente Adulto. Internet. acesso dia mês ano. Disponível em <http://www.dgs.pt/normas-clinicas/nor->

# SISTEMI I MENAXHIMIT TË CILËSISË (SMC) NË SHËNDETËSINË E KOSOVËS



## Hasan Rama

*Specialist i Mjekësisë  
Familjare,  
Qendra Kryesore e Mjekësisë  
Familjare, Vushtrri*

*Kordinator i Sigurimit të  
Cilësisë së Shërbimeve  
Shëndetësore, ISO 9001  
Lead auditor*

Korrespondenca:  
hasanrama064@gmail.com

Si ndihmojnë standardet ISO në krijimin e një sistemi të mirëfilltë për menaxhim të shëndetësisë në Kosovë

Dy shtyllat të çdo shoqërie të zhvilluar janë arsimiti, si feneri i dijes, dhe një sistem i fuqishëm shëndetësor, si rojtari i mirëqenies së një populli.

Kosova, si një shtet i ri në Ballkanin Perëndimor, po përballlet me sfida të shumta në rrugëtimin e saj drejt zhvillimit të një sistemi të qëndrueshëm shëndetësor. Përderisa Kosova përpiqet të krijojë një sistem të fuqishëm të kujdesit shëndetësor, është thelbësore të zbatohen Sistemet efektive të Menaxhimit të Cilësisë (SMC) për të siguruar kujdes dhe shërbime cilësore. Për më tepër, integrimi i një Sistemi të Menaxhimit Mjedisor (SMM) në infrastrukturën e kujdesit shëndetësor është i domosdoshëm për të menaxhuar me efikasitet mbetjet mjekësore, për të mbrojtur mjedisin dhe për të mbajtur një shoqëri të shëndetshme. Në këtë artikull, ne do të shqyrtojmë rëndësinë e SMC dhe nevojën për integrimin e SMM për të kontrolluar mbeturinat mjekësore në sektorin e kujdesit shëndetësor të Kosovës.

Sistemi i menaxhimit të Cilësisë (SMC) në Sistemin Shëndetësor

Sistemi i Menaxhimit të Cilësisë është një kornizë e strukturuar dhe e dokumentuar që fokusohet në përmirësimin e vazhdueshëm, menaxhimin e rrezikut dhe përmbushjen e pritshmërive të pacientëve. Në kontekstin e kujdesit shëndetësor, zbatimimi i një SMC është thelbësor për të siguruar ofrimin e shërbimeve mjekësore të sigurta, efektive dhe me cilësi të lartë. Ja pse është thelbësore për një komb në zhvillim si Kosova:

1. Rezultate të përmirësuar të pacientëve: një SMC i zbatuar mirë siguron që procedurat mjekësore, diagnozat dhe trajtimet i përmbahen standardeve ndërkombëtare, duke përmirësuar vazhdimisht rezultatet e pacientit. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në Kosovë, ku një grup moshash të ndryshme brenda popullatës kërkon një shumëllojshmëri të shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

2. Rritja e llogaridhënies: SMC krijon një kulturë të llogaridhënies midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Ai promovon transparencën, kompetencën dhe përgjegjësinë, të cilat janë thelbësore për ndërtimin e besimit midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe pacientëve.

3. Efikasiteti çdo here e më i mirë: një SMC efektiv optimizon proceset operacionale, duke reduktuar gabimet, kohën e pritjes për shërbime dhe menaxhimin e mirëfilltë të aseteve. Në një sistem të kujdesit shëndetësor në zhvillim, efikasiteti është jetik për të përkrahur zhvillim të shëndetshëm të popullsisë.

4. Rritje e Reputacionit: një SMC i themeluar mirë mund t'u ndihmojë institucioneve të kujdesit shëndetësor të Kosovës të fitojnë akreditim ndërkombëtar, duke tërhequr kështu investime, partneritete dhe shkëmbime të përvojave

mjekësore.

Sistemi i Menaxhimit Mjedisor (SMM) për Kontrollin e Mbetjeve Mjekësore

Menaxhimi i mbetjeve mjekësore është një shqetësim i rëndësishëm për shëndetin publik dhe mjedisin. Hedhja e gabuar e mbetjeve mjekësore mund të çojë në kontaminim, transmetim të sëmundjeve dhe degradim mjedisor. Prandaj, integrimi i një Sistemi të Menaxhimit Mjedisor në sektorin e kujdesit shëndetësor të Kosovës është thelbësor për arsye të mëposhtme:

1. Shëndeti dhe Siguria kolektive: Zbatimi i SMM siguron ndarjen, grumbullimin, trajtimin dhe asgjësimin e duhur të mbetjeve mjekësore. Kjo është thelbësore për mbrojtjen e punonjësve të kujdesit shëndetësor, pacientëve dhe komunitetit ku operojmë nga rreziqet e mundshme që lidhen me mbetjet mjekësore.

2. Mbrojtja e mjedisit: Një SMM efektive redukton ndikimin mjedisor të mbetjeve mjekësore duke promovuar riciklimin, minimizimin e mbetjeve dhe përdorimin e metodave të asgjësimit miqësore me mjedisin. Kjo kontribuon në ajër, ujë dhe tokë më të pastër në Kosovë.

3. Konformiteti me ligjet dhe rregulloret në fuqi: Pajtueshmëria me rregulloret ndërkombëtare mjedisore (OZHQ-të) është thelbësore për një vend në zhvillim. Një SMM ndihmon Kosovën t'i përmbushë këto kërkesa, duke rritur pozitën e saj globale dhe duke reduktuar rrezikun e sanksioneve.

4. Menaxhimi i Resurseve: zbatimimi i një SMM mund të çojë në kursime resurseve duke promovuar riciklimin e materialeve dhe duke reduktuar prodhimin e mbetjeve. Kjo jo vetëm që e mbron ndotjen e mjedisit, por gjithashtu redukton kostot operative të institucioneve të kujdesit shëndetësor në të gjithë vendin.

Nevoja për zbatim të këtyre standardeve

Integrimi i SMC dhe SMM në sistemin e kujdesit shëndetësor të Kosovës mund të sjellë përfitime të jashtëzakonshme:

1. Sinergjia: integrimi i SMC dhe SMM inkurajon një qasje gjithëpërfshirëse ndaj menaxhimit të kujdesit shëndetësor, ku shqetësimet e cilësisë së shërbimeve mjekësore dhe mbrojtja e mjedisit trajtohen njëkohësisht.

2. Reduktimi i Kostove Operative: përmirësimi i operacioneve, menaxhimit të burimeve dhe metodave të depozitimit të mbetjeve mund të rezultojë në kursime të kostos për objektet e kujdesit shëndetësor, të cilat mund të riinvestohen për të përmirësuar kujdesin ndaj pacientit.

3. Rrit imazhin e Shëndetësisë: një sistem i kujdesit shëndetësor që rezulton si në menaxhimin e cilësisë ashtu edhe në përgjegjësinë mjedisore do të ketë një ndikim në reputacion të sistemit shëndetësor në Kosovë, jo vetëm brenda Kosovës, por edhe në nivel ndërkombëtar.

4. Rrit besimin e pacientëve: integrimi i SMC dhe SMM siguron transparencë dhe llogaridhënie, duke e nxitur besimin e qytetarëve të Kosovës për sistemin e shëndetësor.

#### Konkluzion

Në Kosovë, sistemi shëndetësor luan rol kyç në adresimin e nevojave të popullsisë. Një sistem i fuqishëm i menaxhimit të cilësisë, i integruar me një sistem të menaxhimit mjedisor, është i domosdoshëm për të garantuar që sistemi i kujdesit shëndetësor të përmbushë standardet më të larta të cilësisë, ndërkohë që menaxhon me përgjegjësi mbetjet mjekësore dhe ndotjen e ambientit. Duke i dhënë përparësi këtyre sistemeve, Kosova mund të ndërtojë një infrastrukturë të qëndrueshme të kujdesit shëndetësor që kontribuon në qëndrueshmërinë e shëndetit të pacientëve, mbron mjedisin dhe kontribuon në mirëqenien e përgjithshme të shoqërisë kosovare.

#### Referencat:

Bazat e Menaxhimit Shëndetësor – Swiss Agency for Development and Cooperation –SDC

Quality management systems – guidelines for process improvements in health service organizations. Based on ISO 9004, 2000, second edition, ISO 2001.

Priručnik za menadžere: Unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta u zdravstvenim ustanovama i akreditacija, EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, 2009

# DY DEKADA TË PROGRAMIT TË TELEMJEKËSISË SË KOSOVËS

Ismet Lecaj<sup>1</sup>, Blerim Berisha<sup>1</sup>, Arben Imeri<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Qendra Kombëtare e Telemjekësisë së Kosovës

Dhjetori 2022 shënoi 20 vjetorin e Programit të Telemjekësisë së Kosovës!

Prof. Dr. Rifat Latifi me ekipin e ekspertëve më eminentë të fushës nga SHBA, 20 vite me parë, prezantoi para donatorëve Projektin e Telemjekësisë së Kosovës.

Nevojitet ndërhyrje e shpejtë, komplekse dhe e menjëhershme që të ndihmohej sistemi shëndetësor dhe ai mësimor në fushën e mjekësisë, sistem ky i neglizhuar dhe shkatërruar nga më shumë se një dekadë e largimit me dhunë të profesionistëve shëndetësor shqiptar nga institucionet shëndetësore dhe edukative publike dhe shkatërrimit fizik të infrastrukturës gjatë luftës.

QKTK u themelua në dhjetor të vitit 2002 përmes nënshkrimit të Memorandumit të Mirëkuptimit me institucionet relevante të kohës, me financim nga Agjencia Evropiane për Rindërtim dhe zbatim nga BBI dhe International Virtual e-Hospital;

Faza e dytë u financua nga Byroja për Çështje Edukative dhe Kulturore e Departamentit të Shtetit, SHBA dhe u zbatua nga International Virtual e-Hospital. Me 18 tetor 2007 kemi funksionalizimin e plotë të Qendrave Rajonale të Telemjekësisë (QRT) në Kosovë.

Në 2019, në kuadër të projektit kapital "Avancimi i Sistemeve të Telemjekësisë" të financuar nga SHSKUK-MESH, është bërë zgjerimi i rrjetit me dy qendra të reja të telemjekësisë, spitalet në Vushtrri dhe Ferizaj.

Ndërkaq, faza e tretë për objektiv ka integrimin në rrjetin e integruar të telemjekësisë të kujdesit parësor (qendrave të mjekësisë familjare), qendrave të shëndetit mendor, shërbimit shëndetësor të burgjeve, si dhe integrimin e plotë në SIS.

Programi i Telemjekësisë së Kosovës ka 3 komponentë bazë:

Edukimi i Vazhdueshëm Profesional (EVP) në distancë

Teknologjitë e telemjekësisë në EVP përdoren në mënyra të ndryshme si: Video-konferencat, Uebinare , trajnime online (tekst, video, interaktive, testime online), etj.

Telekonsultat

Metoda në kohë reale, Metoda ruaj-dhe-dërgo, Monitorimi në distancë i pacientëve

Hulumtime Shkencore dhe Zhvillim

Resurset edukative online (Biblioteka elektronike)

Aktivitetet e EVP në distancë dhanë një kontribut të rëndësishëm në mesin e profesionistëve shëndetësorë. Ato avancuan njohuritë, kompetencën dhe aftësitë, si dhe ndihmuan avancimin në fusha të shumta të mjekësisë.

Njëqind e dyzet e pesë (145) universitete, qendra mjekësore dhe institucione tjera nga shumë vende të botës kanë transmetuar mbi 1500 ligjërata me dhjetëra-mijëra pjesëmarrës në QKTK (që janë transmetuar drejtpërdrejtë në 6 dhe me vonë 8 spitalet rajonale të Kosovës.

Përveç bashkëpunimit ndërkombëtar, njësitë organizative të SHSKUK-së, Fakulteti i Mjekësisë, Shoqata Profesionale OMK, organizata studentore, OJQ etj., kanë përdorur dhe vazhdojnë të shfrytëzojnë në mënyrë aktive infrastrukturën e QKTK-së për të organizuar aktivitete edukative në fushën e mjekësisë.



Figura 1. Transmetim i drejtpërdrejtë i endoskopive nga Kabineti i Endoskopisë, i Klinikës së Gastroenterologjisë

Gjatë dekadës së parë në QKTK, 59 % ishin aktivitete edukative nga të cilat 12% EVP, 25% ligjërata, 13% seminare, punëtori dhe takime profesionale (ground rounds) dhe 41% të tjera përfshinin prezantime komerciale dhe programe klinike të tilla si tele-konsultime përmes video-konferencave, metodës ruaj-dërgo dhe tele-kirurgjive.

Në periudhën para formimit të OMK-së, Qendra Kombëtare e Telemjekësisë së Kosovës me vendim të BEVP emërohet Koordinator Kombëtar për Edukim të Vazhdueshëm Profesional në distancë dhe përgjatë periudhës 2014–2018 vetëm përmes aktiviteteve për EVP në distancë të

menaxhuara nga QKTK dhe të aprovuara nga BEVP në MSH regjistrohen:

Pikë kredituese - 44.825,

Numri total i pjesëmarrësve – QKTK - 3889, QR - 2369

Struktura - 1341 mjekë, 3634 infermierë dhe 283 të tjerë.

Në mijëra aktivitete edukative gjatë dy dekadave janë regjistruar pjesëmarrje si vijon:

18.028 specialistë dhe specializantë

22.327 infermierë

5219 studentë

4980 të tjerë

Janë realizuar 1124 telekonsulta me 2711 dokumente të skanuara (MRI, CT, RTG, analiza laboratorike etj.)

Parakushtet për EVP në Distancë të suksesshme

•Përfshirja e akterëve relevantë dhe përpilimi i programit për EVP;

•Të kenë të dhëna të bazuara në dëshmi shkencore;

•Të jenë të punuara në një gjuhë të përshtatshme dhe të kuptueshme për audiencën;

•Të jenë të dizajnuara për audiencën të cilës i prezantohet;

•Prezantuesit të jenë kompetentë;

•Evaluimi dhe vlerësimi i vazhdueshëm;

Përfitimet

•Kursimi i kohës dhe shpenzimeve të udhëtimit;

•Qasja e lehtë dhe në çdo kohë e lokacion;

•Përshtatja e ritmit sipas kushteve specifike të secilit;

•Qasja më e madhe në resurse;

•Kohë për reflektim kritik

Një tjetër burim i rëndësishëm informacioni që ofron QKTK është biblioteka elektronike. Ky institucion ofron 24 orë në ditë/ 7 ditë në javë qasje në bazat e të dhënave mjekësore si Up-to-Date, PubMed, MDconsult dhe Iniciativa e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) në Internet Health Access to Research Initiative (HINARI).

Biblioteka elektronike ka ofruar praktikat më të fundit të bazuara në fakte, duke i

lejuar profesionistët shëndetësorë të kenë qasje në informacionin që u nevojitet në çdo kohë.

Në bibliotekën elektronike përgjatë dy dekadave janë regjistruar 159.970 shfrytëzues;

51.960 staf mjekësor, 107.463 studentë dhe 547 të tjerë

Numri i shfrytëzuesve të të gjitha shërbimeve në QTKK 2002-2022 është 445.160

Efektshmëria e kostove të programit të Telemjekësisë së Kosovës është dokumentuar mirë, duke treguar se ai është një opsion optimal për të ulur koston e aktiviteteve të edukimit të vazhdueshëm profesional. Investimi në infrastrukturën e tele-edukimit do të sigurojë kornizën

dhe bazën për programet klinike, kërkime shkencore dhe partneritetin ndërkombëtar. Programi i Telemjekësisë së Kosovës (QTKK dhe QRT) ka avancuar cilësinë dhe disponueshmërinë e edukimit mjekësor në Kosovë, duke plotësuar nevojat për EVP të profesionistëve shëndetësorë përmes ekspertizës vendore dhe ndërkombëtare.

Sukseset e Programit të Telemjekësisë së Kosovës dhe INOT/IBOT (Inico-Ndërto-Operacionalizo-Transfero/Initiate-Build-Operate-Transfer strategjisë së IVEH në aplikimin e teknologjisë Informative në fushën e Telemjekësisë dhe e-Shëndetësisë anekënd botës, nuk kaluan pa u vërejtur dhe vlerësuar.

Modeli i Programit të Integruar të Telemjekësisë së Kosovës në vitet në vijim do të bëhet model edhe për programe tjera

të telemjekësisë dhe e-shëndetësisë në botë (Shqipëri, Cabo Verde, Vietnam etj.).

Kështu, në vitin 2012 në Kosovë bëhet trajnimi i koordinatorëve të Programit të Telemjekësisë së Shqipërisë, dhe në vitin 2013 Trajnimi 2-javor i koordinatorëve të Programit të Telemjekësisë të Cabo Verde.

