

**UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

**VLERËSIMI I NJOHURIVE, QËNDRIMEVE DHE
SJELLJEVE RRETH INFEKSIONEVE SEKSUALISHT TË
TRANSMETUESHME TE STUDENTËT E
UNIVERSITETEVE SHQIPTARE**

TEMË

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

**PUNOI:
Lumturi MERKURI**

**UDHËHOQI:
Prof. Dr. Pellumb PIPERO**

TIRANË, 2013

**UNIVERSITETI I MJEKËSISË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK**

D I S E R T A C I O N

I

PARAQITUR NGA:

KANDIDATI: Lumturi MERKURI
UDHËHEQUR NGA: Prof. Dr. Pëllumb PIPERO

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

D O K T O R

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA: VLERËSIMI I NJOHURIVE, QËNDRIMEVE DHE SJELLJEVE
RRETH INFEKSIONEVE SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME TE
STUDENTËT E UNIVERSITETEVE SHQIPTARE

MBROHET MË DATË: / / 2013

JURIA:

- | | |
|-------------------------------|------------------|
| 1. Prof. Dr. Dhimitër KRAJA | KRYETAR |
| 2. Prof. Dr. Eduart KAKARRIQI | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. Prof. As. Elizana PETRELA | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. Prof. As. Silva BINO | ANËTAR |
| 5. Prof. As. Arjan HARXHI | ANËTAR |

© Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në formë të tjera elektronike dhe/ose çdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

Citimi i mundshëm: Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shëndetit Publik, Lumturi
Merkuri. *Vlerësimi i Njohurive, Qëndrimeve dhe Sjelljeve rreth Infeksioneve Seksualisht
të Transmetueshme te Studentët e Universiteteve Shqiptare*, Temë disertacioni, Tiranë,
2013

1. PERMBAJTJA

PËRMBAJTJA	IV
2. PARATHËNIE	VI
3. SHKURTIME	VIII
4. LISTA E TABELAVE	IX
5. LISTA E GRAFIKËVE	X
6. PËRMBLEDHJE	XI
7. SFONDI/HYRJE	1
7.1. Nevoja për këtë studim	1
7.2. Përkufizime konceptuale	2
7.2.1. Përkufizimi i termit “të rinjtë”	2
7.2.2. Përkufizimi i termit “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme”	2
7.3. IST-të një problem i shëndetit publik	3
7.4. Të dhëna dhe trende për situatën globale të IST-ve ndër të rinjtë	4
7.5. Të dhëna dhe trende për situatën e IST-ve ndër të rinjtë në Shqipëri.....	6
7.6. Njohuritë, Qëndrimet dhe Sjelljet e të rinjëve shqiptar rreth IST-ve.....	9
7.7. Përgjigjia globale dhe kombëtare për parandalimin e IST-ve.....	11
7.7.1. Përgjigjia globale	11
7.7.2. Përgjigjia kombëtare.....	12
8. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT	13
QËLLIMI	13
OBJEKTIVAT	13
9. METODOLOGJIA	14
9.1. Metoda kërkimore	14
9.2. Fusha e studimit.....	14
9.3. Periudha kohore e studimit.....	14
9.4. Popullata target dhe përzgjedhja e kampionit	15
9.5. Metoda e kampionimit	15
9.6. Instrumenti i mbledhjes së të dhënave	15
9.7. Procedura e mbledhjes së të dhënave	16
9.8. Analiza e të dhënave	17
9.9. Konsiderata etike të studimit.....	18
9.10. Limitimet e studimit	19
10. REZULTATET DHE DISKUTIMI	20
10.1. Karakteristika demografike e socio ekonomike të subjekteve në studim.....	20
10.2. Njohuritë e studentëve mbi IST-të	23
10.3. Qëndrimet e studentëve/subjekteve në studim mbi IST-të.....	45
10.4. Sjelljet e studentëve/subjekteve në studim mbi IST-të	48
10.5. Kanalet e komunikimit mbi aspekte të ndryshme të IST-ve.....	63

11. KONKLUZIONE	70
12. REKOMANDIME.....	75
13. REFERENCA.....	77
14. ANEKSE.....	85
14.1. <i>Aneks 1 Pyetësori</i>	85
14.2. <i>Aneks 2 Tabela e kampionimit</i>	95

2. PARATHËNIE

Studimi “Vlerësimi i Njohurive, Qëndrimeve dhe Sjelljeve rreth Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme te Studentët e Universiteteve Shqiptare” është rezultat i një pune individuale 3 vjeçare, si dhe i kontributit të kolegëve të mi nga Instituti i Shëndetit Publik, Fakulteti i Shëndetit Publik, dhe mjaft specialistëve të tjerë të fushës së shëndetit publik.

Ky studim lindi si nevojë për të përcaktuar diagnozën edukative të komunitetit të të rinjëve student të universiteteve shqiptare, me qëllim që ndërhyrjet e ndryshme të Informim-Edukim-Komunikimit për shëndetin të ishin sa më të përshtatshme dhe specifike për këtë target grup. Nga ana tjetër duhej një bazë të dhënash mbi të cilën këto ndërhyrje të monitorohen dhe vlerësohen, kështu që realizimi i këtij studimi u bë dyfish i nevojshëm.

Produkt i këtij raporti janë një listë me konkluzione dhe rekomandime për t’u përdorur nga politikëbërësit e vendimarrësit, specialistët e fushës së shëndetit publik si dhe të tjerë të interesuar në fushën e shëndetit seksual e riprodhues të të rinjëve.

Gjithë procesi i zbatimit të këtij studimi deri në hartimin e këtij dokumenti, përfitoi nga sugjerimet dhe komentet e vlefshme të mjaft kolegëve të mi, ekspert të fushës së shëndetit publik.

Desha të shprehja falenderimet e mia të sinqerta për të gjithë ata të cilët kontribuan në realizimin e këtij studimi:

Falenderimi im shkon për stafin pedagogjik të Fakultetit të Shëndetit Publik për ekspertizën e ofruar si dhe për komentet e tyre konstruktive.

Nuk do të lija pa përmendur të gjithë kolegët e mi në Institutin e Shëndetit Publik, të cilët me idetë e tyre kontribuan në ecurinë e këtij studimi.

Një falenderim i veçantë shkon edhe për të gjithë studentët e universiteteve publike dhe private, të cilët me seriozitet pranuan të ndanin me ne gjërat e tyre kaq personale.

Ju jam shumë mirënjohëse edhe përfaqësuesve të të gjitha institucioneve, të cilët bashkëpunuan për realizimin e këtij studimi dhe më lehtësuan punën në terren: stafin e Ministrisë së Arsimit, Kulturës, Rinisë dhe Sporteve, stafin drejtues dhe pedagogët e universiteteve publike dhe private, Drejtoritë e Shëndetit Publik në rrethet respektive dhe në veçanti stafin e kabineteve të promocionit të shëndetit, të cilët me shumë përkushtim më suportuan në punën time.

Falenderoj të gjithë ata që rishikuan në mënyrë kritike draftin e këtij raporti dhe që më sugjeruan përmirësimet e nevojshme në të.

Falenderoj gjithashtu edhe znj. Glediona Tola e cila bëri të mundur që ky botim të vijë i arrirë nga ana gjuhësore.

Dëshiroj të falenderoj në veçanti udhëheqësin shkencor të këtij punimi, Prof. Dr.Pellumb Pipero, i cili ka mbështetur dhe inkurajuar në mënyrë të vazhdueshme këtë kërkim.

Dhe së fundmi, mirënjohje pafund për familjen time, bashkëshortin tim të paharruar...dhe djalin tim, të cilët më mirëkuptuan dhe më mbështetën në këtë sfidë që unë ndërmora!

Lumturi MËRKURI

3. SHKURTIME

IST	- Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
IEK	- Informim-Edukim-Komunikim
KNS	- Komunikimi për Ndryshimin e Sjelljes
NJQS	- Njohuri, Qëndrime, Sjellje
KAP	- Knowledge, Attitude, Practice
SHR	- Shëndeti Riprodhues
OBSH	- Organizata Botërore e Shëndetësisë
WHO	- World Health Organization
SST	- Sëmundje Seksualisht të Transmetueshme
IST	- Infeksione Seksualisht të Transmetueshme
KNPZH	- Konferenca Ndërkombëtare mbi Popullsinë e Zhvillimit
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
OZHM	- Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit
MDG-s	- Millennium Development Gols
HPV	- Human PapillomaVirus
AIDS	- Acquired Immune Deficiency Syndrome
ISHP	- Instituti i Shëndetit Publik
ICPD	- International Conference on Population and Development
MASH	- Ministria e Arsimit dhe e Shkencës
SPSS	- Statistical Package for Social Sciences
QKTV	- Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar
ADHS	- Albania Demographic and Health Survey

4. LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Karakteristikat demografike dhe socioekonomike të subjekteve në studim.....	22
Tabela 2. Shpërndarja e subjekteve sipas llojit të IST-së që kanë dëgjuar dhe gjinisë.....	24
Tabela 3. Lidhja e numrit mesatar të IST-ve për të cilat kanë dëgjuar subjektet me faktorët demografik e socioekonomikë.....	26
Tabela 4. Njohuritë mbi rrugët e transmetimit të IST-ve sipas gjinisë.....	28
Tabela 5. Lidhja midis numrit mesatar të rrugëve të transmetimit të IST-ve që njohin studentët me faktorët demografik e socio-ekonomik.....	29
Tabela 6. Njohuritë e studentëve mbi rrugët e transmetimit të HIV sipas gjinisë.....	30
Tabela 7. Lidhja e numrit mesatar të njohurive për rrugët e transmetimit të virusit HIV me faktorët demografik e socio-ekonomik.....	32
Tabela 8. Njohuritë rreth simptomave që kanë meshkujt me IST, sipas gjinisë.....	35
Tabela 9. Lidhja midis numrit mesatar të shenjave që subjektet mendojnë se i kanë meshkujt me IST, me faktorët demografik e socio-ekonomike.....	37
Tabela 10. Njohuritë e studentëve rreth shenjave të IST-ve të femrat, sipas gjinisë.....	38
Tabela 11. Lidhja e numrit mesatar të shenjave të femrat me IST, që njohin subjektet me faktorët demografik dhe socio-ekonomike.....	40
Tabela 12. Njohuri rreth rrugëve për mbrojtjen nga IST-të sipas gjinisë.....	42
Tabela 13. Moshë mesatare e kryerjes së marrëdhënieve seksuale dhe gjinisë.....	50
Tabela 14. Lidhja midis moshës mesatare të kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë me faktorët demografik dhe socio-ekonomike.....	51
Tabela 15. Të dhëna lidhur me kryerjen e seksit nën ndikimin e alkoolit, sipas karakteristikave të subjekteve në studim.....	54
Tabela 16. Të dhëna lidhur me përdorimin e prezervativit gjatë marrëdhënieve të fundit seksuale, sipas karakteristikave të subjekteve në studim.....	56
Tabela 17. Të dhëna mbi kryerjen e analizave për IST, sipas karakteristikave të subjekteve në studim.....	59
Tabela 18. Burimet e informacionit që kanë përdorur subjektet lidhur me IST-të.....	62
Tabela 19. Shpërndarja e subjekteve sipas gjinisë, lidhur me personat me të cilët kanë diskutuar mbi IST-të.....	63
Tabela 20. Burimet e preferuara të informacionit për IST-të sipas gjinisë.....	65

5. LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit.....	21
Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe gjendjes civile.....	22
Grafiku 3. Shpërndarja e subjekteve sipas numrit të IST-ve për të cilat kanë dëgjuar....	25
Grafiku 4. Numri i rrugëve të transmetimit të IST-ve që studentët njohin.....	28
Grafiku 5. Numrit i rrugëve të transmetimit të virusit HIV që studentët njohin.....	31
Grafiku 6. Të dhëna mbi perceptimin personal të rriskut sipas gjinisë.....	33
Grafiku 7. Numri i simptomave të meshkujt me IST, që njohin studentët.....	36
Grafiku 8. Numri i simptomave të femrat me IST, për të cilat kanë njohuri studentët....	39
Grafiku 9. Qëndrimet e studentëve lidhur me aspekte të ndryshme mbi IST-të.....	44
Grafiku 10. Opinionet e studentëve mbi aspekte të ndryshme lidhur me IST-të.....	45
Grafiku 11. Mosha e ardhjes për herë të parë të menstruacioneve.....	47
Grafiku 12. Shpërndarja e subjekteve sipas statusit të kryerjes së marrëdhënieve seksuale.....	48
Grafiku 13. Mosha e kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë.....	49
Grafiku 14. Të dhëna lidhur me aktivitetin seksual për subjektet në studim.....	53
Grafiku 15. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënieve seksuale.....	55
Grafiku 16. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale.....	55

6. PËRMBLEDHJE

Orientimi drejt përzgjedhjes së temës së këtij studimi u kushtëzua nga nevoja për të siguruar evidenca të qarta shkencore, mbi të cilat të hartohen ndërhyrje të përshtatshme parandaluese rreth IST-ve, për target grupin e të rinjëve.

Një analizë e hollësishme e situatës aktuale në fushën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme ofroi një tablo të kontekstit në të cilin u realizua studimi dhe shërbeu si një kornizë për të gjykuar mbi gjetjet e tij. Kjo analizë tregoi se IST-të dhe konsekuencat e tyre shëndetësore edhe ndër të rinjtë janë duke u bërë një problem madhor i shëndetit publik. Analiza e informacionit të grumbulluar tregoi se të rinjtë shqiptar kanë informacion të limituar rreth IST-ve si dhe keqkuptime të lidhura me to. Analiza tregoi gjithashtu, se tendenca e fillimit të marrëdhënieve seksuale në një moshë gjithmonë e më të hershme si dhe përfshirja e të rinjëve në marrëdhënie seksuale me risk, janë karakteristika të periudhës së sotme edhe në Shqipëri.

Qëllimi i këtij studimi është të vlerësojë nivelin e njohurive, qëndrimeve e sjelljeve të studentëve të universiteteve shqiptare lidhur me infeksionet seksualisht të transmetueshme në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme të Informim-Edukim-Komunikimit si dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin dhe vlerësimin e aktiviteteve parandaluese.

Ky është një studim pëshkrues i tipit transversal, i hartuar që të grumbullojë informacion nëpërmjet një kampioni përfaqësues prej 2000 studentësh të universiteteve publike dhe private në nivel kombëtar. Instrumenti i mbledhjes së të dhënave ishte një pyetësor i strukturuar, i cili u pretestua prapakisht me një grup të ngjashëm studentësh. Për shkak të karakterit tepër sensitiv të çështjes, plotësimi i pyetësorit u bë me vetëadministrim. Për hedhjen dhe analizën e të dhënave u përdor programi statistikor SPSS, versioni 18. Për paraqitjen grafike të të dhënave, krahas tabelave, u përdorën edhe bar-diagramet si më të përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike, si dhe grafikët në trajtë torte. Studimi mori miratimin e Bordit të Etikës, në Komitetin Shqiptar të Etikës Mjekësore.

Analiza dhe interpretimi i të dhënave u përqëndrua në gjetjet kryesore të studimit të cilat janë prezantuar në kapituj të veçantë: të dhëna mbi njohuritë e subjekteve në studim, të dhëna mbi qëndrimet, të dhëna mbi sjelljet dhe të dhëna mbi kanalet e komunikimit.

Të dhënat *mbi njohuritë e studentëve* rreth IST-ve evidentuan se megjithëse ata kanë një nivel relativisht të mirë të njohurive, një përqindje për tu konsideruar e tyre ka informacion të limituar apo mungesë informacioni mbi mjaft prej problematikave mbi IST-të si dhe keqkuptime të lidhura me to. Ka mungesë informacioni për lloje të ndryshme të IST-ve, me një frekuencë më të lartë për klamidia-n (83.5 %), gonorre-n (61.7 %) për herpes-in genital (46.3 %), si dhe mbi disa nga rrugët e transmetimit të tyre. Studentët me vendbanim në zonat urbane dhe me gjendje ekonomike të mirë, demonstuan njohuri pak më të mira lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve, se sa

homologët e tyre me banim në zonat rurale (3.1 vs 2.9) dhe me gjendje ekonomike të dobët (3.2 vs 2.9).

Ka gjithashtu, keqkuptime lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve. Rreth 1/3 e studentëve (35.0 %) mendojnë në mënyrë të gabuar se mund të infektosh me HIV nëse përdor të njëjtat enë me një të infektuar, ndërsa 11.0 % e tyre, mendojnë se është e rrezikshme të qëndrosh në të njëjtën bankë me një person me HIV/AIDS. Mungon informacioni për vendet ku kryhen testimet për IST-të si dhe për vendet ku mund të trajtoresh nëse ke një IST-të. Niveli i njohurive mbi mënyrat e parandalimit të IST-ve është i ulët dhe ka keqkuptime lidhur me metodat e mbrojtjes nga IST-të. Një përqindje për tu konsideruar e studentëve (27.4 %) mendojnë se pilulat kontraceptive të mbrojnë nga IST-të. Në përgjithësi, njohuritë e studentëve janë të lidhura me nivelin e arsimimit të prindërve dhe vendbanimin. Studentët me prindër më të arsimuar dhe me banim në zonat urbane, kanë njohuri më të mira. Në veçanti, arsimi i nënës duket se ka ndikim më të madh në njohuritë e studentëve. Studentet femra në përgjithësi demonstruan njohuri më të mira se sa meshkujt.

Studimi evidentoi se përgjithësisht ka një korrelacion pozitiv midis nivelit të njohurive të studentëve lidhur me IST-të dhe *qëndrimeve* të tyre mbi këto çështje. Studentët me njohuri më të mira mbi IST-të kanë qëndrime korrekte dhe anasjelltas. Megjithatë, qëndrime jo korrekte dhe stigmatizuese janë evidente për shumë prej çështjeve që lidhen me to. Megjithëse në një përqindje të vogël (5.7 %), janë prezente qëndrime jo korrekte ndaj efikasitetit të përdorimit të kondomit. Studimi ynë zbuloi se ka qëndrime negative/jo tolerante ndaj personave me IST dhe HIV pozitiv. Kështu, 15.1 % e studentëve, mendojnë se personat HIV pozitiv nuk duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët. Në përgjithësi, qëndrimet negative të meshkujt janë në një frekuencë më të lartë se te femrat. Studentët kanë gjithashtu një përceptim personal rrisht të ulët (52.6 % e tyre), për mundësinë e infektimit prej IST-ve. Kjo mund të jetë një nga arsytet e sjelljeve seksuale me rrisht të raportuara në këtë studim.

Njohuritë relativisht të mira, dhe qëndrimet përgjithësisht korrekte nuk shkonin në të njëjtën linjë me *praktikat* lidhur me IST-të. Studimi ynë raporton një prevalencë më të lartë të kryerjes së marrëdhënieve seksuale (61.7 %) se studime të tjera të kryera në Shqipëri në target grupe të ngjashme. Prevalenca e angazhimit të meshkujve në aktivitet seksual është gati dyfish më e lartë (85.1 %) krahasuar me femrat (43.6 %). Edukimi i prindërve dhe gjendja ekonomike e familjeve të tyre duket se mbeten faktor të rëndësishëm në prevalencën e eksperiencave të para seksuale të studentëve. Studimi ynë rikonfirmoi se mosha e kryerjes për herë të parë të marrëdhënieve seksuale është spostuar drejt moshave më të reja. Mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale rezultoi të ishte 17.6 ± 1.8 vjeç, me një moshë minimale të raportuar 12 vjeç. Në mënyrë sinjifikante ($p < 0.001$) femrat kanë hyrë në marrëdhënie seksuale në një moshë më të vonë se meshkujt (meshkuj 18.6 ± 1.5 vjeç vs femra 16.8 ± 1.6 vjeç).

Studimi ofroi të dhëna të cilat tregojnë se të rinjtë shqiptar janë angazhur në sjellje seksuale me rrisht si; marrëdhënie seksuale me shumë partner apo me partner rastësor, marrëdhënie seksuale nën përdorimin e alkolit dhe drogës, etj. Meshkujt raportojnë një nivel më të lartë përfshirje në sjellje me rrisht se sa femrat. Mesatarisht, subjektet në

studim kanë pohuar se kanë pasur 2.2 partner seksual ndërsa 10 % e tyre kanë raportuar se kanë patur disa (mbi 5) partner seksual. Marrëdhëniet seksuale me partner rastësor janë pohuar nga 15 % e studentëve që raportuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale. Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e alkolit është 20.5 % (36.1 % meshkuj e 8.4 % femra), ndërsa prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e drogës është 4.3 %. Prevalenca e përdorimit të kondomit është relativisht e ulët dhe përdorimi i tij është jo konsistent. Gati $\frac{1}{4}$ e studentëve që kishin kryer marrëdhënie seksuale (17.8 % e tyre) nuk kanë përdorur kurrë prezervativ, ndërsa përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale, është raportuar vetëm nga 49.0 % e atyre që pohuan se përdorin prezervativ. Arsytet e paraqitura prej studentëve për përdorimin/mospërdorimin e prezervativit, evidentojnë një mungesë informacioni dhe keqinformime. Gjithashtu, studentët e përfshirë në studim nuk janë të ndërgjegjësuar për rëndësinë e kryerjes së ekzaminimeve rutine, megjithëse kanë raportuar kryerjen e sjelljeve seksuale me risk. Shumica e tyre (87.6 %), nuk kanë kryer asnjëherë një analizë rutine për IST-të. Edhe ata që kanë raportuar se kanë kryer një analizë të tillë, kanë pohuar se e kanë kryer atë për arsye të tjera (ofruar si dhurues gjaku, kontroll për shtatzëni, rekomanduar nga mjeku, etj). Edhe pse në nivele të ulta (3 %), studimi ynë raporton prezencën e IST-ve të ndryshme ndër studentët e intervistuar. Pothuajse të gjitha gjetjet e mësipërme të studimit ishin të lidhura në mënyrë sinjifikate me nivelin arsimor të prindërve, të ardhurat e familjes dhe rezidencën.

Të dhënat mbi kanalet e komunikimit, treguan se media elektronike dhe ajo e shkruar vazhdojnë të mbeten ndër burimet kryesore të informacionit. Media e cila ka rezultuar më tepër informative për studentët ka qënë interneti, 61.1 % pasuar nga televizioni, 60.6 % dhe media e shkruar (gazetat, revistat, librat), 46.4 %. Bashkëmoshatarët raportohen si burim informacioni nga 38.4 % e tyre. Stafit pedagogjik/mësuesit si dhe personeli shëndetësor të cilët janë përgjegjës për edukimin shëndetësor të komunitetit të nxënësve, vlerësohen si burim fare i pakët informacioni, respektivisht nga 36.2 % dhe 25.4 % e tyre. Burimet më të preferuara prej studentëve për të marrë informacion shëndetësor janë: televizioni i referuar si burim primar nga 70.9 % e tyre, interneti 59.9 %, librat 45.9 % dhe revistat 29.4 %. Të dhënat lidhur me mediat më të ndjekuara dhe më të preferuara prej studentëve duken pak kontraverse. Ndërsa interneti është raportuar si media më e ndjekur, televizioni është preferenca primare për të marrë informacion mbi shëndetin. Rezultatet e studimit tonë gjetën një variacion në orët e preferuara prej studentëve për të ndjekur televizionin apo radion.

Bazuar në gjetjet dhe konkluzionet e mësipërme të studimit janë formuluar rekomandimet e mëposhtme: Niveli relativisht i ulët i njohurive, keqinformimi, si dhe prezenca e sjelljeve me risk, diktojnë nevojën urgjente për ndërhyrje efektive për rritjen e ndërgjegjësimit të komunitetit të rinjëve lidhur me IST-të. Promocioni i shëndetit duhet të konsiderohet si një investim i vlefshëm dhe duhet të jetë pjesë integrale e të gjitha programeve që implementohen për të rinjtë. Ndërtimi i kapaciteteve të stafit mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimeve me qëllim aftësimin e tyre për të suportuar aktivitetet e promocionit mbi shëndetin seksual për të rinjtë, nëpërmjet edukimit në vazhdim është i nevojshëm dhe duhet inkurajuar. Strategjitë e komunikimit si dhe programet e ndryshme të IEK duhet të përqëndrohen në dhënien e informacioneve të sakta shkencore që adresojnë e promovojnë problematikën e të rinjëve mbi shëndetin seksual. Promovimi i

sjelljeve seksuale të shëndetëshme duhet të jetë një fokus tjetër i rëndësishëm i punës edukativo shëndetësore. Mesazhet duhet të fokusohen në: promovimin e përdorimit korrekt dhe konsistent të kondomit, në promovimin e shërbimeve që ofrohen për të rinjtë, në promovimin e ekzaminimeve e kontroleve periodike rutin për diagnozën e hershme, perceptimin e riskut, etj. Hartimi i materialeve të ndryshme informuese për të rinjtë mbi çështje specifike të lidhura me IST-të duhet të jenë të unifikuara e të standartizuara dhe të jenë të hartuara prej profesionistëve të fushës për të evituar keqkuptimet e lidhura me to. Edukimi seksual në shkolla duhet të jetë një nga objektivat prioritare të ministrive të linjës. Institucionet edukative publike dhe private duhet riorientojnë kurrikulat ekzistuese si dhe të përfshijnë edukimin seksual në kurrikulat shkollore në të gjitha nivelet e arsimit parauniversitar, për të siguruar edukimin në vazhdimësi të të rinjve mbi shëndetin seksual. Duhet rifreskim periodik i kurrikulave shkollore si dhe siguri i trajnimit të vazhdueshëm të mësuesve që merren me edukimin shëndetësor të nxënësve.

Institucionet përgjegjëse, të hartojnë strategji të cilat të rrisin kërkesën për shërbime prej të rinjve. Qendrat e këshillimit e testimit vullnetar, qendrat e planifikimit familjar dhe shoqatat rinore duhet të orientojnë punën e tyre drejt shërbimeve miqësore për të rinjtë, për ti bërë ato më të aksesueshme për ta.

Për një përgjigje multisektoriale, duhen krijuar partnershipe dhe koalicione me institucione dhe organizata të ndryshme të fushës, që të mund të influencojnë politikat e ndryshme shëndetësore për këtë target grup. Koordinimi i ndërhyrjeve të IEK me të gjithë aktorët është një aspekt i cili duhet vlerësuar për suksesin e tyre. Advokacia dhe edukimi i politikbërësve dhe vendimarrësve për mbështetjen e këtij target grupi nëpërmjet hapjes së shërbimeve të ndryshme multidisiplinare për ta duhet të jetë një strategji tjetër e cila duhet konsideruar.

Partnershipi me median duhet të ndërtohet në mënyrë që ato të jenë suportive, dhe të ndihmojnë në përmirësimin e perceptimit të të rinjve për parandalimin e IST-ve. Përzgjedhja e mediave specifike dhe kanaleve të ndryshme, bazuar mbi shikueshmërinë si dhe orëve më të ndjekuara prej studentëve, janë aspekte që duhen konsideruar. Diskutimi i çështjeve të lidhura me IST-të dhe shëndetin seksual duhet të zërë një vend të konsiderueshëm në emisionet radio-televizive. Fuqizimi i kapaciteteve të medias nëpërmjet krijimit të një grupi gazetarësh të trajnuar për përgatitjen e programeve shëndetësore cilësore dhe trajtimin me profesionalizëm të çështjeve të tilla të lidhura IST-të sugjerohet si strategji efektive. Ndërtimi dhe forcimi i kapaciteteve të mediave lokale është gjithashtu i nevojshëm për të përmirësuar performancën e tyre.

Studime më të thelluara duhen bërë për të eksploruar përse personeli shëndetësor dhe mësuesit raportohen si burim i pakët informacioni për të rinjtë.

Po ashtu, është i nevojshëm realizimi periodik i studimeve të kësaj natyre për të parë trendet dhe për të vlerësuar progresin.

Ne besojmë se gjetjet e këtij punimi do të influencojnë politikat shëndetësore dhe sociale për të bërë modifikimet e duhura si dhe për të marrë vendime bazuar në evidenca shkencore. Gjetjet e këtij punimi mund të përdoren gjithashtu, edhe nga stafet akademike, profesionistët e shëndetit publik si dhe të tjerë të interesuar, për disenjimin dhe implementimin e ndërhyrjeve të ndryshme të promocionit shëndetësor.

7. SFONDI/HYRJE

Në këtë kapitull prezantohet një analizë e hollësishme e situatës aktuale në fushën e Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme (**IST**) e cila ka përbërë sfondin e këtij studimi.

Kjo analizë është realizuar nëpërmjet një pune intensive për grumbullimin e gjithë informacionit egzistues, konsultimit të një sërë botimesh, raportesh shkencore të publikuara e të papublikuara, si dhe navigime për një kohë të gjatë në internet për konsultimin e literaturës shkencore botërore, duke mundësuar një informacion të bollshëm.

Informacioni i prezantuar më poshtë jep një tablo të kontekstit në të cilin u realizua studimi ynë dhe shërben si një kornizë për të gjykuar mbi gjetjet e studimit.