#### Vlerësimet

Washington DC, Programi i Telemjekësisë në Ballkan dhe zbatuesi i saj IVEH nderohet me 21 st Century Achievement Award nga Computerworld;

Romë, Itali, IVEH dhe strategjia e saj IBOT nderohet, në mesin e mbi 1000 të përzgjedhurve, me çmimin International Health Promotion Award; (për më shumë vizito [www.iveh.org](http://www.iveh.org));



Figura 2. Ligjërata me temë nga Kirurgjia, të transmetuara në Qendrat Rajonale të Telemjekësisë

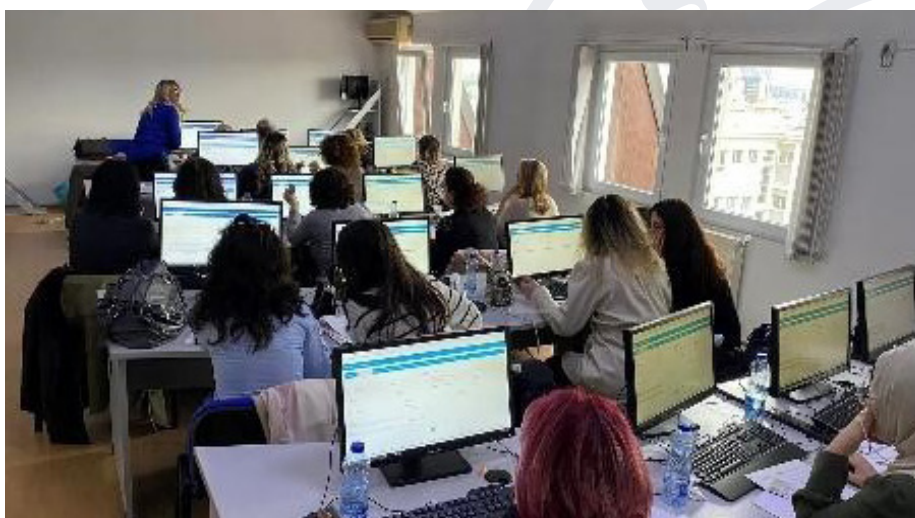


Figura 3. Dhoma e trajnimeve QTKK-Trajnimi i përdorimit të moduleve të SISH me punëtor të kujdesit parësor

## FUQIZIMI I PROFESIONISTËVE SHËNDETËSORË NËPËRMJET NISMAVE NDËRKOMBËTARE TË SHKËMBIMIT



**Ilir Hoxha**

*Specialist i Shëndetësisë*

*Publike*

*Kolegji Heimerer, Prishtinë*

Pas ngjarjeve tronditëse të lidhura me luftën në Kosovë në vitin 1999, një partner i qëndrueshëm shfaqet, Shkolla e Mjekësisë në Dartmouth dhe institucionet e lidhura me të. Teksa shumë organizata ndërkombëtare ofruan ndihmë menjëherë, Dartmouth dallonte veten duke kontribuar "në heshtje" dhe me qëndrueshmëri në zhvillimin e vazhdueshëm të sistemit shëndetësor të Kosovës, duke vazhduar deri më sot. Ky angazhim i vazhdueshëm ka evoluar në një bashkëpunim të jashtëzakonshëm që transcendon kufijtë, duke e ndihmuar thellësisht Kosovën, siç ilustron nga disa projekte dhe nisma të përfunduara dhe qindra përfitues në të dy anët.

Rreth kohës së luftës në Kosovë, Shkolla e Mjekësisë në Dartmouth filloi nismën e bashkëpunimit me Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës. Kryesuar nga Dekani Emeritus James Strickler, si dhe individë të përkushtuar si Joseph O'Donnell dhe George Little në Dartmouth, dhe me mbështetjen e Dekanit Mazlum Belegu, Zëvendës Dekanes Natyra Karahoda, bashkëpunimi synonte të krijonjë një rrugë të rëndësishme për mbështetjen e edukimit mjekësor dhe zhvillimit të sistemit shëndetësor në Kosovë. Themeli u vendos përmes shkëmbimit të studentëve në vitin 2001 dhe 2002, që shënoi fillimin e një partneriteti transformues.

Esenca e angazhimit të Dartmouth ndodhet në kultivimin e profesionistëve dhe udhëheqësve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht të brezit të ri, në Kosovë. Nga shkëmbimet fillestare të studentëve në vizita të shkurtra të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në Shkollën e Mjekësisë në Dartmouth dhe institucionet e ndërlidhura, përpjekjet bashkëpunuese kanë sjellë vazhdimisht fryte në formën e zhvillimit të profesionistëve shëndetësor të Kosovës. Këta individë kanë bërë kontribute të rëndësishme në institucionet shëndetësore të vendit, në organet e formulimit të politikave dhe madje edhe në skenën ndërkombëtare.

Në mes shumë rezultateve të këtij bashkëpunimi, është themelimi i "Aksionit për Nënë dhe Fëmijë (ANF)" si një kulminacion i këtij suksesi. E gjendur në Kosovë, kjo organizatë joqeveritare u konceptua me një mision të lartë - të shpëtojë jetët e nënave dhe të fëmijëve në Kosovë. Ajo që nisi si një ide gjatë shkëmbimeve Dartmouth-Kosovë, u zhvillua në një nga organizatat më të suksesshme në skenën civile të Kosovës me pjesëmarrjen kyçe të këtyre "agjentëve të shkëmbimit".

Këtë vit, kujtimi i 10-vjetorit të ANF shënon një moment kryesor në jetën e këtij partneriteti. Për të siguruar mundësi për edukimin e vazhdueshëm të profesionistëve që punojnë në fushën e shëndetit të nënave dhe fëmijëve në Kosovë, u themelua një bursë e vazhdueshme, ë mban emrin e James Strickler, Dekan i Nderit i Shkollës së Mjekësisë në Dartmouth, i cili udhëhoqi përpjekjet për shkëmbimin Dartmouth-Kosovë dhe themelimin e ANF-së. Pothuajse gjysma e fondeve të kësaj

bursë u sigurua nga ish-studentë të shkëmbimit nga Kosova, që thekson ndikimin thelbësor të programit të shkëmbimit me Dartmouth. Diaspora shqiptare në Shtetet e Bashkuara dhe Zvicër siguruan gjysmën tjetër të fondeve. Kjo krijon një instrument shtesë që synon të ofrojë mundësi të vazhdueshme të edukatës mjekësore për profesionistët e shëndetit në Kosovë në partneritet me institucionet në Dartmouth.

Programe të tjera shembullore gjithashtu kanë transformuar arsimin dhe praktikën shëndetësore në Kosovë. Për shembull, Programi i Specialistik për Mjekësi Familjare, i vetmi program specialistik i akredituar ndërkombëtarisht në vend nga Kolegji Mbretëror i Mjekëve të Familjes në Mbretërinë e Bashkuar, është një dëshmi e frymës bashkëpunuese dhe përkushtimit ndaj zhvillimit të kuadrove profesionale në shëndetësi. Në anën tjetër, programet e edukimit të vazhdueshëm nga Klubit Mjekësor i Hapur në Kosovë kanë mundësuar qindra profesionistëve të përmirësojnë shkathtësitë e tyre mjekësore përmes ekspozimit ndaj sistemeve të Perëndimore, si Austria. Pranoj se ka shumë shembuj të tjerë që nuk i kam përmendur këtu. Megjithatë, fokusi im kryesor nuk është të përfshij çdo shembull, por të theksoj rëndësinë e përdorimit të tyre si kontribute të rëndësishme në reformën e shëndetësisë.

teksta Kosova përpiket të avancojë reformën shëndetësore, këto modele mund të jenë shembuj për fuqizimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Duke njohur se ndryshimi i domosdoshëm në sistemin shëndetësor kërkon të fuqizojë punonjësit në kujdesit shëndetësor, bashkëpunimi synon të kultivojë rritjen individuale dhe zhvillimin e ekipeve funksionale që mund të ofrojnë kujdes shëndetësore të integruar.

Duke marrë frymëzim nga suksesi i sistemit shëndetësor turk, i cili përdori arsimin mjekësor të Perëndimit për të zhvilluar të vetin, Kosova mund të mendohet për përdorimin e një modeli të ngjashëm, të përshtatur në nevojat unike të Kosovës. Përdorimi dhe rritja e këtyre modeleve në programe të vërteta institucionale qeveritare do të duhej të ishin në qendër të angazhimit për reformën e sistemin shëndetësor në vend. Gjithashtu, kjo mund të ndihmohet nga kthimi i profesionistëve që kanë zhvilluar karrierat e tyre individualisht në botën Perëndimore dhe janë të gatshëm të kontribuojnë në vendlindjen e tyre. Ky kthim tashmë po ndodh në mënyrë të pavarur, pasi këta profesionistë e shohin potencialin e tyre transformues nga përvoja e tyre në jashtë vendit.

Për të arritur potencialin e plotë, integrimi i qëllimshëm i këtyre modeleve në reformën e sistemit shëndetësor dhe mënyra e të menduarit institucional janë të nevojshme. Ndërsa nismat individuale dhe ato në shkallë të vogël janë të çmuara, ato duhet të përkrahën nga një strategji afatgjatë e udhëhequr nga Qeveria që gëzon mbështetje të gjerë në spektrin politik dhe akterët nacional. Bashkëpunimi nuk duhet të mbështetet



vetëm në mbështetjen e donatorëve të jashtëm. Partneritetet e fundit me mbështetjen zvicerane dhe luksemburgeze janë të vlefshme dhe mbështesin ndërtimin e kapaciteteve profesionale në një frymë të ngjashme me ato që kam përmendur. Por ato nuk janë të mjaftueshme. Në vend të kësaj, ndërtimi i kapaciteteve dhe përdorimi i shkëmbimeve ndërkombëtare duhet të ngulitet thellë në vizionin e Qeverisë për avancimin e shëndetësisë në vend, duke siguruar që ajo të jetë e qëndrueshme dhe reziliente ndaj rrethanave të ndryshueshme politike sociale e ekonomike.

Në përfundim, partneriteti Dartmouth-Kosovë dhe modele të ngjashme të tjera në vend shërbejnë si dëshmi e ndikimit që shkëmbimet dhe bashkëpunimet ndërkombëtare mund të kenë në sistemin tonë shëndetësor. Teksa navigojmë në kompleksitetet e reformës së shëndetësisë në vend dhe përpqemi të gjejmë rrugën tonë përpara, këto bashkëpunime shfaqen si shpresë, duke treguar fuqinë transformuese të shkëmbimit edukativ, mentorimit dhe përkushtimit të vazhdueshëm për sukses në shëndetësi në vendin tonë. Mësimet e nxjerra nga këto partneritete ofrojnë një pikëpamje për të forcuar sistemin tonë shëndetësor përmes bashkëpunimit ndërkombëtar, duke theksuar rolin kryesor të fuqizimit të profesionistëve në kujdesit shëndetësor si themeli për ndryshim të qëndrueshëm.

## ÇKA I DUHET NJË SPECIALIZANTI?



**Dëfrim Morina**  
Doktor i Mjekësisë

Specializant i Kardiologjisë,  
Klinika e Kardiologjisë,  
Qendra Klinike Universitare e  
Kosovës

Specializimi paraqet njërën prej periudhave më të rëndësishme dhe më kritike në formimin e një profesionisti shëndetësor.

Themi tejet e rëndësishme për shkak se gjatë kësaj periudhe fitohen aftësitë specifike klinike përmes ofrimit të shërbimeve shëndetësore për pacientët, duke filluar nga anamneza, përpunimi i historisë mjekësore, realizimi i ekzaminimeve bazike, testeve specifike diagnostike e deri te trajtimi mjekësorë, komunikimi me pacientë, familjarë dhe pjesëtarë tjerë të sistemit shëndetësor.

Ndërsa themi kritike për shkak se paraqet sfidë brenda sistemit shëndetësor gjetja e një balansi të mirëfilltë në mes të nevojës për edukim specialistik, e cila vazhdimisht kërkon pavarësi dhe kompetencë graduale të specialistit, si dhe nevojës për siguri dhe kujdes ndaj pacientit, të cilët do të përfitonin më shumë poqese do të përkujdeseshin nga një klinikist me përvojë me të madhe.

Edukimi specialistik parimisht është i ndërtuar mbi bazën e një marrëveshje të heshtur ("kontratë shoqërore") në mes të pacientëve dhe bartësve të edukimit klinik. Sipas saj, pacientët pajtohen që t'i lejojnë mjekët e rinj të ofrojnë shërbim shëndetësor të mbikëqyrtur në shkëmbim të së mirës së përgjithshme shoqërore, e cila është krijimi i profesionistëve shëndetësor të së ardhmes, kurse qendrat edukative në anën tjetër do të garantojnë sigurinë dhe profesionalizmin për pacientët.

Qëllimi kryesor i edukimit specialistik është përgatitja e profesionistëve shëndetësor të së ardhmes të pajisur me kompetencën adekuate klinike në ofrimin e kujdesit shëndetësor të sigurt dhe efektiv në mënyrë të pavarur. Mirëpo, ky qëllim asnjëherë nuk duhet të cenohet parimet e përgjithshme etike dhe profesionale të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Andaj, mungesa e përvojës klinike në fazat fillestare nuk duhet të vie asnjëherë në rrezik sigurinë e pacienteve, e garanci për këtë është mbikëqyrja nga ana e edukatorëve klinik, të cilët në baza individuale iu japin specialistëve kompetencë dhe pavarësi graduale.

Edhe pse specialistët janë tejet të rëndësishëm dhe zakonisht e bartin barrën më të madhe në ofrimin e kujdesit shëndetësor, nuk duhet harruar se qëllimi kryesor i specializimit është edukimi i tyre. Andaj asnjëherë nuk duhet të shihen vetëm si fuqi punëtore, mirëpo si mjekë të rinj në trajnim e sipër, të cilët priten të transformohen në profesionistë shëndetësor me përvojë dhe që në të ardhmen do t'i ofrojnë shoqërisë siguri dhe profesionalizëm në ofrimin e shërbimeve shëndetësore. Pra, specialistët mbi te gjitha janë mjekë në edukim, andaj përcaktimi i detyrave dhe obligimeve të tyre duhet bërë duke u bazuar mbi nevojat për edukim klinik.

Për t'u siguruar që nevojat e edukimit klinik do të përcaktojnë angazhimin e specialistit, gjatë hartimit të programit specialistik duhet respektohen dy parime:

- asnjëherë nuk duhen cenuar objektivat e edukimit specialistik duke i mbingarkuar specialistët me punë të përditshme, të cilat në një pjesë të madhe të rasteve janë joedukative dhe

- edukimi didaktik dhe klinik i specialistit duhet të jete prioritet në hartimin e orarit të punës.

Tri objektivat kryesore, të cilat duhet t'i arrijë edukimi specialistik janë:

1. Dhënia e përgjegjësisë graduale duke u bazuar në kompetencën individuale të secilit dhe nën monitorimin e vazhdueshëm klinik,

2. Dhënia e kohës së mjaftueshme në dispozicion për t'u angazhuar në të ashtuquajturin "të mësuarit reflektiv" dhe

3. Vazhdimësi në kujdesin ndaj pacientit për të kuptuar plotësisht evolucionin e sëmundjes dhe për të përfituar maksimalisht nga secili rast.

Ajo që vlen më së shumti gjatë edukimit specialistik nuk është aspekti sasior, pra numri i orëve të qëndrimit në spital, por ambienti edukativ adekuat i cili i përmbush këto tri objektiva të lartpërmendura. Pra, më shumë rëndësi ka kualiteti i kohës së qëndrimit të specialistit në spital sesa numri i orëve.

### Mbikëqyrja (Monitorimi)

Sipas Kilminster dhe Jolly(2000) definohet si ofrim i monitorimit, udhëzimeve dhe feedback-ut në raport me zhvillimin personal, profesional dhe edukativ të kujdesit shëndetësor të mjekut ndaj pacientit. Kjo përfshinë edhe identifikimin e pikave të forta dhe të dobëta të mjekut në një situatë të caktuar klinike me qëllimin e vetëm të ndërhyrjes kur është nevoja ashtu që siguria e pacientit të jetë maksimale.

Praktikat efektive të monitorimit që e përmirësojnë të mësuarit klinik dhe performancën janë:

1. Modelet ideale të edukatorëve klinik, të cilët demonstrojnë praktikat adekuate profesionale në qasjen ndaj pacientit,

2. Transmetimi i objektivave specifike klinike tek specialistët gjatë punës së përditshme,

3. Vlerësimi periodik i arritjes së objektivave të parapara dhe

4. Feedback-u në kohë të përshtatshme dhe aty për aty gjatë qasjes me pacientët.

Spitali nuk është një vend ku mjekët e rinj rriten dhe zhvillohen në mënyrë autodidaktike, mirëpo është hapësirë ku të mësuarit duhet të realizohet nën monitorim strikt. Sipas një studimi mbi

efektet e monitorimit nga Kilminster dhe Jolly u pa që "monitorimi ka efekt pozitiv në kujdesin ndaj pacientit dhe mungesa e monitorimit është e dëmshme për pacientët".

Siguria dhe mirëqenia e pacientit duhet të jetë prioritet gjatë caktimit të shkallës së nevojshme të mbikëqyrjes. Në të gjitha studimet e realizuara deri më tani është parë që tek rastet me monitorim të duhur gjithmonë ka më pak gabime mjekësore, përmirësim të kualitetit të kujdesit të ofruar, përmirësim të planit të trajtimit të pacientit, rënie të komplikacioneve dhe vdekjeve, përvetësim më të shpejtë të aftësive klinike, nivel më të kënaqshëm të realizimit të procedurave diagnostike dhe terapeutike si dhe përdorim më të pakët të resurseve spitalore.

Marrëdhënia në mes të specializantëve dhe edukatorëve klinik është tejet e rëndësishme për procesin e të mësuarit. Specializantët kanë nevojë për feedback të qartë ndaj gjyqimeve klinike të tyre si dhe kërkojnë që përmirësimet dhe kritikën të bëhen në mënyrë profesionale. Një marrëdhënie e shëndoshë dhe sjellje monitoruese e duhur nënkupton dhënien e udhëzimeve direkt gjatë punës klinike, diskutimin e lidhjes mes teorisë dhe praktikës klinike, pjesëmarrjen aktive në zgjidhjen e problemeve, ofrimin e feedback-ut, sigurisë dhe modelit sa më ideal se si duhet vepruar klinikisht.

Kurse në anën tjetër prania e tipareve të një raporti jokorrekt, siç janë: rigjiditeti, jotoleranca, mungesa e empatise, dështimi i ofrimit të përkrahjes së duhur dhe mosinteresimi për përparimin klinik, ndikon negativisht duke krijuar një sjellje mbrojtëse tek specializanti, e cila interferon direkt në edukim.

Në një studim të realizuar para disa vitesh, shumica e edukatorëve klinik me përvojë shprehën shqetësimin e tyre se janë duke shpenzuar shumë më shumë kohë në kujdesin ndaj pacientëve sesa në mësimdhënie dhe monitorim të specializantëve. Sipas studimit, rreth 75% besojnë se ngarkesa e madhe në punë dhe orari i ngarkuar janë pengesë për pjesën didaktike të specializimit dhe të mësuarit pranë shtratis të pacientit. (Reed et al.,2007).