7.1. NEVOJA PËR KËTË STUDIM

Përzgjedhja e temës së këtij studimi u vlerësua si i nevojshëm për disa arsye: *së pari* literatura shkencore sugjeron se programet e suksesshme parandaluese, duhet patjetër të kenë të inkorporuar edhe komponentin e Informim Edukim Komunikimi (**IEK**) për ndryshimin e sjelljeve shëndetësore. Nëse kjo nuk ndodh, suksesi i këtyre programeve është i limituar, ose është i destinuar të dështojë.

Por, hartimi i programeve dhe ndërhyrjet e ndryshme të IEK, apo të Komunikimit për Ndryshimin e Sjelljeve (**KNS**) kanë nevojë të mbështeten në evidenca të qarta shkencore të cilat të vendosin në dispozicion të hartuesve të tyre, të dhëna të sakta mbi Njohuritë, Qëndrimet dhe Sjelljet (NJQS) që duhen ndryshuar në një popullatë target, lidhur me një çështje të caktuar.

Ekspertët e fushës nënvizojnë qartazi rëndësinë e hartimit të programeve të promocionit shëndetësor bazuar në sigurimin paraprak të evidencave të besueshme shkencore për disenjimin, monitorimin dhe vlerësimin e këtyre ndërhyrjeve ^[1]. Këto evidenca sigurojnë përcaktimin/vendosjen e “diagnozës edukative” të një komuniteti të caktuar. Ashtu si vendosja e një diagnoze klinike është e nevojshme dhe paraprin një plan trajtimi mjekësor, një “diagnozë edukative” është shumë thelbësore përpara disenjimit dhe implementimit të një programi të suksesshëm të edukimit dhe promocionit shëndetësor si dhe të komunikimit për ndryshimin e sjelljeve ^[2-4].

Ka mënyra të ndryshme për grumbullimin e informacionit për të realizuar një diagnozë edukative në një komunitet të caktuar. Nga metodat më frekvente të përdorura ndërkombëtarisht për të vlerësuar nivelin e njohurive, qëndrimeve e sjelljeve në një popullatë janë pikërisht studimet e tipit **KAP** (**K**nowledge, **A**ttitude and **P**ractise) Survey. Studimet të tipit KAP survey grumbullojnë informacion mbi atë çfarë dinë të intervistuarit, çfarë ata mendojnë e besojnë dhe si ata sillen rreth një çështje të caktuar. Ato vlerësojnë hendeqet në njohuritë, besimet e sjelljet dhe identifikojnë faktorët që

influencojnë ato. Një studim i kësaj natyre, i mirëprojektuar dhe sigurisht i mirëzbatuar, prodhon të dhëna të dobishme të cilat ndihmojnë ekspertët e fushës të përcaktojnë prioritetet dhe bazuar mbi këto të planifikojnë dhe implementojnë ndërhyrje të ndryshme të IEK për ndryshimin e sjelljeve për një popullatë të caktuar.

Studimet e tipit KAP survey, për herë të parë janë aplikuar në fushën e planifikimit familjar dhe në studime të tjera për popullsinë në vitin 1950. Ato u disenjuan për të siguruar informacion lidhur me njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet rreth planifikimit familjar të cilat do të ishin të dobishme për tu përdorur në hartimin e programeve të ndryshme në të gjithë botën. Në vitet 1960-1970 ato u shtrinë në shumë vende dhe më pas u rritën me shpejtësi në përgjigje të nevojave të kujdesit shëndetësor parësor. Qysh atëherë, sondazhet KAP përdoren gjerësisht për të marrë informacion mbi njohuritë, qëndrimet e praktikën shëndetësore ¹⁵⁻⁷¹. Atraktiviteti i sondazheve të tipit KAP, i atribuohet karakteristikave të tilla si; lehtësi në disenjimin e studimit, ofrimin e të dhënave sasiore, lehtësi në interpretimin dhe paraqitjen konçize të rezultateve të mbledhura, gjeneralizimin e rezultateve prej një mostre të vogël në një popullsi më të gjerë, krahasueshmëria ndërkulturore, shpejtësia e implementimit, etj ^{15,81}.

Megjithatë, disa studiues kanë kritikuar aplikimin e sondazheve KAP, lidhur me atë nëse të dhënat e siguruar prej tij, mund të ofrojnë informacion të saktë mbi njohuritë, qëndrimet e praktikën dhe që mund të përdoren për qëllime të planifikimit të programit. Ata kanë shprehur edhe shqetësimin mbi zbatueshmërinë e sondazheve KAP ^{15,9,101}.

Por, sot në komunitetin e specialistëve ndërkombëtar të shëndetit e planifikuesve të programeve shëndetësore, rrallë ekziston ndonjë diskutim në lidhje me atë nëse sondazhet KAP janë një metodologji e përshtatshme për të eksploruar njohuritë, qëndrimet e praktikën shëndetësore dhe që mund të përdoren ose jo për planifikimin e programeve. Kohët e fundit nuk ka patur asnjë diskutim kritik mes shkencëtarve mbi këtë çështje ¹⁵¹.

Nga ana tjetër, studime të tipi KAP, ndihmojnë për të krijuar një bazë të dhënash mbi të cilën të monitorohen dhe vlerësohen ndërhyrjet e ndryshme të edukimit dhe promocionit të shëndetit.

Së dyti, gjatë analizës së situatës për hartimin e Strategjisë Kombëtare të Shëndetit Riprodhues, 2009-2015, u konstatua se kishte studime fare të pakta të bëra në këtë fushë lidhur me njohuritë, qëndrimet e sjelljet e të rinjve rreth IST-ve. Kjo pengonte hartimin e programeve bazuar mbi evidenca. Ato pak studime që ishin bërë sigurisht na dhanë një tablo për situatën, por nuk mund të përgjithësoheshin sepse ato: përfshinin një numër të kufizuar studentësh, ishin aplikuar në target grupe specifike, ose ishin bërë para shumë kohësh dhe nuk mund të përdoreheshin në momentin aktual, mbasi nuk ishin koherente.

Së treti, bazuar në argumentin e mësipërm, ky studim i shtohet listës së pakët të studimeve të thelluara, të realizuara më herët në vendin tonë të tipit KAP survey me fokus të veçantë, trajtimin e çështjeve të IST-ve tek studentët e univeristeteve shqiptare.

Së katërti, orientimi drejt kësaj teme u kushtëzua nga fakti që IST-të janë një nga komponentët e rëndësishëm të **Shëndetit Riprodhues (SHR)**, fushë e cila është ekspertizë e punës time të përditëshme në departamentin ku unë punoj.

Nevoja imediate për të vlerësuar nivelin aktual të njohurive, qëndrimeve e sjelljeve të studenëve shqiptarë rreth IST-ve, në funksion të hartimit të programeve IEK (përcaktimi i diagnozës edukative të komunitetit), krijimi i një baze të dhënash për monitorimin e vlerësimit të tyre, plotësimi i boshllëkut me studime të kësaj natyre si dhe ekspertiza ime në këtë fushë ishin arsye të cilat kushtëzuan përzgjedhjen e kësaj teme kërkimore.

7.2. PËRKUFIZIME KONCEPTUALE

Përkufizimet e mëposhtme japin një qartësim për dy termat të cilat janë të përdorur më së tepërmi në këtë raport: termin “të rinjtë” i cili në kontekstin e këtij raporti i referohet të rinjve studentë si dhe termin “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme”.

7.2.1. Përkufizimi i termit “të rinjtë”

Të rinjtë sipas përcaktimit të OBSH/Organizatës Botërore të Shëndetësisë përfaqësojnë një kategori të gjerë moshore prej 10-24 vjeç. **WHO (World Health Organization)** ka përkufizuar “adoleshentët” si persona të grupmoshës 10-19 vjeç, ndërsa “të rinjtë” është përkufizuar grup moshë 15-24 vjeç ^[11,12]. Sipas statistikave, globalisht popullsia me moshë 15-24 vjeç është rritur në 1.2 milion duke përbërë 18 % të popullsisë së botës ^[13].

7.2.2. Përkufizimi i termit “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme”

Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme janë infeksione të cilat përhapen nga një person tek një tjetër, kryesisht nëpërmjet kontaktit seksual. Disa prej infeksioneve seksualisht të transmetueshme, në mënyrë të veçantë HIV dhe sifiliz mund të transmetohen edhe nëpërmjet gjakut si edhe nga nëna tek fëmija gjatë shtatzënisë, lindjes apo ushqyerjes me gji ^[14].

Sipas fjalorëve mjekësor, infeksionet seksualisht të transmetueshme janë definuar si “Infeksione të cilat mund të transmetohen nga një person tek një tjetër nëpërmjet kontaktit seksual”. Në këtë kontekst, kontakti seksual nënkupton të gjitha format e kontaktit seksual vaginal, anal, oral si dhe përdorimin e lojrave të seksit ^[15].

Për të përshkruar infeksionet seksualisht të transmetueshme janë përdorur terma të ndryshëm që shpesh janë sinonim apo zëvendësim të njeri tjetrit. Termat më të zakonshëm dhe më së tepërmi të përdorur deri rreth viteve 1990, për të përshkruar *Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme* kanë qenë termi “Sëmundje Seksualisht të Transmetueshme” (**SST**) apo sëmundje veneriane si dhe termi “Infeksione Seksualisht të Transmetueshme” (**IST**). Termi më i preferuar i përdorur vitet e fundit është termi “IST”, i cili është një emërtim shumë më i gjerë se termi SST; një person i infektuar me një IST-të jo domosdoshmërisht mund të ketë simptoma, ndërsa një person me SST ka shfaqur shenjat e sëmundjes.

Janë më tepër se 30 infeksione seksualisht të transmetueshme, të cilat mund të shkaktohen nga *bakterie* (gonorrea, klamidia, sifilizi, etj), nga *viruse* (AIDS, herpes genital, hepatit B, infeksionet nga cytomegalovirus) apo *parazitë* (trichomoniasis, candida, scabia pubis) ^[16].

Infeksionet seksualisht të transmetueshme janë një komponent i rëndësishëm i shëndetit riprodhues, përcaktuar si i tillë në Konferencën Ndërkombëtare mbi Popullsinë e Zhvillimin (KNPZH), mbajtur në Kajro në vitin 1994. Sipas KNPZH komponentët e shëndetit riprodhues përfshijnë: shëndetin e adoleshentit, planifikimin familjar, shëndetin e nënës, shëndetin e fëmijës, shëndetin seksual, *infeksionet seksualisht të transmetueshme, përfshirë HIV/AIDS*, kontrollin e tumoreve të traktit genital dhe të gjirit, si dhe kujdesin për shëndetin postriprodhues-menopauza/andropauza ^[17].

7.3. IST-TË NJË PROBLEM I SHËNDETIT PUBLIK

Sot, infeksionet seksualisht të transmetueshme, në përgjithësi, dhe sidomos ato në mesin e të rinjëve në veçanti, janë shqetësim i rëndësishëm për të gjithë ekspertët të cilët punojnë për përmirësimin e statusit shëndetësor të popullatës.

IST-të dhe konsekuencat e tyre shëndetësore, janë duke u bërë një problem madhor për shëndetin publik. Në vendet në zhvillim, IST-të dhe komplikacionet e tyre renditen në 5 kategoritë e para të sëmundjeve për të cilat të rriturit kërkojnë kujdes shëndetësor ^[18]. Edhe në vendet e zhvilluara si psh në Amerikë, IST-të janë një nga problemet kryesore të shëndetit publik, ku gati 19 milion raste të reja ndodhin çdo vit dhe afërsisht gjysma e tyre në grupmoshën 15-24 vjeç ^[19].

Mbi 80 % e IST-ve të kurueshme, ndodhin në vendet në zhvillim si edhe vendi ynë. Adolehentët dhe të rinjtë kanë prevalencën më të lartë të këtyre IST-ve ^[20-23].

Mjaft prej IST-ve zhvillohen pa shenja të dukshme si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat. Kështu psh, mbi 70 % e femrave dhe një numur i konsiderueshëm i meshkujve me infektion gonokoksik dhe/ose infektion nga klamidia janë pa simptoma. Të dyja infeksionet si ato me simptoma ashtu edhe ato pa simptoma, çojnë në zhvillimin e komplikacioneve serioze ^[11].

IST-të, identifikohen ndër rrisqet globale kryesore për vdekshmërinë dhe zënë vendin e dytë për peshën e sëmundshmërisë si dhe për vitet e paftësisë të arrdhura për shkak të kësaj sëmundshmërie ^[24].

Globalisht të gjitha këto infeksione krijojnë një problem të madh shëndetësor si dhe një barrë ekonomike, sidomos në vendet në zhvillim, ku ato sjellin rreth 17 % të humbjeve ekonomike të shkaktuara prej sëmundshmërisë. Kostot sociale dhe ekonomike të këtyre infeksioneve dhe komplikacioneve të tyre, janë të konsiderueshme dhe në shumicën e vendeve në zhvillim shterojnë buxhetet kombëtare për shëndetin si dhe të ardhurat familjare ^[11,25-27].

IST-të rrisin barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë nëpërmjet impaktit të tyre direkt në cilësinë e jetës si dhe ndikimit në ekonominë kombëtare dhe individuale. Barra e IST-ve, rritet edhe nëpërmjet impaktit të tyre indirekt duke lehtësuar transmetimin e virusit HIV (**H**–Human **I**–Immunodeficiency **V**–Virus). Parandalimi dhe trajtimi i IST-ve, redukton riskun e transmetimit seksual të HIV. Efekti bashkëshoqërues në transmetimin e HIV është më i lartë në sëmundjet seksualisht të transmetueshme ulçerative: Evidencat tregojnë se një prej IST-ve, herpes genital, mund të jetë përgjegjës për një përqindje të lartë të rasteve të reja me HIV ^[11,28,29]. Përmirësimi i menaxhimit të rasteve me IST është një ndërhyrje shkencërisht e provuar në reduktimin e incidencës së HIV, në popullatë ^[11,30-32]. Objektivi 6-të i Zhvillimit të Mijëvjeçarit (**OZHM**), kërkon reduktimin e përhapjes së virusit HIV në vitin 2015 ^[11,33]. Parandalimi i IST-ve është një ndërhyrje që në mënyrë të dukshme dhe mjaft kostoefektive kontribon pikërisht në arritjen e këtij objektivi.

IST-të janë ndër shkaqet kryesore të parandalueshme të infertilitetit, në veçanti tek femrat. Rreth 10-40 % e femrave me infeksion të klamidias të patrajtuar, zhvillojnë sëmundje inflamatore pelvike ^[11,34]. Nga ana tjetër, dëmtimet e tubave të fallopit mbas një IST-je, janë përgjegjës për 30-40 % të rasteve të infertilitetit tek femrat. Femrat të cilat kanë kaluar një sëmundje inflamatore pelvike kanë 6 deri në 10 herë më tepër mundësi për të zhvilluar një barrë ektopike ^[11,35]. MDGs (**M**illennium **D**evelopment **G**ols) 5 dhe 6 kërkojnë reduktimin e mortalitetit amtar me $\frac{3}{4}$ deri në vitin 2015. Parandalimi i IST-ve, do të kontribojë pikërisht në arritjen e këtij objektivi edhe nëpërmjet parandalimit të vdekjeve tek gratë, të cilat janë të lidhura me barrat ektopike.

Human PapillomaVirus (HPV), një nga viruset i cili është konsideruar si shkaktari kryesor (në rreth 96 % të rasteve) i kancerit invaziv të qafës së mitrës, transmetohet kryesisht nëpërmjet marrëdhënieve seksuale penetrative, por edhe nga kontakti jo penetrativ si ai oral-genital, manual-genital, dhe genital-genital. Parandalimi i infeksionit nga HPV do të reduktonte numrin e femrave të cilat vdesin prej kancerit cervical, kancerit të dytë më të zakonshëm tek femrat mbas atij të gjirit ^[11,36-38].

IST-të e patrajtuara janë të lidhura gjithashtu, me aborte, lindje parakohe, infeksione kongenitale dhe perinatale të të porsalindurit. Në mesin e grave shtatzëna me sifiliz të patrajtuar, 25 % e tyre rezultojnë në lindje parakohe dhe 14 % në vdekje neonatale ^[11,39]. Mbi 35 % e grave që kanë një infeksion gonokoksik të patrajtuar rezultojnë në aborte e lindje parakohe dhe mbi 10% në vdekje perinatale ^[11,40]. Në mungesë të masave parandaluese, gati 30-50 % e fëmijëve të lindur nga nënat me gonorre të patrajtuar si dhe mbi 30 % e fëmijëve të lindur nga nënat me klamidia, do të zhvillojnë oftalmi neonatale, e cila mund të shkaktojë verbëri tek fëmijët. Të dhënat tregojnë se në mbarë botën 1000-4000 bebe të porsalindura verbohën çdo vit për këtë arsye ^[11,41-43].

7.4. TË DHËNA E TRENDE PËR SITUATËN GLOBALE TË IST-ve TE TË RINJTË

IST-të janë sot një risk madhor për të gjithë adoleshentët seksualisht aktiv. Çdo vit, 1 në 20 adoleshent preket nga një IST-të. Nga ana tjetër mosha në të cilën këto infeksione

merren po bëhet gjithmonë edhe më e re. Shumica e IST-ve të kurueshme ndodhin në vendet në zhvillim ku të rinjtë kanë nivelin më të lartë të këtyre IST-ve ^[11,25].

Duke qënë se mjaft adoleshent në mbarë botën janë seksualisht aktiv dhe kryejnë marrëdhënie seksuale të pambrojtura, ata janë në rrezik potencial për tu infektuar nga një IST-të. Zakonisht, IST-të ndër të rinjtë janë konsekuencë e seksit të pambrojtur dhe me një numër të lartë partnerësh seksual afatshkurtër ^[44]. Numri më i lartë i rasteve të raportuara me IST- të, është midis të rinjëve të moshës 15-24 vjeç: mbi 60 % e rasteve të reja me HIV si dhe gjysma e njerëzve seropozitiv në të gjithë globin i përkasin pikërisht kësaj grup moshe. Globalisht vlerësohet se 5.4 milion të rinj të moshës 15 deri në 24 vjeç jetojnë me virusin HIV. Këto statistika bëhen veçanërisht edhe më alarmante po të kemi parasysh faktin se sëmundje të tilla si gonorre, klamidia dhe herpes po tregojnë për një fenomen iceberg-u dhe praktikisht kalojnë pa u vënë re ^[21,44].

Analiza e të dhënave nga survejanca e IST-ve për Europën për periudhën 2000-2010, e cila pasqyron trendin epidemiologjik të IST-ve në regjionin European, tregoi se grup mosha 20-24 vjeç, kishte në mënyrë konsistente numrin më të lartë të rasteve të raportuara të IST-ve, 38 % të të gjitha rasteve në vitin 2000 dhe 42 % të rasteve në vitin 2010. Grupi i dytë me rastet më të larta të raportuara, ishte grup mosha 15-19 vjeç me 25 % të rasteve në vitin 2000 dhe 33 % të rasteve në vitin 2010. Në vitin 2010, tre të katërtat (75 %) e rasteve ishin raportuar tek të rinjtë e grup moshës 15-24 vjeç. Shpërndarja moshore e rasteve me IST-ë për këtë periudhë duket se është zhvendosur drejt moshave më të reja. Grup mosha 15-19 vjeç ka patur rritjen proporcionale më të madhe. Rastet e raportuara me gonorre të të rinjtë e moshës 15-24 vjeç në Europë, zenë gati 45 % të të gjitha rasteve të raportuara me IST-ë. Po ashtu, një e gjashta e rasteve totale me sifiliz janë raportuar ndër të rinjtë e grup moshave 15-24 vjeç ^[45].

Raporti i survejancës Europiane të IST-ve tregon gjithashtu, se klamidia është një nga IST-të më frekvente dhe se më tepër se tre të katërtat (76 %) e të gjitha rasteve të raportuara me klamidia, kanë ndodhur tek të rinjtë e moshës 15-24 vjeç. Incidenca duhet të jetë edhe më e lartë se sa është raportuar ^[45].

Sipas CDC, bazuar në survejancën e IST-ve 2009, klamidia dhe gonorrhea zenë përqindjen më të lartë ndër femrat e moshës 15-19 vjeç dhe 20-24 vjeç. Ndërsa midis meshkujve përqindjen më të lartë e zenë moshat 20-24 vjeç. Sifilizi është në shifra absolute më i lartë në moshat 20-24 dhe 25-29, por ka incidencë më të lartë në moshat 15-24 vjeç ^[46].

Të dhënat për IST-të për grup-moshat e reja, tregojnë se ka një tendencë në rritje edhe të disa prej IST-ve të tjera si hepatiti B dhe HIV/AIDS ^[47,48].

Hepatiti, një prej IST-ve, e cila megjithëse është një sëmundje serioze globale e cila shkakton vdekshmëri të lartë, mbetet sëmundje kryesisht e panjohur, e padiagnostikuar dhe e patrajtuar me një incidencë në rritje ndër të rinjtë. Hepatiti Viral prek qindra miliona njerëz në mbarë botën, duke shkaktuar sëmundje akute dhe kronike dhe vrasjen e pothuajse 1.4 milion njerëzve çdo vit. Aktualisht hepatitet shkaktojnë rreth 2.7 % të të gjitha vdekjeve në nivel botëror dhe parashikimet janë që të renditen ndër shkaktarët

kryesorë të vdekjeve në dy dekadat në vazhdim. Në veçanti, hepatitet B dhe C çojnë në sëmundje kronike qindra miliona njerëz dhe së bashku, janë shkaktari më i zakonshëm i cirrozës dhe kancerit të mëlçisë. Të dhënat tregojnë që 57 % e rasteve të cirrozës së mëlçisë dhe 78 % e rasteve të kancerit primar të mëlçisë rezultojnë prej infeksionit të virusit të hepatitit B dhe C ^[49].

Sipas të dhënave për situatën epidemiologjike botërore të HIV dhe **AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)** për vitin 2011, numri i personave që jetojnë me HIV është 34 milion, numri i rasteve të reja të infektuara me HIV është 2.5 milion, ndërsa numri total i vdekjeve të ardhura nga AIDS ka arritur në 1.7 milion ^[50]. Të rinjtë janë një target grup mjaft vulnerabël ndaj virusit HIV. Kërkuesit shkencor kanë vlerësuar se në shumë vende në zhvillim, si edhe vendi ynë, më tepër se gjysma e të gjitha rasteve të infeksionit HIV, ndodhin ndër të rinjtë deri në 25 vjeç. Prandaj, parandalimi efektiv i HIV ndër të rinjtë është kyçi për ecurinë e epidemisë së HIV. Kuptimi i qëndrimeve dhe praktikave seksuale të të rinjëve, është thelbësore në kontekstin e riskut për marrjen e infeksionit HIV ^[51].

Ndërsa rezultatet nga survejanca Europiane e HIV/AIDS 2011, treguan se infeksioni HIV mbetet një problem madhor shëndetësor në Europë. Rreth 11 % e rasteve të reja të raportuara me HIV për vitin 2011 ishin pikërisht ndër të rinjtë 15-24 vjeç ^[52].

Prevalenca e infeksionit nga virusi HPV është e lidhur me moshën e fillimit të aktivitetit seksual, me numrin e partnerëve seksual si dhe me faktor të tjerë. Në shumë vende të zhvilluara por edhe në ato në zhvillim aktiviteti seksual fillon në moshën e adoleshencës. Prandaj në shumë vende prevalenca e HPV-së është më e lartë tek femrat rreth moshës 20 vjeç, kohë në të cilën shumica e tyre janë seksualisht aktive ^[53].

Një nga arsyt kryesore për këtë situatë globale të IST-ve ndër të rinjtë është edhe mungesa e edukimit mbi shëndetin seksual e riprodhues, përfshirë parandalimin e IST-ve. Edukimi seksual në shkollë është ndoshta i pamjaftueshëm, por që prej KNPZH mbajtur në Kajro në vitin 1994, njohja e nevojave specifike që të rinjtë kanë në fushën e shëndetit seksual dhe riprodhues ka ardhur duke u rritur gradualisht këto dy dekadat e fundit. Edukimi mbi seksualitetin është tani në axhendën e ministrive të arsimit si dhe atyre të shëndetësisë pothuaj në shumicën e vendeve. Megjithatë zbatimi ka mbetur ende i dobët ose i kufizuar për aspekte të caktuara të tij (p.sh. jepet informacion vetëm mbi tematika tradicionale si HIV, por jo për IST-të e tjera). Nga ana tjetër, në shumë raste të rinjtë megjithëse mund të kenë informacion lidhur me IST-të, ata nuk janë të pajisur me aftësi për të mbrojtur veten e tyre nga rreziku i marrjes së infeksionit ^[44].

7.5. TË DHËNA E TRENDE PËR SITUATËN E IST-ve TE TË RINJTË SHQIPTAR

Kërkimet për të dhëna lidhur me IST-të tek të rinjtë në Shqipëri, identifikuan një listë të pakët botimesh të cilat të na ofronin informacion bazuar në një profil moshor. Shumica e tyre jepnin të dhëna të cilat janë kalkuluar bazuar në popullatën totale. Prandaj, gjatë leximit të këtij seksioni duhet konsideruar

fakti se një pjesë e informacionit të prezantuar i referohet grup moshave, 15-49 vjeç, ku përfshihet dhe target grupi i të rinjëve i përfshirë në studim.

Literatura e grumbulluar (shih referencat) sugjeroi se informacioni mbi shëndetin e të rinjëve në Shqipëri, në përgjithësi është i çrregullt dhe jo i plotë. Por, pavarësisht nga kjo, të dhënat që disponohen tregojnë disa tendenca shqetësuese ^[54,55]. Vitet e fundit duket se ka një rritje të trendit të IST-ve ndër të rinjtë.

Nga ana tjetër, të dhënat në përgjithësi për IST-të, janë ende të pakta dhe në shumë raste mungojnë dhe ato egzistojnë kryesisht për sifilizin, gonorren dhe HIV/AIDS-in. Megjithatë, të dhënat e disponueshme flasin për një rritje të prevalencës së sëmundjeve seksualisht të transmetueshme gjatë dhjetëvjeçarit të fundit ^[56].

Sistemi iurvejancës së IST-ve i krijuar vitet e fundit në Institutin e SHëndetit Publik (ISHP), po krijon bazat e një informacioni të saktë të kësaj sëmundshmërie. Të dhënat nga kjourvejancë për një periudhë 5 vjeçare, 2007-2011, tregojnë se ka një mbizotërim të rasteve me IST-të në grupmoshat 20-29 vjeç, duke përbërë 43.5 % të të gjitha rasteve. Ndërsa grup moshë 15-19 vjeç zë rreth 4.9 % të tyre ^[57].

Një studim i fundit i ISHP-së, siguron evidenca për praninë edhe të viruseve herpes si dhe të Chlamydia trachomatis te femrat e moshës riprodhuese. Sipas këtij studimi prevalenca e infeksionit të chlamydia trachomatis tek femrat është prezente edhe te grup moshë 20-24 vjeç dhe zë rreth 11.9 % të rasteve totale ^[58].

Studimi i prevalencës së chlamydia trachomatis dhe neiseria gonorea i realizuar tek femrat studente të disa universiteteve të vendit, rezultoi se prevalenca e chlamydia trachomatis ishte 3.3 % dhe ajo e neiseria gonorea 7.1 %. Më tepër se 2/3 e të gjitha rasteve (69.0 %), ishin jo simptomatike ^[58].

Hepatiti sot përbën një problem për shëndetin publik edhe në Shqipëri. Prevalenca e hepatitit B raportohet të jetë 7 %, ndërsa ajo e hepatitit C 1 %. Në Shqipëri, afërsisht 1 në 10 njerëz është bartës i hepatitit B ose C. Studime të mëparshme në Shqipëri për sa i përket markereve të hepatitit viral B (HBV), HbsAg tregojnë nivele seropozitiviteti prej 8.5 % deri në 13.5 %, ndërkohë që nivelet anti HBs luhaten nga 55 % në 72 % në popullatën e shëndetëshme. Sistemi iurvejancës së hepatitit në vendin tonë realizohet në ISHP, në kuadër tëurvejancës kombëtare të sëmundjeve infektive ^[59- 63].

Në shumë vende të botës, aplikohet vaksinimi i të porsalindurve me vaksinën kundër hepatitit B, i rekomanduar nga WHO. Bazuar në këto rekomandime edhe Shqipëria prej vitit 1995, aplikon vaksinimin rutinë kundër hepatitit B, tek të gjithë fëmijët e porsalindur, si mbrojtja më e mirë ^[64]. Nëse i referohemi këtyre të dhënave, pothuajse gjithë target grupi ynë është i pambrojtur prej hepatitit B.

Prevalenca e virusit të hepatitit C (HCV) me nivel anti-HCV luhatet nga 0.5 deri në 1.6 % në popullatën e shëndoshë. Ndërkohë që grupet e rriskuara paraqesin nivele jashtëzakonisht të larta (63 %) të HCV/anti-HCV ^[59].

Megjithëse sipas definicionit të WHO, Shqipëria vazhdon të konsiderohet një vend me prevalencë të ulët (<0,01%) të infeksionit HIV ^[65], ka një trend rritës të numrit të rasteve me HIV/AIDS. Kështu, të dhënat nga analiza epidemiologjike e situatës së HIV/AIDS për vitin 2011, treguan se numri total i rasteve të prekur me HIV/AIDS prej vitit 1993 (kur u zbulua rasti i parë me HIV në Shqipëri) dhe deri në dhjetor të vitit 2011, është 555, me një shpërndarje gjeografike pothuajse në të gjitha rrethet e vendit ^[66].