Për shkak të rolit aq të madh të edukatorëve klinik paraqitet nevoja për një vullnet më të madh dhe strategji shtetërore afatgjatë në zhvillimin dhe promovimin e edukatorëve klinik, krijimin e të ashtuquajturave "akademive të edukatorëve klinik" si dhe strategjisë institucionale për financimin e edukimit dhe monitorimit klinik me qëllim të ngritjes së cilësisë në sistemin

shëndetësor.

Ngarkesa adekuatë në punë që lejon kohë të mjaftueshme për të mësuarit reflektiv

Nënkupton të pasurit në dispozicion të kohës së mjaftueshme për të parë, analizuar dhe reflektuar mbi praktikën klinike të specialistit gjatë diagnozës, trajtimit dhe kompletimit të rastit. Sipas përvojës së edukatorëve klinik është shumë më e rëndësishme për rritjen profesionale të specializantëve që të studiojnë më pak raste klinike në thellësinë dhe kualitetin e duhur sesa shumë raste klinike në mënyrë sipërfaqësore. Të mësuarit zhvillohet më së miri me aktivitete direkt tek shtrati i pacientit, pra në parimin "learning by doing". Sipas të gjitha studimeve, trajnimet e bazuara në simulacion janë treguar si mjeti më i mirë i trajnimit si nga ana e specializantëve ashtu edhe nga edukatorët klinik.

Pak punë e pak raste klinike e dëmtojnë procesin e të mësuarit klinik, mirëpo në anën tjetër edhe ngarkesa e madhe në punë e dëmton dukshëm aftësinë për të marrë informacione të reja të përpunuara sepse procesi i të menduarit fragmentohet nga ngarkesa e madhe dhe çrregullohet të gjykuarit e duhur klinik. Ngarkesa optimale në punë duhet të jetë e individualizuar dhe iu mbetet edukatorëve klinik për të përcaktuar ngarkesën optimale për secilin.

Vazhdimësia e ofrimit të kujdesit shëndetësor

Specializantët kanë nevojë për vazhdimësi në kujdesin ndaj pacientit në mënyrë që të kuptojnë rrjedhjen e sëmundjes në tërësi dhe të veprojnë në momentin e duhur në të mirë të pacientit. Duke e përcjellë rastin e njëjtë nga momenti i pranimit deri tek lëshimi mund të kuptohen më mirë rezultatet e trajtimit, mundësitë e reagimit në rast të komplikimit dhe të kuptohet më mirë se si duhet trajtuar pacientin në tërësi, e jo të shihen vetëm rastet në mënyrë të fragmentuar.

Eduktorët klinik rekomandojnë që specializantëve të iu ofrohen mundësi të ndryshme dhe të shumta të pjesëmarrjes direkte dhe aktive në kujdesin ndaj pacientit në secilën fazë të sëmundjes nga fillimi deri në fund.

Ambienti Edukativ

Ambienti edukativ duhet të ketë për qëllim lehtësimin e të mësuarit efektiv dhe kujdesin shëndetësor të sigurt ndaj pacientit. Edukatorët klinik duhet të krijojnë një atmosferë të tillë, ku specializantët ndihen të lirë për të kërkuar ndihmë dhe për të treguar mungesën e aftësive dhe përvojës për tu përballur me një situatë të caktuar. Komunikimi i hapur, mbështetja

adekuatë si dhe përgjigja e atypëratyshme ndaj kërkesave për ndihmë janë thelbësore në inkurajimin e specializantëve që në çdo kohë t'i tregojnë shqetësimet e tyre dhe nevojën për asistim.

Për një ambient sa më edukativ mjeku mbikëqyrës duhet t'i ofrojë specializantit:

-Mbikëqyrje të vazhdueshme, duke ia bërë të qartë përgjegjësitë dhe pritshmëritë në performancë, objektivat edukative dhe nivelin e duhur të komunikimit,

-Ambient të sigurt dhe mbështetës të të mësuarit,

-Përkrahje në ruajtjen e mirëqenies fizike dhe psikike,

-Prezencën, qoftë përmes telefonit apo fizike, në çdo kohë dhe në çdo rast,

-Rishikim të përbashkët të të gjitha rasteve dhe konsultave duke u përqendruar në aspektet klinike dhe edukative të tyre.

Mirëqenia

Për shkak të ngarkesës së madhe në punë dhe objektivave edukative specializantët janë të prirur për të vuajtur nga sindroma Burnout dhe depresioni. Mirëqenia psikologjike, emocionale dhe fizike janë tejet kritike në formimin e një profesionisti shëndetësor të së ardhmes, i cili është kompetent, i kujdesshëm dhe tejet profesional. Kujdesi ndaj vetes është komponentë shumë e rëndësishme e profesionalizimit dhe paraqet një aftësi që duhet të mësohet gjatë edukimit specialistik.

Duke u bazuar në të gjitha këto që u përmenden më lart arrijmë në konkludimin se specializantët duhet të shihen si interes nacional sepse pas disa vitesh prej tyre do të formohet një "armatë shëndetësore", e cila do të jetë bartëse e sistemit shëndetësor të vendit.

Krejt në fund është shumë e rëndësishme që duke u bazuar në specifikat individuale të secilit të bëhet balancimi në mes të ngarkesës së arsyeshme në punë, kohës së nevojshme për mësim efektiv si dhe mirëqenies së specializantit, në mënyrë që të arrihet konsolidim maksimal i njohurive klinike të fituara. Pra, duhet qasje individuale duke u bazuar në kornizat e përgjithshme. Andaj mbetet shumë për t'u bërë dhe ndryshimi duhet të inkurajohet përmes promovimit të dizajneve të reja edukative (sic është ristrukturimi i kurikulës, trajnimi i bazuar në kompetencë, trajnimi i bazuar në simulim të rasteve) së bashku me ridizajnimin e orarit dhe ngarkesës në punës sipas nevojave individuale të secilit në mënyrë që të krijohet një ambient edukativ sa më i mirë, i cili e maksimizon të mësuarit klinik.

## MJEKU NË PENSION



## Avdyll Krasniqi

Profesor,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Kirurgjisë së  
Përgjithshme,  
Kavaja Hospital

Korrespondenca:  
avdyll.krasniqi@yahoo.com

*"Përgatitja për moshën e pleqërisë duhet të filloj jo më vonë se në moshën e rinisë. Jeta që është e zbrazët nga qëllimet deri në moshën 65 vjeçare nuk mundet papritmas të bëhet e përmbushur në kohën e pensionimit" Dwight L. Moody.*

Pensionimi është ndërprerja e ushtrimit të një profesioni, respektivisht tërheqja e një personi nga puna aktive. Një person mundet gjithashtu të përcaktohet për gjysmë pensionim duke reduktuar orarin e punës dhe obligimet e punës.

Në të kaluarën, kur jetëgjatësia ka qenë më e shkurtër, kanë munguar sigurimet sociale dhe sistemet pensionale, shumica e punëtorëve kanë punuar deri në shterjen e shëndetit trupor dhe mendor. Në gjysmën e dytë të shekullit 19 dhe në shekullin 20, shtetet filluan të aprovojnë politika qeveritare për pensionimin e punëtorëve. Pensionet e para kanë filluar të jepen në Gjermani, në kohën e Otto von Bismarkut.

Sot, në vendet e zhvilluara dhe në shumicën e vendeve në zhvillim, ekzistojnë sisteme të sigurimeve sociale dhe pensionale, të themeluara nga shteti dhe kontributet e punëtorëve, të cilat janë të dedikuara për moshat e shtyra pas pensionimit. Këto të mira, në vendet Perëndimore janë të drejta të mbrojtura me kushtetutat kombëtare. Për të shfrytëzuar këto të mira në tërësi duhet të pritët deri në moshën që shteti, qeveria përkatëse, e kanë caktuar si kufij për të fituar të drejtën e pensionit të plotë. Moshë e caktuar për të gëzuar të drejtën e pensionit të plotë ka disa dallime në mes të vendeve të ndryshme, por në shumicën e vendeve është zgjedhur periudha moshore 62-70 vjeçare.

Pensionimi i mjekëve, në shumicën e vendeve të zhvilluara është fleksibil. Moshë e të drejtës së shfrytëzimit të pensionit të plotë është e rregulluar me ligj, por kur do të ndërpret ushtrimin e profesionit vendos vet mjeku, varësisht nga gjendja shëndetësore, motivi për të punuar, gjendja ekonomike dhe planifikimi personal dhe familjar. Në SHBA, pas moshës së paraparë me ligj për t'u pensionuar, ekzistojnë disa mundësi që mjekët mund të zgjedhin: të vazhdohet të punohet me orar të plotë, me orar të shkurtuar, të ndërpritët puna dhe të vazhdohet me aktivitete të tjera rekreative dhe bamirësie.

Në vendet me ekonomi dhe shëndetësi të përparuar, planifikimi i pensionimit fillohet qysh në momentin e punësimit, kur fillon kursimi, grumbullimi i mjeteve financiare në fondet përkatëse për shëndetësi dhe pensione. Kështu që, pensionet dhe kursimet e planifikuara për pension janë të mjaftueshme për të vazhduar jetën deri në vdekje, me mbrojtje të mirë shëndetësore dhe mirëqenie jetësore. Jetëgjatësia në këto vende është rritur shumë, periudha e pensionit përfshin gati 1/3 e jetës. Prandaj, në këto vende, pensionimi paraqet "vetëm një fillim të një diçka tjetër", siç thotë Fred

Rogers.

Në Kosovë, pensionimi i mjekëve në institucionet shëndetësore publike është i rregulluar në mënyrë të rreptë me ligj. Marrëdhënia e punës në këto institucione mjekut i ndërpritët në moshën 65 vjeçare. Mirëpo, licenca e mjekut dhe puna në institucionet shëndetësore private mund të vazhdohet, varësisht nga përmbushja e kriterëve të kërkuara për licencim, gjendja shëndetësore dhe motivimi për punë i personit.

Aktualisht, në Kosovë janë mbi 550 mjekë të pensionuar të gjeneratave të ndryshme. Mjekët më të rinj në pension janë ata të lindur në vitin 1958. Ka rastisur që këto gjenerata të zhvillojnë aktivitetin e tyre jetësor në dy shekuj dhe dy mileniume. Është për keqardhje që, përkundër kontributit të madh të këtyre gjeneratave në shërbimin dhe edukimin shëndetësor si dhe zhvillimin e shëndetësisë në Kosovë, pensionet e tyre janë mjaftë të vogla.

*Kush janë mjekët e pensionuar në Kosovë dhe cili ishte kontributi i tyre?*

Struktura e mjekëve të pensionuar në Kosovë përfshinë disa gjenerata të ndryshme, femra dhe meshkuj, te të gjitha profileve dhe specializimeve të mjekësisë. Grupin më të vogël e përbejnë mjekët që studimet i kanë kryer në universitetet e ndryshme prestigjioze jashtë Kosovës, para themelimit të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë në vitin 1969. Disa prej tyre ishin pjesë e respektuar e stafit akademik që nga themelimi i fakultetit. Ndërsa, grupi tjetër, pjesa dërmuese e mjekëve të pensionuar u përkasin tetë gjeneratave të para të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë. Të gjithë, me përkushtim të madh, profesionalizëm dhe norma të larta etike, me dekada i kanë shërbyer popullit dhe zhvillimit të sistemit shëndetësor në të gjitha rajonet e Kosovës. Shumica e mjekëve të këtyre gjeneratave, me sakrificë të mëdha, kanë arritur të kryejnë me sukses gjithë gamën e specializimeve të nevojshme që mundësojnë kompletimin e mbrojtjes shëndetësore të popullatës në vendin tonë.

Mirëpo, natyra e punës së mjekut dhe fati i tij është i lidhur me fatin e popullit që i përket dhe i shërben. Kështu që, nga viti 1990, shumica e mjekëve të këtyre gjeneratave që sot janë në pension, u larguan me dhunë nga vendet e tyre të punës në institucionet shëndetësore publike për shkak të përkatësisë etnike dhe mospajtimit me dhunën që ushtronte pushteti i asaj kohe. Gjithashtu, ju grabitën të gjitha mjetet e tyre në fondet pensionale dhe invalidore. Këto gjenerata u detyruan të veprojnë në kushte të vështira të dhunës shtetërore. Shumë prej tyre shfrytëzuan mundësitë ligjore të kohës dhe themeluan ambulancat dhe klinikat private. Nuk u dorëzuan, në rrethana të jashtëzakonshme e mbajtën në jetë Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë dhe rrjetin e ambulancave të Shoqatës

Bamirëse “Nëna Terezë” në tërë Kosovën. Këto institucione shëndetësore ishin bazat e sistemit shëndetësor të Kosovës në vitet e 90- ta dhe gjatë periudhës së luftës në Kosovë.

Në periudhën e pasluftës në Kosovë, këto gjenerata të mjekëve, me shumë shpresa dhe optimizëm, së bashku me ndihmën jashtëzakonisht të madhe ndërkombëtare, e udhëhoqën tranzicionin dhe konsolidimin e sistemit të përmbysur shëndetësor të Kosovës. U ballafaquan me sukses me shumë sfida shëndetësore dhe me sfida që ishin edhe globale si Pandemia e Covid-19, vaksinimin dhe shërbime të tjera në shëndetësinë publike, zhvillimin e sistemit të Mjekësisë familjare, Sistemin e emergjencave, Shërbimin onkologjik dhe të tjera. Gjithashtu, u krijuan shumë institucione moderne dhe shërbime të reja klinike në sistemin shëndetësor publik dhe posaçërisht në atë privat. Përkundër kushteve dhe rrethanave jo optimale, duhet pranuar se shumë çka ka mundur të bëhet më mirë.

Sot mjekësia bashkëkohore ka shënuar zhvillime spektakolare, posaçërisht në vendet e zhvilluara. Zhvillimi i hovshëm i teknologjisë ka mundësuar aplikimin dhe shfrytëzimin e inteligjencës artificiale (AI) në diagnostikimin, trajtimin dhe ofrimin e kujdesit më të mirë shëndetësor për të sëmurët. Megjithatë, përvoja e mjekut dhe puna e ekipore, mbeten faktor i rëndësishëm në trajtimin dhe menaxhimin e shumë gjendjeve komplekse në shëndetësi. Kjo ka ndikuar që në Kosovë, shumica e mjekëve me përvojë, pas pensionimit në sektorin publik të formojnë dhe dretojnë ekipe kompetente dhe të vazhdojnë punën me sukses në sektorin shëndetësor privat. Prandaj, mendoj se është në interesin e vendit, posaçërisht të sistemit shëndetësor publik, të krijohet hapësirë ligjore që ju mundëson profesionistëve të lëmive të caktuara shëndetësore të punojnë në institucionet publike shëndetësore edhe pas arritjes së të drejtës (moshës) për pensionim të plotë. Posaçërisht, kjo ishte dashur të mundësohet në institucionet akademike të edukimit profesional – shkencor. Kjo praktikë zbatohet në shumë vende të botës. Pa dyshim, Kosova me buxhetin vogël për shëndetësi dhe me tendencën e pranishme të ikjes së mjekëve, do të përfitonte nga një praktikë e tillë.

Në Kosovë, sikurse në shumicën e vendeve, mjeku konsiderohet pjesë e respektuar e shoqërisë. Puna e përditshme në përkujdesjen shëndetësore të moshave të ndryshme si dhe njohuritë për fiziologjinë e plakjes së organizmit, ishte

dashur ti gjej mjekët më të përgatitur për pensionim se sa profesionet e tjera. Në praktikë një gjë e tillë nuk ndodh çdo herë. Pensionimi pranohet si një fazë normale e jetës, nëse qysh më herët kemi arritur të përgatitemi në aspektin financiar, psikologjik dhe shëndetësor. Në Kosovë, për shkak të rrethanave objektive, mjekët si dhe profesionistët e tjerë, fatkeqësisht pensionohen me kushte modeste financiare, pa sigurime shëndetësore dhe pa infrastrukturë adekuate për moshën e pleqërisë.

Pra, duhet bërë përpjekje maksimale që nga pensioni respektivisht pjesa e mbetur e jetës të shtrydhet më e mira. Përkundër faktit se mjeku në pension fillon ta humbas rutinën e përditshme, lidhjet shoqërore, identitetin profesional, pozitën në shoqëri e shumë çka tjetër, kuptimin e jetës duhet kërkuar në aktivitete të tjera të përditshme dhe krijimin e rutinës së re; familja, ecja, leximi, takimi me shokë, meditime dhe ushtrime të trurit, shkrimi memoareve, shërbime bamirësie për të tjerët. Një pjesë e mjekëve në pension punojnë me të sëmurë deri në moshë shumë të shtyrë. Është fat i madh që në vendin tonë, përkrahja e familjes për prindërit dhe të moshuarit është ende shumë e madhe.

Pensionimi nuk është fundi i jetës. Sipas ideve moderne, vitet në pension – janë vitet më të mira të jetës. Megjithatë, në këtë fazë të jetës, duhet të përgatitemi që një ditë të bëhemi pacientë.

Këtë shkrim kisha dashur të përfundoj me dy tituj librash: Henri Marsh: “*And Finally: Matters of Life and Death*” (Dhe së fundmi: refleksime mbi jetën dhe vdekjen) - libri i fundit i neurokirurgut anglez me famë botërore, i botuar edhe në gjuhën shqipe, si dhe librin “*Successful aging*” (Moshimi i suksesshëm), i shkruar nga neuro shkencëtari Daniel J Levitin, që përmban këshilla dhe udhëzime si të jetohet pëlqyeshëm pas pensionimit.

## GRATË NË KIRURGINË ORTOPEDIKE



**Dafina Bytyqi**  
Profesor asistent,  
Fakulteti i Mjekësisë,  
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Ortopedisë me  
Traumatologji,  
Klinika e Ortopedisë,  
Qendra Klinike Universitare  
Kosovës

Korrespondenca:  
dafina.bytyqi1@uni-pr.edu

Diversiteti është një vlerë e shtuar e çdo organizate e cila dëshiron të shfrytëzojë maksimalisht talentin dhe shkathtësinë e anëtarësisë së saj.

Organizatat që kanë diversitet rekrutojnë top-talente, janë më efektive dhe ofrojnë kualitet të shtuar në inovacion dhe vendimmarrje.

Ortopedia është një nga fushat që është zhvilluar shumë në aspektin profesional por ka ngelur shumë prapa në aspektin e diversitetit dhe gjithë-përfshirjes.

Edhe pse në fakultetin e Mjekësisë, në shumë vende të botës, më shumë se 50% e studentëve janë femra, ende në shumicën e vendeve, më pak se 10% e ortopedëve, janë femra (Tab.1).

Hulumtimet kanë treguar se kompanitë me > 20% të grave në pozicione udhëheqëse krijojnë ide më inovative, duke çuar në rritje të suksesit.

Ekzistojnë shumë pengesa për rritjen e numrit të femrave në ortopedi duke përfshirë: paragjykimet gjinore; mungesa e ekspozimit në fushat kirurgjikale gjatë stazhit; mungesa e mentorimit dhe shqetësimet rreth balancit të jetesës.

Në Kosovë, në vitin 2023/24, 72% e studentëve të pranuar në Fakultetin e Mjekësisë janë femra, kurse në departmentin e Ortopedisë aktualisht veprojnë 5 gra, tri specialiste dhe dy specializante (Foto 1).

Gruaja e parë ortopede në Kosovë, është dr. Vjollca Binçe.

#### Mikroagresionet

Termi "mikroagresion" përdoret për të përshkruar diskriminimin e fshehtë dhe/ose të paqëllimtë kundër komuniteteve pakicë. Këto mund të jenë komente të vogla, në dukje të padëmshme, që krijojnë dhe shkaktojnë stres të panevojshëm te personi i prekur. Ndikimi fizik dhe psikologjik i mikroagresioneve çon në zhvillimet e mekanizmave mbrojtës dhe është lidhur me depresionin dhe ankthin. Ai gjithashtu ndikon në performancën akademike dhe rrit rrezikun e gabimeve mjekësore.

Sipas studimeve, rreth 75% e ortopedëve femra, janë ballafaquar me mikroagresione si "tani ke hyrë në rend të burrave" duke pritur që femrat të sillen më shumë si meshkujt, "inferioritet"- duke aluduar se femrat nuk mund ti kryejnë punët sikur meshkujt, "barcoleta seksiste" etj. Edhe në Kosovë, gratë në fushën e ortopedisë janë ballafaquar me komente të tilla, sidomos në fillim të specializimit, derisa kanë treguar veten.

Komentet më të shpeshta në Kosovë kane qenë "përse nuk ke marrë specializim Dermatologjinë", "Ortopedia nuk është për femra", "Koleg dil tregojë forcën, se koleg-ja nuk mundet me i shtrëngu vidat", "çka ka për

drekë sot?", "Prap në pushim të lindjes a?". Për fat të mirë, shumica e këtyre komenteve, vijnë nga gjenerata më të vjetra me moshë, duke shpresuar se në të ardhmen, gjeneratat e reja do të krijojnë një ambient më pak toksik të punës.

Pavarësisht kokëçarjeve momentale, shumica e grave kane vazhduar punën duke mos i raportuar këto mikroagresione.

Sipas Warner dhe Njathi-Ori, ekziston një metodë për të trajtuar mikroagresionet në një mënyrë jo akuzuese me mnemoniken "GRIT- Gather your thoughts, Restate, Inquire, Talk it out": Mblidhni mendimet tuaja, Rimendoje, Hetoni-Pyesni, Deklaroje". Kjo i lejon të dyja palët të reflektojnë dhe t'i përgjigjen mikroagresionit në një mënyrë të qetë.

#### Kurrikula e heshtur (Hidden curriculum)

Kurrikula e heshtur i referohet mësimëve, vlerave dhe këndvështrimeve të pashkruara, jozyrtare dhe shpesh të paqëllimta që studentët mësojnë në shkollë. Ndërsa kurrikula "formale" përbëhet nga ligjeratat, ushtrimet, dhe aktivitetet mësimore, si dhe nga njohuritë dhe aftësitë që mësimdhënësit ua mësojnë qëllimisht studentëve, kurrikula e fshehur përbëhet nga mesazhet e pashprehura ose të nënkuptuara akademike, sociale dhe kulturore që u komunikohen studentëve gjatë kohës që janë në fakultet.

Në shumë vende, kurrikula e heshtur jep mesazhin se ortopedia është një 'klub djemsh', që nuk mund të jesh nënë dhe një kirurge ortopede dhe ekuilibri punë/jeta personale është i vështirë. Kjo luan një rol të rëndësishëm në pengimin e padashur të kandidateve të mira femra të zgjedhin Ortopedinë.

#### Fleksibiliteti i specializimit dhe prindërimi

Barriera të rëndësishme perceptohen për të ndjekur një specializim në degët kirurgjike nga femrat që duan të kenë një familje. Sondazhet e fundit në Australi dhe SHBA me 10,000 femra studente të mjekësisë tregojnë se barrierat kryesore përfshinin mungesën e kohës për familjen dhe miqtë, prindërimi, dhe mungesa e fleksibilitetit gjatë specializimit.

Një studim që analizon shkallën e suksesit të provimit nga Bordi Amerikan në Kirurgji tregon se rezultatet tek specializantët meshkuj nuk varen nga statusi martesor ose prindëror, kurse femrat beqare tejkalojnë kolegët e tyre meshkuj. Megjithatë, shkalla e kalueshmërisë së tyre bie nën kolegët meshkuj, kur janë të martuara ose kur kanë fëmijë. Kjo tregon se femrat e marrin barrën kryesore në ruajtjen e relacioneve me partnerin, me familjen si dhe prindërimin.

Politikat sociale që mbështesin shtatzëninë dhe rritjen e fëmijëve lejojnë një pjesëmarrje më të madhe të femrave në fuqinë punëtore

kirurgjikale.

Suedia dhe Estonia kanë përqindjet më të larta të pjesëmarrjes së femrave në Ortopedi dhe politikat sociale më bujare. Aktualisht në Estoni 46% e specialistëve të kirurgjisë dhe 36% e specialistëve në ortopedi janë femra. Në mesin e kirurgëve ortopedë në Estoni, 26% janë femra dhe nuk ka asnjë department pa një kirurgje ortopedike femër. Reduktimi i ngarkesës së punës në tremujorin e tretë të shtatëzansisë është praktikë e zakonshme në Estoni. Pushimi prindëror paguhet për një periudhë prej 435 ditësh ose derisa fëmija të mbushë 18 muaj, duke i garantuar përfituesit ruajtjen e pozitës së punës. Në Kosovë, pushimi i lehonisë zgjat 3+6 muaj te paguara dhe 3 muaj pushim pa pagesë.

#### Kompetenca

Studimet kanë treguar se kirurget femra perceptoheshin se kishin më pak njohuri dhe se ishin "teknikisht më pak të afta", por supozohej se kishin aftësi më të mira të vendosjes së suturave. Këto paragjykimje janë treguar të kenë efekte të dëmshme si për kirurgun ashtu edhe për institucionin.

Për më tepër, hulumtimet tregojnë se meshkujt e vlerësojnë veten dukshëm më lartë sesa femrat, pavarësisht se rezultatet nga pala e tretë tregojnë që femrat janë më efektive se burrat. Është e rëndësishme të theksohet se kirurget ortopedike femra janë po aq kompetente sa meshkujt, me studime që tregojnë shkallë më të ulët së komplikimeve postoperative dhe

vdekshmërisë tek pacientët e operuar nga kirurget ortopedike femra.

Kur janë pyetur pacientët, 89% nuk kanë shprehur preferencë gjinore për mjekun që i trajton.

#### Lidershipi

Femrat janë të nën-përfaqësuar në role udhëheqëse në vitet e para të karrierës së tyre.

Për ortopedi kjo përfshin pozitat ekzekutive në borde dhe në shoqatat profesionale. Megjithatë, janë të paktën katër femra ortopedike kryetare të shoqatave në SHBA, Malajzi, Suedia dhe Estonia. Është jetike që më shumë femra të mentorohen dhe sponsorizohen në këto rolet drejtuese. Duke qenë se ortopedët meshkuj mbizotërojnë në role drejtuese, është kritike përfshirja e tyre në procesin e diversitetit.

Në Kosovë, dy femra kanë pasur pozita udhëheqëse në Shoqatën e Ortopedëve të Kosovës, Dr. Vjollca Binçe si nën-kryetare dhe Dr. Vlora Podvorica si sekretare e shoqatës.

Tani në botë, ka shoqata të ndryshme dedikuara grave në ortopedi, si Gratë në Kirurgji (WinS) dhe Aleanca Ndërkombëtare e Diversitetit Ortopedik (@OrthoDiversity), me rritje të shpejtë të dedikuara për përmirësimin e diversitetit.

Personalisht, si kirurgje e ortopedisë, mendoj që çështjet e diversitetit duhen të

adresohen, por nuk parapëlqej shoqatat profesionale të dedikuara vetëm për femra, sepse kjo vetëm sa kontribuon në marginalizimin e mëtejshëm të grave. Ne duhet të jemi pjesë e shoqatave të rregullta profesionale, dhe aty të shtjellohet edhe diversiteti.

#### E ardhmja

Edhe pse strategjitë për diversitet mund të ndryshojnë mes vendeve të ndryshme, parimet mbi të cilat punojnë janë të njëjta për të gjithë. Përmes diversitetit dhe gjithë-përfshirjes bëhet i mundur rekrutimi i talentëve më të mirë dhe kjo çon në përmirësimin e vendimmarrjes dhe inovacionit në fushën tonë.

Përvojat e vendeve nordike, si Suedia e Estonia kanë treguar se pushimet prindërore bujare dhe politikat sociale progresive kanë rritur pjesëmarrjen e femrave në kirurgji ortopedike.

Lidershipi për diversitet përfshin angazhimin e studenteve femra të mjekësisë në ushtrimet kirurgjike, minimizimi i njëanshmërisë, mentorimi si dhe ofrimin e mbështetjes për ato me angazhime familjare duke krijuar një mjedis që është gjithëpërfshirës.

Duke i zbatuar këto konceptet arrihet në një komunitet ortopedik me kirurgë më të shëndetshëm, më të përmbushur, më bashkëpunëtorë dhe më inovativ duke rezultuar përfundimisht me kujdes më të mirë ndaj pacientit.



Foto 1. Gratë kirurge të ortopedisë në Kosovë (nga e majta: Dr.spec.Dafina Bytyqi, Dr.spec.Vlora Podvorica, Dr.spec.Vjollca Binçe, Dr. Edona Perteshi dhe Dr.Edona Kelmendi – specializante)

HOW WE FARE (2019)\*

| RANK | COUNTRY        | POPULATION (million) | ORTHOPAEDIC SURGEONS | SURGEON: POPULATION | FEMALE ORTHOPAEDIC SURGEONS | % OF FEMALE ORTHOPAEDIC SURGEONS |
|------|----------------|----------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 1    | Estonia        | 1.3                  | 110                  | 1 : 12,045          | 29                          | 26.4%                            |
| 2    | Sweden         | 10.1                 | 1376                 | 1 : 7,316           | 231                         | 16.8%                            |
| 3    | Brunei         | 0.4                  | 15                   | 1 : 28,666          | 2                           | 13.3%                            |
| 4    | Canada         | 37.6                 | 1659                 | 1 : 22,658          | 199                         | 12.0%                            |
| 5    | Colombia       | 50.3                 | 2,020                | 1 : 24,900          | 208                         | 10.3%                            |
| 6    | Malaysia       | 32.6                 | 982                  | 1 : 33,197          | 98                          | 10.0%                            |
| 7    | Hong Kong      | 7.4                  | 470                  | 1 : 15,744          | 38                          | 8.1%                             |
| 8    | Tanzania       | 50.0                 | 118                  | 1 : 423,728         | 9                           | 7.6%                             |
| 9    | France         | 67.0                 | 3,503                | 1 : 19,126          | 248                         | 7.1%                             |
| 10   | Chile          | 18.9                 | 794                  | 1 : 23,803          | 49                          | 6.2%                             |
| 11   | United States  | 329.1                | 27651                | 1 : 11,900          | 1673                        | 6.1%                             |
| 12   | Indonesia      | 270.6                | 1000                 | 1 : 252,897         | 54                          | 5.4%                             |
| 13   | New Zealand    | 4.8                  | 302                  | 1 : 15,894          | 15                          | 5.0%                             |
| 14   | Japan          | 126.7                | 21,275               | 1 : 5,955           | 1,040                       | 4.9%                             |
| 15   | United Kingdom | 66.9                 | 2,960                | 1 : 22,591          | 141                         | 4.8%                             |
| 16   | Australia      | 25.4                 | 1,334                | 1 : 19,538          | 57                          | 4.3%                             |
| 17   | Kosovo         | 1.8                  | 78                   | 1 : 23,076          | 3                           | 3.8%                             |
| 18   | Thailand       | 69.6                 | 2,430                | 1 : 28,641          | 92                          | 3.8%                             |
| 19   | Philippines    | 108.1                | 1070                 | 1 : 146,081         | 35                          | 3.3%                             |
| 20   | Singapore      | 5.8                  | 253                  | 1 : 22,924          | 8                           | 3.2%                             |
| 21   | Kuwait         | 4.7                  | 149                  | 1 : 31,543          | 3                           | 2.0%                             |
| 22   | Myanmar        | 54.1                 | 500                  | 1 : 108,200         | 10                          | 2.0%                             |
| 23   | Sri Lanka      | 21.3                 | 90                   | 1 : 236,666         | 1                           | 1.1%                             |
| 24   | Taiwan         | 23.7                 | 1,982                | 1 : 11,957          | 20                          | 1.0%                             |
| 25   | Korea          | 51.2                 | 8227                 | 1 : 6,223           | 67                          | 0.8%                             |
| 26   | India          | 1,366.0              | 10,000               | 1 : 136,640         | 50                          | 0.5%                             |
| 27   | Nepal          | 28.6                 | 400                  | 1 : 71,500          | 2                           | 0.5%                             |
| 28   | Bangladesh     | 163.0                | 1,200                | 1 : 135,833         | 5                           | 0.4%                             |
| 29   | Pakistan       | 216.5                | 1500                 | 1 : 144,333         | 4                           | 0.3%                             |
| 30   | Cambodia       | 16.5                 | 100                  | 1 : 165,000         | 0                           | 0.0%                             |
| 31   | Laos           | 7.2                  | 50                   | 1 : 143,400         | 0                           | 0.0%                             |

Tabela 1. Përqindja e kirurgeve ortopedie femra në vende të ndryshme të botës (Diversity in orthopaedics and traumatology: a global perspective. EFORT Open Reviews [Internet]. 2020 Oct;5(10):743–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7608568/pdf/eor-5-743.pdf>)

Referencat:

- Peterman NJ, Macinnis B, Stauffer K, Mann R, Yeo EG, Carpenter K. Gender Representation in Orthopaedic Surgery: A Geospatial Analysis From 2015 to 2022. *Cureus* [Internet]. 2022 Jul 26;14(7). Available from: <https://www.cureus.com/articles/106350-gender-representation-in-orthopaedic-surgery-a-geospatial-analysis-from-2015-to-2022>
- Ahmed M, Hamilton LC. Current challenges for women in orthopaedics. *Bone & Joint Open*. 2021 Oct 1;2(10):893–9.
- Diversity in orthopaedics and traumatology: a global perspective. *EFORT Open Reviews* [Internet]. 2020 Oct;5(10):743–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7608568/pdf/eor-5-743.pdf>
- Diversity in Orthopaedic Surgery: International Perspectives. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2019 Nov 6;101(21):e113.
- Giantini Larsen AM, Pories S, Parangi S, Robertson FC. Barriers to Pursuing a Career in Surgery. *Annals of Surgery*. 2019 Oct 9; Publish Ahead of Print.
- Warner, N. S., Njathi-Ori, C. W., & O'Brien, E. K. (2020). The GRIT (Gather, Restate, Inquire, Talk It Out) Framework for Addressing Microaggressions. *JAMA surgery*, 155(2), 178–179. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.4427>



## “GIFT OF LIFE KOSOVA” - PËR PJEKJET PËR SHËNDRIMIN E DËSHPËRIMIT NË SHPRESË PËR FËMIJËT KOSOVARË ME DEFEKTE TË LINDURA TË ZEMRËS



Prof. Dr. Mazllum Belegu

“Gift of Life Kosova” - GOLI është organizatë joqeveritare, jofitimprurëse, e cila është regjistruar në vitin 2009 dhe merret me organizimin e procedurave të dërgimit të fëmijëve me defekte të zemrës jashtë vendit për shërim. Aktualisht bashkëpunon me organizatën “Gift of Life International”, me seli në New York të Shteteve të Bashkuara të Amerikës (SHBA).

“Gift of Life Kosova” për herë të parë u përmend në vitin 2005 kur në Pejë filluan të mbahen takimet për formimin e Klubit Rotarian të Pejës, takime në të cilat merrnin pjesë edhe disa anëtarë të interesuar për formimin e Klubit Rotarian në Prishtinë. Gjatë kësaj kohe, në Pejë i kishte ardhur për vizitë familjes, pejanja Shqipe Malushi, e cila jeton për një kohë të gjatë në SHBA. Në bisedë me të kuptuam se edhe ajo ishte anëtare e organizatës së njohur “Rotary International” dhe u gëzua shumë për nismën e pejanëve për formimin e Klubit Rotarian. Atë ditë edhe ajo mori pjesë në takimin tonë dhe na premtoi se pasi të regjistrohet klubi, ajo do ta ndihmojë që projekti i parë të jetë dërgimi i dhjetë fëmijëve kosovarë me defekte të lindura të zemrës për shërim në SHBA, trajtimi i të cilëve do të jetë falas.