SHPËRNDARJA E RASTEVE ME HIV, SIPAS VITEVE, 1993-2011

Vitet	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
HIV+	2	9	12	7	3	5	4	10	20	26	21	29	31	32	44	49	61	48	72
AIDS		1	4	3	2	1		4	12	10	5	6	9	7	18	20	32	25	40

Burimi: Instituti i Shëndetit Publik, Programi Kombëtar i HIV/AIDS, Raporti vjetor i HIV/AIDS

Të dhënat epidemiologjike nga raporti vjetor i Programit Kombëtar të HIV/AIDS për vitin 2011, tregojnë se numri i rasteve HIV/AIDS në grupmoshat 16-24 vjeç është 44, duke zenë 7.1 % të numrit total të rasteve.

SHPËRNDARJA E RASTEVE ME HIV, PËR GRUP MOSHAT 16-24 VJEÇ, 1993-2011

Vitet	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11
HIV/AIDS	-	5	3	1	-	1	-	3	-	2	-	2	4	1	3	5	7	4	3

Burimi: Instituti i Shëndetit Publik, Programi Kombëtar i HIV/AIDS, Raporti vjetor i HIV/AIDS

Analiza epidemiologjike e rasteve HIV pozitiv tregoi se rruga seksuale e transmetimit të virusit vazhdon të predominojë me 93 % të rasteve ^[66]. Kjo është në përputhje me të dhënat globale, që tregojnë se në shumë vende në zhvillim si edhe vendi ynë, seksi i pambrojtur/pa prezervativ është rruga primare e transmetimit të HIV ^[67].

Ashtu si në shumë vende ku prevalenca e HPV-së është më e lartë tek femrat rreth moshës 20 vjeç ^[53], edhe në Shqipëri ka të dhëna për prezencën e HPV-së ndër moshat e reja. Kështu, nga një studim i kryer për prevalencën dhe genotipin e virusit HPV, siç edhe mund të pritej, rezultoi se prevalenca e HPV-së është më e lartë te femrat më të reja se 30 vjeç (25.2 %), krahasuar me femrat në moshë më të madhe (13.6 %). Ky studim gjeti gjithashtu, se tipi 16, i HPV-së me rrisht më të lartë për shkaktimin e kancerit të qafës së mitrës tek femrat, ishte më frekuenti, në 41 % të të gjitha rasteve ^[68].

Nëse tablosë së mësipërme mbi prevalencën e IST-ve në Shqipëri, do të shtonim edhe faktin që IST-të për shumë arsye janë të nënraportuara ^[69,70] dhe të nëndiagnostikuara, niveli real i numrit të rasteve me IST-të, sigurisht do të jetë më i lartë.

7.6. NJOHURI, QËNDRIME E SJELLJE TE TË RINJTË SHQIPTAR MBI IST-të

Në Shqipëri, shëndeti seksual i të rinjëve, është duke u konsideruar si një problem i shëndetit publik. Edukimi mbi shëndetin seksual është një kulturë e munguar dhe vetëm pas vitit 1992 ka filluar të diskutohet në publik për këto çështje. Edukimi seksual ka qënë i përfshirë në kurrikulat shkollor në klasën e 8-të, të ciklit 9 vjeçar, por është i pamjaftueshëm dhe jo gjithmonë zhvillohet si duhet. Po ashtu, nëse do të referohemi faktit që mosha e fillimit të marrëdhënieve seksuale është ulur mjaft, edukimi seksual në shkolla fillon në një moshë më të vonshme dhe nuk i paraprin fillimit të aktivitetit seksual të të rinjëve. Rritja e informimit dhe ndërgjegjësimit të të rinjëve rreth kontributit të mënyrave të sjelljeve të tyre në përhapjen e IST-ve, duhet të paraprijë fillimin e aktivitetit seksual. Më pas edukimi seksual mund të influencojë për një periudhë të gjatë mbajtjen e sjelljeve të shëndetshme.

Të dhëna të siguruara prej studimeve të ndryshme, por edhe nga sondazhe dhe vëzhgime të specialistëve të fushës, tregojnë se njohuritë e të rinjëve lidhur me IST-të, janë në një nivel relativisht të kënaqshëm, por kryesisht për një prej IST-ve, për HIV/AIDS-in. Kështu, ADHS raporton se niveli i njohurive lidhur me HIV/AIDS është i lartë; 93 përqind e femrave dhe 94 përqind e meshkujve shprehen se kanë dëgjuar për HIV/AIDS. Por, nga ana tjetër, rezultatet tregojnë se shumë shqiptar nuk kanë informacion të saktë për rrugët e transmetimit të virusit HIV ^[71].

Evidencat kanë treguar se ka një lidhje të qartë midis sjelljeve seksuale me risk dhe përhapjes së IST-ve. Në kontekstin e këtij punimi, sjelljet seksuale me risk përfshijnë: marrëdhënie seksuale të pambrojtura/pa prezervativ, me shumë partner, seks nën përdorimin e alkolit apo drogës, etj. Në veçanti, të paturit shumë partner seksualë rrit riskun për tu ekspozuar nga IST-të. Të rinjtë zakonisht kanë shumë partner seksual, për shkak të relacioneve afatshkurtëra dhe prandaj janë më të ekspozuar.

Megjithëse studime të ndryshme kanë treguar se të rinjtë shqiptar kanë një nivel të kënaqshëm të njohurive rreth IST/HIV/AIDS, studime të tjera provojnë se ka një ndryshim sinjifikant midis nivelit të këtyre njohurive dhe sjelljeve të shëndetshme seksuale të tyre. Të rinjtë janë të përfshirë në sjellje seksuale me risk të lartë. Gjithashtu, ata hyjnë në marrëdhënie seksuale në një moshë të hershme. Mosha e hershme e fillimit të marrëdhënies seksuale nënkupton fillimin e ekspozimit të të rinjëve ndaj risqeve të ndryshme shëndetësore, siç janë infeksionet seksualisht të transmetueshme përfshi HIV/AIDS, së bashku me konsekuencat e tyre shëndetësore, sociale dhe ekonomike.

Studime të ndryshme kanë treguar se adoleshentët zakonisht fillojnë të bëhen seksualisht aktiv në moshën e adoleshencës. Nga ana tjetër fillimi i hershëm i aktivitetit seksual, rrit riskun për të marrë një infeksion seksualisht të transmetueshëm ^[72]. Evidencat botërore kanë treguar se mosha e fillimit të marrëdhënies seksuale është ulur mjaft ^[73]. Gjithashtu, këto të dhëna tregojnë se prevalenca e infeksioneve seksualisht të transmetueshme ndër adoleshentët është në rritje ^[74].

Tendenca e fillimit të marrëdhënieve seksuale në një moshë gjithmonë edhe më të hershme si dhe përfshirja e të rinjëve në marrëdhënie seksuale paramartesore janë karakteristika të periudhës së sotme edhe në Shqipëri ^[54].

Mosha mesatare e fillimit të marrëdhënies së parë seksuale, bazuar në studime të ndryshme duket se po vjen duke u ulur dhe është raportuar se është midis moshës 15 dhe 19 vjeç. Megjithëse në përqindje relativisht të ulta, ka raportime të përfshirjes së adoleshentëve në raporte seksuale edhe në mosha më të vogla, nën 15 vjeç ^[71,75-78].

Mosha mediane në kohën e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale mes femrave është më e ulët se ajo e meshkujve ^[79]. Disa nga këto studime kanë raportuar se femrat kanë hyrë në marrëdhënien e tyre të parë seksuale përpara moshës 15 vjeç ^[76]. Fillimi i hershëm i aktivitetit seksual është vënë re më tepër tek femrat, ku gati 1/3 e tyre kanë kryer marrëdhënien e parë seksuale midis moshës 10-14 vjeç ^[77]. Këto të dhëna duken konsistente në të gjitha gjetjet. Ky fakt merr më tepër rëndësi po të kemi parasysh që për arsye biologjike femrat seksualisht aktive janë në rrisht më të lartë për të marrë një IST se sa meshkujt ^[44]. Sipas këtyre studimeve është konstatuar se femrat në zonat rurale e kryejnë marrëdhënien e parë seksuale paksa më herët se sa homologët e tyre urbane ndërsa meshkujt në zonat rurale fillojnë veprimtarinë seksuale paksa më vonë se meshkujt në zonat urbane.

Studimet kanë raportuar gjithashtu edhe sjellje seksuale me rrisht ndër të rinjtë 15-24 vjeç si; marrëdhënie seksuale me shumë partner, marrëdhënie seksuale pa prezervativ, marrëdhënie seksuale nën përdorimin e drogës apo alkoolit. Këto sjellje janë raportuar si tek meshkujt ashtu edhe tek femrat. Frekuenca e mospërdorimit të prezervativit në marrëdhënien e parë seksuale në këtë grup moshë është e lartë. Sipas studimeve të ndryshme kjo prevalencë varion nga 41 % ^[70] në 33.3 % ^[54].

Arsyeja kryesore e përdorimit të prezervativit, e përmendur pothuaj në të gjitha studimet si dhe nga përqindja më e madhe e të rinjëve, është raportuar shmangia e një shtatzënie të padëshiruar. Vetëm një përqindje e vogël e të rinjëve përdorin prezervativ për të shmangur një IST/HIV/AIDS ^[54].

Një element tjetër i cili duhet marrë në konsideratë kur kryejmë studime për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e të rinjëve është edhe përdorimi i shërbimeve shëndetësore prej tyre. Evidencat tregojnë se përdorimi i shërbimeve shëndetësore prej të rinjëve është i ulët. Kështu psh, megjithëse në të 36 rrethet e vendit egzistojnë qendrat e këshillimit e testimit vullnetar, akoma numri i këshillimeve e testeve është i ulët ^[66].

Sot, gjenerata e të rinjëve shqiptar është ekspozuar ndaj mjaft burimeve të ndryshme të informacionit mbi seksualitetin, përveç atyre tradicionale si familja shkolla, shoqëria. Por, megjithëse nga të dhënat e studimeve, përdorimi i medias sidomos i internetit prej të rinjëve është rritur, ajo nuk përdoret prej tyre për edukim për shëndetin.

7.7. PËRGJIGJIA GLOBALE DHE KOMBËTARE PËR PARANDALIMIN E IST-ve

Një përgjigje efektive ndaj përhapjes së IST-ve, fillon me parandalimin. Investimi në parandalimin e IST-ve është i nevojshëm mbasi ai kërkon të reduktojë prevalencën e IST-ve nëpërmjet promovimit të kërimit të hershëm të kujdesit shëndetësor, edukimit dhe këshillimit për seksin e sigurt, promovimit të përdorimit të kondomit, kapjes së hershme të shenjave dhe trajtimit të infeksioneve asimptomatike nëpërmjet ekzaminimeve rutine, si dhe parandalimit të komplikacioneve prej këtyre infeksioneve ^[80].

Ndërhyrje të ndryshme dhe të shumta janë disenjuar dhe janë implementuar për kontrollin dhe promovimin e parandalimit të IST-ve në nivel global dhe nacional.

Duke qënë se incidenca e IST-ve dhe konsekuencat e tyre janë gjithmonë e në rritje, edhe përgjigjia globale ndaj kësaj situate, ka arritur gjithmonë duke u rritur.

7.7.1. Përgjigjia globale

ICPD, që prej vitit 1994, ka theksuar se të rinjtë nuk kanë vetëm të drejtën e edukimit seksual, por dhe për një qasje në shërbime shëndetësore të përshtatura specifikisht për nevojat e tyre ^[81].

Një përgjigje madhore globale është vendosja e problematikave të lidhura me IST-të si një nga prioritetet e WHO. Ajo ka sugjeruar një qasje të trefishtë për të rinjtë: krijimin e ruajtjen e mjedisve mbështetëse për të rinjtë, sigurimin e informimit të nevojshëm e paisjen e tyre me aftësi, si dhe zgjerimin e aksesit për shërbime shëndetësore ^[44].

Në Asamblenë e 59 Botërore të Shëndetit, në maj të vitit 2006, WHO, miratoi Strategjinë Globale për Parandalimin dhe Kontrollin e IST-ve, 2009-2015. Strategjia orienton shtetet të sigurojnë akses në informacionin për parandalimin e IST-ve ^[11].

Një përgjigje globale ndaj përhapjes së IST-ve, është edhe hartimi dhe miratimi i OMZH/ MDGs, ku objektivi 6-të i tyre, kërkon reduktimin e përhapjes HIV/AIDS deri në vitin 2015. OZHM shprehin qartë mesazhin se parandalimi i IST-ve është një ndërhyrje që në mënyrë të dukshme dhe mjaft kostoeftive kontribon pikërisht në arritjen e këtij objektivi ^[21].

Gjithashtu, WHO në përgjigje të situatës botërore të infeksionit të hepatitit viral, ka përcaktuar një kornizë për veprim global, për parandalimin dhe kontrollin e tij. Kjo kornizë përshkruan katër fushat e punës për parandalimin e hepatitit përmes strategjive si: rritjes së ndërgjegjësimit, promovimit të partnershipeve, politika të bazuara në evidenca e parandalimi i transmetimit të infeksionit ^[82].

7.7.2. Përgjigjia kombëtare

Edhe vendi ynë ka shkuar në të njëjtën linjë me orientimet dhe objektivat e WHO dhe organizmave të tjerë shkencore ndërkombëtare lidhur me parandalimin e IST-ve. Për të ndryshuar situatën aktuale rreth IST-ve, janë aplikuar një sërë strategjishë dhe janë bërë mjaft ndërhyrje të ndryshme.

Disa nga ndërhyrjet janë të lidhura kryesisht me aspektin legjislativ dhe janë të fokusuara kryesisht për HIV/AIDS-in janë:

Futja e edukimit seksual në kurrikulat shkollore të arsimit 9 vjeçar, hartimi i ligjit për shëndetin riprodhues (komponent i të cilit janë dhe IST-të), ngritja e Programit Kombëtar për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS, Krijimi i Komitetit ndër-ministral dhe Mekanizmit Kombëtar Koordinues për HIV/AIDS, hartimi i Strategjisë Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e HIV/AIDS, ligji i ri për HIV/AIDS, ngritja dhe funksionimi i Survejancës së IST-ve, etj.

Edhe në drejtim të Informim-Edukim-Komunikimit mbi IST-të, janë bërë mjaft ndërhyrje. Por, shpesh këto ndërhyrje kanë qenë të pamjaftueshme, të pakoordinuara dhe ka patur mbivendosje të tyre në disa zona dhe mungesë të ndërhyrjeve në zona të tjera. Nga ana tjetër këto ndërhyrje janë fokusuar në tematika tradicionale të shëndetit riprodhues, pothuajse vetëm tek HIV/AIDS-i, dhe jo tek IST-të në përgjithësi.

Një sërë fushatash sensibilizuese kombëtare janë realizuar gjithashtu, për të rritur ndërgjegjësimin e të rinjëve për parandalimin e IST-ve. Kjo sepse, IEK është nga komponentët më të rëndësishëm, i cili i pajis individët me stile të shëndetshme të jetesës, për të përshtatur sjellje pozitive dhe për të rritur kërkesën për shërbime të shëndetit seksual e riprodhues.

Analiza e mësipërme e situatës mbi IST-të, diktoi nevojën e bërjes së këtij studimi, me qëllim vlerësimin e nivelit të njohurive, qëndrimeve e sjelljeve të studentëve lidhur me IST-të në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme të Informim-Edukim-Komunikimit dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin e vlerësimin e aktiviteteve të ndryshme parandaluese.

8. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

QËLLIMI

Të vlerësohet niveli aktual i njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve të studentëve të universiteteve shqiptare lidhur me infeksionet seksualisht të transmetueshme në funksion të hartimit të programeve të përshtatshme të Informim-Edukim-Komunikimit (*përcaktimit të diagnozës edukative të komunitetit*) si dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin dhe vlerësimin e aktiviteteve të ndryshme parandaluese.

OBJEKTIVAT

Objektivi i përgjithshëm

Të identifikohen treguesit kryesorë të njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve të studentëve shqiptar, lidhja e tyre me karakteristikat socio demografike si dhe të formulohen rekomandime bazuar në evidenca, për vendosjen e prioritetëve, hartimin dhe implementimin e programeve specifike parandaluese për të rinjtë

Objektivat specifike

- Të sigurohet informacion koherent mbi njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e të rinjëve
- Të identifikohen trendet e sotme të praktikave të të rinjëve për të siguruar zbatimin në praktikë të ndërhyrjeve bazuar në këto trende.
- Të vlerësohet prevalenca e sjelljeve me rrisht që ekspozojnë të rinjtë ndaj Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme
- Të gjendet dhe të vlerësohen korrelacione midis njohurive, qëndrimeve, praktikave të të rinjëve dhe karakteristikave sociodemografike të tyre
- Të sigurohen rekomandime bazuar në evidenca, për vendosjen e prioritetëve, hartimin e implementimin e programeve specifike parandaluese për të rinjtë
- Të sigurohet informacion për specialistët e shëndetit publik dhe median për zhvillimin e mesazheve specifike që të adresojnë këtë target grup

9. METODOLOGJIA

Me qëllim disenjimin e një metodologjie sa më shkencore, përpara fillimit të këtij studimi është bërë një punë intensive për grumbullimin, seleksionimin dhe studimin e literaturës përkatëse. Përshkrimi i detajuar i metodologjisë së përdorur në këtë studim është prezantuar më poshtë pikërisht sipas rekomandimeve të sugjeruara prej kësaj literature.

9.1. METODA KËRKIMORE

Ky është një studim transversal, i tipit përshkrues dhe është hartuar në mënyrë të tillë që të grumbullojë informacion nëpërmjet një kampioni përfaqësues të të rinjëve student, në nivel kombëtar, në të gjitha universitetet publike dhe private të vendit. Kjo metodë u përzgjedh si shumë e përshtatshme për arritjen e qëllimit të studimit tonë.

9.2. FUSHA E STUDIMIT

Studimi është shtrirë në fushën e infeksioneve seksualisht të transmetueshme. Një analizë e situatës së shëndetit riprodhues e bërë nga Ministria e Shëndetësisë, konstatoi se fusha e IST-ve ishte më pak e eksploruar se komponentët e tjerë të shëndetit riprodhues. Kjo analizë evidentoi që kishte pak të dhëna si dhe pak studime të kryera në këtë fushë, studimet ishin kryer para shumë kohësh, nuk ishin shtrirë në të gjithë vendin dhe/ose kishin përfshirë vetëm një target grup specifik studentësh. Këto arsye kushtëzuan përzgjedhjen e fushës së studimit.

9.3. PERIUDHA KOHORE E STUDIMIT

Gjithë procesi i zbatimit të këtij studimi deri në përfundimin e këtij raporti është realizuar për një periudhë 3 vjeçare, shkurt 2010-shkurt 2013.

Faza e parë u fokusua në grumbullimin e të gjitha të dhënave ekzistuese lidhur me subjektin, me qëllim që të kuptonim kontekstin e problemit dhe të mundësonim shmangien e dublikimeve ose grumbullimin e të dhënave të panevojshme, duke gjetur se çfarë ishte e njohur deri tani dhe cilat aspekte kishin nevojë për studime më të thelluara.

Gjatë kësaj periudhe u realizuan një sërë takimesh dhe konsultash me kolegë të fushës, u bë grumbullimi i materialeve të ndryshme të botuara si dhe navigime në internet. Studimi dhe përzgjedhja e asaj literature që do të ishte e përshtatshme për natyrën e studimit tonë (një pjesë e materialeve të konsultuara është e pasqyruar në seksionin-referenca), ishte hapi tjetër pasues.

Faza tjetër ishte ajo e grumbullimit të të dhënave në terren, e cila vazhdoi me hedhjen dhe analizën e të dhënave dhe u finalizua me shkrimin e këtij raporti.

9.4. POPULLATA TARGET DHE PËRZGJEDHJA E KAMPIONIT

Popullata target e përzgjedhur ishin studentët e universiteteve publike dhe private, në të gjithë territorin gjeografik të vendit.

Bazuar në supozime konservatore u llogarit se nevojiteshin 1600 subjekte për evidentimin e differenceve të mundshme midis grupeve në studim. Ne vendosëm të intervistojmë 2000 subjekte, në mënyrë që të rritej edhe me tej fuqia e studimit, pra probabiliteti i vënies në dukje të një lidhjeje statistikore, nëse ajo vërtet ekziston.

Për të llogaritur madhësinë e kampionit u përdor fuqia e studimit 90 % dhe gabimi alfa në nivelin 5 %. Sampli prej 2000 studentësh të përfshirë në këtë studim ishte përfaqësues i 79615 studentëve (46012 femra) të regjistruar në universitetet publike dhe 19659 studentëve (9955 femra) të regjistruar në universitetet private të vendit. Kjo ndarje u bazua në shpërndarjen proporcionale të studentëve në universitetet publike dhe private në Shqipëri. Korniza e kampionimit si më lart, u bë e disponueshme nga Ministria e Arsimit dhe e Shkencës (**MASH**) e Republikës së Shqipërisë.

9.5. METODA E KAMPIONIMIT

Përzgjedhja e subjekteve në studim u bë duke përdorur kampionimin e stratifikuar. Për të aplikuar këtë metodë, kusht paraprak është të pasurit në dispozicion të një liste me njësitë bazë të kampionimit. Kjo kornizë kampionimi u mundësua nga MASH.

Subjektet në studim fillimisht u stratifikuan sipas universiteteve, më pas sipas fakulteteve brenda këtyre universiteteve dhe pastaj sipas viteve të studimit. Brenda çdo shtrese u respektua rigorozisht përzgjedhja e individëve në mënyrë të rastësishme të thjeshtë dhe në mënyrë proporcionale me madhësinë e stratës përkatëse ^[83]. Kjo mënyrë kampionimi lehtëson interpretimin e rezultateve ndërkohë që përzgjedhja e rastësishme e thjeshtë e bën më të besueshëm përgjithësimin e rezultateve të studimit tonë.

9.6. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Një pyetësor i strukturuar me vetëadministrim u përdor për mbledhjen e të dhënave të këtij studimi. Gjatë fazës së hartimit të pyetësorit u konsultuan një sërë materialesh ^[84-87] si dhe u konsideruan modele pyetësorësh të përdorur për studime afërsisht të ngjashme.

Drafti paraprak i pyetësorit, u konsultua me ekspertë të ndryshëm të fushës, dhe më pas u pretestua me një grup të ngjashëm prej 50 studentësh. Bazuar në rezultatet e pretestimit u bënë modifikimet e nevojshme në pyetësor, dhe u hartua versioni përfundimtar i tij.

Pyetësori u hartua kryesisht me pyetje të mbyllura (vetëm një pyetje ishte e hapur). Kjo sepse gjatë pretestimit të tij u konstatua se pyetjet e hapura nuk ishin të shkruara dhe të shprehura shumë qartë nga ana e të intervistuarve dhe kjo vështirësonte leximin e tyre si dhe hedhjen e të dhënave. Në disa raste të tjera, pyetjet nuk

plotësoheshin fare nga subjektet në studim, ose përgjigjia e dhënë ishte pa lidhje me pyetjen. Pyetjet e hapura sigurisht janë të dobishme për marrjen në thellësi të informacionit sidomos për për çështje të tilla të ndjeshme si IST-të, duke sjellë me tepër dritë mbi çështjet, por kërkojnë kujdes për pasqyrimin e të gjithë informacionit të grumbulluar për të shmangur humbjen e informatave të rëndësishme. Përveç kësaj, informacioni i marrë nga pyetjet e hapura është shumë i vështirë për tu analizuar statistikisht sepse pyetjet nuk janë uniforme dhe duhet të jenë të koduara në të njëjtën mënyrë [88, 89].

Nga ana tjetër, duke qënë se pyetëtori përfshinte pyetje me opsione përgjigjesh të shumfishta të anketuarit ishin të prirur për tu përgjigjur në mënyrë të orientuar, pra të jepnin përgjigje sipas opsioneve të dhëna. Për të shmangur këtë bias të informacionit në çdo pyetje ishte vendosur edhe opsioni “tjetër”, i cili u mundësonte të anketuarëve të shprehnin mendimet e tyre ashtu si ata i mendonin, pa u kushtëzuar nga opsionet e përgjigjeve të listuara në pyetësor.

Pyetëtori përmbante pyetje të cilat grumbullonin informacion për çështjet e mëposhtme: 1) karakteristika sociodemografik 2) njohuritë 3) qëndrimet 4) sjelljet si dhe 5) kanalet e komunikimit të lidhura me IST-të, të ndara këto në kapituj të veçantë.

9.7. PROCEDURA E MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Duhet thënë që në fillim se faza e mbledhjes së të dhënave në terren, ka qënë një sfidë mjaft e madhe. Përpara fillimit të fazës së mbledhjes së të dhënave, u zbatuan të gjitha aspektet procedurale. Një leje zyrtare u sigurua nga MASH, dhe më pas u kontaktua me rektoratet e çdo universiteti për të mundësuar punën në terren.

Administrimi i pyetësorëve u krye nëpër auditore, në varësi të programit mësimor. Për shkak të karakterit tepër sensitiv të subjektit të marrë në studim (mbasi pyetjet përmbanin informacion tepër personal për shëndetin seksual të të intervistuarëve), bazuar edhe në eksperiencat tona të mëparshme, konsideruam faktin që plotësimi i pyetësorit me intervistim të drejtpërdrejtë nuk do të ishte i pranueshëm prej studentëve. Nisur nga kjo u vendos që plotësimi i tyre të bëhej me vetëadministrim. Kjo mbarte në vetvete rrezikun e ndonjë pasaktësie të mundshme në lidhje me kuptimin dhe përgjigjen e saktë të ndonjë pyetje. Me synim reduktimin e gabimeve që vinin si rezultat i kësaj, të intervistuarit u asistuan gjatë plotësimit të pyetësorit [85].

Subjektet e përzgjedhura nga kampionimi, grumbulloheshin në një klasë, ju shpjegohej qëllimi i studimit, siguroheshin për anonimatën dhe konfidencialitetin, merrej konsensusi, dhe më pas stafi ju shpjegonte çdo pyetje paraprakisht. Asistenca e stafit ishte e nevojshme me synim sqarimin dhe përvetësimin e pyetjeve, në funksion të dhënies së një përgjigjeje korrekte. Pjesëmarrësve ju kërkohej të mos komunikonin me njeri tjetrin gjatë plotësimit të pyetësorit, me qëllim inkurajimin e një përgjigjeje sa më të ndershme.

9.8. ANALIZA E TË DHËNAVE

Për hedhjen dhe analizën statistikore të të dhënave u përdor programi statistikor **SPSS** (Statistical Package for Social Sciences) version 18. Vetëm një pyetje e hapur nuk u analizua në këtë skemë për shkak të karakterit cilësor të saj. Të dhënat për këtë pyetje u analizuan sipas formatit të analizës së studimeve cilësore.

Analiza dhe interpretimi i të dhënave u bë bazuar mbi standarte të pranuar shkencërisht duke u përqëndruar në gjetjet kryesore më të rëndësishme.

Një sërë treguesish, teknikash dhe testesh statistikore u përdorën për të përshkruar, vlerësuar dhe interpretuar të dhënat e disponueshme në këtë studim si dhe lidhjet midis variableve të ndryshme.

Për ndryshorët/variablet numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (mesatarja aritmetike) dhe madhësitë e dispersionit (shmangia standarde). Për ndryshorët kategorik u raportuan numrat absolut dhe përqindjet respektive.

Për vlerësimin dhe lidhjeve midis variableve të ndryshme u përdorën teste statistikore në përshtatje me natyrën e variableve që marrin pjesë në një lidhje të caktuar. Për vlerësimin apo krahasimin e vlerave mesatare mes dy grupeve u përdor testi “t” i Studentit. Përdorëm kryesisht testin jo-parametrik Mann-Whitney për të korrigjuar çdo shmangie të mundshme të shpërndarjes së variablit numerik nga ajo normale.

Për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike u përdor testi statistikor *hi katror*, test ky i preferuar për vlerësimin e shoqërimeve midis variableve kategorike. Ky test raporton *vlerën e P-së*, si dhe shkallët e lirisë.