Nga Ministria e Shëndetësisë (MSH) morëm emrat dhe të dhënat e dhjetë fëmijëve që kishin aplikuar në MSH për trajtim jashtë vendit, pasi në atë kohë nuk ishte i zhvilluar Shërbimi i Kardiokirurgjisë Pediatricë. Gëzimi ynë ishte i madh pas dërgimit të fëmijës së parë, por rezultoi të ishte edhe fëmija i fundit, pasi udhëheqësi i klubit të formuar Rotarian të Pejës kishte biseduar me prindërit e fëmijëve dhe ata kishin kërkuar që dërgimi i fëmijëve të bëhet në Spitalin Amerikan në Turqi sepse atje kishin shumë familjarë dhe për ta do të ishte më e lehtë. Por, meqë Organizata “Gift of Life International” (GOLI), nuk kishte kurrfarë bashkëpunimi me spitalet gjegjëse të Turqisë, kërkesa u refuzua dhe u shua interesimi për veprim të mëtejshëm. Për fat të mirë, në këtë kohë, në Boston, në Universitetin e Harvardit ishte edhe Dr. Gani Abazi që kishte regjistruar studimet e magjistraturës. Në takimin e drejtorit të GOLI-t, Robert Reylman-it me ish-studentin kosovar të Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Prishtinës, Dr. Ganiun që kishte fituar bursën nga Fondacioni Rotary, u morën vesh që të fillojë dërgimi i fëmijëve kosovarë; kështu në vitin 2009 u dërguan dy fëmijë jashtë vendit për shërim.

GOLI është organizatë humanitare, jofitimprurëse, e cila që nga viti 1975 merret me organizimin e mjekimit të fëmijëve me të meta të lindura të zemrës. Deri tash nga kjo organizatë janë trajtuar mbi 45.000 fëmijë nga gjithë bota. GOLI synon që gjatë vitit 2023 të trajtojë 5.000 pacientë të vegjël. Në vitin 2021, vajza nga Kosova, Rea, ishte pacientja e 40.000-

të që ishte trajtuar nga kjo organizatë.

Pas dërgimit të dy pacientëve dhe trajtimit të suksesshëm të tyre, në Prishtinë u regjistrua organizata “Gift of Life Kosova”, e cila e ka vazhduar bashkëpunimin me GOLI-n me dërgimin e fëmijëve në SHBA apo në spitalet në Evropë dhe gjetiu me të cilat GOLI bashkëpunon. Më vonë ata mundësuan ardhjen e ekipit të kardiokirurgëve pediatricë në QKUK, në Prishtinë, për të operuar fëmijët kosovarë me defekte të lindura të zemrës e njëkohësisht bënë edhe trajnimin e personelit të kardiokirurgjisë dhe kardiologjisë në QKUK.

Rasti i parë që u dërgua në vitin 2009 më ka lënë përshtypje të madhe dhe më ka nxitur që t’i përkushtohem me vullnet të madh këtij aktiviteti. Sa herë që fëmijët tanë kanë udhëtuar për në SHBA apo diku tjetër, unë kam qenë në përcjelljen dhe pritjen e pothuajse secilit pacient. Njëri nga ta ka qenë edhe Beqiri, i cili ishte njëri prej dy fëmijëve që përmes GOLI-t u dërgua për t’u mjekuar në Klinikën e Harvardit në Boston. Beqiri është djali i një punëtori krahu dhe pjesëmarës aktiv i UÇK-së; ai kishte një formë shumë të rëndë të defektit të zemrës. Kjo shihej edhe ditën kur udhëtoi për në SHBA; për shkak të çrregullimit të punës së zemrës ai ishte i molitur, mezi ecte në rrugën prej ndërtesës së aeroportit për në aeroplan, thuajse i zvarriste këmbët. Pas trajtimit të suksesshëm, kur u kthye në Aeroportin e Prishtinës, deri sa priste në restorant, gëzimi që ishte kthyer në mesin e më të dashurve - prindërve dhe farefisit, si dhe largimi i defektit të lindur të zemrës i jepnin vullnet dhe fuqi të sillej ashtu që dukej se nuk po vrapon, por po fluturon. Kjo më ka mbetur si kujtim shumë i këndshëm në jetën time që në mënyrën më të mirë e ilustron kthimin e shëndetit të plotë pas intervenimit të suksesshëm të duarve të arta të kardiokirurgëve të palodhshëm dhe si i tillë ka shkaktuar lumturinë e të gjithë atyre që në çfarëdo mënyre kanë marrë pjesë në këtë punë humanitare.

Intervenimi i nevojshëm i kardiokirurgëve dhe vendosja e fëmijëve dhe e përcjellësve të tyre ishte plotësisht falas. Për Ministrinë e Shëndetësisë mbetej vetëm pagesa e rrugës së tyre nëse ata dërgoheshin në vendin ku bëhej intervenimi. Nëse ekipi i kardiokirurgëve të organizuar nga GOLI vijjnë në QKUK, intervenimi dhe materiali i nevojshëm për operacion që e sjellin ata janë plotësisht pa pagesë.

Në fillim, pas dërgimit të dy pacientëve të parë, në dy vjetët vijuese dërguam nga tre pacientë që i përzgjedhte ekipi i kardiologjisë pediatricë. Në vitin 2012 GOLI vendosi që në Prishtinë të vijë ekipi përzgjedhës dhe të zgjedhë pacientët që vazhdimisht dërgohen në spitalet të ndryshme që bashkëpunojnë me GOLI-n. Në atë vit u ftuan 100 fëmijë, prej të cilëve do të

zgjedheshin 20-25 fëmijë për t'u dërguar për trajtim. Në vitin e parë të ardhjes së këtij ekipi përzgjedhës, për shkak të mungesës së përvojës u krijua tollovi e madhe që në vitin tjetër u eliminua në atë mënyrë që para se të vinte ekipi përzgjedhës të sigurohet lista prej 60 deri 100 fëmijë dhe ata të ftohen ashtu që për secilin të sigurohet koha e ardhjes që përfshinte 15 minuta për secilin fëmijë.

Rritja e numrit të fëmijëve të zgjedhur për t'u dërguar për intervenim bëri që të tejkalohet buxheti i paraparë për shpenzimet e rrugës së fëmijëve dhe të përcjellësve të tyre. Në Kosovë në atë kohë vinte shpesh Rotariani, miku i madh i Kosovës, David Gotta, i cili së bashku me miqtë e tij dhe me bonusin e udhëtimeve të shpeshta paguan një pjesë të madhe të biletave për udhëtimin e fëmijëve dhe prindërve të tyre, kështu që me fondin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe disa donacioneve të dhuruesve tanë u arrit vlera e cila bëri që asnjë fëmijë i përzgjedhur të mos mbetej pa shkuar për intervenim. David Gotta kishte edhe një veti tjetër të çmuar; sa herë që vinte në Kosovë, vinte në Qendrën e Transfuzionit të Gjakut për të dhuruar gjak, pasi e kishte grupin e gjakut RhD negativ që mund t'i jepet çdo grupi tjetër.

Në vitin 2013 në klinikat e SHBA-ve, Koresë Jugore dhe Gjermanisë u trajtuan 14 fëmijë, kurse në vitin 2014 nën organizimin e GOLI-t, në QKUK erdhi ekipi i Organizatës Humanitare "Chain of Hope" nga Anglia dhe i operoi dhjetë fëmijë.

Në vitin 2015 janë dërguar për trajtim pacientët në SHBA dhe në Izrael. Në vitin 2016 janë dërguar në Angli, në SHBA, në Itali dhe në Gjermani. Në vitin 2017 janë çuar në SHBA, në Itali dhe në Izrael dhe në vitin 2018 në SHBA dhe në Itali.

Në vitin 2019, GOLI vendosi të vijë në Kosovë me ekipin e vet të Kardiokirurgjisë Pediatrike. Këtë herë gjatë një jave janë operuar 27 fëmijë në QKUK.

Në vitin 2020 ishin bërë të gjitha përgatitjet për ardhjen e ekipit për t'i operuar fëmijët në QKUK, por COVID-19 e bëri të pamundur ardhjen e tyre.

Në vitin 2021 përkundër COVID-19 ekipi erdhi tri herë dhe operoi në prill 30 fëmijë, në shtator 27 fëmijë dhe në nëntor po 27 fëmijë.

Në vitin 2022 ekipi erdhi përsëri tri herë në Prishtinë dhe operoi në maj 30 fëmijë, në shtator 10 fëmijë dhe në nëntor 27 fëmijë.

Ky ishte në pika të shkurtra tregimi i bashkëpunimit të Klinikës Pediatrike me

GOLI-n dhe GolKos që vazhdoi prej vitit 2009 e deri në fund të vitit 2023. Si rezultat ishte trajtimi i 323 rasteve, ndërsa një numër i vogël janë trajtuar 2 apo 3 herë.

Unë jam i vetëdijshëm se me këtë punë që është bërë në bashkëpunim me GOLI-n nuk është bërë zgjidhja e problemit të trajtimit të këtyre rasteve në Kosovë, por deri sa të zgjidhet kjo punë më së miri, çdo ndihmë edhe për një pacient është e mirëpritur, sidomos nëse kjo bëhet prej një organizate humanitare dhe krejtësisht falas.

Vlerësimin më të mirë e ka dhënë Presidentja e Republikës së Kosovës, Vjosa Osmani, e cila e ka dekoruar organizatën "Gift of Life International" me Medaljen Presidenciale "Shën Tereza", drejtoreshën e Bordit të Drejtorëve të GOLI-t, Albana Krasniqi dhe udhëheqësin e organizatës "Gift of Life Kosova", Mazllum Belegun.



## DITARI I NJË MJEKU



**Hilmi Gjakova**  
Doktor i Mjekësisë,  
Qendra Kryesore e Mjekësisë  
Familjare, Pejë

Ky titull na sjellë ndër mend gjithë formimin dhe rrugëtimin profesional të një mjeku që nga dita e parë kur hyn në Fakultetin e Mjekësisë...

Mirëpo, ambicia dhe dëshira për t'u bërë mjek fillon qysh në fëmijëri për ata që duan të bëhen mjekë, apo jo. Zakonisht, ata kanë dikë si shembull që duan ta ndjekin. A ishte ky rrugëtim i zgjedhur i duhuri që nga ajo ditë apo ishte gabim? -Shumë prej mjekëve e kanë këtë pyetje shpesh nëpër mendjet e tyre. Apo ndoshta se frytin e punës së tyre të palodhur nuk e kanë parë akoma apo se imazhi tyre nuk është vlerësuar në mënyrën e duhur asnjëherë, kushedi! Apo ndoshta se vendi ynë nuk diti kurrë ta bëjë vlerësimin e mjekëve aq sa duhet dhe nuk ua dha vendin e merituar në shoqëri. Dhe, kjo edhe mund të jetë një nga arsyet kryesore që disa po largohen nga vendi.

S'ka dyshim se mjekët kanë shumë histori për të rrëfyer. Periudha e gjatë e studimeve gjashtë vjeçare duket sa një jetë e tërë! Jo vetëm për shkak të kohëzgjatjes së studimeve që është sa dyfishi i një fakulteti tjetër të zakonshëm, por edhe vështirësive e sfidave nëpër të cilat kalojnë ata në këtë rrugëtim që duket sikur nuk merr asnjëherë fund, e mos ta përmendim volumin e materialit që ata duhet ta mësojnë "patjetër", që është i krahasueshëm me atë të minimum tre fakulteteve të tjera normale apo të zakonshme. A janë mjekët "jo normalë" në këtë aspekt, apo janë "të dënuar" me këtë lloj fati të keq, këtë askush nuk mund ta thotë!

Orët e gjata të leximit e studimit deri natën vonë nëpër biblioteka e banime të ndryshme, ushqimi i ngrënë me nxitim ngase "nuk ka kohë" dhe se së shpejti e ka një "provim", lodhja e pagjumësia, largësia nga familjarët dhe të afërmit që nuk i ka parë tash e disa javë, të gjitha këto e përcjellin mjekun e ardhshëm gjatë jetës së tij studentore, për të mos e ditur akoma se çka e pret pas kësaj! Kështu, gradualisht vit pas viti, ku secili vit vjen e bëhet më i rëndë, e provim pas provimi ku materiali e librat shtohen gjithnjë e më tepër, ai arrin të diplomohet për të marrë titullin që gjatë gjithë jetës e ëndërroi, dhe për të cilin i kaloi gjithë ato sfida të njëpasnjëshme, atë të "Doktorit të Mjekësisë".

Por, a është ky rrugëtim përfundimi i misionit të tij të gjatë, apo fillimi i tij, këtë do ta kuptojë ai pas një kohe. Më vonë do të shohë se para vetes ka një rrugëtim krejt tjetër nga që e kishte gjatë periudhës së gjatë studentore. Tashmë mjeku i ri lundron nëpër botën reale ku sëmundja e shërimi dhe ku jeta e vdekja luftojnë vazhdimisht njëra me tjetrën. Kontakti i përditshëm me pacientë me probleme të ndryshme qoftë të natyrës fizike apo të asaj psikike, e bën atë t'i kuptojë vështirësitë dhe sfidat që e kaplojnë natyrën njerëzore si dhe procesin e natyrshëm të quajtur "sëmundje", e

cila fatkeqësisht nuk mund ta kursejë askënd.

A nuk tregohet personaliteti i mjekëve më së miri me atë karikaturën e mjekut me stetoskop të varur në qafë, i cili ka marrë shumë plagë në pjesën e pasme të tij nga sfida të shumta si refuzime, jetë sociale e kufizuar, lodhje e kujdestari të gjata, dëshpërime, kurse përpara në fytyrë, ai duhet të shfaqet përkundër të gjithave i qeshur dhe sikur është në gjendje të mirë. Kështu ai edhe duhet të duket në sytë e pacientëve që kanë shumë halle e probleme të llojllojshme shëndetësore.

Është mjeku ai të cilit të gjithë ia shprehin ankesat, por ai nuk ka kujt t'i ankohet. Është ai që mjekon të tjerët, por e harron veten e tij dhe shpesh nuk mjekohet! Është mjeku ai që merr lëvdata e sharje, akuza e mirënjohje, të gjitha i atribuohen atij. A nuk është përgjegjësia e mjekut e madhe, prej momentit që pacienti futet në dhomën e tij, ai llogaritet përgjegjës dhe mbrojtës i tij deri sa ai të largohet por edhe më tutje se kaq? Po vdekja e një pacienti për një mjek çfarë do te thotë? Ai ndjehet i thyer ngase humbi dikë që e pati nën mbikëqyrje dhe nën mbrojtjen shëndetësore të tij. Në të njëjtën kohë ai ndjen edhe faj që nuk mundi të bëjë asgjë për ta shpëtuar atë apo ishte i pafuqishëm për një gjë të tillë.

Vështirësitë e një pas njëshme, sfida e mundime të vazhdueshme e përcjellin mjekun gjatë gjithë jetës së tij. Megjithatë, mirëqenia e pacientëve dhe lehtësimi i gjendjes së tyre shëndetësore si dhe arritja e trajtimit të duhur dhe shërimit të tyre paraqet për mjekun suksesin më të madh në këtë mision të shenjtë.

## MJEKËT ARTISTË



Fisnik Kurshumliu

Kryeredaktor i Revista Mjeku

Në mbretërinë magjepsëse të mjekësisë shfaqet një racë unike individësh - mjekë të bekuar jo vetëm me saktësinë e duarve shëruese, por edhe me dimensionin e shprehjes artistike. Këta individë sfidojnë kufijtë konvencionalë të profesionit të tyre, duke ndërthurur me lehtësi botën pragmatike të mjekësisë me sferën imagjinative të artit. Përtej kufijve sterilë të sallave të operacionit dhe mjediseve klinike, këta mjekë zbulojnë një dimension shtesë të identitetit të tyre.

Brenda lojës delikate të diagnozave dhe trajtimeve, këta maestro mjekësorë sjellin një simfoni talentesh që i tejkalojnë kufijtë analitikë të profesionit të tyre. Kështu, ata demonstrojnë një kuptim të thellë të gjendjes njerëzore, jo vetëm në aspektin e anatomisë dhe të patologjisë, por edhe në aspektet emocionale që ngjyrosin përvojën njerëzore. Shkathtësia e tyre artistike manifestohet me finesën me të cilën komunikojnë me pacientët, duke i kthyer konsultimet mjekësore në dialogë empatikë dhe takime shëruese.

Në këtë eksplorim të mjekëve me talent artistik, ne thellohem në historitë e atyre që lundrojnë midis sferave të shkencës dhe të artit, duke pasuruar praktikën e tyre mjekësore me një frymë krijuese. Ndërsa nisim këtë udhëtim, ne zbulojmë frymëzimin që këta mjekë përdorin për të "pikturuar një portret më të pasur", më të plotë të kujdesit shëndetësor, ku procesi i shërimit bëhet jo vetëm një shkencë, por edhe një art sublim.



Dr. Ngadhnjim Domi

1. Çka ju lidh me muzikën?

Gjithçka më lidh me muzikën. Kur nuk bëj muzikë, punoj me të, pushoj me të, fle me të.

2. Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Lidhja direkte përmes fillimit të ushtrimit në instrumente ka filluar në moshën 8-vjeçare.

3. Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Po, mendoj se ka pasur tepër ndikim. Përpos zhvillimit psikomotor, atij emocional, ndikim

të madh ka pasur marrja e përgjegjësisë, koncentrimi dhe vetëbesimi që krijohet sidomos kur vepron si solist.

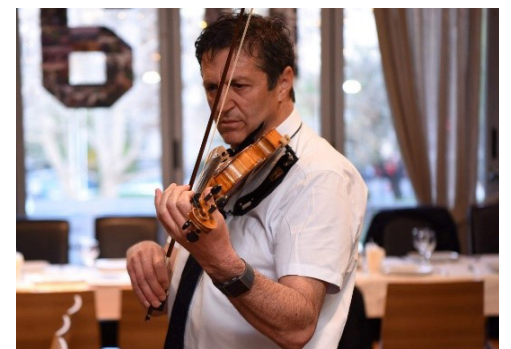
4. A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Po, gjithsesi. Përveç atyre që ceka më lart, ushtrimi sidomos me të dy duart, zhvillon zona të caktuara të trurit gjë që mund të ndodh vetëm në fëmijëri. Këtë fenomen unë personalisht e kam vërejtur gjatë gjithë jetës profesionale.