Për të përcaktuar faktorët të cilët parashikojnë gjasat e përdorimit të sjelljeve të shëndetëshme bazuar në njohuritë për aspekte të ndryshme të IST-ve, u përdor *Regresioni Logjistik Binar*. Në mënyrë që të kontrollohej efekti i variableve të ndryshëm konfondues, u përdorën tre modele të Regresionit Logjistik Binar. Për këtë arsye, fillimisht u realizua lidhja univariate, e pa kontrolluar për asnjë faktor të mundshëm konfondues midis variableve të interesit (Modeli 1 në analizat e Regresionit Logjistik Binar). Më pas, u kontrollua apo axhustua për moshën dhe gjininë, të cilët njihen si faktor konfondues universal, pra që duhet patjetër të merren në konsideratë dhe të neutralizohen në mënyrë që të kemi një interpretim të saktë të lidhjeve të observuara (Modeli 2 në analizat e Regresionit Logjistik Binar). Rezultatet që përftohen nga Modeli 2 janë të “pastruara” nga efekti potencial konfondues i moshës dhe gjinisë, çfarë do të thotë që mosha dhe gjinia nuk luajnë më rol në diferencat që observohen pasi ato automatikisht janë kontrolluar nga teknika statistikore. Në Modelin 3 është mbajtur konstant, është neutralizuar apo është kontrolluar edhe efekti i një sërë faktorëve të tjerë potencialisht konfondues të tillë si vendbanimi, arsimi i prindërve, gjendja ekonomike dhe viti i studimit. Ky përfaqëson dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për të gjithë faktorët potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Modelet e Regresionit Logjistik Binar raportuan këto parametra statistikore: a) raportin e gjasave apo *OR*, b) intervali i besimit 95 % për raportin e gjasave (*OR*) c) vlera e *P*-së apo e domethënies statistikore dhe d) shkallët e lirisë.

ANOVA (analiza e variancës) u përdor për krahasimin e vlerave mesatare numerike midis më shumë se dy grupeve. Në *SPSS* kjo procedurë kryhet edhe përmes modelit të përgjithshëm linear i cili mundëson kontrollin/axhustimin për shumë variable të tjerë. Përdorimi i modelit të përgjithshëm Linear u bë i nevojshëm për të studjuar rezultatin mesatar të lidhur me çështje të ndryshme që kanë të bëjnë me burimin e informacionit, numrin e shenjave të *IST*-ve që ata njohin në përgjithësi, etj.

Edhe në këtë rast u përdorën tre modele të modelit linear të Përgjithshëm në mënyrë që të kontrollohej efekti konfondues i variableve të ndryshme. Për këtë arsye, fillimisht u realizua lidhja univariate, pra krudo, e pa kontrolluar për asnjë faktor të mundshëm konfondues midis variableve të interesit (modeli 1 në analizat e modelit linear të përgjithshëm). Më pas, u axhustua për moshën dhe gjininë, (modeli 2 në analizat e modelit linear të përgjithshëm). Në modelin 3 është mbajtur konstant, është neutralizuar apo është kontrolluar edhe efekti i një sërë faktorësh të tjerë potencialisht konfondues të tillë si vendbanimi, arsimi i nënës, arsimi i babait, gjendja ekonomike dhe viti i studimit. Ky përfaqëson dhe modelin tonë final, ku rezultatet janë të axhustuar për të gjithë faktorët potencialisht konfondues të përfshirë në studim.

Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P < 0.05$.

Për paraqitjen grafike të të dhënave, krahas tabelave, u përdorën edhe bar-diagramet pasi natyra e të dhënave tona favorizonte përdorimin e kësaj teknike (e përshtatshme për vizualizimin e të dhënave kategorike). Gjithashtu, u përdorën edhe grafikët në trajtë torte (pie charts).

9.9. KONSIDERATA ETIKE TË STUDIMIT

Studimet të cilat grumbullojnë informacion personal mbi subjektet, duhen disenuar në një mënyrë etike që të mbrojnë individët pjesëmarrës në studim, mbështetur kjo edhe në Deklaratën e Helsinkit ¹⁸⁷.

Bazuar në këto konsiderata etike, studentët u informuan paraprakisht për qëllimin e studimit, për privatësinë e konfidencialitetin duke i siguruar se pyetësi do të ishte anonim dhe se të dhënat e grumbulluara prej tyre nuk do të ishin të identifikueshme. Të gjitha këto ishin të pasqyruara në faqen e parë të pyetësit dhe një miratim gojor i informuar u mor prej pjesëmarrësve përpara fillimit të intervistimit. Për të ruajtur privatësinë, studentëve ju kërkua të qëndronin në banka të veçanta.

Studimi mori miratimin e Bordit të Etikës, në Komitetin Shqiptar të Etikës Mjekësore.

9.10. LIMITIMET E STUDIMIT

Pavarësisht kujdesit për të disenjuar dhe realizuar një studim bazuar në standarte të njohura shkencore, disa kufizime të këtij studimi ishin të mundura dhe janë përshkruar më poshtë:

Në studime ku informacioni grumbullohet me vetë raportim, është e njohur se përgjigjet janë objekt i një mbi apo nën raportimi. Kjo është edhe më e evidente sidomos kur bëhet fjalë për çështje kaq sensitive si sjelljet seksuale të subjekteve në studim. Duke qënë se të dhënat tona derivojnë pikërisht prej vetëraportimit mendojmë se mund të jenë subjekt i këtij limitimi ^[90-93]. Megjithatë, për të minimizuar këtë, ne sqaronim qysh në fillim pjesëmarrësit në studim për rëndësinë e një raportimi sa më real, të saktë dhe rigoroz.

Një nga limitacionet e tjera këtij studimi ishte ndërtimi i pyetësorit me pyetje të mbyllura, duke limituar në këtë mënyrë explorimin në detaj të çështjes në studim dhe kështu ne nuk mund të merrnim informacion në thellësi prej të intervistuarëve. Për më tepër kur bëhet fjalë për çështje kaq sensitive siç është shëndeti seksual.

Gjithashtu, hartimi i pyetësorit me pyetje të cilat orientonin dhënien e përgjigjeve, ishte objekt i një biasi informacioni përderisa të intervistuarit, duhet të zgjidhnin vetëm përgjigjet e listuara në pyetësor ^[93]. Për të evituar këtë, pra për tu mundësuar të intervistuarëve të shprehin lirshëm opinionet e tyre, pa u kushtëzuar nga opsionet e përgjigjeve të listuara në pyetësor, ne për çdo pyetje kishim vendosur edhe opsionin “tjetër”.

Pavarësisht këtyre limiteve, ne mendojmë se studimi ynë do të ofrojë të dhëna të dobishme në lidhje me njohuritë qëndrimet dhe sjelljet e studentëve të universiteteve shqiptare, lidhur me sëmundjet seksualisht të transmetueshme.

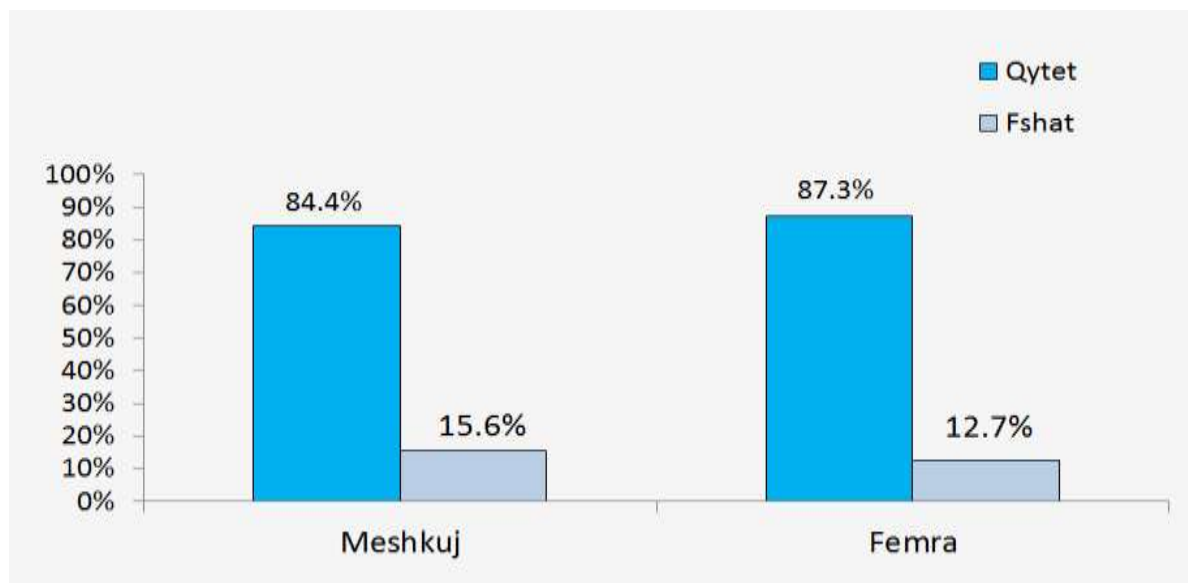
10.REZULTATET DHE DISKUTIMI

Në këtë seksion janë paraqitur gjetjet më të rëndësishme të këtij studimi. Të dhënat janë prezantuar të ndara në pesë kapituj të veçantë: 1) karakteristika demografike dhe socioekonomike, 2) të dhëna mbi njohuritë e subjekteve në studim, 3) të dhëna mbi qëndrimet, 4) të dhëna mbi sjelljet si dhe 5) kanalet e komunikimit.

10.1. KARAKTERISTIKA DEMOGRAFIKE E SOCIO EKONOMIKE TË SUBJEKTEVE NË STUDIM

Në këtë studim morën pjesë 2000 studentë/subjekte. Prej të intervistuarëve 56.4 % e tyre ishin femra dhe 43.6 % meshkuj. Përqindja pak më e madhe e femrave të përzgjedhura në studim përkon me numrin më të madh të femrave të cilat aktualisht frekuentojnë universitetet shqiptare, sipas statistikave zyrtare të MASH. Kjo tregon për saktësinë e metodologjisë së përdorur në studimin tonë. Një numër më i lartë studentësh, (80.2 % e tyre), frekuentojnë universitetet publike se ato private (19.8 %). Moshë mesatare e subjekteve në studim ishte 20.5 ± 1.8 vjet, me një përfaqësim të moshës maksimale 35 vjeç. Më tepër meshkuj (45.4 %) sesa femra (35.6 %) ndjekin arsimin e lartë në një moshë më të madhe.

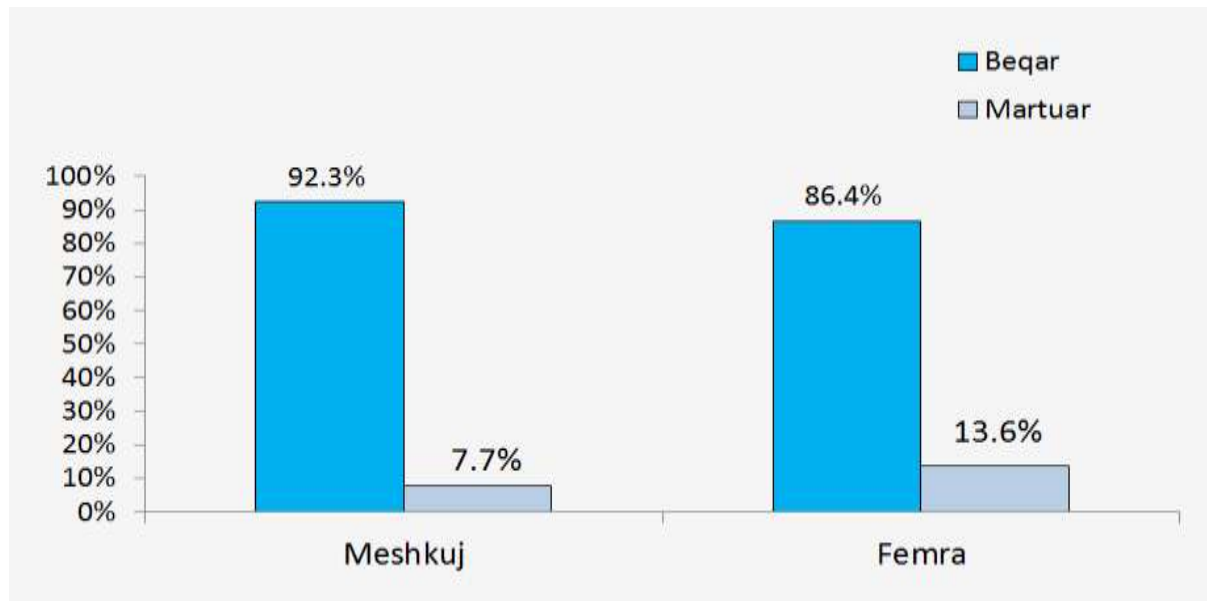
Të dhënat mbi rezidencën (urban/rural) si dhe gjininë e subjekteve në studim, janë paraqitur në grafikun 1, të mëposhtëm.



Grafiku 1. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit

Sipas paraqitjes së mësipërme grafike rezultoi se më tepër se $\frac{3}{4}$ e studentëve të përfshirë në studim 86.0 %, ishin me banim në qytet dhe 24.0 % e tyre banonin në fshat. Numri i

studentëve me banim në fshat është afërsisht i njëjtë si për femrat (12.7 %) ashtu edhe për meshkujt (15.6%).



Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë dhe gjendjes civile

Në grafikun 2, janë paraqitur të dhënat mbi statusin civil të subjekteve në studim. Siç mund të vëjet re nga grafiku, pavarësisht se në një përqindje të vogël, një numur gati dyfish i femrave raportojnë se janë të martuara (13,6 %) krahasuar me meshkujt (7,7 %). Kjo tregon se shoqëria shqiptare vazhdon akoma të mbetet një shoqëri tradicionale ku femrat martohen në një moshë më të re se sa meshkujt.

Të dhëna të detajuara mbi karakteristikat demografike e socioekonomike rreth subjekteve të përfshira në studim paraqiten në tabelën 1 në vijim.

Tabela 1. Karakteristikat demografike dhe socioekonomike të subjekteve në studim

Variabli	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Mosha (në vite) ^A	20.7 ± 2.0		20.3 ± 1.6		20.5 ± 1.8	
Grup-mosha ^B						
18-19 vjeç	210	24.1	356	31.6	566	28.3
20 vjeç	266	30.5	370	32.8	636	31.8
>20 vjeç	396	45.4	402	35.6	798	39.9
Vendbanimi ^C						
Qytet	736	84.4	985	87.3	1721	86.0
Fshat	136	15.6	143	12.7	279	14.0

Gjendja civile ^B						
Beqar	805	92.3	975	86.4	1780	89.0
Martuar ^{**}	67	7.7	153	13.6	220	11.0
Arsimi i nënës ^B						
8 vjeçar ose më pak	120	13.8	176	15.6	296	14.8
I mesëm	454	52.1	673	59.7	1127	56.4
I lartë	2987	34.2	279	24.7	577	28.9
Arsimi i babait ^B						
8 vjeçar ose më pak	86	9.9	113	10.0	199	10.0
I mesëm	426	48.9	666	59.0	1092	54.6
I lartë	360	41.3	349	31.0	709	35.5
Gjendja ekonomike ^C						
E dobët	66	7.6	63	5.6	129	6.5
Mesatare	731	83.8	952	84.4	1683	84.2
E mirë	75	8.6	113	10.0	188	9.4
Lloji i universitetit ^B						
Publik	677	77.6	927	82.2	1604	80.2
Privat	195	22.4	201	17.8	396	19.8
Viti i studimeve ^C						
Viti I	353	40.5	413	36.6	766	38.3
Viti II	292	33.5	397	35.2	689	34.5
Viti III	227	26.0	318	28.2	545	27.3

* Përqindja sipas kollonave.

** Këtu përfshihen individët e martuar, të fejuar dhe ata që bashkëjetojnë me një partner

^A P<0.01 për ndryshimin gjinor sipas testit jo parametrik Mann-Whitney.

^B P<0.01 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^C P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

10.2. NJOHURITË E STUDENTËVE MBI IST-TË

Në këtë kapitull prezantohen të dhëna mbi njohuritë e studentëve mbi çështje specifike të lidhura me IST-të si; njohuritë për llojet e ndryshme të IST-ve, njohuritë mbi rrugët e transmetimit të tyre, njohuritë mbi shenjat që manifestojnë femrat dhe meshkujt e prekur nga IST-të, si dhe të dhëna mbi çështje të tjera, të ndara këto në seksione të veçanta.

10.2.1. Të dhëna mbi llojet dhe numrin e IST-ve që njohin subjektet në studim

Subjektet në studim u pyetën nëse kishin dëgjuar për IST-të më të zakonshme të përfshira në pyetësor. Nga analiza e të dhënave konstatohet se IST-ja e cila njihet më pak si prej studentëve meshkujt ashtu edhe nga studentet femra është trikomoniasa, raportuar nga 11.4 % e tyre (9.2 % meshkuj dhe 13 % femra).

Në mënyrë të dukshme HIV/AIDS raportohet si IST-ja më tepër e dëgjuar prej studentëve me një përgjigje të lartë pozitive, 97.6 % (97.2 % meshkuj dhe 97.8 % femra). Kjo ndoshta është e lidhur edhe me faktin se në Shqipëri, i është dhënë një rëndësi e veçantë edukimit mbi HIV/AIDS, sidomos në shkolla. Më pas renditen IST-të e tjera si; hepatiti B (85.2 %), hepatiti C (76.6 %), sifilizi (64.7 %), kandida (61.8%), herpes genital (53.8 %), lythet/verruket genitale (42.3 %), gonorea (38.4 %) dhe klamidia (16.6 %).

Një përqindje e lartë e studentëve, 83.5 % e tyre, nuk kishin dëgjuar asnjëherë për klamidia-n, 61.7 % për gonorre-n dhe 46.3 % për herpes-in genital. Kjo e dhënë merr më tepër vlerë po të kemi parasysh që kudo në botë këto infeksione po tregojnë për një fenomen iceberg-u, mbasi janë infeksione asimptomatike ^[44].

Vihet re një diferencë jo sinjifikante midis njohurive të femrave dhe meshkujve rreth këtyre IST-ve. Vetëm për kandida-n, kjo diferencë është e evidente, ku femrat dukshëm raportojnë se kanë dëgjuar në një përqindje më të lartë se meshkujt (71,8 % femra vs 48.9 % meshkuj). Kjo ndoshta është e lidhur me faktin se tek meshkujt kandida është kryesisht asimptomatike dhe konstatohet kryesisht nëpërmjet ekzaminimeve laboratorike.

Informacioni i detajuar sipas llojit të IST-ve për të cilat kanë dëgjuar ose jo subjektet në studim sipas gjinisë, paraqitet në tabelën 2 në vijim.

Tabela 2. Shpërndarja e subjekteve sipas llojit të IST-së që kanë dëgjuar e gjinisë.

Variabli	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Kandida ^A						
Jo	446	51.1	318	28.2	764	38.2
Po	426	48.9	810	71.8	1236	61.8

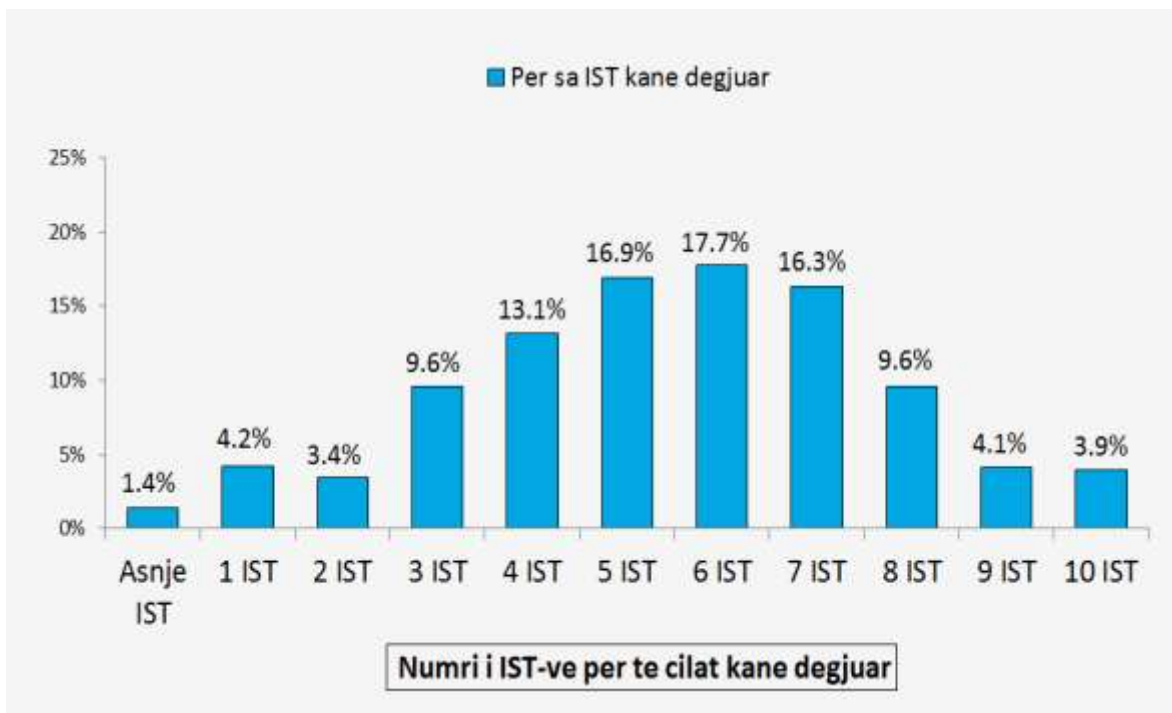
Trikomona^A						
Jo	792	90.8	981	87.0	1773	88.7
Po	80	9.2	147	13.0	227	11.4
Klamidia^A						
Jo	754	86.5	915	81.1	1669	83.5
Po	118	13.5	213	18.9	331	16.6
Gonorrhea^A						
Jo	600	68.8	633	56.1	1233	61.7
Po	272	31.2	495	43.9	767	38.4
Sifilizi^A						
Jo	357	40.9	350	31.0	707	35.4
Po	515	59.1	778	69.0	1293	64.7
Herpes genital^A						
Jo	471	54.0	454	40.2	925	46.3
Po	401	46.0	674	59.8	1075	53.8
Verruket/lythat^A						
Jo	541	62.0	614	54.4	1155	57.8
Po	331	38.0	514	45.6	845	42.3
Hepatiti B^B						
Jo	149	17.1	148	13.1	297	14.9
Po	723	82.9	980	86.9	1703	85.2
Hepatiti C^C						
Jo	213	24.4	255	22.6	468	23.4
Po	659	75.6	873	77.4	1532	76.6
HIV/AIDS^C						
Jo	24	2.8	25	2.2	49	2.5
Po	848	97.2	1103	97.8	1951	97.6

* Përqindja sipas kollonave.

^A $P < 0.01$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B $P > 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Në grafikun 3 të mëposhtëm, paraqiten të dhënat lidhur me numrin e IST-ve për të cilat studentët kanë dëgjuar.



Grafiku 3. Shpërndarja e subjekteve sipas numrit të IST-ve që ata kanë dëgjuar

Mesatarisht subjektet në studim kishin dëgjuar për 5.5 ± 2.2 prej IST-ve, gjatë jetës së tyre (5.0 ± 2.2 , IST për meshkujt dhe 5.8 ± 2.1 IST për femrat, $P < 0.001$ sipas testit jo-parametrik Mann-Whitney). Vetëm një përqindje fare e vogël (3.9 %) e studentëve të intervistuar ishin në gjendje të identifikonin/listonin të gjitha llojet e IST-ve, të përfshira në pyetësor, ndërsa 1.4 % e tyre nuk kishin dëgjuar kurrë për to.

Pas axhustimit për shumë variable (modeli 3 në analizën multivariate) vihet re se femrat kanë dëgjuar mesatarisht për më shumë IST, krahasuar me meshkujt (përkatësisht femrat 5.6 dhe meshkujt 4.7). Ky ndryshim është domethënës nga ana statistikore ($p < 0.001$).

Po ashtu, u vu re një lidhje sinjifikante pozitive ($p < 0.001$) midis arsimimit të prindërve dhe numrit mesatar të IST-ve për të cilët kanë dëgjuar subjektet. Studentët me prindër me arsim të lartë kishin dëgjuar për më tepër IST-të. Veçanërisht, arsimi i nënës duket se ka ndikim më të madh në numrin e IST-ve për të cilat kanë dëgjuar studentët.

Në tabelën 3, paraqiten rezultatet e detajuara mbi lidhjen mes numrit mesatar të IST-ve për të cilat kanë dëgjuar studentët, dhe karakteristikave demografike e socio ekonomike të tyre.

Tabela 3. Lidhja e numrit mesatar të IST-ve për të cilat kanë dëgjuar subjektet me faktorët demografik dhe socio ekonomik

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia						
Mashkull	5.0 (4.9-5.2)	<0.001	5.0 (4.9-5.2)	<0.001	4.7 (4.5-5.0)	<0.001
Femër	5.8 (5.7-6.0)		5.8 (5.7-6.0)		5.6 (5.4-5.8)	
Mosha		0.545 (2) [¶]		0.378 (2)		0.405 (2)
18-19 vjeç	5.4 (5.2-5.6)	0.799	5.3 (5.1-5.5)	0.260	5.2 (4.9-5.5)	0.502
20 vjeç	5.6 (5.4-5.7)	0.421	5.5 (5.3-5.7)	0.798	5.3 (5.0-5.5)	0.179
>20 vjeç	5.5 (5.3-5.6)	-	5.5 (5.3-5.6)	-	5.1 (4.8-5.3)	-
Vendbanimi						
Qytet	5.6 (5.5-5.7)	<0.001	5.5 (5.4-5.6)	<0.001	5.3 (5.2-5.5)	0.023
Fshat	4.9 (4.7-5.2)		5.0 (4.7-5.2)		5.0 (4.7-5.3)	
Arsimi i nënës		<0.001 (2)		<0.001 (2)		<0.001 (2)
8 vjeçar /më pak	5.0 (4.7-5.2)	<0.001	4.8 (4.6-5.12)	<0.001	4.8 (4.5-5.1)	<0.001
I mesëm	5.4 (5.3-5.5)	<0.001	5.3 (5.2-5.45)	<0.001	5.2 (4.9-5.4)	0.001
I lartë	5.9 (5.7-6.1)	-	5.9 (5.7-6.1)	-	5.9 (5.3-5.9)	-
Arsimi i babait ^B		<0.001 (2)		<0.001 (2)		0.122 (2)
8vjeçar / më pak	5.0 (4.7-5.3)	<0.001	5.0 (4.7-5.3)	<0.001	5.1 (4.8-5.5)	0.384
I mesëm	5.4 (5.2-5.5)	<0.001	5.2 (5.1-5.4)	<0.001	5.1 (4.8-5.3)	0.040
I lartë	5.8 (5.6-5.9)	-	5.8 (5.6-5.9)	-	5.3 (5.1-5.6)	-
Gjendja ekonomike		0.008 (2)		0.017 (2)		0.202 (2)
E dobët	4.9 (4.5-5.3)	0.004	4.9 (4.5-5.3)	0.007	5.0 (4.6-5.4)	0.351
Mesatare	5.5 (5.4-5.6)	0.356	5.4 (5.3-5.5)	0.403	5.3 (5.2-5.5)	0.538
E mirë	5.7 (5.3-5.9)	-	5.6 (5.3-5.9)	-	5.2 (4.9-5.6)	-
Universiteti						
Publik	5.5 (5.4-5.6)	0.080	5.5 (5.3-5.6)	0.151	5.2 (5.0-5.4)	0.017
Privat	5.3 (5.0-5.5)		5.2 (5.0-5.5)		4.9 (4.6-5.2)	
Viti i studimit		0.037 (2)		0.079 (2)		0.072 (2)
Viti I	5.4 (5.2-5.5)	0.010	5.3 (5.1-5.5)	0.036	5.0 (4.8-5.3)	0.030
Viti II	5.5 (5.3-5.6)	0.122	5.4 (5.2-5.6)	0.056	5.1 (4.9-5.4)	0.057
Viti III	5.7 (5.5-5.9)	-	5.7 (5.45-5.9)	-	5.4 (5.1-5.7)	-

* Vlera mesatare e numrit të IST-ve që kanë dëgjuar, dhe intervali i besimit 95% (në kllapa)

[†] Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

[‡] Modeli 2: i kontrolluar/axhustuar për moshën dhe gjinin.

[§] Modeli 3: i kontrolluar dhe për vendbanimin, arsimin e prindërve, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

[¶] Vlera e përgjithshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.2.2. Njohuritë e subjekteve në studim mbi rrugët e transmetimit të IST-ve

Subjektet në studim u pyetën edhe lidhur me njohuritë e tyre mbi rrugët kryesore të transmetimit të IST-ve. Pyetjes “*a e dini se si mund të infektohesh prej IST-ve?*” janë përgjigjur me një frekuencë të lartë pozitive 97.6 % e të intervistuarëve. Vetëm 2.4 % e tyre, nuk kishin fare informacion mbi rrugët kryesore të transmetimit të IST-ve.

Por, kur ju është drejtuar pyetja më në thellësi (prompt question) për informacionin që ata kishin për secilën prej rrugëve të transmetimit të IST-ve, frekuenca e përgjigjeve pozitive bie mjaft. Numri i studentëve të cilët raportojnë se kanë dëgjuar për rrugët e transmetimit të IST-ve, nuk shkon në të njëjtën linjë me numrin e studentëve të cilët kanë njohuri specifike për secilën prej rrugëve të transmetimit të tyre.

Rezultatet nga analiza e të dhënave lidhur me këtë pyetje tregojnë gjithashtu, se rruga e transmetimit nëpërmjet marrëdhënieve seksuale të pambrojtura/pa prezervativ, është ajo që njihet më mirë prej të intervistuarëve dhe renditet në vend të parë, me një përgjigje të lartë pozitive, 92.0 %.

Më tej renditen rruga nëpërmjet transfuzionit të gjakut (74.8 %), rruga nëpërmjet shiringave dhe mjeteve të tjera të infektuara (73.0 %), si dhe rruga nga nëna shtatzënë e infektuar tek fëmija i saj i porsalindur (59.1 %).

Vetëm 11.6 % e të intervistuarve kanë raportuar se disa IST-të mund të transmetohen edhe nga kontakti i ngushtë lëkurë me lëkurë gjatë marrëdhënieve seksuale. Ky nivel përgjigjeje tregon për një informacion mjaft të ulët po të kemi parasysh faktin që disa prej IST-ve të cilat përhapen edhe nëpërmjet kësaj mënyre, janë rrisht potencial kryesor për të zhvilluar kancer si tek femrat ashtu edhe tek meshkujt.

Analiza e këtij informacioni, sipas gjinisë, nuk tregoi ndonjë diferencë sinjifikante midis njohurive të femrave dhe meshkujve rreth rrugëve të transmetimit të IST-ve.

Në tabelën 4 në vijim, paraqitet informacioni i detajuar mbi rrugët e transmetimit të IST-ve për të cilat kanë njohuri subjektet në studim, sipas gjinisë.

Tabela 4. Njohuritë mbi rrugët e transmetimit të IST-ve sipas gjinisë

Rrugët e transmetimit	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Gjatë marrëdhënieve seksuale^A						
Jo	55	6.3	105	9.3	160	8.0
Po	817	93.7	1023	90.7	1840	92.0
Kontakti me lëkurën gjatë marrëdhënieve seksuale^A						
Jo	753	86.4	1015	90.0	1768	88.4
Po	119	13.6	113	10.0	232	11.6

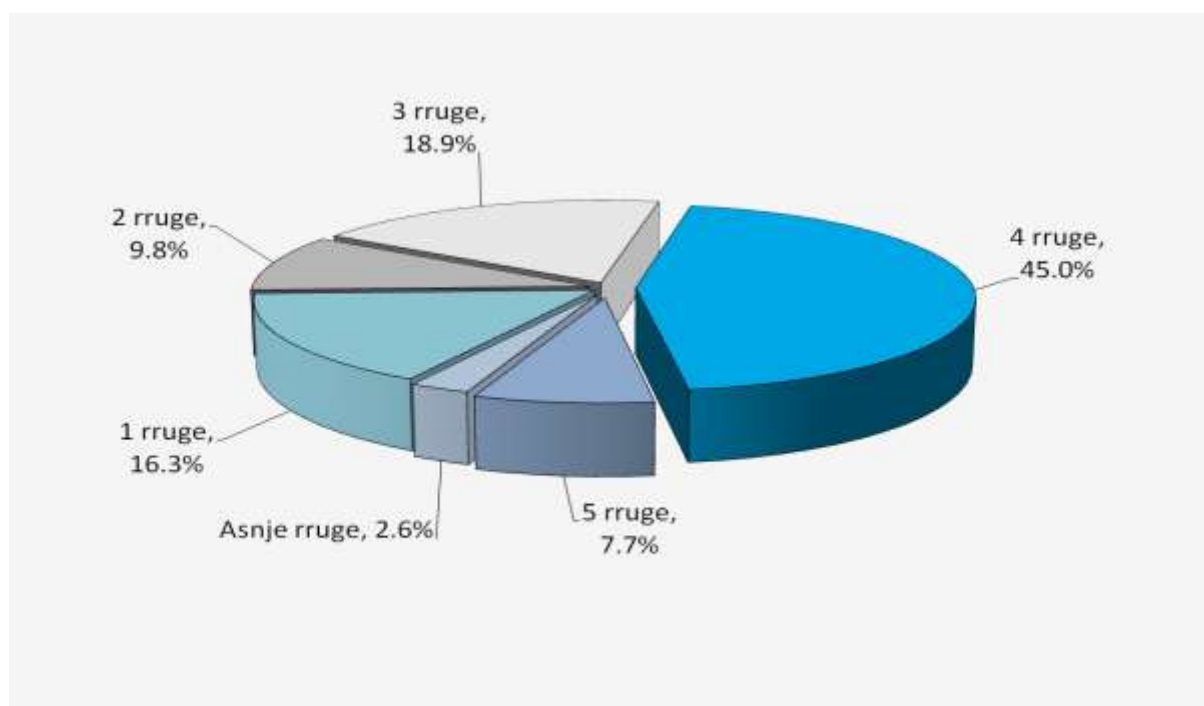
Transfuzioni i gjakut të infektuar^B						
Jo	232	26.6	273	24.2	505	25.3
Po	640	73.4	855	75.8	1495	74.8
Shiringave e mjeteve të tjera të infektuara^B						
Jo	241	27.6	300	26.6	541	27.1
Po	631	72.4	828	73.4	1459	73.0
Tejçimi nga nëna shtatzënë e infektuar te fëmija^B						
Jo	375	43.0	444	39.4	819	41.0
Po	497	57.0	684	60.6	1181	59.1

* Përqindja sipas kollonave.

^A P<0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Në grafikun 4, paraqiten të dhëna mbi numrin e rrugëve të transmetimit të IST-ve që studentët njohin



Grafiku 4. Numri i rrugëve të transmetimit të IST-ve që studentët njohin

Sipas paraqitjes grafike, mesatarisht subjektet në studim kishin njohuri për 3.1 ± 1.3 rrugë të transmetimit të IST-ve, pa ndryshime domethënëse midis meshkujve dhe femrave. Vetëm 153 subjekte (7.7 %) kishin njohuri për të gjitha rrugët e transmetimit të IST-ve të listuara në pyetësor, kurse 51 studentë (2.6 %) nuk kishin asnjë njohuri lidhur me to.

Në tabelën 5 më poshtë paraqitet shoqërimi i numrit mesatar të rrugëve të transmetimit të IST-ve që kanë njohuri studentët me karakteristikat demografike e socio ekonomike.

Analiza tregoi se studentët me vendbanim në zonat urbane/qytet dhe me gjendje ekonomike të mirë, demonstuan njohuri pak më të mira lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve, se sa homologët e tyre me banim në zonat rurale/fshat (3.1 vs 2.9) dhe me gjendje ekonomike të dobët (3.2 vs 2.9).

Nuk vihet re ndonjë lidhje tjetër sinjifikante midis njohurive të studentëve dhe faktorëve të tjerë demografik e socio ekonomik.

Tabela 5. Lidhja midis numrit mesatar të rrugëve të transmetimit të IST-ve që njohin studentët me faktorët demografik e socio ekonomik

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia						
Mashkull	3.1 (3.0-3.2)	0.938	3.1 (3.0-3.2)	0.760	3.0 (2.9-3.2)	0.944
Femër	3.1 (3.0-3.2)		3.1 (3.0-3.2)		3.0 (3.0-3.1)	
Mosha		0.090 (2)[†]		0.087 (2)		0.706 (2)
18-19 vjeç	3.0 (2.9-3.1)	0.028	3.0 (2.9-3.1)	0.027	3.0 (2.8-3.1)	0.420
20 vjeç	3.1 (3.0-3.2)	0.317	3.1 (3.0-3.2)	0.308	3.0 (2.9-3.2)	0.824
>20 vjeç	3.2 (3.1-3.3)	-	3.2 (3.1-3.3)	-	3.1 (2.9-3.2)	-
Vendbanimi						
Qytet	3.1 (3.1-3.2)	0.021	3.1 (3.1-3.2)	0.034	3.1 (3.0-3.2)	0.090
Fshat	2.9 (2.8-3.1)		2.9 (2.8-3.1)		2.9 (2.8-3.1)	
Arsimi i nënës		0.249 (2)		0.245 (2)		0.658 (2)
8vjeçar /më pak	2.9 (2.8-3.1)	0.162	3.0 (2.8-3.1)	0.159	3.0 (2.8-3.1)	0.721
I mesëm	3.1 (3.0-3.2)	0.893	3.1 (3.0-3.2)	0.900	3.0 (2.9-3.2)	0.606
I lartë	3.1 (3.0-3.2)	-	3.1 (3.0-3.2)	-	3.0 (2.8-3.2)	-
Arsimi i babait		0.372 (2)		0.385 (2)		0.974 (2)
8vjeçar/ më pak	3.0 (2.8-3.2)	0.175	3.0 (2.8-3.2)	0.184	3.0 (2.8-3.2)	0.856
I mesëm	3.1 (3.0-3.2)	0.885	3.1 (3.0-3.2)	0.892	3.0 (2.9-3.2)	0.964
I lartë	3.1 (3.0-3.2)	-	3.1 (3.0-3.2)	-	3.0 (2.9-3.2)	-
Gjendja ekonomike		0.104 (2)		0.075 (2)		0.156 (2)
E dobët	2.9 (2.7-3.1)	0.033	2.9 (2.7-3.1)	0.023	2.9 (2.6-3.1)	0.054
Mesatare	3.1 (3.0-3.2)	0.195	3.1 (3.0-3.2)	0.163	3.0 (2.9-3.1)	0.210
E mirë	3.2 (3.0-3.4)	-	3.2 (3.0-3.4)	-	3.2 (2.9-3.4)	-
Universiteti						
Publik	3.1 (3.0-3.2)	0.416	3.1 (3.0-3.2)	0.640	3.0 (2.9-3.1)	0.826
Privat	3.1 (3.0-3.3)		3.1 (3.0-3.3)		3.0 (2.8-3.2)	
Viti i studimit		0.049 (2)		0.383 (2)		0.386 (2)
Viti I	3.0 (2.9-3.1)	0.015	3.1 (3.0-3.2)	0.215	3.0 (2.8-3.1)	0.207
Viti II	3.1 (3.0-3.2)	0.101	3.1 (3.0-3.2)	0.214	3.0 (2.8-3.1)	0.226
Viti III	3.2 (3.1-3.3)	-	3.2 (3.0-3.3)	-	3.1 (2.9-3.3)	-

*Vlera mesatare e numrit të rrugëve të transmetimit të IST-ve që ka dëgjuar subjekti dhe intervali i besimit 95% (në kllapa).

[†] Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

‡ Modeli 2: i kontrolluar/axhustuar për moshën dhe gjinin.

§ Modeli 3: i kontrolluar edhe për vendbanimin, arsimin e nënës e babait, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

¶ Vlera e përgjithshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.2.3. Njohuritë e studentëve rreth rrugëve të transmetimit të virusit HIV

Studentët u pyetën specifikisht mbi njohuritë e tyre lidhur me rrugët e transmetimit të virusit HIV. Nga analiza e përgjigjeve të dhëna, rezultoi se ashtu si edhe për IST- të në përgjithësi, niveli i informacionit mbi rrugët e transmetimit të HIV është i kënaqshëm pothuajse për të gjitha rrugët e transmetimit. Frekuenca më e lartë e përgjigjeve korrekte është për rrugën nëpërmjet marrëdhënieve seksuale të pambrojtura/pa prezervativ, e cila raportohet nga një përqindje më e madhe e të intervistuarve (89.3 % e tyre).

Rruga e transmetimit nëpërmjet transfuzionit të gjakut raportohet në vend të dytë, nga 79.4 % e të intervistuarve dhe rruga nga nëna tek fëmija, raportohet nga 64.5 % e tyre.

Nga analiza e të dhënave rezultoi gjithashtu, se megjithëse njohuritë mbi rrugët e transmetimit janë relativisht të kënaqshme, ka keqkuptime lidhur me to. Kështu afërsisht 1/5 e të intervistuarëve (17.6 % e tyre), mendojnë në mënyrë të gabuar se HIV-i mund të transmetohet edhe gjatë kontaktit të zakonshëm me një të infektuar gjatë aktiviteteve në jetën e përditëshme (takimit të duarëve, ngrënies në të njëjtat enë me të, frekuentimit së bashku të shkollës, etj). Ky informacion i gabuar bëhet shkak për qëndrime stigmatizuese dhe diskriminuese për të infektuarit me HIV, si dhe i konsequencave të lidhura me këto qëndrime.

Vihet re një diferencë e lehtë jo domethënëse dhe jo konsistente midis nivelit të njohurive të femrave dhe meshkujve rreth rrugëve të transmetimit të virusit HIV.

Rezultatet mbi njohuritë e studentëve rreth rrugëve të transmetimit të virusit HIV janë paraqitur në tabelën 6 më poshtë.

Tabela 6. Njohuritë e studentëve mbi rrugët e transmetimit të HIV sipas gjinisë.

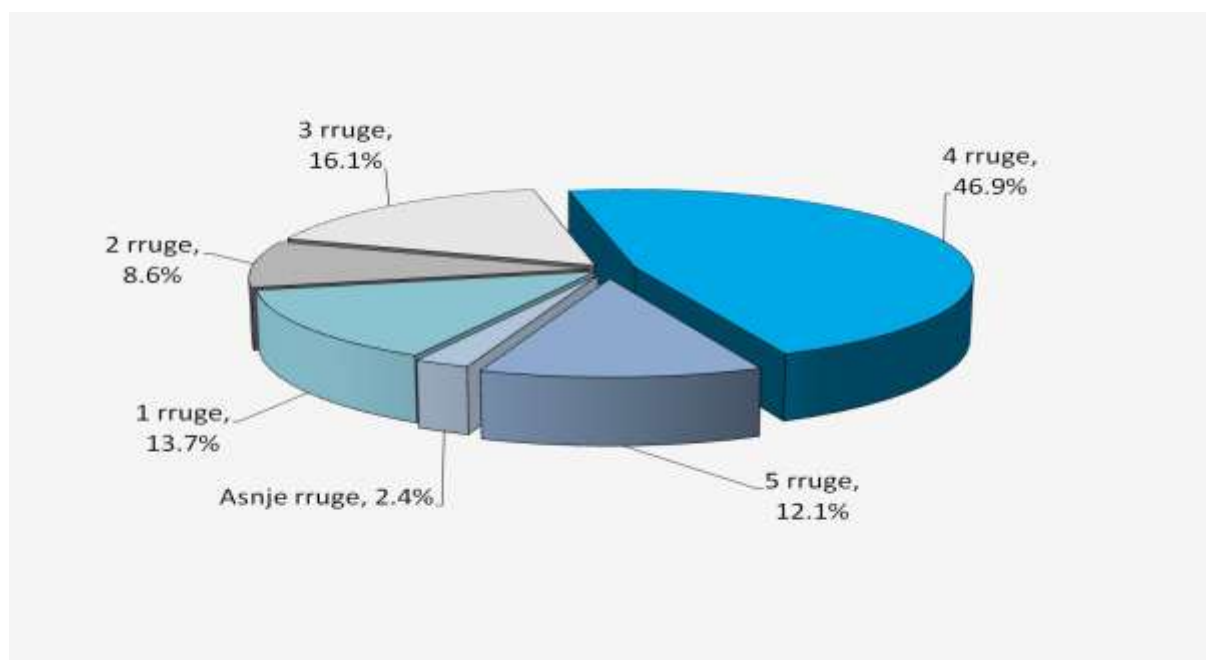
Rrugët e transmetimit	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Marrëdhënie seksuale pa prezervativ^A						
Jo	75	8.6	139	12.3	214	10.7
Po	797	91.4	989	87.7	1786	89.3
Transfuzioni i gjakut të infektuar^A						
Jo	221	25.3	191	16.9	412	20.6
Po	651	74.7	937	83.1	1588	79.4

Tejçimi i HIV nga nëna shtatzënë tek fëmija ^A						
Jo	359	41.2	352	31.2	711	35.6
Po	513	58.8	776	68.8	1289	64.5
Shiringat dhe mjetet e tjera të infektuara ^A						
Jo	229	26.3	225	19.9	454	22.7
Po	643	73.7	903	80.1	1546	77.3
Kontakti përditshëm me të infektuarin me HIV ^B						
Jo	714	81.9	934	82.8	1648	82.4
Po	158	18.1	194	17.2	352	17.6

*Përqindja sipas kollonave. ^A $P < 0.01$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror

^B $P > 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Të dhëna mbi numrin e rrugëve kryesore të transmetimit të virusit HIV që studentët njohin, janë paraqitur në grafikun 5 më poshtë.



Grafiku 5. Numrit i rrugëve të transmetimit të virusit HIV që studentët njohin

Rezultatet nga analiza e këtyre të dhënave tregojnë se studentët pjesmarrës në studim kishin njohuri mesatarisht për 3.3 ± 1.3 rrugë kryesore të transmetimit të virusit HIV (3.1 ± 1.4 për meshkujt dhe 3.4 ± 1.2 për femrat, $P = 0.006$ sipas testit jo-parametrik Mann-Whitney). Vetëm një numër fare i vogël i të intervistuarve 241 (12.1 %) kishin njohuri për të gjitha rrugët e transmetimit të virusit HIV, ndërsa 51 (2.4 %) nuk kishin njohuri për asnjë prej rrugëve të transmetimit të HIV të listuara në pyetësor.

Tabela 7 në vijim, paraqet lidhjen midis numrit mesatar të rrugëve të transmetimit të virusit HIV për të cilat kanë njohuri studentët, me karakteristikat demografike e socio ekonomike të tyre.

Tabela 7. Lidhja e numrit mesatar të njohurive për rrugët e transmetimit të virusit HIV me faktorët demografik e socio ekonomik

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia						
Mashkull	3.1 (3.0-3.3)	0.001	3.2 (3.1-3.3)	0.001	3.0 (2.9-3.2)	0.003
Femër	3.4 (3.3-3.5)		3.4 (3.3-3.5)		3.3 (3.1-3.4)	
Mosha		0.671 (2)[¶]		0.582 (2)		0.184 (2)
18-19 vjeç	3.3 (3.2-3.4)	0.996	3.3 (3.2-3.4)	0.727	3.3 (3.2-3.4)	0.073
20 vjeç	3.2 (3.1-3.3)	0.421	3.2 (3.1-3.3)	0.301	3.1 (3.0-3.3)	0.581
>20 vjeç	3.3 (3.2-3.4)	-	3.3 (3.2-3.4)	-	3.1 (2.9-3.2)	-
Vendbanimi						
Qytet	3.3 (3.2-3.4)	0.003	3.3 (3.2-3.4)	0.005	3.3 (3.2-3.4)	0.008
Fshat	3.0 (2.9-3.2)		3.1 (2.9-3.2)		3.0 (2.8-3.2)	
Arsimi i nënës		0.345 (2)		0.206 (2)		0.422 (2)
8 vjeçar/më pak	3.2 (3.1-3.4)	0.154	3.2 (3.0-3.3)	0.092	3.1 (2.9-3.3)	0.262
I mesëm	3.2 (3.1-3.3)	0.341	3.3 (3.2-3.3)	0.194	3.1 (3.0-3.3)	0.237
I lartë	3.3 (3.2-3.4)	-	3.3 (3.2-3.4)	-	3.2 (3.1-3.4)	-
Arsimi i babait		0.698 (2)		0.620 (2)		0.955 (2)
8 vjeçar/më pak	3.2 (3.0-3.4)	0.414	3.2 (3.0-3.4)	0.330	3.2 (3.0-3.4)	0.787
I mesëm	3.3 (3.2-3.4)	0.933	3.3 (3.2-3.3)	0.659	3.2 (3.0-3.3)	0.808
I lartë	3.3 (3.2-3.4)	-	3.3 (3.2-3.4)	-	3.1 (3.0-3.3)	-
Gjendja ekonomike		0.375 (2)		0.382 (2)		0.293 (2)
E dobët	3.1 (2.9-3.4)	0.930	3.2 (3.0-3.4)	0.959	3.1 (2.9-3.4)	0.516
Mesatare	3.3 (3.2-3.4)	0.289	3.3 (3.2-3.4)	0.257	3.2 (3.1-3.3)	0.128
E mirë	3.2 (3.0-3.4)	-	3.2 (3.0-3.4)	-	3.1 (2.9-3.3)	-
Universiteti						
Publik	3.3 (3.2-3.4)	0.390	3.3 (3.2-3.3)	0.407	3.2 (3.0-3.3)	0.709
Privat	3.2 (3.1-3.4)		3.2 (3.1-3.3)		3.1 (2.9-3.3)	
Viti i studimit		0.019 (2)		0.011 (2)		0.011 (2)
Viti I	3.2 (3.1-3.3)	0.010	3.2 (3.1-3.3)	0.004	3.0 (2.9-3.2)	0.004
Viti II	3.2 (3.1-3.3)	0.018	3.3 (3.1-3.4)	0.015	3.1 (3.0-3.3)	0.014
Viti III	3.4 (3.3-3.5)	-	3.5 (3.3-3.6)	-	3.3 (3.1-3.5)	-

* Vlera mesatare e numrit të rrugëve të transmetimit të virusit HIV për të cilat ka dëgjuar subjekti dhe intervali i besimit 95% (në kllapa).

[†] Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

[‡] Modeli 2: i kontrolluar (axhustuar) për moshën dhe gjininë.

[§] Modeli 3: i kontrolluar (axhustuar) edhe për vendbanimin, arsimin e nënës, arsimin e babait, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

[¶] Vlera e përgjithshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.2.4. Njohuritë e studentëve mbi grupet me rrisht për tu infektuar nga IST-të

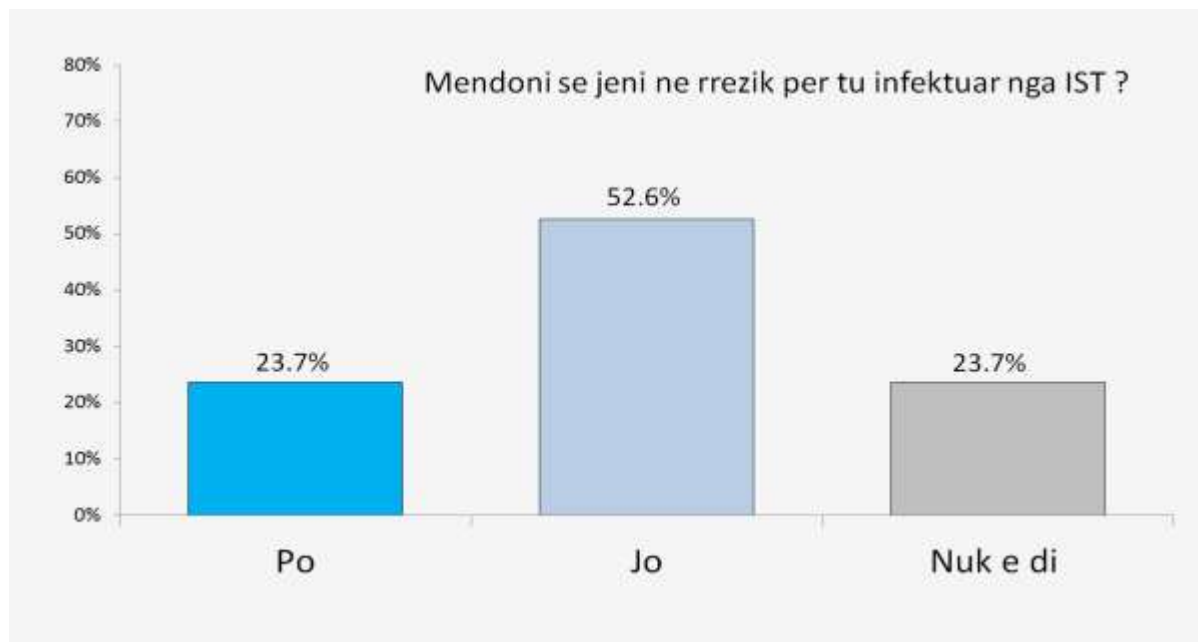
Vlerësimi i njohurive mbi grupet me rrisht, si dhe perceptimi personal i rrishtut janë indikatorë të rëndësishëm të cilët konsiderohen kur ndërmerren fushata kombëtare të informim-edukimit dhe komunikimit për parandalimin e IST-ve.

Për këtë arsye u përfshin në pyetësor edhe pyetje të cilat të na mundësonin informacione mbi këto çështje. Rezultatet treguan se megjithëse në një përqindje relativisht të ulët, studentët kanë informacion jo të saktë lidhur grupet më të rrishtuara për tu prekur nga një IST-të. Kështu, të pyetur se “*kush mund të preket nga IST-të*”, ata mendojnë se preken vetëm gratë (2.2 %), të tjerë raportojnë se preken vetëm burrat (1.1 %), vetëm fëmijët (0.5 %), vetëm gratë dhe burrat (15.5 %), dhe disa të tjerë mendojnë se preken vetëm të rinjtë 0.2 %. Përgjigje të saktë japin 79.1 % e tyre, kur raportojnë se prej IST-ve mund të preken të gjithë njerëzit pa përjashtim në varësi të rrugëve të transmetimit të tyre.

10.2.5. Perceptimi personal i rrishtut

Studimet të ndryshme botërore, kanë treguar në mënyrë të vazhdueshme se shumica e adoleshentëve nuk e perceptojnë veten e tyre në rrisht për të marrë një IST-të [94-100]. Pikërisht për të marrë informacion mbi perceptimin personal të rrishtut, ne kishim përfshirë në pyetësor edhe pyetjen “*a mendoni se jeni në rrisht për tu prekur nga një IST-të*”.

Rezultatet mbi perceptimin personal të rrishtut janë paraqitur në grafikun 6 të mëposhtëm.



Grafiku 6. Të dhëna mbi perceptimin personal të rrishtut

Nga paraqitja e mësipërme grafike, vihet re se në studimin tonë, një shumicë për tu konsideruar, raportuan një profil rrishtu të ulët për veten e tyre. Më tepër se gjysma e tyre,

1052 (52.6%) mendojnë se nuk janë në rrezik për tu infektuar prej IST-ve, megjithëse mjaft prej të intervistuarve (77.6% e tyre) kanë pohuar se IST-të sot përbëjnë një problem në Shqipëri. Vetëm 23.7% e studentëve mendojnë se mund të jenë në rrezik për tu infektuar. Nga ana tjetër, një përqindje e njëjtë si më lart e studentëve (23.7% e tyre) nuk ishin të sigurt dhe pohuan se nuk e dinë. Një perceptim personal rrisht i ulët si më sipër, mund të jetë një nga shkaqet e sjelljeve seksuale me rrisht të raportuara në këtë studim.

Të dhënat e përfutuara më sipër nga studimi ynë lidhur me perceptimin personal të rrisht, shkojnë pothuaj në të njëjtën linjë me disa studime të kryera në vende të tjera. Kështu psh, një studim në USA, midis 408 femrave seksualisht aktive të moshës 14-19 vjeç, raportoi se 78% e tyre mendonin se ishin pak ose nuk ishin fare në rrisht për tu infektuar nga një IST- të ^[94,96,97]. Në një studim tjetër i cili është bërë përsëri në Amerikë, tregoi se 85% e meshkujve dhe femrave të moshës 18-20 vjeç nuk e perceptonin veten e tyre në rrisht ^[94,98]. Në një studim në Zelandën e Re 77% e nxënësve të moshës 16-19 vjeç mendonin se ishte e pamundur që ata të merrnin një IST ^[94,99]. Një studim në Nepal, tregoi se 77% e adoleshentëve të moshës 14-19 vjeç, punëtor emigrant, mendonin se nuk ishin fare në rrezik për marrjen e ndonjë IST-je ^[94,100]. Po ashtu, një studim tjetër tregoi se 64% e pjesmarrësve në studim perceptojnë se shanset e tyre për të marrë një IST-të janë fare të ulta ^[101].

Të dy grupeve, si atyre që raportuan se e perceptonin veten nën rrisht për tu infektuar nga një IST-të, ashtu edhe atyre që nuk e perceptonin veten nën rrisht, ju është drejtuar pyetja “përse mendoni kështu?”. Kjo ishte e vetmja pyetje e hapur e cila ishte përfshirë në pyetësor. Nga përgjigjet e dhëna vihet re se ka një mungesë informacioni si dhe keqkuptime lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve si dhe perceptimin e rrisht.

Opsionet e përgjigjeve të dhëna kanë qënë të ndryshme të cilat i kemi grupuar në dy kategori: në kategorinë e përgjigjeve korrekte dhe jo korrekte.

Ata të cilët e perceptonin veten nën rrisht për tu infektuar, dhanë këtë variacion përgjigjesh korrekte: “sepse shumë herë në pube marrim pije/kryhet seks nën efektin e alkolit”, “nuk përdor prezervativ dhe ka të infektuar përreth”, “IST-të po përhapen, janë pa shenja dhe partneri/ja nuk dallohet”, “nuk kontrollohem tek mjeku, nuk bëjmë analiza”, “ndërrohen shpesh partnerët seksual”, “të rinjtë kryejn marrëdhënie me disa partner dhe pa prezervativ”, “nuk ke siguri tek dentisti, nuk ke siguri në spitale tona” “nuk ke siguri kur bën tatuazhe”, “kushtet në spitale shqiptare lenë për të dëshiruar, mjetet janë të pakontrolluara”, etj.

Një grup përgjigjesh jo korrekte janë të lidhura me informacionin e gabuar të studentëve mbi rrugët e transmetimit të IST-ve dhe janë si më poshtë: “ndotja e gjithë ambjentit”, “papastërtia në banjo / në autobus”, “sepse disa IST-të përhapen nga veshjet / sendet që ka përdorur i infektuari”, “higjena në spitale është e keqe”, etj.