5. A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

Jo, përkundrazi, kam përjetuar vetëm frymëzim.

6. A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?



Po. Ndikimi pozitiv është evident në jetën personale dhe në atë profesionale. Për mua muzika është ushqim i domosdoshëm dhe që i jep kuptim jetës.

7. A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Po, gjithsesi.

8. A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe pacientët?

Po, kuptimi i muzikës ndikon edhe në aftësinë për komunikim. Muzika e ka taktin, dinamikën, ritmin, ngjyrën etj., të gjitha këto elemente duhet të marrin pjesë edhe në komunikim.

9. A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Po, jam aktiv, por normal vetëm si rekreacionist.

10. Një porosi për lexuesit.

Porosia ime është se duhet të përkujdeseni që fëmijët domosdoshmërisht t'i kyçni në ushtrimin e ndonjë instrumenti, jo vetëm për zhvillimin

Korrespondenca:  
fisnik.kurshumliu@uni-pr.edu

emocional, por edhe për zhvillimin psikomotor që do t'u nevojitet shumë në jetë më vonë.



## Dr. Edmond Nushi

### 1. Çka ju lidh me muzikën?

Qysh kur isha 7-vjeçar fillova shkollën e muzikës, dega Violinë. Nga ai vit e deri më sot jam me muzikën i lidhur shpirtërisht, emocionalisht dhe posaçërisht me violinën e ndiej veten më rehat. Përveç violinës luaj edhe në piano, në kitarë dhe disa instrumente të vogla frymore, si dhe në çifteli. Por, violina është primare dhe vetëm ajo më plotëson tërësisht, prandaj jo për së koti edhe e quajmë mbretëresha e instrumenteve muzikore.

### 2. Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Që në fëmijëri kam qenë i lidhur me muzikën, madje fillova edhe të ushtruj më tepër se që mësuesit e mi të parë, Myrvete dhe Fahri Beqiri, më këshillonin. Si 11-vjeçar kam qenë në garat federative të ish-Jugosllavisë dhe e kam fituar vendin e dytë, ndërsa në gara të Serbisë vendin e tretë. Nga viti 1967 isha edhe në orkestrën "Qëndresa" në Mitrovicë që e udhëhiqte Profesor Fahri Beqiri. Pas përfundimit të vitit VI, gjegjësisht shkollës së ulët të muzikës, vazhdova edhe me shkollën e mesme të muzikës paralel me gjimnazin, të cilat i përfundova me sukses të shkëlqyeshëm. Në ndërkohë mendoja vetëm për muzikën, kështu që përgatitesha për regjistrimin në Akademinë e Arteve, dega Violinë, në UP. Në qershor të vitit 1977, vendosa ta regjistroj Fakultetin e Mjekësisë që mos të ndahem nga shokët e mi të gjeneratës. Gjatë studimeve, lidhja ime me muzikën dhe violinën vazhdoi. Për dy vjet isha edhe arsimtar i violinës në shkollën e ulët të muzikës në Mitrovicë, por edhe si anëtar i orkestrës së SHKA "Ramiz Sadiku" në UP. Në këtë orkestrë ishim 5 studentë nga Fakulteti i Mjekësisë. Pas përfundimit të studimeve vazhdova aktivitetin tim muzikor në SHKA "Boro e Ramizi" në Mitrovicë. Gjatë gjithë jetës kam pasur shumë performanca si me orkestra të

ndryshme, si vetanakisht, por edhe me orkestra të ndryshme simfonike. Nga viti 2000-2002, kam qenë mësues në shkollën e parë shqipe të muzikës në diasporë, përkatësisht në Vaasa, Finlandë ku e kam formuar edhe korin e fëmijëve "Bilbilat e Vaasa-s".

3. Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Nuk mendoj se qasja në profesionin tonë si mjek dallon nga kolegët e tjerë sepse edhe ata kanë prirje për një hobi ose aktivitet tjetër sikurse sporti dhe aktivitetet e tjera shoqërore dhe humanitare.

4. A konsideroni se shkathtësitë tuaja si mizucuent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Mendoj se mua aktiviteti im më ka dhënë shumë përparësi sepse në momentet e lodhjes psikike dhe fizike nën tingujt e violinës shpirtërisht e kam gjetur kënaqësinë që profesionin tim ta kryej me dashuri dhe pastërti shpirtërore. Ndoshta vlen të përmendet se muzicentët e kanë shqisën e dëgjimit më të theksuar, si dhe ritmin e saktë, gjë që ndihmon edhe gjatë auskultimit të pacientëve, ku vjen në shprehje përcaktimi i aritmive të punës së zemrës, si dhe përcaktimi i zhurmave.

5. A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

Asnjëherë nuk kam pasur ndërlidhje negative në mes të veprimtarisë muzikore dhe përkushtimit ndaj profesionit tim. Përkundrazi, gjithmonë ka pasur një sinergji në mes të dy aktiviteteve.

6. A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Në Finlandë, ku jetoj dhe punoj nga viti 1999, e kam dëgjuar një thënie në lidhje me hobin dhe profesionin, e cila thotë:

"Me hobi është mirë të merresh me profesionin që e ke për zemër, kurse profesionalisht është mirë të merresh me profesionin më fitimprurës."

Kështu që, duke u bazuar edhe në këtë thënie, mendoj se muzika si hobi më ka bërë profesionist më të mirë si mjek.

7. A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Sigurisht që kam bashkëpunuar edhe me profesionistë të tjerë mjekësorë në spektrin e gjerë të muzikës. Fillimisht,

sikur e përmenda më lart në SHKA "Ramiz Sadiku", në shoqërinë muzikore "Dr. Ali Sokoli" të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë, si me dr. Shkëlzen Badivukun, dr. Ngadhujm Domin, dr. Murat Ismailin, dr. Islam Miftari, etj. Gjithashtu, edhe në Finlandë jam anëtar i orkestrës së spitalit bashkë me 4 mjekë të tjerë, ku edhe punoj në Spitalin Qendror të Vaasa-s.

8. A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Sigurisht që muzika i hap rrugët e komunikimit dhe diapazonin e zgjeron gjatë komunikimit edhe me pacientë. Kjo formë e komunikimit e shtendos bisedën gjatë komunikimit mjek-pacient, si dhe i hap disa rrugë të tjera për të marrë informatë më të saktë në lidhje me problemet shëndetësore të pacientit.



9. A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Aktualisht jam aktiv në Orkestrën "Souvlaki Orchestra" në Vaasa, Finlandë, me të cilët performojmë muzikë ballkanike, si dhe atë shqiptare. Me këtë orkestrë kam qenë mysafir edhe në Estoni me orkestrën simfonike të qytetit Pärnu, Estoni.

10. Një porosi për lexuesit.

Porosia ime kryesore për të gjithë lexuesit do të ishte që të kenë më shumë respekt për doktorët tanë që punojnë dhe veprojnë në Kosovë. Duhet të kenë besim në mjekësinë kosovare edhe pse pa fajin e punëtorëve shëndetësorë, mjekësia çalon në krahasim me vendet e zhvilluara, për shkak të legjislaturës së dobët dhe ligjeve të dobëta që i përkasin shëndetësisë.

Çdo mjek shqiptar që punon dhe vepron jashtë Kosovës e që fakultetin e ka kryer në UP është gjithkund mirë i situuar dhe i respektuar nga të gjithë, në rend të parë nga vetë pacientët, prandaj duaje tëndin se ai është më i miri.



Dr. Aziz Mustafa

Revista Mjeku: Çka ju lidh me letërsinë dhe si e përkufizoni raportin e shkrimtarit dhe mjekut në një person të vetëm?

Dr. Aziz Mustafa: Lidhja me letërsinë është lidhja me shpirtin, me ndërtdijen dhe vetëdijen artistike, është lidhja me "idin", "egon" dhe "superegon" njëkohësisht. Prej moshës fëmijërore kur si 10-vjeçar kam botuar poezinë e parë e deri në këtë moment letërsia, shkrimi letrar artistik është thirrja e brendshme e intelektit brenda meje. "Intelektuali është përgjegjës për atë çka ka ndodhur në të kaluarën, çka po ndodh tash dhe çka do të ndodhë në të ardhmen.", ka thënë filozofi francez Jean-Paul Sartre (Zhan-Pol Sartrë). Njeriu lind me talentin për art, qoftë ai letrar, figurativ, muzikor apo tjetër. Profesionin e mëson, është një lloj arti praktik, art i aplikuar. Nuk thuhet kot se kur shkenca arrin kulmin shndërrohet në art, kurse kur arti mbërrin kulmin shndërrohet në shkencë. Profesionin kultivohet për shkak të shtysave edhe të jashtme, kurse arti, konkretisht letërsia ka një shtysë të brendshme, ka frymëzimin që nuk mund të komandohet, por vetëm duhet ta ndiejmë dhe kur ta përfjetojmë, ta shndërrojmë në germa, fjalë e ndjenja që na bëjnë të komunikojmë në kohë dhe hapësirë me lexuesit dhe të përcjellim te ta mendimet, ëndrrat, pasionet dhe ndjesitë tona.

Revista Mjeku: Kur mendoni se jeni mishëruar me shkrimin?

Dr. Aziz Mustafa: Mishërimi, ajo ndjesia se bëmë pjesë në armatën e shkrimtarëve më është krijuar pas botimit të librit të parë me poezi, "Pasaportë kam kafkën time", "Jeta e Re", Prishtinë, 1996. Ajo ka shkuar duke u rritur në secilën vepër të re që kam botuar, për t'u bërë mandej shkrimi artistik pjesë e pandashme e ekzistencës, bashkë me profesionin e mjekut.

Revista Mjeku: Si shkrimtar, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prijje?

Dr. Aziz Mustafa: Nuk mendoj se angazhimi

si shkrimtar e ndryshon qasjen time në mjekësi. Mjekësia ka të bëjë me angazhim në anën praktike ku secili mjek, në bazë të njohurive, përgatitjes paraprake, shkollimit, edukimit të vazhdueshëm profesional dhe përkushtimit ndaj profesionit e jep kontributin e vet në shoqëri dhe si përgjigje merr të mira materiale me të cilat mban veten dhe familjen. Letërsia nga ana tjetër ka të tjera implikime që janë të sferës shpirtërore dhe individuale, prandaj frytet e punës intelektuale letrare rrallë që mund të materializohen, sidomos në një shoqëri në tranzicion ku rendi i vlerave është i çrregulluar, po ashtu si pasojë e mungesës së kritikës së mirëfilltë dhe mbështetjes institucionale të vlerave etj.

Revista Mjeku: A konsideroni se krijimtaria juaj letrare ka kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Dr. Aziz Mustafa: Mendoj se letërsia e fisnikëron shpirtin dhe e kthjellon mendjen. E kush ka më shumë nevojë për shpirt fisnik dhe mendje të kthjellët më shumë se kirurgu?

Revista Mjeku: Cilat janë temat e shkrimeve tuaja?

Dr. Aziz Mustafa: Temat janë të ndryshme. Në poezi, zakonisht janë vargje refleksive që kapin tema që nga lashtësia deri te përditshmëria: njeriu ynë me virtytet dhe veset e tij, mbijetesa, lufta, sëmundja, vdekja, dashuria, qëndresa, lufta e përjetshme mes së mirës dhe së keqes, lufta e errësirës me dritën. Poeti është përherë "Luftëtari i Dritës", është ushtari mes furtunës që nuk dorëzohet deri në pikën e fundit të gjakut, deri në pikën e fundit të ngjyrës së shkrimit.

Përmbledhja me tregime "Toka ime është në dashuri" (rrëfime për njerëz, kuaj, ujë dhe qenie të tjera) - është e ndërtaur me tregime me gjatësi të ndryshme, ku narratorët janë të llojllojshëm. Dashuria për jetën, lufta me sëmundjen, ëndrrat dhe dëshirat e njerëzve të thjeshtë, njerëzve të mirë.

Revista Mjeku: Na jepni një sinopsis të shkurtër të romanit tuaj të parë, "Mos e harro Japoninë, Suzanë"?

Dr. Aziz Mustafa: Romani është i konceptuar në formë të tre ditëve të shkruar nga tre protagonistët kryesorë. I pari është një mjek kosovar Leonardi, e dyta një grua e re holandeze, Suzana dhe i treti një mjek turk, Leventi. Ata takohen rastësisht në një konferencë në Japoni dhe fatet e tyre pikëpikë. Planet e narracionit shtrihen në rrafsh të ndryshme që vijnë

duke u ndërthurur pazgjidhshëm. Hija e zezë që sillet gjatë tërë kokës mbi kokën e kryeprogonistit është sëmundja e rëndë e protagonistit, një kancer laringeal me të cilin lufton deri në fundin e jetës dhe gjatë kësaj lufte ai e kupton në lëkurën e tij se çka do të thotë të jesh i sëmurë.

Revista Mjeku: Cilat janë planet dhe projektet tuaja letrare?

Dr. Aziz Mustafa: Nuk kam ndonjë plan apo projekt në të cilin më duhet të punoj me ngulm e me orar të rregullt sepse në letërsi nuk i jap vetes afate. Poezia vjen vetvetiu, si dardha kur piqet e bie nga dega, vetëm duhet ta kapësh e të mos e lësh të të ikë. Proza nga ana tjetër do përkushtim, orar pune dhe qëndrueshmëri. Koha ime e shkrimit është kohë e vjedhur nga obligimet si prind, si bashkëshort e si mjek. Në momentin kur kam ndier se kam një talent, atëherë e kam ndier si obligim, i kam dhënë detyrë vetes që aq sa mundem të hedh në letër ato mendime të cilat kur përcillen të lexuesi, ai të bashkëndiejë me autorin. Kam nëpër duar dy romane, njërin të kryer që më duhet ta korrigjoj e përmirësoj dhe tjetrin që jam duke e formësuar.

Revista Mjeku: A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë artistike letrare?

Dr. Aziz Mustafa: Po, jam aktiv. Më shumë lexoj se sa shkruaj sepse leximi i letërsisë kulminante botërore dhe shqipe është domosdoshmëri. Vetëm një lexues i pasionuar mund të shkruajë mirë letërsi. Edhe pse në letërsinë shqipe mbretëron një kaos, ku nuk dihet kush pi e kush paguan dhe se është vështirë të përcillet krijimtaria letrare artistike që botohet në Kosovë, në Shqipëri e në botë, përcjellja e të rejave në letërsi është e domosdoshme. Sa i përket shkrimit, aty nuk ka orar, ka raste kur shkruaj disa ditë nga 4-5 orë në ditë e mandej me ditë të tëra nuk shkruaj asgjë.

Revista Mjeku: Cila është porosia juaj për lexuesit e Revistës "Mjeku"?

Dr. Aziz Mustafa: Të lexojnë, të lexojnë dhe vetëm të lexojnë. I vetmi shok që nuk të tradhton është libri, i vetmi shok që nuk ta prishë kurrë është libri. Leximi të mbron edhe nga sëmundja Alzheimer, sipas hulumtimeve më të reja shkencore. Për mua, kënaqësinë që ma dhuron leximi nuk ma dhuron askush.



Dr. Donjeta Deçani

## 1. Çka ju lidh me artin?

Me artin kam një lidhje të veçantë ngase është pjesë e pandashme e personalitetit tim. Është diçka që ka lindur bashkë me mua. E gjithë përditshmëria ime lidhet me artin, mënyra e të menduarit, e të vepruarit, përcjellja e mesazheve, ideve, përjetimi i emocioneve, perceptimi i jetës, të gjallës, të thjeshtës, të vështirës, klasikes, modernes etj.

Nëpërmjet artit, në rastin tim pikturës, gjithmonë ndaj me të tjerët një pjesë të vetes sime, të pastër, të papërpunuar, autentike, duke mundësuar kështu përcjelljen e një lloj ndjesie frymëzuese që për mua paraqet njërin prej lidhjeve më të pastra njerëzore.

## 2. Kur ka filluar lidhja juaj me artin?

Me art (pikturë) merrem që nga fëmijëria e hershme. Pavarësisht profesionit, artin nuk e kam lënë asnjëherë pas dore; deri më tash kam realizuar dy ekspozita personale, ndër të tjera edhe disa shkollore dhe kolektive.

## 3. Si artiste, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Si artiste, mendoj se ndryshojnë këndvështrimet e mia ndaj profesionit mjekësor, duke filluar nga qasja me pacientin e deri te aplikimi i praktikave mjekësore. Po ashtu, aftësitë artistike i kam aplikuar gjithmonë gjatë përgatitjeve studimore; duke zbërthyer strukturat komplekse mjekësore në skica kreative, të cilat më kanë ndihmuar në njohjen më të shpejtë të mekanizmave patofiziologjikë dhe klinikë.

## 4. A konsideroni se shkathtësitë tuaja si artiste kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Mendoj që po, sidomos në rastin tim, pasi në të ardhmen e shoh vetën në fushën e kirurgjisë. Duke qenë se kirurgjia është një formë e artit në praktikë, besoj se idetë kreative, improvizimi për kërkimin e

zgjithjeve të reja dhe durimi për punën e dorës janë në favorin tim.

## 5. A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit bdaj artit me oërgjegjësisr profesionale?

Mjaft shpesh, meqenëse në përgjithësi mjekësia nuk të ofron shumë hapësirë për angazhime dhe aktivitete jashtë saj. Tërë kohën mundohesh të krijosh një balancë mes jetës familjare dhe asaj profesionale. Megjithatë mundohem, që kohë pas kohe t'i ushqej nevojat e mia për artin dhe të bukuren.

## 6. A mendoni se ndjekja e artit si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Njëra prej arsyeve pse nuk kam hequr dorë nga arti është edhe kjo, përmbushja personale. Periudhat e ngarkuara, të lodhshme dhe stresuese janë pjesë e pandashme e profesionit mjekësor. Andaj, duke i lënë vetes pak kohë për t'u përfshirë në krijimet artistike krahas relaksit më ndihmon në rritjen e përqendrimit dhe produktivitetit në punë.

## 7. A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj artit?

Jo, deri më tani nuk e kam pasur rastin, por do ta bëja me shumë dëshirë.