Studentët të cilët e perceptonin veten si jo në rrisht për tu infektuar, dhanë këto përgjigje korrekte: “përdor prezervativ”, “mbrohem dhe kryej rregullisht kontrole mjekësore”, etj.

Ndërsa në grupin e përgjigjeve *jo korrekte* janë raportuar: “sepse prindërit / pjestarët e fisit nuk vuajnë nga IST-të”, “nuk përdor sende që kanë përdorur të tjerët”, “tregoj kujdes për higjienën intime”, “sepse IST-të nuk janë problem në Shqipëri”, etj.

10.2.6. Njohuritë mbi simptomat që paraqesin meshkujt e prekur nga IST-të

Studentët pjesëmarrës në studim u pyetën nëse kishin njohuri lidhur me simptomat që paraqesin meshkujt e prekur nga një IST-të. Informacioni i marrë prej kësaj pyetjeje tregoi se një përqindje e lartë e studentëve (43.0% e tyre) nuk kanë asnjë informacion lidhur me simptomat që manifestojnë meshkujt e prekur nga një IST-të.

Të intervistuarëve të cilët pohuan se kanë informacion lidhur me simptomat e meshkujve, ju drejtua pyetja më specifike “*cilat janë disa nga shenjat që shfaqin meshkujt e prekur nga IST-të?*”. Rezultatet nga analiza e të dhënave tregoi se informacioni mbi shenjat specifike është edhe më i ulët. Kështu, për simptomën “rrjedhje / sekrecione të shtuara genitale” nuk kanë dijeni 84.4% e studentëve. Për simptomën “rrjedhje me erë të keqe dhe jo të pastra” nuk kanë informacion 81.6% e tyre, për simptomën “dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale” 80.9% e studentëve nuk kanë njohuri, për simptomën “kruarje rreth organit dhe zonës genitale”, 66.3% e tyre, për simptomën “dhimbje, djegie gjatë urinimit” 65.3 % e studentëve, për simptomën “skuqje, puçrra, plagë, lytha, gunga në zonën genitale” nuk kishin informacion 58.2% e tyre.

Vihet re se si studentet femrat ashtu edhe studentët meshkuj kanë pak më tepër informacion për dy nga simptomat kryesore të IST-ve të meshkujt; “dhimbje dhe djegie gjatë urinimit” (31.6% femra dhe 38.6% meshkuj) si dhe “dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale” (38.4% femra dhe 46.3% meshkuj).

Tabela 8 në vijim paraqet informacionin e detajuar për njohuritë e studentëve mbi simptomat që kanë meshkujt me një IST-të, sipas gjinisë.

Tabela 8. Njohuritë rreth simptomave që kanë meshkujt me IST, sipas gjinisë

A kanë meshkujt me IST:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Rrjedhje/sekrecione të shtuara gjenitale?^A						
Jo	731	83.8	956	84.8	1687	84.4
Po	141	16.2	172	15.2	313	15.7
Rrjedhje me erë të keqe dhe jo të pastra?^A						
Jo	725	83.1	907	80.4	1632	81.6
Po	147	16.9	221	19.6	368	18.4
Dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale?^B						

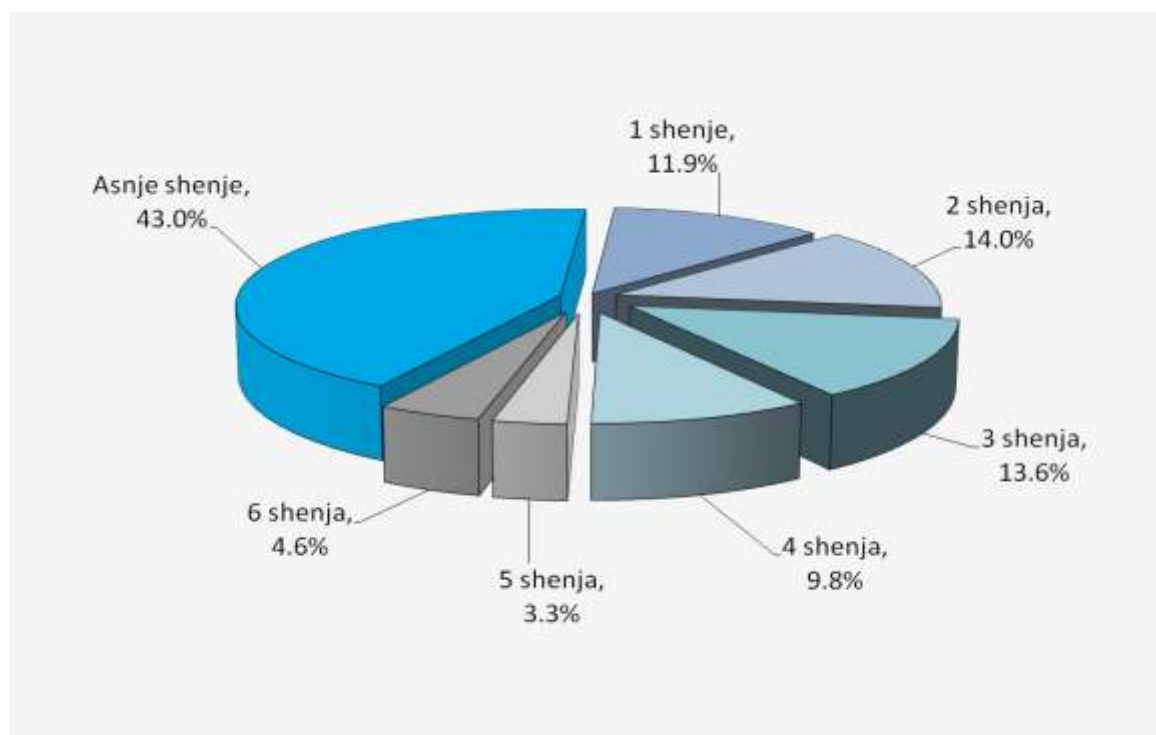
Jo	725	83.1	893	79.2	1618	80.9
Po	147	16.9	235	20.8	382	19.1
Kruarje rreth organit dhe zonës gjenitale?^A						
Jo	582	66.7	744	66.0	1326	66.3
Po	290	33.3	384	34.0	674	33.7
Dhimbje, djegie gjatë urinimit?^B						
Jo	535	61.4	771	68.4	1306	65.3
Po	337	38.6	357	31.6	694	34.7
Skuqje, puçrra, plagë, lytha, gunga në zonën gjenitale?^B						
Jo	468	53.7	695	61.6	1163	58.2
Po	404	46.3	433	38.4	837	41.9

* Përqindja sipas kollonave.

^A $P > 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B $P < 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Studimi ynë siguroi të dhëna edhe për njohuritë e studentëve mbi numrin e simptomave që kanë meshkujt e prekur nga një IST-të, informacion i cili është paraqitur në grafikun 7 në vijim.



Grafiku 7. Numri i simptomave të meshkujt e prekur nga IST, që njohin studentët

Siç tregohet në grafikun 7, një numër shumë i lartë i studentëve 860 (43 % e tyre) nuk njihnin asnjë prej simptomave që paraqesin meshkujt e prekur nga IST-të. Vetëm një numër fare i vogël, 92 studentë apo 4.6 % e tyre, kishin njohuri për të gjitha simptomat.

Mesatarisht subjektet në studim kishin njohuri për 1.6 ± 1.8 simptoma tek meshkujt me IST-të, (1.7 ± 1.7 meshkujt dhe 1.6 ± 1.9 femrat, $P = 0.010$ sipas testit jo-parametrik Mann-Whitney). Kjo është një shifër e cila tregon për informacion të ulët të studentëve rreth simptomave të IST-ve.

Analiza multivariable (modeli 3) e axhustuar për gjininë, moshën, vendbanimin, arsimin e prindërve, vitin e studimit si dhe gjendjen ekonomike të familjeve të tyre, tregoi se ka një korrelacion pozitiv midis numrit mesatar të simptomave të meshkujt me IST-të për të cilat kanë njohuri studentët me nivelin ekonomik të familjeve të tyre. Studentët, familjet e të cilëve kanë një nivel më të lartë ekonomik, kanë informacion për një numër më të madh simptomash se sa ata me familje me nivel të ulët ekonomik (1.9 vs 1.5).

Kjo analizë zbuloi afërsisht të njëjtin rezultat edhe për lidhjen midis numrit mesatar të simptomave që studentët mendojnë se i kanë meshkujt me IST, dhe moshës së studentëve. Me rritjen e moshës rritej numri i simptomave për të cilët studentët kishin njohuri; studentët në një moshë më të vogël kishin informacion për një numër më të pakët simptomash se sa studentët në moshë më të madhe (1.4 vs 1.9).

Të dhëna të tjera demografike si gjinia, vend banimi dhe arsimimi i prindërve, këtu duket se nuk luajnë ndonjë rol sinjifikant.

Në tabelën 9 në vijim paraqiten të dhëna të detajuara mbi lidhjen midis numrit mesatar të simptomave që studentët mendojnë se i kanë meshkujt e prekur nga një IST-të, me karakteristikat demografike dhe socio ekonomike të tyre.

Tabela 9. Lidhja midis numrit mesatar të simptomave që studentët mendojnë se i kanë meshkujt me IST, me faktorët demografik e socio ekonomike

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia						
Mashkull	1.7 (1.6-1.8)	0.304	1.6 (1.5-1.8)	0.530	1.7 (1.5-1.9)	0.719
Femër	1.6 (1.5-1.7)		1.6 (1.5-1.7)		1.7 (1.5-1.9)	
Mosha		<0.001(2)[¶]		<0.001(2)		<0.001 (2)
18-19 vjeç	1.4 (1.2-1.5)	<0.001	1.4 (1.2-1.5)	<0.001	1.4 (1.2-1.6)	<0.001
20 vjeç	1.6 (1.5-1.8)	0.167	1.7 (1.5-1.8)	0.181	1.8 (1.6-2.0)	0.602
>20 vjeç	1.8 (1.7-1.9)	-	1.8 (1.7-1.9)	-	1.9 (1.7-2.1)	-
Vendbanimi						
Qytet	1.7 (1.5-1.7)	0.319	1.6 (1.5-1.7)	0.488	1.7 (1.6-1.9)	0.625
Fshat	1.5 (1.3-1.7)		1.5 (1.3-1.8)		1.7 (1.4-1.9)	
Arsimi i nënës		0.545 (2)		0.603 (2)		0.796 (2)
8 vjeçar/më pak	1.6 (1.4-1.8)	0.492	1.6 (1.4-1.8)	0.532	1.7 (1.4-1.9)	0.903
I mesëm	1.6 (1.5-1.7)	0.278	1.6 (1.5-1.7)	0.322	1.7 (1.5-1.9)	0.532
I lartë	1.7 (1.6-1.8)	-	1.7 (1.5-1.8)	-	1.7 (1.4-1.9)	-

Arsimi i babait		0.013 (2)		0.016 (2)		0.023 (2)
8 vjeçar/më pak	1.7 (1.5-2.0)	0.890	1.7 (1.5-2.0)	0.966	1.8 (1.5-2.1)	0.741
I mesëm	1.5 (1.4-1.6)	0.005	1.5 (1.4-1.6)	0.007	1.5 (1.3-1.7)	0.022
I lartë	1.8 (1.6-1.9)	-	1.7 (1.6-1.9)	-	1.8 (1.5-2.0)	-
Gjendja ekonomike		0.088 (2)		0.048 (2)		0.104 (2)
E dobët	1.6 (1.3-1.9)	0.112	1.5 (1.2-1.8)	0.056	1.5 (1.2-1.9)	0.089
Mesatare	1.6 (1.5-1.7)	0.029	1.6 (1.5-1.7)	0.017	1.6 (1.5-1.7)	0.040
E mirë	1.9 (1.7-2.2)	-	1.9 (1.7-2.2)	-	1.9 (1.6-2.2)	-
Universiteti						
Publik	1.6 (1.5-1.7)	0.022	1.6 (1.5-1.7)	0.092	1.7 (1.5-1.9)	0.352
Privat	1.8 (1.6-2.0)		1.8 (1.6-1.9)		1.8 (1.5-2.0)	
Viti studimit		0.024 (2)		0.045 (2)		0.038 (2)
Viti I	1.6 (1.5-1.7)	0.023	1.7 (1.6-1.9)	0.530	1.8 (1.6-2.0)	0.674
Viti II	1.6 (1.4-1.7)	0.011	1.5 (1.3-1.6)	0.123	1.5 (1.3-1.7)	0.080
Viti III	1.8 (1.7-2.0)	-	1.6 (1.4-2.8)	-	1.7 (1.5-2.0)	-

* Vlera mesatare e numrit të simptomave që subjektet mendojnë se i manifestojnë meshkujt me IST, dhe intervali i besimit 95% (në kllapa).

† Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

‡ Modeli 2: i kontrolluar (axhustuar) për moshën dhe gjininë.

§ Modeli 3: i kontrolluar (axhustuar) edhe për vendbanimin, arsimin e nënës, arsimin e babait, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

¶ Vlera e përgjithshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.2.7. Njohuritë mbi simptomat që paraqesin femrat e prekura nga IST-të

Studentët pjesmarrës në studim u pyetën gjithashtu edhe mbi njohuritë e tyre lidhur me simptomat që manifestojnë femrat e prekura nga IST-të. Një përqindje për tu konsideruar e studentëve (42.6 %) kanë raportuar se nuk kanë informacion për simptomat që manifestojnë femrat e prekura nga IST-të. Kjo gjetje është afërsisht e njëjtë me rezultatin e marrë mbi simptomat që manifestojnë meshkujt e prekur prej IST-ve (43.0 %).

Analiza e të dhënave mbi informacionin që kanë studentët mbi shenjat specifike që manifestojnë femrat e prekura nga IST-të, evidenton dukshëm një diferencë në nivelin e njohurive midis femrave dhe meshkujve. Ashtu siç mund të pritej, femrat kanë më tepër informacion se sa meshkujt për secilën prej simptomave tek femrat me IST-ë, që janë përfshirë në pyetësor.

Tabela 10 në vijim paraqet informacion më të detajuar lidhur me simptomat që paraqesin femrat e prekura nga një IST për të cilat kanë njohuri subjektet në studim, sipas gjinisë.

Tabela 10. Njohuritë e studentëve mbi simptomat e IST-ve te femrat, sipas gjinisë.

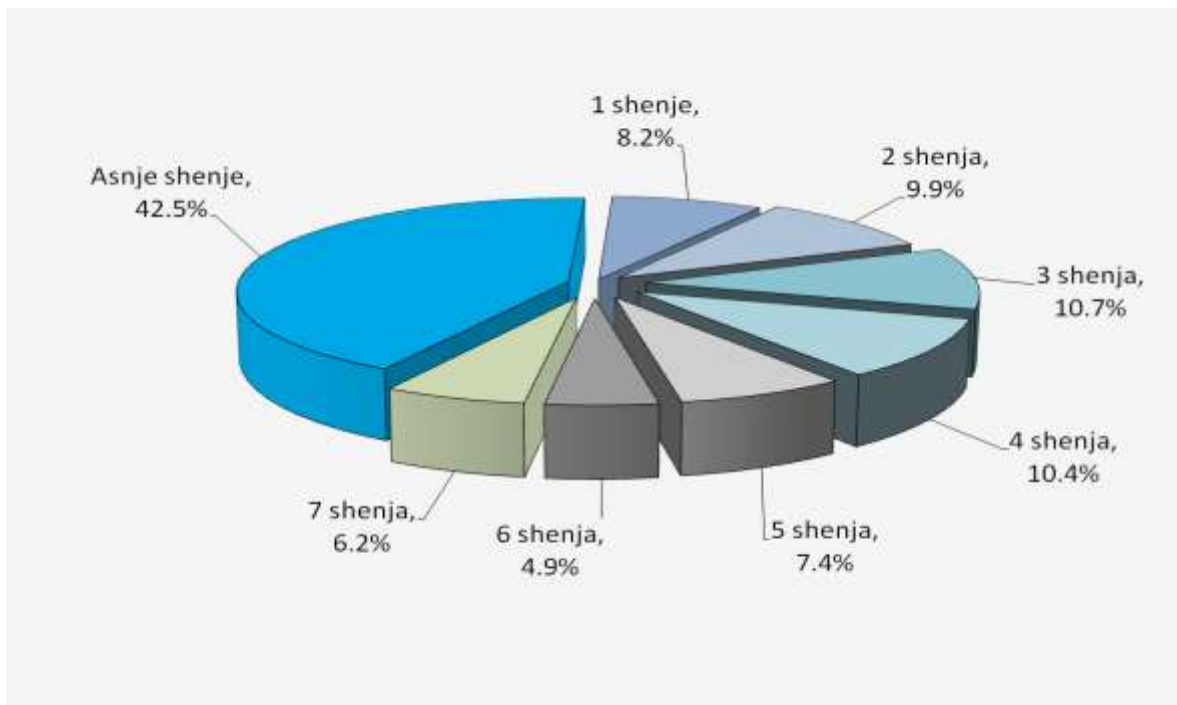
A kanë femrat me IST:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Dhimbje në fund të barkut?^A						
Jo	729	83.6	837	74.2	1566	48.3
Po	143	16.4	291	25.8	434	21.7
Rrjedhje/sekrecione të shtuara gjenitale?^A						
Jo	700	80.3	736	65.2	1436	71.8
Po	172	19.7	392	34.8	564	28.2
Rrjedhje me erë të keqe dhe jo të pastra?^A						
Jo	702	80.5	675	59.8	1377	68.9
Po	170	19.5	453	40.2	623	31.2
Dhimbje, djegie gjatë urinimit?^A						
Jo	688	78.9	666	59.0	1354	67.7
Po	184	21.1	462	41.0	646	32.3
Dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale?^A						
Jo	712	81.7	808	71.6	1520	76.0
Po	160	18.3	320	28.4	480	24.0
Skuqje, puçrra, plagë, lytha, në zonën genitale?^A						
Jo	599	68.7	594	52.7	1193	59.7
Po	273	31.3	534	47.3	807	40.4
Kruarje rreth organit dhe zonës genitale?^A						
Jo	677	77.6	661	58.6	1338	66.9
Po	195	22.4	467	41.4	662	33.1

* Përqindja sipas kollonave.

^A P<0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Në grafikun 8 të mëposhtëm, paraqitet numri i simptomave të IST-ve tek femrat, për të cilat studentët kanë informacion.



Grafiku 8. Numri i simptomave te femrat e prekura nga IST-të, që njohin studentët

Rezultatet e përftuara këtu, janë afërsisht të njëjta me ato të marra më lart për numrin e simptomave të meshkujt me IST, për të cilat kanë njohuri studentët. Siç mund të shihet, edhe këtu një numër shumë i lartë i studentëve të intervistuar (42.6 % e tyre) nuk njihnin asnjë prej simptomave që paraqesin femrat e prekura nga IST-të. Vetëm një numër i pakonsiderueshëm, 124 subjekte apo 6.2 % e tyre, kishin njohuri për të gjitha simptomat që mund të paraqesin femrat e prekura nga IST-të.

Mesatarisht subjektet në studim kishin njohuri për 2.1 ± 2.3 simptoma tek femrat me IST, (1.5 ± 2.1 meshkujt dhe 2.6 ± 2.4 femrat, $P < 0.001$ sipas testit jo-parametrik Mann-Whitney).

Studentët e përfshirë në këtë studim kanë njohuri për një numër më të madh simptomash të IST-ve tek femrat se sa tek meshkujt (2.1 ± 2.3 vs 1.6 ± 1.8). Analiza e këtyre të dhënave sipas gjinisë zbulon se në mënyrë sinjifikante femrat njohin më tepër simptoma të IST-ve tek femrat, se meshkujt (2,7 vs 1.5).

Gjithashtu, njohuritë për numrin e simptomave të IST-ve tek femrat janë në korrelacion pozitiv me moshën. Me rritjen e moshës, rritet numri mesatar i simptomave të IST-ve tek femrat, për të cilat kanë njohuri studentët. Studentët me moshë 18-19 vjeç kanë njohuri mesatarisht për rreth 1.8 simptoma, ndërsa studentët më të mëdhenj se 20 vjeç kanë njohuri mesatarisht për 2.2 simptoma.

Karakteristika të tjera demografike dhe socio ekonomike duket se nuk luajnë ndonjë rol sinjifikant në këtë gjetje.

Lidhja e numrit mesatar të simptomave të cilat subjektet mendojnë se i kanë femrat me IST-të, me karakteristikat demografike e socio ekonomike të tyre paraqitet në tabelën 11 në vijim.

Tabela 11. Lidhja e numrit mesatar të simptomave te femrat me IST, që njohin studentët me faktorët demografik dhe socio ekonomik

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia						
Mashkull	1.5 (1.4-1.6)	<0.001	1.5 (1.3-1.6)	<0.001	1.5 (1.3-1.8)	<0.001
Femër	2.6 (2.5-2.7)		2.6 (2.5-2.7)		2.7 (2.4-2.9)	
Mosha		0.126 (2)[¶]		0.009 (2)		0.031 (2)
18-19 vjeç	1.9 (1.8-2.1)	0.072	1.8 (1.6-2.0)	0.003	1.8 (1.5-2.1)	0.047
20 vjeç	2.2 (2.0-2.4)	0.934	2.1 (1.9-2.3)	0.511	2.2 (2.0-2.5)	0.620
>20 vjeç	2.0 (2.0-2.3)	-	2.2 (2.0-2.3)	-	2.2 (1.9-2.4)	-
Vendbanimi						
Qytet	2.1 (2.0-2.3)	0.046	2.0 (1.9-2.2)	0.179	2.2 (2.0-2.4)	0.385
Fshat	1.8 (1.6-2.1)		1.9 (1.6-2.1)		2.0 (1.7-2.3)	
Arsimi i nënës		0.189 (2)		0.011 (2)		0.152 (2)
8vjeçar/më pak	2.0 (1.7-2.3)	0.114	1.9 (1.6-2.1)	0.016	1.9 (1.6-2.2)	0.070
I mesëm	2.1 (1.9-2.2)	0.120	1.9 (1.8-2.1)	0.007	2.1 (1.8-2.3)	0.118
I lartë	2.3 (2.1-2.4)	-	2.3 (2.1-2.4)	-	2.3 (2.0-2.6)	-
Arsimi babait		0.444 (2)		0.043 (2)		0.176 (2)
8vjeçar/më pak	2.2 (1.8-2.5)	0.897	2.1 (1.8-2.4)	0.578	2.2 (1.9-2.6)	0.328
I mesëm	2.0 (1.9-2.2)	0.219	1.9 (1.8-2.0)	0.013	1.9 (1.7-2.2)	0.323
I lartë	2.2 (2.0-2.4)	-	2.2 (2.0-2.3)	-	2.1 (1.8-2.3)	-
Gjendja ekonomike		0.063 (2)		0.080 (2)		0.294 (2)
E dobët	1.9 (1.5-2.3)	0.040	1.9 (1.5-2.3)	0.065	2.0 (1.6-2.4)	0.214
Mesatare	2.1 (1.9-2.2)	0.031	2.0 (1.9-2.1)	0.032	2.0 (1.9-2.2)	0.129
E mirë	2.5 (2.1-2.8)	-	2.4 (2.0-2.7)	-	2.3 (1.9-2.6)	-
Universiteti						
Publik	2.1 (2.0-2.2)	0.280	2.0 (1.9-2.1)	0.179	2.1 (1.8-2.3)	0.409
Privat	2.2 (2.0-2.4)		2.2 (1.9-2.4)		2.2 (1.9-2.5)	
Viti studimit		0.007 (2)		0.038 (2)		0.033 (2)
Viti I	2.0 (1.8-2.2)	0.004	2.1 (1.9-2.3)	0.568	2.1 (1.9-2.4)	0.470
Viti II	2.0 (1.8-2.2)	0.006	1.8 (1.7-2.0)	0.020	1.9 (1.6-2.1)	0.015
Viti III	2.4 (2.2-2.6)	-	2.2 (2.0-2.4)	-	2.2 (1.9-2.5)	-

* Numri i simptomave të IST-ve te femrat që njohin studentët-intervali i besimit 95%

[†] Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

[‡] Modeli 2: i kontrolluar (axhustuar) për moshën dhe gjininë.

[§] Modeli 3: i kontrolluar edhe për vendbanimin, arsimin e prindërve, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

[¶] Vlera e përgjithshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.2.8. Njohuritë e studentëve lidhur me mënyrat e zbulimit të hershëm të IST-ve

Me qëllim që të siguronim informacion për mënyrat e zbulimit të hershëm të IST-ve, studentëve ju janë drejtuar disa pyetje lidhur me këtë. Ata u pyetën se “*si mundet një person me një IST-të, të kuptojë / dallojë nëse është i infektuar?*”. Nga analiza e përgjigjeve të dhënave rezultoi se vetëm më pak se 1/3 e të pyeturve (29.0 %) kanë dhënë përgjigje korrekte. Një pjesë e tyre, 8.0 %, janë përgjigjur “nga shenjat”, një tregues ky i kuptimit të gabuar mbi kapjen në faza të hershme të një IST-je (kur manifestohen shenjat, shumica e IST-ve kanë përparuar dhe ndosha kanë dhënë komplikacione).

Studentëve ju drejtua gjithashtu edhe pyetja “*çfarë duhet të bëjë një person nëse mendon se është infektuar me një IST-të*”, dhe një përqindje fare e papërfillshme (0.2 % e tyre) ka dhënë përgjigje korrekte. Një kategori përgjigjesh të tjera si; *asgjë, shenjat kalojnë vetë* (1.0 %), *të vetëmjekohet* (1.0 %), shkojnë në favor të mungesës së informacionit mbi IST-të. Ka edhe përgjigje të çuditshme stigmatizuese dhe diskriminuese si psh; personi ka marrë fund / të vetëizolohet (0.2 %).

Duke dashur të merrnim informacion mbi njohuritë e studentëve lidhur me vendet ku ata mund të kryejnë analizat për IST-të, atyre ju kërkuam të përmendnin disa nga vendet që ata njihnin. Megjithëse në 12 rrethet e vendit në nivel prefekturë, prej shumë vitesh funksionojnë Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar (QKTV), 7.8 % e studentëve të intervistuar pohuan se nuk dinin ku ti kryenin këto analiza. Kjo gjetje shkon edhe me të dhënat zyrtare të cilat tregojnë se numri i testeve dhe këshillimeve vullnetare në këto qendra është i ulët ^[66]. Mungesa e informacionit mbi vendet ku mund të kryhen analizat për IST-të, mund të jetë edhe një nga arsyet e numrit të ulët të testeve vullnetare të kryera nga të rinjtë.

Më tepër se gjysma e studentëve (53.0 % e tyre) kanë përmendur klinikat, laboratorët dhe spitalet private si vendet më të mundshme për të kryer këto ekzaminime. Ky rezultat, megjithëse nuk ishte objektiv i studimit tonë, tregon se shërbimet shëndetësore private preferohen më tepër nga studentët se sa shërbimet shëndetësore publike, dhe se duhet eksploruar pse ndodh kështu.

Një pyetje tjetër që ju drejtua studentëve lidhej me preferencat e tyre për vendet ku do të shkonin për tu trajtuar nëse do të ishin të sëmurë nga një IST-të. Kështu, pyetjes “*ku do të preferonit të shkonit ju, nëse do të kishit një IST-të?*” 4.8 % e tyre janë përgjigjur se nuk e dinë. Vetëm 7 % e studentëve të intervistuar kanë përmendur mjekun e familjes, 39.3 % gjinekologun / andrologun, ndërsa pjesa më e madhe kanë raportuar klinikat private.

Edhe për këtë pyetje, megjithëse në përqindje të papërfillshme, ka përgjigje të çuditshme të cilat lidhen me stigmën dhe diskriminimin për këto infeksione, si psh “do vrisja veten”.

10.2.9. Njohuritë e studentëve rreth mënyrave për tu mbrojtur nga IST-të

Subjektet në studim u pyetën edhe për të siguruar informacion lidhur me njohuritë e tyre mbi mënyrat më kryesore për tu mbrojtur prej IST-ve. Pyetja “*a e dini si mund të*

mbroresh nga një IST-të?” ka patur një frekuencë të lartë të përgjigjeve pozitive, ku 97.6 % e studentëve kanë pohuar se ata dinë se si të mbrohen prej tyre.

Por, kur ju është drejtuar pyetje më në thellësi për mënyrat e veçanta të parandalimit, frekuenca e përgjigjeve korrekte bie mjaft. Specifikisht, abstenenca nuk njihet si një nga rrugët e parandalimit të IST-ve, ku vetëm 4.2 % e studentëve e kanë raportuar si të tillë.

Siç edhe mund të pritej, me një frekuencë relativisht të lartë përdorimi i prezervativit raportohet si një nga mënyrat për tu mbrojtur prej IST-ve, nga 84.5 % e studentëve pjesëmarrës në studim, pa ndonjë ndryshim të dukshëm midis femrave dhe meshkujve.

Mënyra të tjera për tu mbrojtur prej IST-të raportohen respektivisht si më poshtë; “të mos shkëmbelesh mjetet personale” raportohet nga 65.3 % e studentëve, “të shmangësh seksin me persona të infektuar”, raportohet nga 66.8 % e tyre dhe 50.4 % kanë përmendur si mënyrë mbrojtjeje “ti kërkosh partnerit/es të testohet”.