## 8. A mendoni se marrja juaj me art i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Arti vetvetiu është një formë e komunikimit. Gjatë një bashkëbisedimi me kolegë ose edhe me pacientë, mund të përcjellim mendime, ndjesi ose emocione që fjalët nuk mund t'i shprehin.

## 9. A jeni aktualisht aktive në veprimtarinë artistike?



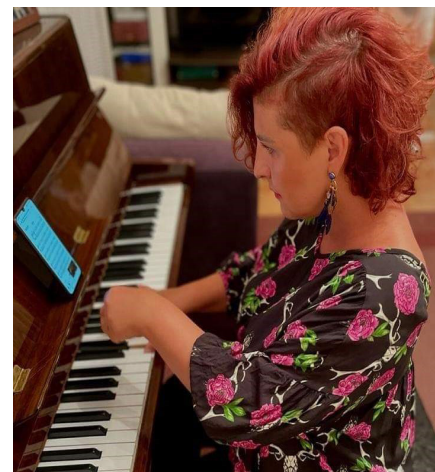
Po, mundohem të jem aktive varësisht prej angazhimeve ditore. Së fundi sapo përmbylla ekspozitën time të dytë personale. Kësaj radhe ekspozitën e kam

realizuar me 11 punime me tematikë profesionin mjekësor, përkatësisht anatomicë e organeve në një formë kreative-artistike, e cila u pranua mjaft mirë nga masa e gjerë. Me shpresën që nuk do të jetë ky projekti i fundit artistik.

## 10. Një porosi për lexuesit.

Janë me fat ata që kanë lindur me aftësi krijuese artistike.

Shfrytëzoni dhuntinë tuaj për veten, për rrethin, për shoqërinë sepse të shprehurit nëpërmjet artit është jetik për një shoqëri të shëndetshme dhe mendjehapur.



Dr. Labinota Kondirolli

## 1.Çka ju lidh me muzikën?

Dashuria dhe pasioni për piano është ajo që e bën dallimin në mes të qenit pasionant i artit apo vetëm ta njohësh artin. Për një fëmijë ekziston një shembull i dikujt që të intrigon të fillosh të merresh me muzikë, një takim me një artist që mund të të inspirojë dhe të motivojë, mirëpo dashuria dhe pasioni janë kryesorë në lidhjen me muzikën.

## 2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Do t'i përshkruaj dy momente të rëndësishme.

Gjithçka fillon në Shkollën e Muzikës në Pejë, kur fillova si 8-vjeçare të ushtror në piano që u shndërrua në instrumentin më të dashur për mua. Pastaj ndodhi lufta dhe fillova çdo ditë të drejtohem më shumë nga mjekësia, të cilën e doja po ashtu. Edhe në përzgjedhjen e specializimit, dashuria për artin – të bukuren kanë ndikuar që ta zgjedh patologjinë që për mua është art në vete, është njëfarë forme e artit vizuel. Periudha e pas luftës, studimet në mjekësi, përfundimi i specializimit kanë shënuar një pauzë në muzikë.

Momenti i dytë është rilidhja me pianon

dhe njëkohësisht ndoshta momenti më i rëndësishëm për mua. Një dhuratë tërësisht e papritur për mua ishte pianinoja që më është dhuruar nga një familjar i shoqes sime të ngushtë, i cili e kishte vajzën pianiste dhe kishte vendosur që asaj t'ia blejë një pianino të re. Për mua ishte krejtësisht e paimagjinueshme se si dikush mund ta dhurojë një pianino, kurse për të shumë e rëndësishme që personi që e merr pianinon e vajzës së tij të jetë dikush që e dashuron pianon dhe e trajton me po aq pasion. Fatkeqësisht, axha Bashkim nuk është në mesin tonë, mirëpo ishte personi që më riktheu në muzikë dhe për të cilin kam një falënderim të përrjetshëm. Andaj, pianinoja ime ka një histori të veçantë, të cilën histori gjithmonë e ndaj me shumë dashuri me të tjerët. Kjo edhe për të treguar se ka njerëz të mirë dhe bujarë gjithandej.

**3.Si muzikante, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?**

Gjendjen e mirë emocionale që ta krijon muzika – arti në përgjithësi sigurisht që të jep një ndjesi shumë pozitive. Personalisht, pianoja më jep aq shumë dashuri, sa që mendoj që kjo ndikon pastaj edhe në kryerjen e profesionit tim me shumë përkushtim e dashuri.

**4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicante kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?**

Muzika të jep ndjenjë të qetësisë, të pozitivitetit, të disponimit të mirë dhe të një super energjie që besoj që ndikon pastaj në qasjen ndaj pacientit, respektivisht biopsisë në rastin tim. Kjo ndoshta të bënë të jesh në avantazh me mjekët e tjerë që nuk merren me ndonjë formë të artit.

Mundësia që pas punës të mund të luash në ndonjë instrument, të vallëzosh, të shkruash një poezi apo të pikturosh është njëfarë shkarkimi i lodhjes apo ngarkesës ditore dhe arritjes së një gjendjeje të përgjithshme relaksuese.

**5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?**

Jo, asnjëherë. Mjekësia dhe pianoja kombinohen mrekullisht bukur me njëra-tjetrën, vetëm se e plotësojnë njëra-tjetrën. Pas kryerjes së orarit të punës, përveç që luaj gjatë tërë kohës në piano, marr klasë të vallëzimit për tango dhe këndoj në korin e grave "Okarina". Marrja me art vetëm se e balancon vështirësinë e një profesioni dhe të relakson.

Të qenit mjekje, konkretisht patologe nuk është edhe aq e lehtë, ballafaqohesh çdo dite jo vetëm me raste sfiduese, por edhe me raste që të prekin dhe ngarkohesh jo vetëm fizikisht, por edhe në mënyrë psikike. Aktivitetet si piano, vallëzimi, këndimi vetëm se e bëjnë më të lehtë edhe ushtrimin e profesionit si patologe. Shpesh edhe në zyrë gjatë mikroskopikimit, bashkë me kolegët bëjmë intermeco muzikore dhe këndojmë së bashku.

**6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?**

Momenti që ma vërteton ndikimin pozitiv të artit në mirëqenien personale dhe profesionale ka qenë periudha e COVID-19. Ndikimi i pianos ka qenë aq i madh sa nuk mund ta përshkruaj, kanë qenë ditët kur më së shumti kam luajtur në piano dhe ndoshta e vetmja kënaqësi që më është ofruar në atë periudhë, posaçërisht për ne si mjekë kur çdo ditë kemi dëgjuar për dikë të afërm, për një mik apo për një koleg që ka vuajtur nga COVID-19. Andaj po, muzika është shërues i shpirtit.

**7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?**

Nuk kemi pasur ndonjë bashkëpunim konkret, ndonëse kemi biseduar me dr. Dëfrim Koçinajn që mund të regjistrojmë ndonjë këngë. Paraqitja e mjekëve që merren me art në këtë revistë mund të jetë fillimi i një iniciative bashkëpunimi edhe e ofrimit dhe njohjes tonë si grup dhe pse jo edhe krijimit të diçkaje më të bukur dhe më të madhe.

**8.A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?**

Po, definitivisht po. Mendoj që të qenit aktiv në art ndikon në këto veti të njeriut, si komunikimi më i mirë, qëndrimi pozitiv ndaj punës, pacientëve dhe kolegëve, afërsia me palët bashkëpunuese e të tjerë.

**9.A jeni aktualisht aktive në veprimtarinë muzikore?**

Pianoja vazhdon të më zbukuroj jetën çdo ditë, ushtruj në vazhdimësi, postoj video të pjesëve apo këngëve të ndryshme në rrjete sociale. Aktivitetet me korin e grave "Okarina" janë të rregullta. Edhe aty e kam parë fuqinë e artit në aktivitetet grupore se sa mirë ndikojnë në mirëqenien e njeriut.

**10.Një porosi për lexuesit.**

Faleminderit për përzgjedhjen që të jem pjesë e këtij tregimi për mjekët që merren

me art. Qysh në momentin kur e mora ftesën, u entuziazmova shumë dhe më bëri të ndihem mirë.

Muzika meriton të jetë gjuhë obligative e dytë në çdo fushë, andaj aktivitetet shpesh artistike ushqejnë shpirtin dhe e zbukurojnë jetën e secilit. Ky do të ishte një mesazh inkurajues për secilin mjek, për secilin njeri që të ndajë kohë për veten duke u marrë me ndonjë aktivitet artistik; besoj që do të jetë më i dobishëm edhe për rrethin e tij.

Duke e ditur që jemi në prag të festave të fundvitit, uroj që t'i kaloni sa më bukur ato. Qoftë vit i mbushur me dashuri, me gëzime, me shëndet e me plot muzikë! Gëzuar 2024!



**Prof. Kreshnik Hoti**

**1.Çka ju lidh me muzikën?**

Është e vështirë të përshkruhet sepse realisht muzika ka qenë dhe është pjesë e pandashme për mua. Ndoshta më lidh aspekti i të qenit i lirë dhe mundësia për t'u shprehur ndryshe nga dimensionet e tjera jetësore që e bëjnë muzikën një vegël të përshtatshme për sinkronizim me ndjenja të veçanta.

**2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?**

Kam filluar në shkollën fillore, ndoshta nga klasa e 5-të apo e 6-të. Kam vazhduar pastaj me grupe si END para luftës, për të themeluar mandej edhe grupin Retrovizorja.

**3.Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?**

Mendoj se po, unë në aspektin profesional gjithmonë kam pasur një qasje më të gjerë që është hapur pikërisht nga mënyra e të menduarit në muzikë, sidomos në aspektin e komponimit që është një proces mjaft kreativ. Kjo pastaj mundëson qasje



kreative edhe në sfera të tjera jetësore, duke përfshirë profesionin që në rastin tim është farmacia dhe puna akademike.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?



Besoj se po, siç e përmenda edhe më lart, mendoj që muzicentët sikurse edhe personat e tjerë që merren me art, apo edhe që kanë ndonjë hobi apo pasion tjetër jashtë profesionit, kanë një spektër më të gjerë të të menduarit edhe në profesion. Kjo mund të sjellë vetëm benefite për ta, pa përmendur këtu shëndetin mendor pasi një hobi shtesë gjithmonë ndikon pozitivisht.

5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

Jo, sepse shumë herët në rrugëtimin tim kam vendosur që muzikës mos t'i qasem si profesion, por si pasion dhe hobi. Kjo ka mundësuar një kanalizim më të qartë të kohës dhe përpjekjeve akademike, shkencore dhe profesionale. Në anën tjetër, në aspektin muzikor, kjo ka mundësuar një qasje të pakompromis në lidhje me krijimtarinë artistike muzikore, meqenëse nuk jam ndikuar nga çështjet financiare që mund të jenë në shumë raste barriera për një artist në lidhje me atë se çka krijon në art po në rastin tim në muzikë.

6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Mendoj se po – gjithsesi, siç edhe u tha, përveç ndikimit në mirëqenien personale dhe profesionale, muzika gjithmonë ka qenë një portë dalje e rëndësishme për mirëqenien e shëndetit mendor.

7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Deri tani jo, kjo për shkak të kufizimeve kohore dhe bashkëpunimeve të vazhdueshme me shokë që në muzikë jemi rritur së bashku.

8.A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Ndoshta po, gjithsesi kur merresh me një art si muzika, përveç aftësive empatike në komunikim, gjithmonë ekziston një dimension i krijimtarisë artistike nëpërmjet së cilës mund të gjendet një gjuhë e përbashkët me të tjerët.

9.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Jam 'gjysmë aktiv' edhe në nivel të hobit. Vitin e kaluar kemi publikuar albumin e tretë të grupit Retrovizorja, në të cilin kemi bashkëpunuar me këngëtarë, si Elina Duni dhe Shpat Deda, por ende s'kemi pasur mundësi t'i performojmë këngët e albumit të ri 'live' për shkak të kufizimeve kohore.

10.Një porosi për lexuesit.

Të merren me art, muzikë apo ndonjë art tjetër sepse kurrë nuk është vonë. E në rastin kur nuk merren me art, atëherë gjithsesi të gjejnë ndonjë hobi nëpërmjet të cilit mund ta bëjnë atë 'shkyqjen' profesionale sepse kjo i bënë edhe më të mirë profesionalisht.



Dr. Jeton Vorfi

1.Çfarë ju lidh me vallëzimin?

Vallëzimi modern ka qenë fusha ime përmes së cilës kam arritur të eksploroj fushën e muzikës në përgjithësi dhe të artit modern në veçanti.

2. Kur ka filluar lidhja juaj me vallëzimin?

Fillimisht, një nismë që e kam marrë ka qenë këndimi, kjo ishte më tepër si një tentativë e një të riu që të krijojë popullaritet me personalitetin e tij. Njëkohësisht, atëherë fillova të vallëzoj me motrën time. Ajo që ne bënim në atë kohë ka qenë më shumë një improvizim i asaj

që ne kemi parë në televizor, ndërsa gjatë kohës së studimeve në Kroaci frekuentoja një studio të vallëzimit modern – jazz balet.

Vitet e nëntëdhjeta ishin vite me kriza të luftës në Kroaci. Trupa profesioniste e baletit kishte humbur shumë valltarë profesionistë, kryesisht ndërkombëtarë që largoheshin nga Kroacia me frikën se do të përfshiheshin në luftë, kështu që për ta mbajtur teatrin aktiv ata filluan të mbanin audicione të fshehta nëpër studio të vallëzimit për t'i mbledhur talentët e rinj që t'i bënin pjesë të trupës së baletit shtetëror "Ivan Zajec" në Rijekë. Në këto audicione unë isha njëri nga të përzgjedhurit. Edhe pse unë vallëzimin në atë kohë e shihja si një hobi për të kaluar kohën dhe për t'u miqësuar me njerëzit, por jeta është e bukur kur gjërat vijnë pa plan, apo jo?

3.Si valltar a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Tek unë vallëzimi dhe mjekësia kanë qenë dy fusha që janë zhvilluar paralel me njëra-tjetrën dhe personaliteti im është krijuar i tillë që kam frymuar si dy trupa në një shpirt.

Duke kombinuar pasionin tim për artin me njohuritë dhe aftësitë mjekësore kam krijuar një perspektivë të veçantë në mjekësi. Për dallim nga kolegët e tjerë kam pasur një vizion më të gjerë dhe të ndryshëm në trajtimin e pacientëve, si dhe mënyrën se si i kuptojmë dhe lidhemi me ta. Sigurisht që është një dhunti që e kam shfrytëzuar për të sjellë emocion dhe kreativitet në fushën e shëndetësisë.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si valltar kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Vallëzimi ishte një mënyrë e shkëlqyer për të shpëtuar nga rutina e punës dhe për ta shijuar kohën e lirë në mënyrë më kreative dhe më argëtuese. Pa dyshim se në jetë kam qenë më i balancuar, më i lumtur dhe sigurisht më i relaksuar. Këtotribute kanë ndikuar pozitivisht në profesionin tim si Specialist i Emergjencës sepse ishte e nevojshme të ruaja shëndetin tim mental dhe kondicionin fizik.

5. A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj vallëzimit me përgjegjësitë profesionale?

Siç e thashë edhe më herët, këto dy profesione kanë frymuar si një tek unë. Por, në fillim njerëzit ishin dyshues në profesionalizmin tim sepse vallëzimi modern ishte shumë larg kornizave

të imazhit të një mjeku klasik siç ishin mësuar njerëzit të shohin. Duke qenë se emergjenca ishte epiqendra e një spitali shumë shpejt u kuptuan edhe aftësitë e mia profesionale, kështu që me kohën krijova një imazh pozitiv, të pëlqyer dhe shumë të besueshëm nga ana e pacientëve.

6.A mendoni se ndjekja e vallëzimit si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?



Është një mënyrë shumë e mirë për të zhvilluar brenda vetes ndjenjën e empatisë, kujdesit, inovacionit, kreativitetit, luftimin e stresit, zhvillimin e aftësive të komunikimit në përgjithësi dhe mjek-pacient në veçanti.

7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj vallëzimit?

Meqenëse kam qenë i vetmi në këtë fushë nuk mbaj mend të kem pasur ndonjë bashkëpunim. Kemi rastisur të jemi në emisione të njëjta, por jo të kemi pasur paraqitje të përbashkët në skenë ndonjëherë.

8.A mendoni se marrja me vallëzim i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Arti brenda vetes zhvillon në personalitetin e artistit një natyrë subtile e të ndjeshme që në profesionin e mjekut krijon një perspektivë më të gjerë dhe kreativitet më të madh në mënyrën se si i shohim dhe se si i trajtojmë gjërat, përfshirë këtu edhe qasjen me kolegë dhe me pacientë. Sigurisht që ndihmon për të krijuar një lidhje emocionale e kjo pastaj reflekton në përmirësimin e kujdesit dhe të empatisë.

9.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë artistike?

Jam i shkëputur plotësisht nga kjo fushë. Veprimtaria ime në vallëzim ka zgjatur 20 vjet gjatë viteve 1995-2015. Ishte thjesht një nevojë e kohës për ndryshim.

10. Një porosi për lexuesit.

Ju inkurajoj të jeni të vërtetë ndaj vetes suaj dhe të lini energjinë tuaj të shkëlqejë. Çdo njeri ka art të lindur brenda vetes vetëm se duhet një eksplorim dhe një mundësi.



Dr. Dëfrim Koçinaj

1.Çka ju lidh me muzikën?

Me muzikën më lidh e kaluara ime e rinisë si gjimnazist kur kam qenë muzikant aktiv, por edhe e tashmja, me riaktivizimin tim të herëpashershëm në klubet e muzikës rok viteve të fundit pas pandemisë.

2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Qysh në klasën e tretë të shkollës fillore kur edhe jam regjistruar në shkollën e muzikës në Prizren. Kur vendosa ta studioj mjekësinë jam shkëputur tërësisht nga muzika dhe kjo shkëputje ka zgjatur plot 24 vjet deri kur gjatë pandemisë iu bashkova bendit Epoka 94.

3.Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prijje?

Arti, muzika në veçanti, sipas meje ta dhuron atë qetësinë shpirtërore dhe atë udhëtimin në një botë tjetër, duke të mundësuar shkëputje totale nga e përditshmja jonë. Kjo gjë padyshim ndikon në çlirimin emocional dhe të ngarkesave të përditshme që janë pjesë e pandashme e profesionit të mjekut.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Përdorimi i instrumenteve muzikore që kërkojnë shkathtësi të jashtëzakonshme të lëvizjes dhe koordinimit të gishtërinjëve ndikon shumë në zhvillimin e qendrave të caktuara në korteksin e trurit. Kjo gjë pastaj ndikon dhe në profesionet e tjera ku përdorimi i duarve është thelbësor, siç është rasti i kirurgjisë (unë jam kirurg

pediatrik).

5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

E vetmja sfidë është menaxhimi i kohës. Siç e dimë të gjithë, të jesh mjek, do të thotë të kesh shumë pak kohë të lirë cilësore. Në anën tjetër, instrumenti muzikor (në rastin tim kitara), kërkon ushtrim të vazhdueshëm në mënyrë që të arrish të luash në instrument në nivel të kënaqshëm.

6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Duke performuar me instrument në shtëpi krijohet ndjenja e lumturisë e sidomos duke performuar para publikut, krijohet një raport i veçantë midis teje dhe njerëzve që të ndjekin. Në rastin tim, në të gjitha performancat e mia, audiencë në masë të madhe i kam kolegët dhe koleget nga lëmitë e ndryshme mjekësore. Kjo ka bërë që edhe respekti midis nesh të jetë në nivelet më të larta, pra rrjedhimisht ka ndikuar në mirëqenien time dhe të rrethit tim.



7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Po, kemi pasur disa dalje publike para medieve, në kongrese mjekësore, si përfaqësues të Fakultetit të Mjekësisë, etj.

8.A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Jam i bindur për këtë nga shembulli im.

9.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Jam aktiv, por në një masë të "kontrolluar". Jam solo kitarist i bendit Epoka 94 që nga viti 2020 dhe daljet tona në performanca 'live' mund të jenë 4 deri 5 herë në vit.

10.Një porosi për lexuesit.

Porosia ime është për prindërit që rrisin

fëmijë të vegjël, të cilët sa kanë filluar shkollimin fillor: Ekspozojini fëmijët me muzikën, instrumentet muzikore, sportin, artin në përgjithësi. Një shkathtësi e poseduar është një vlerë e shtuar gjatë gjithë jetës për individin dhe shoqërinë



## Valbon Ajazaj

### 1.Çka ju lidh me muzikën?

Duke qenë se nga fëmijëria e hershme jam marrë me muzikë në mënyrë aktive atëherë edhe lidhja ime me artin, përkatësisht me muzikën ka qenë e pashmangshme. Besoj që arti duhet të jetë një pjesë e rëndësishme e jetës së çdo personi.

### 2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Me muzikë kam filluar të merrem nga moshë 9-vjeçare kur fillova të mësoj violinën. Gjatë këtij rrugëtimi përfundova shkollën fillore dhe të mesme të muzikës krahas përfundimit edhe të shkollimit standard fillor dhe gjimnazit. Gjatë shkollimit muzikor kam arritur të marr çmimin e parë si instrumentalisti më i dalluar i Kosovës në vitin 1989 dhe çmimin e tretë në garat e republikane të ish-Jugosllavisë.

3.Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Si muzicent je në kontakt të vazhdueshëm me publikun që kërkon një komunikim të veçantë dhe gjë kjo që mendoj se e ka përmirësuar edhe komunikimin me pacientë.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Jashtëzakonisht shumë, sidomos në

profesionin tim të mikrokirurgjisë oftalmologjike ku nevojitet një shkathtësi bimanuale.

5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës (artit, shkrimit) me përgjegjësitë profesionale?

Jo, mendoj që e plotësojnë njëra-tjetrën.

6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Absolutisht po. Marrja me muzikë, përkatësisht me violinë mundëson që në aspektin fizik dhe mental të relaksohemi nga ngarkesa që e kemi si mjekë, si dhe të rimarrim forcën për të vazhduar me obligimet profesionale.

7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Për fat të mirë po. Me kolegët dr. Valton Besimi – kardiolog, dr. Valbon Besimi – pediatër-neonatolog dhe dr. Dëfrim Koçinaj – kirurg pediatrik, me vite të tëra kemi qenë anëtarë të rregullt dhe boshti i orkestrës së SHKA "Agimi" nga Prizreni.

8.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Për shkak të obligimeve profesionale nuk kam mundësi të marr pjesë më aktivisht. Aktiviteti i fundit në të cilin kam marrë pjesë ka qenë në vitin 2022, në Festivalin Zambaku i Prizrenit si anëtar i orkestrës profesionale.

9.Një porosi për lexuesit.

Mendoj që çdo person duhet të ketë edhe një aktivitet-hobi me të cilin do të merrej në kohë të lirë, qoftë ai aktivitet marrja me ndonjë lloj të artit apo sportit në mënyrë që të kemi një trup dhe mendje sa më të shëndoshë.



## Dr. Valton Besimi

### 1.Çka ju lidh me muzikën?

Me muzikën me lidh një pasion i pashuar që buron qysh nga fëmijëria, me shumë gjasë me rrënjë nga pasioni i babait tim

tashmë të ndërë që ka ekzekutuar në mandolinë, xhaxhait që ka qenë entuziast i madh i muzikës dhe nga vëllai im i madh, dr. Valbon Besimi, prej të cilit edhe i kam marrë mësimet e para në muzikë; ai ka qenë në atë kohë në shkollën e ulët të muzikës, dega Violinë.

2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Lidhja ime me muzikën ka filluar shumë herët në fëmijëri, qysh në vitin 1985 kur babai im më dhuroi për ditëlindje një fizarmonikë shkolllore me tre regjistra.

3.Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Besoj se si muzikant qasja ime në mjekësi ka qenë më ndryshe, mendoj që muzikanti e ka një diapazon të gjerë dinamik të ushtruar për të mos gabuar e që personalisht mua më ka ndihmuar në marrjen e disa vendimeve kritike në momente shumë delikate klinike.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Mendoj që po sepse muzika të ndihmon në mënyra të ndryshme, ta kalon limitin e instrumentit, dukuria e perceptimit është detyrimisht më e shpejtë dhe efikase në tentim të perfeksionizimit, prandaj ka edhe shumë detaje të tjera të vogla që definitivisht më kanë ndihmuar në ngritjen dhe në përmirësimin e shkathtësive mjekësore.

5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

Ky lloj konflikti, do ta quaja konflikt i ëmbël, ka ndodhur shpesh personalisht tek unë, në veçanti gjatë studimeve, por në fund ka triumfuar përkushtimi për mjekësinë.

6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Absolutisht po, shumë pozitiv, kënaqësia ka qenë e vërtetë, shumë reale në çdo aspekt, e atij lloji të kënaqësive që me gjasë sot rinia i ka lënë anash dhe i ka zëvendësuar me kënaqësitë e rrjeteve sociale.

7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Po, kam bashkëpunuar natyrisht. Më duhet t'i përmend me emra, dr. Valbon Ajazaj, dr. Dëfrim Koçinaj dhe dr. Valbon Besimi.



8.A mendoni se marrja me muzikë (art, shkrim) i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Muzika më ka ndihmuar të njoftoj shumë njerëz të ndryshëm dhe të udhëtoj nëpër vende të ndryshme të botës, ku kam pasur rastin të njoftoj karaktere dhe kultura të ndryshme, mënyrën e të menduarit, qasjen për gjëra të ndryshme dhe mendoj që të gjitha këto kanë pasur ndikim pozitiv në raportet e mia të komunikimit me pacientë dhe me kolegë.

9.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Nuk jam aktiv një kohë të gjatë në muzikë edhe pse posedoj një bagazh të madh të instrumenteve muzikore – sintisajzerëve në shtëpi, por për shkak të obligimeve të ndryshme, rrallëherë arrij që edhe në shtëpi të aktivizohem.

10.Një porosi për lexuesit.

Interpretimi i muzikës në skenë kërkon nga interpretuesi një lloj humaniteti dhe ndjeshmërie, sikurse në profesionin tonë të shenjtë të mjekut dhe i inkurajoj të gjithë nxënësit dhe studentët e mjekësisë që në qoftë se kanë talent ta vazhdojnë aktivitetin në muzikë sepse muzika të bënë të ndihesh mirë në të gjitha aspektet, të begaton me kulturë dhe afinitet për t'i parë gjërat më ndryshe e që besoj që e kompletojnë edhe profilin e një mjeku të shkëlqyeshëm në fund!



Dr. Murat Bajrami

1.Çka ju lidh me muzikën?

Muzika për mua është pjesë e pandashme e jetës.

2.Kur ka filluar lidhja juaj me muzikën?

Lidhja me muzikën është diçka që ka ekzistuar në jetën time që nga fëmijëria sepse në shtëpinë tonë ka pasur gjithmonë muzikë. Babi është inspirimi im dhe mentori i hapave të parë në muzikë.

3.Si muzikant, a mendoni se qasja juaj në mjekësi dallon nga kolegët e tjerë që nuk e kanë këtë prirje?

Unë mendoj që po.

4.A konsideroni se shkathtësitë tuaja si muzicent kanë kontribuar pozitivisht në profesionin tuaj mjekësor?

Sigurisht që po, pasi jemi më të ndjeshëm dhe më emocionalë, andaj mendoj që ka dhënë kontribut pozitiv në profesionin tonë.

5.A keni përjetuar ndonjëherë konflikt në mes të përkushtimit ndaj muzikës me përgjegjësitë profesionale?

Ndoshta, por unë mendoj se jo, pasi jam munduar t'i mbaj të dyjat paralelisht.

6.A mendoni se ndjekja e muzikës si hobi apo profesion ka pasur ndikim pozitiv në mirëqenien tuaj personale dhe profesionale?

Po, gjithsesi. Ka pasur ndikim pozitiv si në mirëqenien personale, ashtu edhe në atë profesionale.

7.A keni bashkëpunuar me profesionistë të tjerë mjekësorë që e ndajnë me ju pasionin ndaj muzikës?

Po, kam pasur nderin të bashkëpunoj me Prof. dr. Fisnik Kurshumliun, dr. Dëfrim Koçinajn dhe shumë të tjerë. Edhe tash sa herë që na jepet mundësia shihemi, flasim për muzikë dhe bëjmë "jam".

8.A mendoni se marrja me muzikë i ka përmirësuar aftësitë tuaja të komunikimit me kolegët dhe me pacientët?

Natyrisht që po. Njerëzit që merren me muzikë mendoj se janë më të afërt dhe me shoqërorë.

9.A jeni aktualisht aktiv në veprimtarinë muzikore?

Nuk jam aktiv si më parë, po mundohem që kohë pas kohe të bëj muzikë 'live', ndërsa në shtëpi mund të them që nuk shkon asnjë ditë pa luajtur në kitarë.

10.Një porosi për lexuesit.

Unë ju rekomandoj të dëgjoni sa më shumë muzikë. Ata që luajnë në ndonjë instrument gjithashtu të bëjnë muzikë në kohën e lirë pasi edhe shkenca ka vërtetuar se muzika është ushqim për trurin.

## Akademik. Prof. Dr. Musa Haxhiu

Mjek, fispatolog, pulmolog, kardiolog, profesor, akademik.

Lindi në Pejë, shkollimin fillor dhe të mesëm i kreu në Pejë. Studimet e larta i vazhdoi në Fakultetin e Mjekësisë në Beograd ku u diplomua më 1963. Punoi pneumolog në Spitalin e Sëmundjeve të Mushkërive në Pejë (1968-1971). Me hapjen e FMP, kaloi me punë në Prishtinë. Në vitin 1973 emërohet docent, për lëndën fispatologjia në FMP. Studimet pasuniversitare për kardiologji i regjistroi në vitin (1968-69) dhe i përfundoi me sukses në Universitetin e Beogradit (1971). Temën e doktoratës e mbrojti në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit të Zagrebit (1973). Vazhdoi specializimin dhe studimet plotësuese në Postgraduate Medical School, Londër, Britani e Madhe, për 6 muaj. Musa Haxhiu, emërohet dekan i Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë (1973/75). Gjatë atyre viteve u gjallërua çdo gjë, duke filluar nga një frymë tjetër, si në mësimdhënie, kërkime shkencore, por edhe në ndërtimin e objekteve të reja. Është themelues i Institutit të Fiziologjisë Patologjike të Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë. Gjatë viteve 1975/76 qëndroi në Pennsylvania University, Philadelphia, SHBA. Në vitin 1978 ftohet në një qendër tjetër të fuqishme shkencore në Silikose-Forschungsinstitut der Bergau-Berufs-genossenschaft, Bochum, RF. e Gjermanisë. Zgjidhet profesor inordinar i Fakultetit të Mjekësisë në Prishtinë (1977).

Në vitin 1979 emërohet anëtar me korrespondencë i ASHA të Kosovës. Në një mandat 1978/79 emërohet kryetar i lidhjes së Shoqatave të Fiziologëve të ish-Jugosllavisë. Në vitin 1980, akademik M. Haxhiu sërish qëndroi në Institutin Silikose-Forschungsinstitut der Bergau-Berufs-genossenschaft, Bochum- Gjermani (profesor i ftuar). Në vitin 1982 ftohet profesor në Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA. Emërohet profesor ordinar në Fakultetin e Mjekësisë në Prishtinë (1983).

Zgjidhet kryetar i ASHAK (1990). Dha kontribut të çmuar në zhvillimin e resurseve humane në FMP. Pas demonstratave të vitit 1981 në Kosovë, në diferencimin ideopolitik në Akademinë e Shkencave dhe të Arteve, kundërshtoi fuqishëm politikën antishqiptare të udhëhequr nga pushteti serb dhe lavdëroi kontributin e profesorëve nga Universiteti Shtetëror i Tiranës.

Ndonëse prej vitit 1990 jetoi dhe veproi në OHIO të SHBA-ve, asnjëherë nuk mungoi përkrahja e tij për shkencëtarët e rinj shqiptarë, veçmas ndihma për hartimin e temave të doktoratës.

Në Case Western University mbajti pozitën e profesorit në katër institute. Për aftësitë shkencore dhe organizative ai qe angazhuar në Howard University në Washington DC ku i vuri themelet dhe ngriti në këmbë një laborator të neurofiziologjisë moderne.

Ka qenë anëtar i Këshillit recensues i tri revistave më me zë të Shoqatës Amerikane të Fiziologjisë dhe të Neurofiziologjisë, ndërsa ishte anëtar i shumë shoqatave, siç janë: American Association for the Advancement of Science, American Physiological Society, International Brain research Organisation, Society of Neuroscience, New York Academy of Sciences. Akademik Musa Haxhiu, pa dyshim, është eksperti më i cituar në literaturën shkencore, jo vetëm nga mjekët shqiptarë, por edhe nga ata evropianë. Ka botuar disa tekste universitare dhe mbi 400 punime, kumtesa dhe ligjërime shkencore në revista me renome botërore.

La pas vetës me dhjetëra doktorë dhe magjistra të shkencave mjekësore, me qindra mjekë dhe stomatologë dhe shumë miq gjithandej globit. Kontributi shkencor dhe profesional i akademik Musa Haxhiut, i bën nder kombit tonë dhe humanizmit në tërësi. Vdiq dhe u varros në OHIO (SHBA) më 17.09.2007.



### Literatura:

Akademik. Prof. Dr. Musa Haxhiu "Enciklopedia e doktorëve të shkencave të mjekësisë shqiptare gjithandej globit (1445-2019), dhe mjekëve që lanë gjurmë të pashlyera në historinë e mjekësisë shqiptare, OMK, Prishtinë 2019.

## Kalendari i aktiviteve për vitin 2024

| Institucioni/Shoqata organizuese e aktivitetit                     | Tema  | Koha e mbajtjes së aktivitetit |
|--|---|--------------------------------|
| Klinika e Reumatologjisë QKUK                                      | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Klinika e Mjekësisë Fizikale me Rehabilitim - QKUK                 | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Klinika e Kirurgjisë Abdominale- QKUK                              | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Klinika Pulmologjike - QKUK  | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Klinika e Dermatovenerologjisë - QKUK                              | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor-2024             |
| Kolegji i Kirurgëve të Kosovës                                     | Ligjërata vjetore profesionale                | janar-Shtator 2024             |
| Spitali i Përgjithshëm Prizren                                     | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Prishtinë                  | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Mitrovicë                  | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Klinë                      | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Drenas                     | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar- Dhjetor 2024            |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Malishevë                  | Ligjërata vjetore profesionale                | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Kaçanik                    | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Obiliq                     | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare - Ferizaj                    | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Fushë Kosovë                | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Gjilan                      | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore Mjekësisë Familjare - Vushtrri                     | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Viti                        | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Lipjan                      | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare- Podujevë                    | Health and Beauty                             | Janar-Qershor 2024             |
| Qendra e Mjekësisë Urgjente- Prishtinë                             | Ligjërata profesionale                        | Janar- Dhjetor 2024            |
| Spitali special për terapi fizikale me rehabilitim të përgjithshëm | Ligjërata profesionale                        | Janar-Dhjetor 2024             |
| Oda e Mjekëve të Kosovës   | Kongres multidisiplinar                       | Tetor 2024                     |
|  | Dita Botërore e Kancerit                      | 04 Shkurt                      |
|  | Dita Botërore e Dëgjimit                      | 03 Mars                        |
|  | Dita Botërore e Veshkave                      | 09 Mars                        |
|  | Dita Botërore e Shëndetit                     | 07 Prill                       |
|  | Dita Botërore e Dhurimit të Gjakut            | 14 Qershor                     |
|  | Dita Botërore e Goditjeve Cerebrale           | 29 Tetor                       |
|  | Dita Botërore e Shëndetit Mendor              | 10 Tetor                       |
|  | Muaji i ndërgjegjësimit për kancerin e gjirit | Tetor                          |
|  | Dita Botërore e Diabetit                      | 14 Nëntor                      |



**Dhjetor, 2023**

[omk-ks.org/revista-mjeku](http://omk-ks.org/revista-mjeku)