Të dhënat mbi njohuritë e subjekteve lidhur me rrugët kryesore për mbrojtjen ndaj IST-ve, sipas gjinisë, paraqiten në tabelën 12 në vijim.

Tabela 12. Njohuritë e studentëve mbi rrugët e mbrojtjes nga IST-të, sipas gjinisë

Disa nga rrugët për tu mbrojtur nga IST-të janë:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Të mos bëshë seks^A						
Jo	831	95.3	1086	96.3	1917	95.9
Po	41	4.7	42	3.7	83	4.2
Të përdorësh prezervativ^B						
Jo	102	11.7	209	18.5	311	15.6
Po	770	88.3	919	81.5	1689	84.5
Të mos shkëmbelesh mjetet personale^A						
Jo	292	33.5	402	35.6	694	34.7
Po	580	66.5	726	64.4	1306	65.3
Të shmangësh seksin me persona të infektuar^B						
Jo	268	30.7	396	35.1	664	33.2
Po	604	69.3	732	64.9	1336	66.8
Ti kërkosh partnerit/es të testohet^B						
Jo	485	55.6	508	45.0	993	49.7
Po	387	44.4	620	55.0	1007	50.4

* Përqindja sipas kollonave.

^A P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B P<0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Studentëve pjesëmarrës në studim ju drejtuan edhe një setë pyetjesh të tjera, të cilat ishin të lidhura me rrezikun për t'u infektuar nga IST-të në situata të ndryshme jetësore. Rezultatet nga analiza e përgjigjeve treguan se studentët kanë mungesë informacioni si dhe informacione të gabuara lidhur me to. Specifikisht, pyetjes “*a mund ta kuptosh nga shenjat nëse je infektuar nga një IST*” më tepër se gjysma e studentëve të intervistuar i janë përgjigjur “po”. Vetëm 12.5 % e tyre janë përgjigjur jo, ndërsa 36.0 % nuk kanë dijeni për këtë.

Pyetjes “*a mund ta dalloshë nëse partneri/ja ka një IST-të*”, gati gjysma e studentëve (49.8 %) nuk e dinë, 17 % e tyre janë përgjigjur “po”, dhe vetëm 1/3 (33.2 %) kanë dhënë përgjigje të saktë.

“*Nëse përdor të njëjtat enë me një të infektuar me HIV, a mund të infektohesh?*” ishte një pyetje tjetër së cilës 35.0 % e studentëve i janë përgjigjur “po”, 12.6 % e tyre përgjigjen “nuk e di” dhe vetëm 52.3 % kanë dhënë përgjigje korrekte.

Edhe për pyetjen “*mund të dallohet nga pamja e jashtme një person i infektuar me HIV?*” vetëm 53.4 % e pjesëmarrësve në studim kanë dhënë përgjigje korrekte. Gati 1/3 e studentëve (28.4 %) nuk e dinë dhe 18.2 % e tyre besojnë se mund të dallohet.

Përgjigje të larta korrekte kanë dhënë studentët për pyetjen “*a mundet një grua shtatzënë e infektuar me HIV, t'ia transmetojë atë bebit të saj?*”, ku 85.8 % e tyre kanë thënë po.

Një pyetje që ka rezultuar me një përqindje relativisht të lartë të përgjigjeve korrekte ishte; “*a është e rrezikshme të qëndrosh në të njëjtën bankë me një të infektuar me HIV/AIDS?*”, për të cilën janë përgjigjur në mënyrë korrekte 77.4 % e të intervistuarve, 11.0 % e tyre kanë dhënë përgjigje të gabuar dhe 11.6 % nuk e dinë këtë.

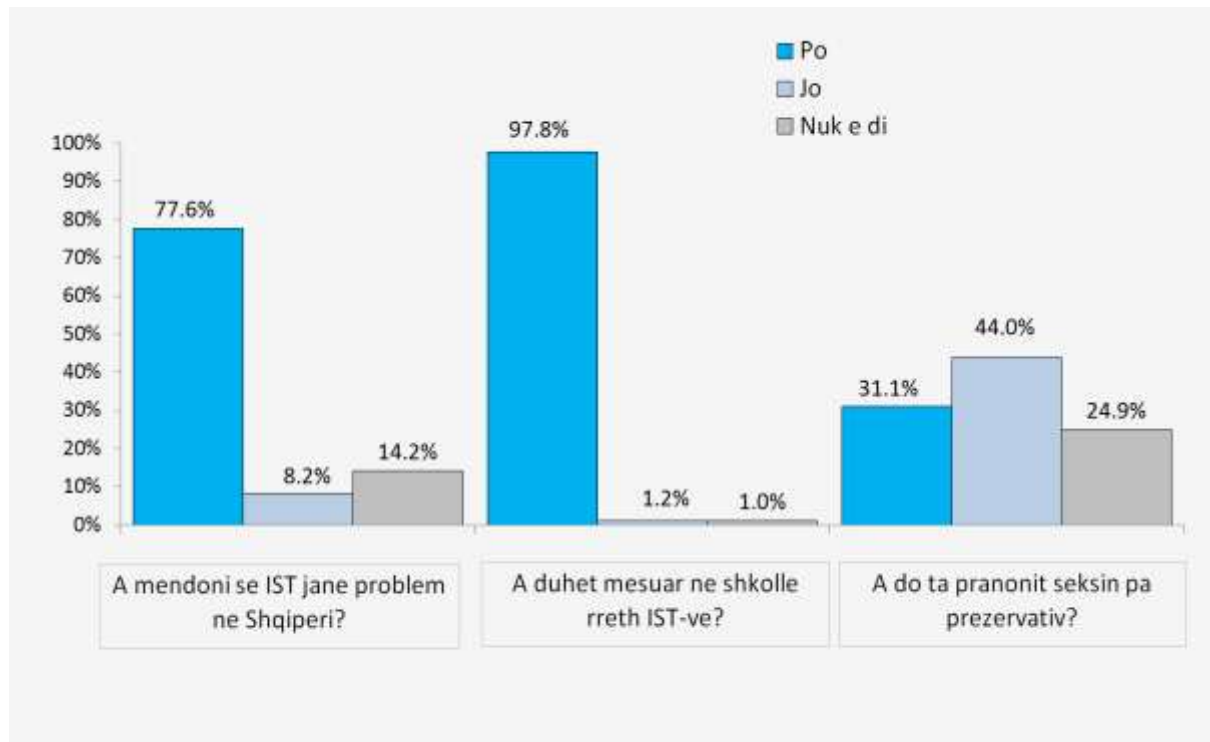
Ka keqkuptime edhe lidhur me metodat e mbrojtjes nga IST-të. Kështu një përqindje për tu konsideruar e studentëve (27.4 % e tyre) janë përgjigjur në mënyrë jo korrekte duke thënë se *pilulat kontraceptive të mbrojnë nga IST-të*. Më tepër se 1/3 e tyre (36,4 %) janë përgjigjur “nuk e di”, dhe vetëm 36.4 % e studentëve kanë dhënë përgjigje korrekte.

10.3. QËNDRIMET E STUDENTËVE/SUBJEKTEVE NË STUDIM MBI IST-TË

Pyetësi përmbante edhe një set me pyetje, të cilat reflektonin qëndrimet e studentëve mbi çështje të ndryshme lidhur me IST-të.

Në përgjithësi, evidentohet një korrelacion pozitiv midis nivelit të njohurive të studentëve lidhur me IST-të dhe qëndrimeve të tyre lidhur me këto çështje. Studentët me njohuri më të mira mbi IST-të kanë qëndrime korrekte dhe anasjelltas. Megjithatë qëndrime jo korrekte dhe stigmatizuese janë evidente për shumë prej çështjeve të lidhura me IST-të. Në shoqërinë tradicionale shqiptare, çështjet e lidhura me seksualitetin e rrjedhimisht edhe me IST-të, vazhdojnë të mbeten akoma tabu dhe janë shkak për qëndrime stigmatizuese dhe diskriminuese.

Të dhëna mbi disa nga qëndrimet e studentëve lidhur me IST-të janë paraqitur në grafikun 9 në vijim.



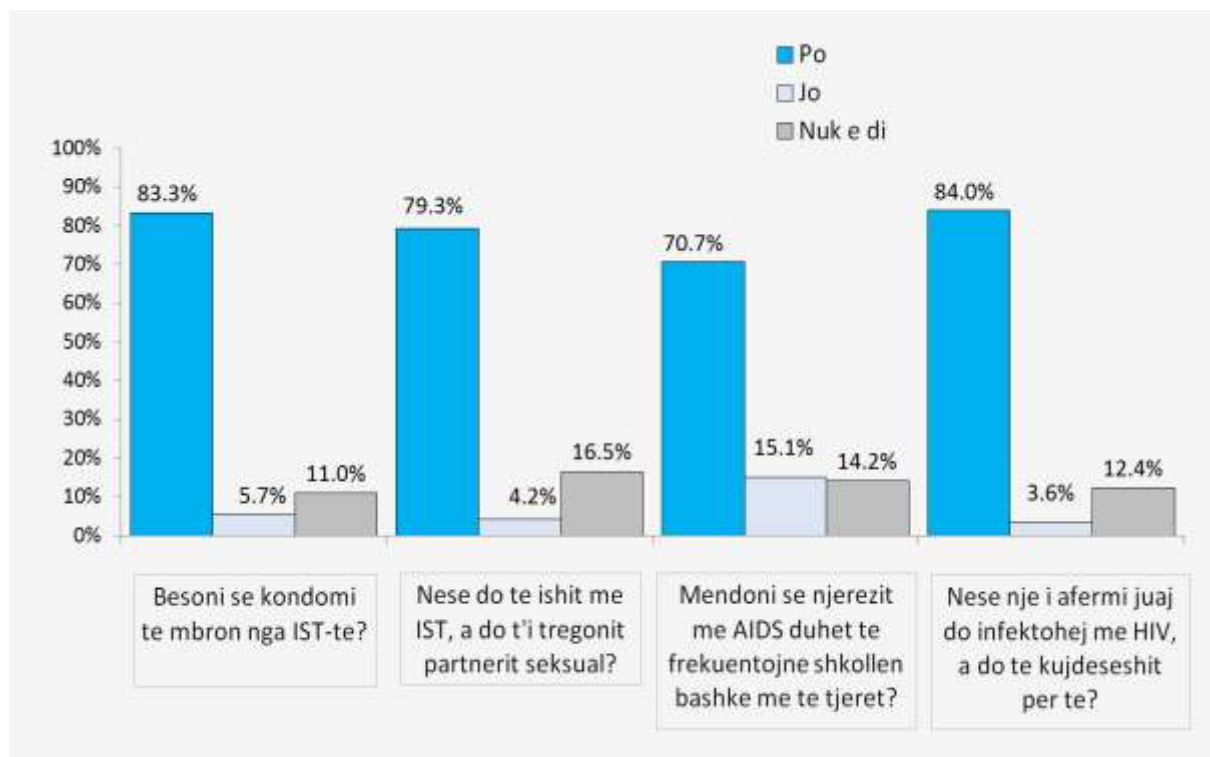
Grafiku 9. Qëndrimet e studentëve lidhur me aspekte të ndryshme mbi IST-të.

Nga paraqitja grafike konstatohet se një përqindje relativisht e kënaqshme e studentëve pjesëmarrës në studim, 77.6 % e tyre, besojnë se IST-të janë aktualisht problem në Shqipëri. Të tjerë, 8.2 % e tyre mendojnë se nuk janë problem, ndërsa 14.3 % e studentëve janë përgjigjur se nuk e dinë.

Studentëve ju kërkua gjithashtu, të shprehnin qëndrimin e tyre edhe lidhur me përfshirjen në programet mësimore të çështjeve që lidhen me IST-të. Pothuajse të gjithë studentët janë dakort të mësohet në shkollë mbi IST-të. Shumica e studentëve (55.9 %) mendojnë se *edukimi seksual duhet të fillojë qysh në klasën e 5-7*. Ka prej tyre që mendojnë se edukimi mbi IST-të duhet të fillohet që në kopësht (0.7 %) dhe një pjesë tjetër në arsimin fillor (2.8 %). Por, megjithëse në një përqindje të vogël ka edhe student të cilët mendojnë që ky edukim duhet të fillohet në klasën e 12 të shkollës së mesme.

Interesant ishte rezultati i përftuar lidhur me qëndrimet e studentëve mbi seksin pa prezervativ. Gati 1/3 e të intervistuarëve ose 31.1 % e tyre, pohojnë se do të pranonin seksin pa prezervativ. Nëse do të shtonim edhe numrin e atyre me qëndrim të pavendosur, (24.9 %), kjo gjetje mbështet faktin që të rinjtë shqiptar kryejnë sjellje seksuale me rrisht, dhe është një e dhënë për tu vlerësuar. Vetëm 44.0 % e studentëve kanë deklaruar se nuk do ta pranonin seksin pa prezervativ.

Në grafikun 10 në vijim paraqiten të dhëna të tjera mbi qëndrimet e studentëve lidhur me IST-të.



Grafiku 10. Opinionet e studentëve mbi aspekte të ndryshme lidhur me IST-të.

Siç mund të vihet re nga grafiku 10, janë prezente qëndrime jo korrekte ndaj efikasitetit të përdorimit të kondomit. Megjithëse këto dy dekada, në Shqipëri janë implementuar mjaft ndërhyrje për të promovuar përdorimin korrekt dhe konsistent të kondomit si mbrojtja më të mirë ndaj IST-ve, përsëri një përqindje e studentëve të intervistuar, 5.7 %, besojnë se

kondomi nuk të mbron nga IST-të. Edhe për këtë pyetje ka qëndrime të lëkundura nga 11.0 % e studentëve, të cilët përgjigjen “nuk e di”.

Kur janë pyetur “nëse do të ishit me një IST-të, do ti tregonit partnerit tuaj seksual?”, vetëm 79.3 % e studentëve janë përgjigjur “po”, 4.2 % e tyre janë përgjigjur “jo” dhe 16.6 % janë përgjigjur “nuk e di”. Në shumë vende të botës ka sanksione ligjore për personat të cilët nuk e vënë në dijeni partnerin e tyre seksual për statusin e tyre pozitiv për një IST-të. Kjo masë ndërmerret për parandalimin e përhapjes së IST-ve nëpërmjet rrugës seksuale. Vitet e fundit kjo është përfshirë edhe në legjislacionin shqiptar, por e kufizuar vetëm për një prej IST-ve, HIV/AIDS-in. Duke dashur të kishim informacion mbi qëndrimet e studentëve për këtë çështje, ne përfshimë në pyetësor edhe këtë pyetje e cila të na e siguronte informacionin e mësipërm.

Rezultatet nga analiza e përgjigjeve të pyetjes “a mendoni se njerëzit me AIDS duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët”, treguan për qëndrime negative jo tolerante dhe stigmatizuese ndaj personave HIV pozitiv. Kështu, një përqindje për tu konsideruar e studentëve të intervistuar, 15.1 % e tyre, mendojnë se personat HIV pozitiv nuk duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët. Nëse do të marrim në konsideratë edhe numrin e atyre me qëndrime të paqarta (14.2 % e tyre) të cilët përgjigjen “nuk e di”, frekuenca e qëndrimeve negative duhet të jetë edhe më e lartë.

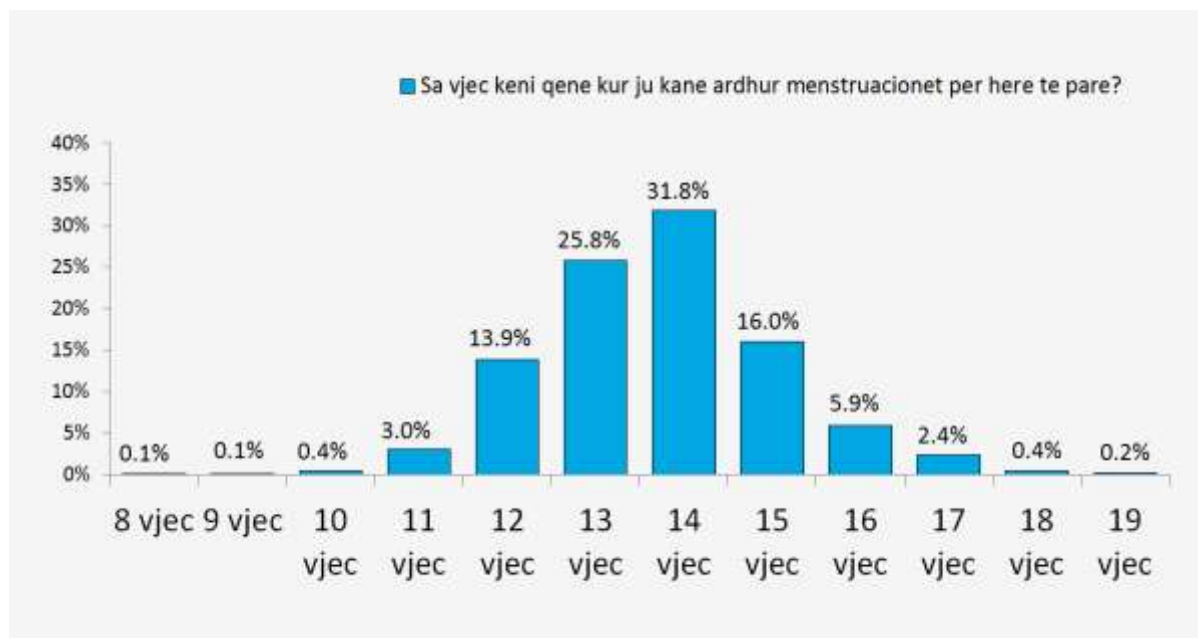
Në përgjithësi, qëndrimet negative të meshkujve janë raportuar në një frekuencë më të lartë se qëndrimet negative të femrave.

10.4. SJELLJET E STUDENTËVE/SUBJEKTEVE NË STUDIM MBI IST-TË

Në këtë kapitull prezantohen gjetjet më të rëndësishme të përfthuara nga analiza e të dhënave mbi sjelljet e studentëve lidhur me IST-të. Shumë studime kanë treguar se njohuritë e pakta dhe të pasakta, por edhe sjelljet e rrezikshme të lidhura me IST-të, janë një fenomen universal tek të rinjtë. Këto studime kanë treguar gjithashtu, se këto sjellje janë të ndikuara nga faktorë të tillë si mosha, gjinia, niveli i edukimit, statusi socio ekonomik, etj ^[102-107].

10.4.1. Mosha e ardhjes së menstruacioneve

Kjo pyetje, sigurisht ju drejtua vetëm studenteve femra, pjesëmarrëse në studim. Të dhënat mbi moshën mesatare të ardhjes së menstruacioneve, janë paraqitur në grafikun 11 në vijim.



Grafiku 11. Mosha e ardhjes për herë të parë të menstruacioneve.

Siç mund të vihet re, nga grafiku 11, studentet, kanë raportuar një moshë minimale të ardhjes së menstruacioneve 8 vjeç, dhe moshë maksimale 19 vjeç. Mosha mesatare e ardhjes së menstruacioneve është 13.7 ± 1.4 vjeç.

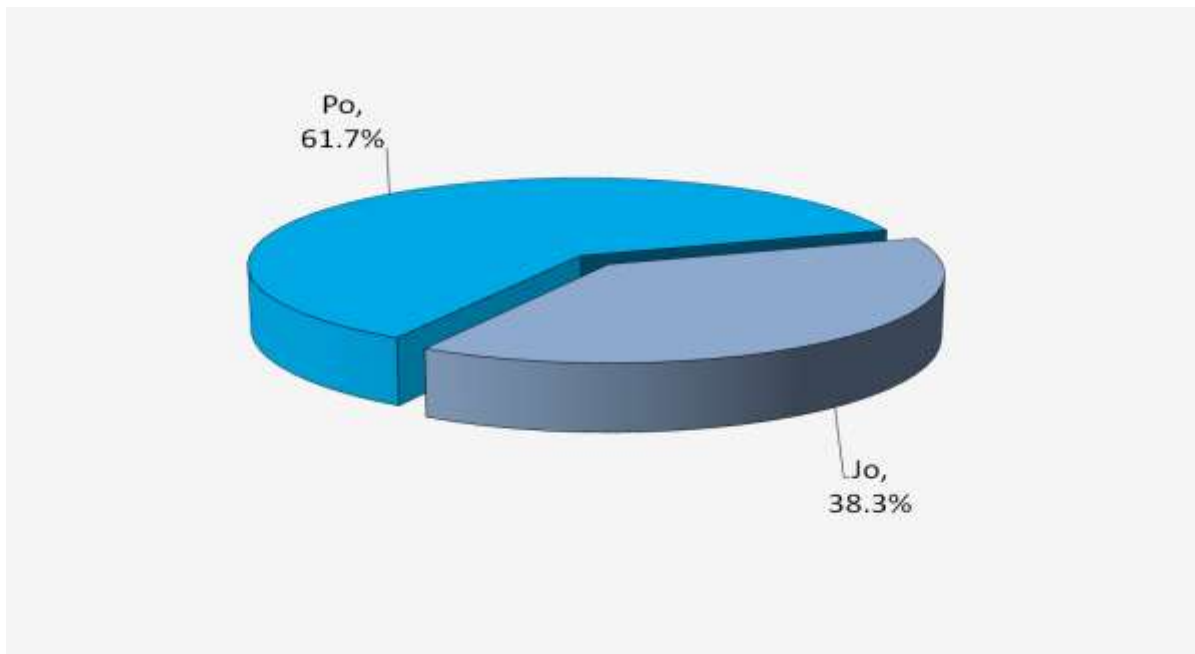
Studimi ynë konfirmoi se mosha e menarkës është spostuar në mosha më të vogla. Një studim i kryer në Shqipëri në vitin 2009, raporton moshën mesatare të menarkës 14.2 vjeç ^[108]. Kjo gjetje është e njëjtë edhe me të dhënat e ardhura nga studime të ndryshme të kryera në botë, të cilat kanë treguar se mosha mesatare e menarkës në Amerikë edhe në Europë ka rënë me një nivel mesatar prej 2-3 muaj për çdo dekadë ^[109-111].

Zakonisht, mosha e ardhjes së menstruacioneve tek femrat është e lidhur me fillimin e marrëdhënieve seksuale.

10.4.2. Të dhëna mbi kryerjen e marrëdhënieve seksuale

Një nga informacionet që ne kërkonim të merrnim nga ky studim ishte edhe ai i lidhur me eksperiencat seksuale të të rinjëve. Studentëve ju drejtuan pyetje të cilat të mund të na ofronin informacion mbi kryerjen e marrëdhënieve seksuale.

Rezultatet e përftuara janë paraqitur më poshtë në grafikun 12.



Grafiku 12. Shpërndarja e subjekteve sipas statusit të kryerjes së marrëdhënieve seksuale

Nga analiza e të dhënave rezultoi se prej 2000 studentëve të përfshirë në studim, 1234 prej tyre (61.7 %) deklaruan se kishin kryer marrëdhënie seksuale, ndërsa 766 e tyre (38.3 %) raportuan se nuk kishin kryer kurrë marrëdhënie seksuale.

Studimi ynë raporton një prevalencë më të lartë të kryerjes së marrëdhënieve seksuale, krahasuar me një studim të kryer më parë në Shqipëri (61.7 % vs 41 %), në një target grup të ngjashëm ^[112].

Prevalenca e angazhimit të femrave studente në aktivitetet seksual duket se është më e ulët krahasuar me meshkujt. Një numër gati dyfish më i lartë meshkujsh, (85.1 %) se sa femrash (43.6 %) kanë raportuar se kanë kryer marrëdhënie seksuale. Kjo gjetje ishte gjithashtu e njëjtë me studimin e kryer në Shqipëri të cilit i jemi referuar më sipër, ku meshkujt në mënyrë sinjifikante kishin një prevalencë më të lartë të kryerjes së marrëdhënieve seksuale se sa femrat (65 % vs 34 %, $p < 0.001$).

Rezultatet nga modeli linear i përgjithshëm, treguan se studentët me banim në zonat urbane kanë raportuar një prevalencë më të lartë të kryerjes së marrëdhënieve seksuale se

ata me banim në zonat rurale. Siç mund të pritej, prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale ishte në korrelacion pozitiv me moshën. Me rritjen e moshës rritej përqindja e studentëve të cilët raportuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale.

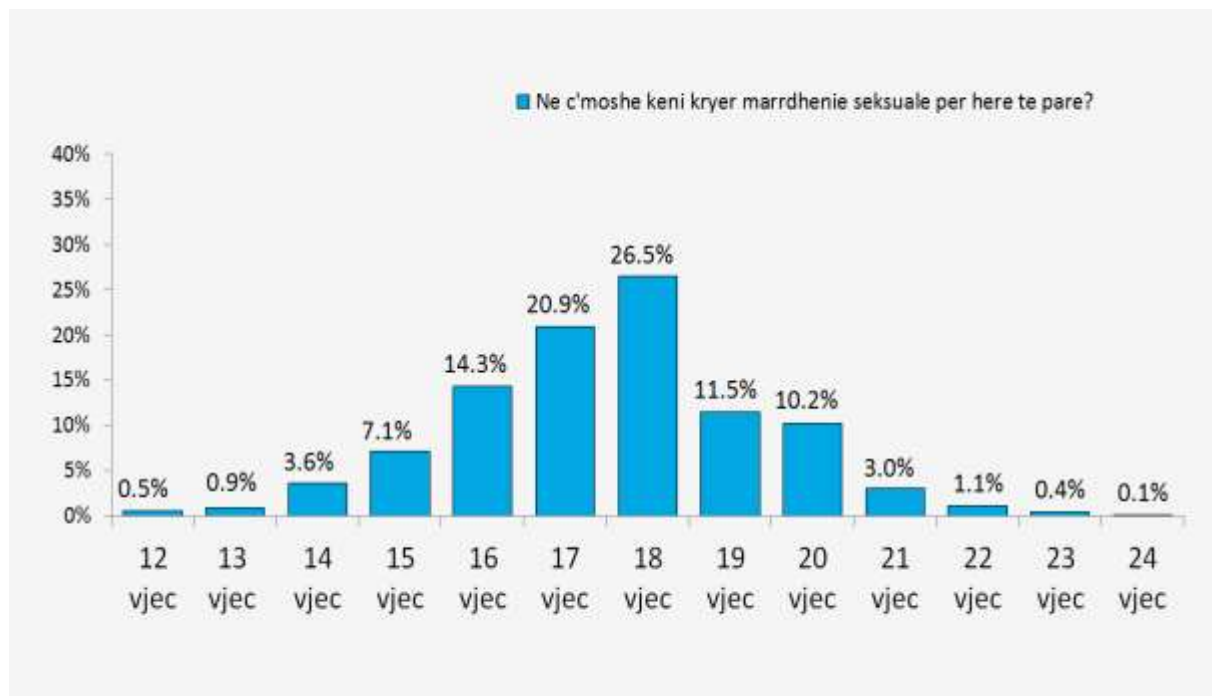
Edukimi i prindërve dhe gjendja ekonomike e familjeve duket se mbeten faktor të rëndësishëm në prevalencën e eksperiencave të para seksuale të studentëve tanë. Sipas studimit tonë, studentët prindërit e të cilëve kishin një nivel më të lartë arsimimi si dhe dhe ata nga familje me të ardhura më të larta, raportojnë hyrjen në marrëdhënie seksuale në një moshë më të vogël.

Gjetjet e mësipërme janë të ngjashme me gjetjet e studimit të kryer në vitin 2002, i cili raporton se studentët me banim në zonat urbane, prindërit e të cilëve kanë nivel më të lartë edukimi dhe ata nga familje me të ardhura më të mira kanë një prevalencë më të lartë të angazhimit në aktivitet seksual se ata me banim në zonat rurale, me prindër me nivel më të ulët arsimimi dhe nga familje me të ardhura më të pakta [112].

Kjo gjetje është e ngjashme edhe me disa studime të kryera në vende të tjera [113-115].

10.4.3. Moshë e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale

Kjo analizë, sigurisht kufizohet vetëm në personat të cilët kanë deklaruar se kanë kryer marrëdhënie seksuale deri në momentin e kryerjes së studimit. Rezultatet e përftuara nga përgjigjet e pyetjes “në çfarë moshe keni qënë ju kur keni kryer marrëdhënien e parë seksuale?”, janë paraqitur në grafikun 13 në vijim.



Grafiku 13. Moshë e kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë.

Siç mund të vihet re nga paraqitja e mësipërme grafike, studentët kanë raportuar hyrjen për herë të parë në marrëdhënie seksuale në një moshë e cila varion nga 12 në 24 vjeç. Mosha minimale e fillimit të marrëdhënieve seksuale e raportuar 12 vjeç, konfirmon faktin se të rinjtë shqiptar po hyjnë në marrëdhënie seksuale në një moshë gjithmonë edhe më të re. Një përqindje më e lartë studentësh kanë raportuar hyrjen për herë të parë në marrëdhënie seksuale në moshën 17 (20.9 %) dhe 18 vjeç 26.5 %).

Mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale prej studentëve rezultoi të ishte 17.6 ± 1.8 vjeç. Analiza e të dhënave sipas gjinisë konstatoi se femrat kanë hyrë në marrëdhënie seksuale në një moshë më të vonë se meshkujt, dhe përkatësisht femrat 18.6 ± 1.5 vjeç dhe meshkujt 16.8 ± 1.6 vjeç, tabela 13.

Tabela 13. Mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënieve seksuale sipas gjinisë.

Variabli	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja *	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Keni kryer marrëdhënie seksuale^A						
Jo	130	14.9	636	56.4	766	38.3
Po	742	85.1	492	43.6	1234	61.7
Mosha e kryerjes së marrëdhënies së parë[†]	16.8 ± 1.6		18.6 ± 1.5		17.6 ± 1.8	

Në mënyrë evidente konstatohet se mosha mesatare e hyrjes për herë të parë në marrëdhënie seksuale është e ulët dhe afërsisht e njëjtë me gjetjet nga studime të tjera të ngjashme të kryera në Shqipëri. Këto studime kanë treguar gjithashtu, se mosha e kryerjes së marrëdhënieve seksuale është spostuar drejt moshave më të reja dhe është midis 15-19 vjeç. Një studim i kryer në një target grup të ngjashëm raporton se mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale është 17.9 vjeç për meshkujt dhe 18.8 për femrat ^[112]. Një studim tjetër i kryer te disa të rinj të shkollave të mesme në 2006, tregoi se mosha mesatare e eksperiencës së parë seksuale ishte 16 vjeç ^[54].

Fillimi i hershëm i marrëdhënieve seksuale si dhe seksi paramartesor është një problem për shëndetin publik në të gjithë botën ^[116-119]. Evidencat botërore tregojnë se mosha e fillimit të marrëdhënies seksuale është ulur ^[120] dhe numri i rasteve me Infeksione Seksualisht të Transmetueshme ndër adoleshentë është në rritje ^[121]. Po ashtu, studime të ndryshme kanë treguar se fillimi i marrëdhënieve seksuale në moshë të hershme është i lidhur me rritjen e rriskut për marrjen e IST-ve tek të rinjtë.

Mbas axhustimit për gjininë, moshën, vendbanimin, arsimin e prindërve si dhe gjendjen ekonomike (rezultatet nga modeli linear i përgjithshëm), u konstatua se në mënyrë sinjifikante ($p < 0.001$) femrat kanë hyrë në marrëdhënie seksuale në një moshë më të vonë se meshkujt, femrat 18.4 vjeç dhe meshkujt 16.7 vjeç.

Të dhëna të tjera mbi lidhjen mes moshës mesatare të kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë me faktorët demografik e socioekonomik janë pasqyruar në tabelën 14.

Tabela 14. Shoqërimi i moshës mesatare të kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë me faktorët demografik dhe socio ekonomik

Variabli	Modeli 1 [†]		Modeli 2 [‡]		Modeli 3 [§]	
	Vlera mesatare (95% CI)*	P	Vlera mesatare (95% CI)	P	Vlera mesatare (95% CI)*	P
Gjinia Mashkull Femër	16.8 (16.7-16.9) 18.6 (18.5-18.8)	<0.001	16.7 (16.6-16.9) 18.5 (18.4-18.6)	<0.001	16.7 (16.5-16.9) 18.4 (18.2-18.6)	<0.001
Mosha 18-19 vjeç 20 vjeç >20 vjeç	16.9 (16.7-17.2) 17.5 (17.4-17.7) 17.8 (17.6-17.9)	0.001(2)[¶] <0.001 0.017 -	17.2 (16.9-17.4) 17.7 (17.5-17.8) 18.0 (17.9-18.2)	<0.001 (2) <0.001 0.001 -	17.2 (16.9-17.5) 17.6 (17.4-17.9) 17.8 (17.6-18.1)	<0.001 (2) <0.001 0.060 -
Vendbanimi Qytet Fshat	17.5 (17.4-17.7) 17.5 (17.2-17.8)	0.939	17.6 (17.5-17.7) 17.9 (17.7-18.2)	0.008	17.4 (17.2-17.6) 17.7 (17.4-18.0)	0.052
Arsimi i nënës 8vjeçar/ më pak I mesëm I lartë	17.7 (17.4-17.9) 17.7 (17.5-17.8) 17.3 (17.1-17.5)	0.002 (2) 0.012 0.001 -	17.7 (17.5-18.0) 17.7 (17.6-17.8) 17.4 (17.3-17.6)	0.013 (2) 0.036 0.005 -	17.5 (17.2-17.8) 17.7 (17.4-17.9) 17.5 (17.3-17.8)	0.373 (2) 0.829 0.267 -
Arsimi i babait 8vjeçar/më pak I mesëm I lartë	17.8 (17.5-18.1) 17.7 (17.6-17.8) 17.3 (17.1-17.5)	<0.001(2) 0.834 <0.001 -	17.9 (17.6-18.2) 17.7 (17.6-17.8) 17.4 (17.3-17.6)	0.002 (2) 0.004 0.004 -	17.8 (17.5-18.2) 17.5 (17.3-17.7) 17.3 (17.1-17.6)	0.054 (2) 0.019 0.158 -
Gjendja ekonomike E dobët Mesatare E mirë	17.1 (16.7-17.5) 17.6 (17.5-17.8) 17.0 (16.7-17.4)	<0.001 (2) 0.004 0.356 -	17.3 (16.9-17.6) 17.7 (17.6-17.8) 17.1 (16.8-17.3)	<0.001 (2) 0.384 <0.001 -	17.4 (17.0-17.8) 17.9 (17.7-18.1) 17.4 (17.1-17.7)	<0.001 (2) 0.865 <0.001 -
Universiteti Publik Privat	17.6 (17.5-17.7) 17.3 (17.1-17.6)	0.029	17.7 (17.6-17.8) 17.3 (17.1-17.5)	<0.001	17.6 (17.4-17.8) 17.4 (17.1-17.6)	0.036
Viti i studimit Viti I Viti II Viti III	17.1 (16.9-17.2) 17.6 (17.4-17.8) 18.1 (17.9-18.2)	<0.001 (2) <0.001 <0.001 -	17.5 (17.3-17.7) 17.6 (17.4-17.8) 17.9 (17.7-18.1)	0.017 (2) 0.007 0.020 -	17.4 (17.2-17.6) 17.5 (17.3-17.7) 17.8 (17.5-18.0)	0.029 (2) 0.014 0.026 -

* Mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënieve seksuale për herë të parë dhe intervali i besimit 95% (në kllapa).

[†] Modeli 1: i pa-kontrolluar (pa-axhustuar) për asnjë faktor.

[‡] Modeli 2: i kontrolluar (axhustuar) për moshën dhe gjininë.

[§] Modeli 3: i kontrolluar (axhustuar) edhe për vendbanimin, arsimin e nënës, arsimin e babait, vitin e studimit dhe gjendjen ekonomike.

[¶] Vlera e përgjithëshme e P-së (sinjifikancës statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

10.4.4. Të dhëna mbi numrin e partnerëve seksual

Një nga pyetjet drejtuar studentëve ishte e lidhur me numrin e partnerëve seksual që ata kanë patur gjatë gjithë jetës së tyre seksuale. Mesatarisht, subjektet në studim kanë pohuar se kanë pasur 2.2 partner seksual. Në mënyrë alarmante, 10 % e të intervistuarve kanë raportuar se kanë patur disa partner seksual (me disa partner, në kontekstin e këtij studimi nënkuptohet mbi 5 partner seksual), dhe 2.8 % e tyre kanë raportuar se kanë patur 5 partner seksual.

Vihen re diferenca domethënëse në numrin mesatar të partnerëve seksual të raportuar nga meshkujt e femrat. Meshkujt raportuan numër më të lartë partnerësh seksual (mesatarisht 2.8 partnere seksuale) se sa femrat (mesatarisht 1.2 partner seksual), $p < 0.001$.

Midis atyre që raportuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale, 75.7 % pohuan se partneri i fundit seksual ishte i dashuri / e dashura, 7 % pohuan se ishte i fejuari / e fejuara dhe 3% e tyre pohuan se ishte bashkëshorti / ja. Një numër relativisht i konsiderueshëm i studentëve të cilët raportuan se kanë kryer marrëdhënie seksuale (15 % e tyre) pohuan se partneri i fundit seksual ishte një i / e njohur rastësore. Edhe kjo e dhënë konfirmon se të rinjtë shqiptar janë përfshirë në marrëdhënie seksuale me rrisht. Literatura ka vërtetuar se marrëdhëniet seksuale me partner rastësor janë faktorë rrisht për tu infektuar nga një IST.

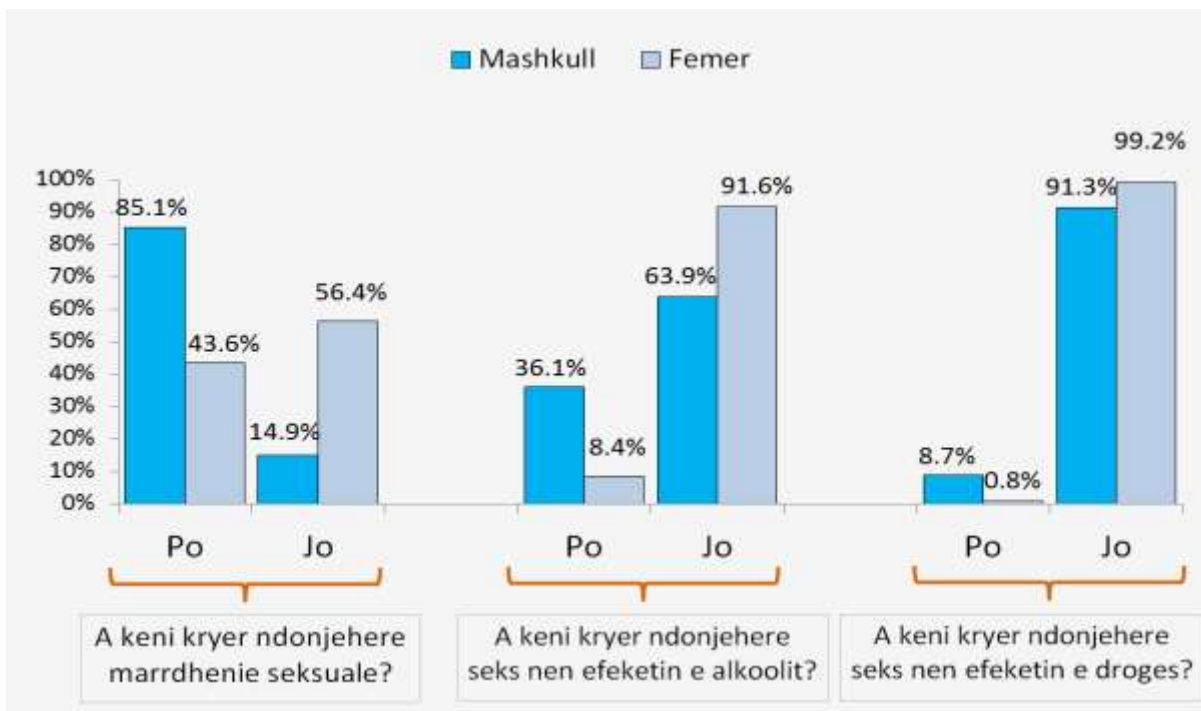
Sërisht, më tepër djem se sa vajza ishin angazhuar në sjellje të rrezikshme seksuale. Për shembull, 23 % e djemëve dhe vetëm 2 % e vajzave kishin kryer marrëdhënie seksuale me një të panjohur në marrëdhënien e tyre të fundit seksuale.

Megjithatë studentët besojnë se marrëdhëniet seksuale me shumë partner dhe me partner rastësor, rrisht rrishtin e infektimit për një IST-të, kjo nuk shkon në të njëjtën linjë me praktikimin nga ana e tyre të sjelljeve seksuale të shëndetëshme.

10.4.5. Sjellje të rrezikshme seksuale-nën përdorimin e alkoolit dhe drogës

Kryerja e marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e alkoolit rrisht rrishtin për tu infektuar nga një IST-ë. Literatura ka raportuar një lidhje të fortë midis përdorimit të alkoolit dhe kryerjes së marrëdhënieve seksuale me rrisht ^[122]. Studime të ndryshme kanë gjetur gjithashtu, se të rinjtë sidomos në periudha pushimesh (përfshi fundjavat) janë të prirur për të rritur frekuencën e sjelljeve seksuale me rrisht si psh; aktivitet seksual i pambrojtur, marrëdhënie seksuale me partner të rastësishëm, apo seks nën ndikimin e përdorimit të alkoolit dhe drogës, të cilat kontribuojnë në rritjen e mundësisë për tu infektuar prej IST-ve ^[123-127].

Studimi ynë zbuloi prezencën e sjelljeve seksuale me rrisht ndër studentët e intervistuar, si marrëdhënie seksuale nën përdorimin e substancave abuzive, të alkoolit dhe të drogës. Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e alkoolit është 20.5 %, ndërsa prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e drogës është 4.3 %.



Grafiku 14. Të dhëna lidhur me aktivitetin seksual nën përdorimin e alkoolit dhe drogës për subjektet në studim

Në grafikun 14 më sipër, paraqitet informacioni lidhur me kryerjen e marrëdhënieve seksuale të subjekteve në studim, nën efektin e përdorimit të substancave abuzive, alkoolit dhe drogës, sipas gjinisë. Nga analiza e këtyre të dhënave, vihet re se kryerja e marrëdhënieve seksuale nën ndikimin e alkoolit është raportuar nga 20.5 % e studentëve (36.1 % meshkuj dhe 8.4 % femra) pjesëmarrës në studimin tonë.

Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e drogës te meshkujt është 8.7 % dhe te femrat 0.8 %. Rezultatet më sipër, dukshëm evidentojnë se një numër më i madh meshkujsh se sa femrash janë përfshirë në sjellje seksuale me risk.

Nga analiza e të dhëna lidhur me shpërndarjen e studentëve sipas statusit të kryerjes së seksit nën efektin e alkoolit dhe faktorëve demografik e socio ekonomik të tyre, vihet re një lidhje pozitive midis moshës së studentëve dhe kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën ndikimin e alkoolit. Përqindja e meshkujve të cilët raportojnë se kanë kryer marrëdhënie seksuale nën ndikimin e alkoolit rritet me rritjen e moshës (16.1 % e moshës 18-19 vjeç vs. 56.8 % e moshës mbi 20 vjeç).

I njëjti korrelacion zbulohet edhe në lidhje me vendbanimin, arsimimin e prindërve dhe gjendjen ekonomike të familjeve. Studentët me banim në zonat urbane, ata me prindër me nivel më të lartë edukimi, si dhe ata nga familje me të ardhura më të mira kanë një prevalencë më të lartë të përfshirjes në aktivitet seksual nën përdorimin e alkoolit.

Në tabelën 15 në vijim paraqiten të dhëna lidhur me shpërndarjen e subjekteve sipas statusit të kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën efektin e alkoolit dhe faktorëve demografik e socio ekonomik.

Tabela 15. Të dhëna lidhur me kryerjen e seksit nën ndikimin e alkoolit sipas karakteristikave të subjekteve në studim

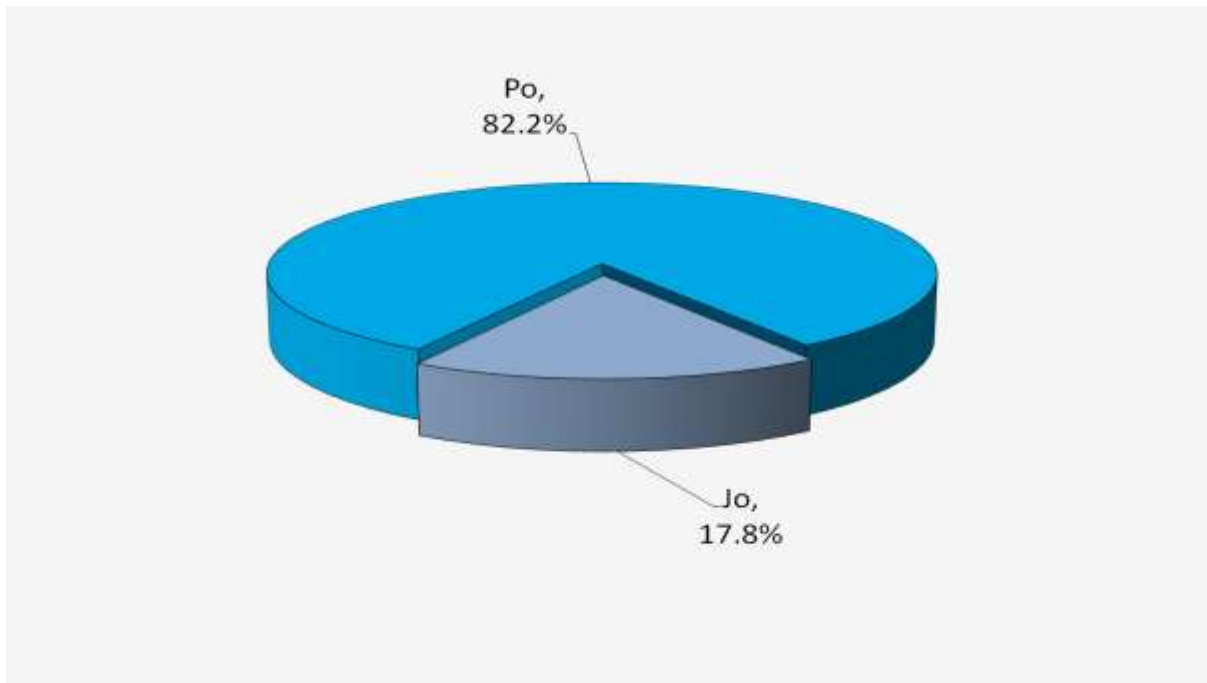
Variabli	Seks nën ndikimin e alkoolit (n=410)		Jo seks nën ndikimin e alkoolit (n=824)	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja
Gjinia ^A				
Mashkull	315	76.8	427	51.8
Femër	95	23.2	397	48.2
Grup-mosha ^A				
18-19 vjeç	66	16.1	191	23.2
20 vjeç	111	27.1	268	32.5
>20 vjeç	233	56.8	365	44.3
Vendbanimi ^A				
Qytet	381	92.9	707	85.8
Fshat	29	7.1	117	14.2
Arsimi nënës ^A				
8 vjeçar ose më pak	42	10.2	123	14.9
I mesëm	205	50.0	464	56.3
I lartë	163	39.8	237	28.8
Arsimi i babait ^A				
8 vjeçar ose më pak	33	8.0	79	9.6
I mesëm	181	44.1	449	54.5
I lartë	196	47.8	296	35.9
Gjendja ekonomike ^B				
E dobët	28	6.8	55	6.7
Mesatare	330	80.5	694	84.2
E mirë	52	12.7	75	9.1
Lloji i universitetit ^A				
Publik	268	65.4	666	80.8
Privat	142	34.6	158	19.2
Viti i studimeve ^B				
Viti I	139	33.9	280	34.0
Viti II	147	35.9	291	35.3
Viti III	124	30.2	253	30.7

*Përqindja sipas kollonave, ^A $P < 0.05$ sipas testit hi katror, ^B $P > 0.05$ sipas testit hi katror.

10.4.6. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënieve seksuale

Studentëve të cilët pohuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale, ju drejtua një pyetje lidhur me përdorimin e prezervativit gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale.

Të dhënat e përftura janë paraqitur në grafikun 15 të mëposhtëm.

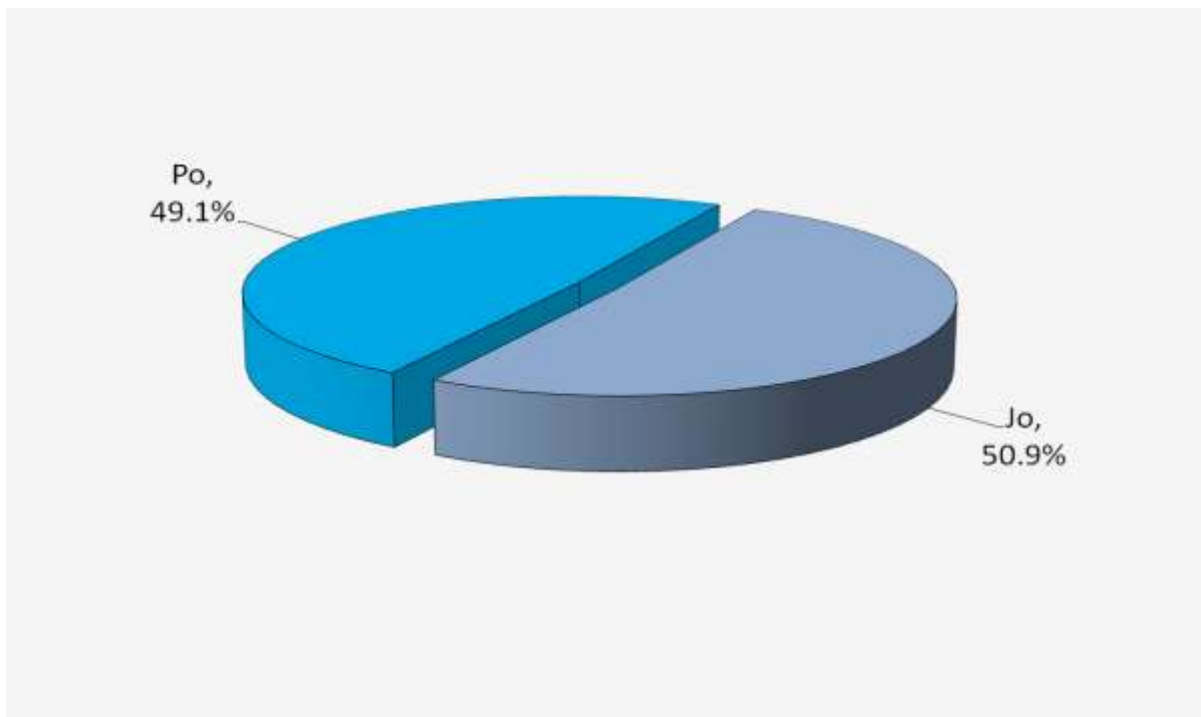


Grafiku 15. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënieve seksuale.

Në total 82.2 % e studentëve të cilët kanë kryer marrëdhënie seksuale kanë raportuar se kanë përdorur prezervativ të paktën një herë gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale. Afërsisht $\frac{1}{4}$ e studentëve (17.8 % e tyre) pohojnë se nuk kanë përdorur kurrë prezervativ.

Analiza e të dhënave tregoi se 91 % e meshkujve dhe 68 % e femrave kanë përdorur të paktën një herë prezervativ gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale. Diferencat mes meshkujve dhe femrave janë domethënëse nga ana statistikore.

Në grafikun e mëposhtëm paraqiten të dhëna mbi përdorimin e prezervativit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale.



Grafiku 16. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale

Studentëve ju është drejtuar edhe pyetja “a përdorët prezervativ herën e fundit që kryet marrëdhënie seksuale?”. Analiza e të dhënave të marra treguan se përdorimi i prezervativit gjatë kryerjes së marrëdhënieve seksuale nga studentët e intervistuar, është jo konsistent, siç mund të viher re edhe nga grafiku 16 i mësipërm. Vetëm 49.0 % e atyre që pohuan se përdorin prezervativ, e kanë përdorur atë herën e fundit që kanë kryer marrëdhënie seksuale. Përdorimi i prezervativit në mënyrë jo konsistente raportohet nga 47.8 % e meshkujve dhe nga 52.2 % e femrave të cilët pohuan se përdornin prezervativ.

Rezultati i mësipërm konfirmon përsëri prezencën e lartë të sjelljeve me rrisht në Shqipëri dhe është një e dhënë e cila duhet konsideruar.

Kjo gjetje merr akoma më tepër rëndësi edhe për faktin se në vendin tonë ^[66], ashtu si edhe në shumë vende të tjera në zhvillim ^[128], seksi pa prezervativ është rruga primare e transmetimit të virusit HIV. Seksi i pasigurt / pa prezervativ është ndër katër rrishtet kryesore të barrës globale të sëmundshmërisë në botë dhe që rrit numrin dhe ashpërsinë e rasteve të reja me IST-ë. Të gjitha sëmundjet seksualisht të transmetueshme i atribuohen seksit të pasigurt. Literatura shkencore ka vërtetuar se pothuaj të gjitha rastet e kancerit cervikal i atribuohen transmetimit seksual të HPV ^[129-131].

Në tabelën 16 në vijim paraqitet shpërndarja e subjekteve sipas statusit të përdorimit të prezervativit gjatë marrëdhënieve të fundit seksuale dhe faktorëve demografik e socio ekonomik të tyre.

Tabela 16. Të dhëna lidhur me përdorimin e prezervativit gjatë marrëdhënieve të fundit seksuale sipas karakteristikave të subjekteve në studim

Variabli	Ka përdorur prezervativ (n=606)		Nuk ka përdorur prezervativ (n=1628)	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja
Gjinia ^A				
Mashkull	442	72.9	300	47.8
Femër	164	27.1	328	52.2
Grup-mosha ^B				
18-19 vjeç	140	23.1	117	18.6
20 vjeç	189	31.2	190	30.3
>20 vjeç	277	45.7	321	51.1
Vendbanimi ^B				
Qytet	533	88.0	555	88.4
Fshat	73	12.0	73	11.6
Arsimi nënës ^A				
8vjeçar ose më pak	82	13.5	83	13.2
I mesëm	305	50.3	364	58.0
I lartë	219	36.1	181	28.8
Arsimi babait ^A				
8vjeçar ose më pak	50	8.3	62	9.9
I mesëm	294	48.5	336	53.5
I lartë	262	43.2	230	36.6
Gjendja ekonomike ^B				
E dobët	41	6.8	42	6.7
Mesatare	498	82.2	526	83.8
E mirë	67	11.1	60	9.6
Lloji i universitetit ^B				
Publik	457	75.4	477	76.0
Privat	149	24.6	151	24.0
Viti i studimeve ^A				
Viti I	224	37.0	195	31.1
Viti II	219	36.1	219	34.9
Viti III	163	26.9	214	34.1

*Përqindja sipas kollonave,

^A $P < 0.05$ sipas testit hi katror

^B $P > 0.05$ sipas testit hi katror.

Prevalenca e përdorimit të prezervativit gjatë marrëdhënieve të fundit seksuale, e raportuar nga studimi ynë, megjithëse është e ulët (49.0 %), është relativisht më e lartë se ajo e raportuar nga studime të tjera të kryera në Shqipëri në periudha të ndryshme kohore, respektivisht; 7 % [76], 16 % [132], 35 % [94].

Një nivel relativisht i ulët i përdorimit të kondomit gjatë marrëdhënieve seksuale prej studentëve pjesëmarrës në studimin tonë, mund të shpjegohet edhe me një vetëperceptim

të ulët të rriskut për tu infektuar prej IST-ve, nga ana e tyre. Më tepër se gjysma e studentëve (52.6 % e tyre), nuk e konsiderojnë veten në rrisk për tu infektuar nga një IST-ë, megjithëse kanë raportuar sjellje seksuale me rrisk (seks nën përdorimin e alkolit dhe drogës, seks me shumë partner seksual, seks pa prezervativ, etj).

Kjo gjetje është e njëjtë edhe me disa studime të kryera në vende të tjera ku të rinjtë nuk adaptojnë sjellje të sigurta seksuale mbasi nuk e perceptojnë veten e tyre në rrisk për tu infektuar nga IST-ë. Kështu, në Nigeri, 95 % e vajzave 15-19 vjeç perceptojnë se rrisku i tyre për tu infektuar nga HIV/AIDS nuk ekziston ose është minimal; në Haiti, mendojnë kështu 93 % e adoleshentëve. Një studim në Malawi gjeti se vajzat nuk e perceptonin veten nën rrisk për tu infektuar nga IST-të gjatë kryerjes së marrëdhënie seksuale me meshkuj, nëse nënat i njihnin familjet e tyre ^[133].

10.4.7. Arsyet e përdorimit dhe mospërdorimit të prezervativit

Bazuar në evidenca shkencore, arsyet e mospërdorimit të prezervativit në shumicën e rasteve janë mungesa e perceptimit personal të rriskut, ulja e kënaqësisë seksuale, shqetësimi për reagimin e partnerit/es, turpi për të shkuar për ti blerë ose mungesa e aftësive për ta përdorur atë.

Duke dashur të merrnim informacion mbi *arsyet e përdorimit dhe mospërdorimit të prezervativit*, studentëve ju drejtuan pyetje për të siguruar pikërisht këtë informacion. Nga analiza e të dhënave të marra nga përgjigjet e pyetjes “*cila ishte arsyeja e përdorimit të prezervativit?*”, rezultoi se 46 % e subjekteve kanë pohuar si arsye kryesore, parandalimin e një shtatzënie të padëshiruar, dhe më pas për të parandaluar një IST-të. Kjo gjetje është e njëjtë edhe me gjetjet e disa studimeve të tjera të kryera në disa vende të ndryshme të botës ^[73,74] si edhe me të dhëna të ardhura nga studime të kryera në vendin tonë ^[69]. Kishte edhe përgjigje të tjera lidhur me këtë pyetje si psh; nuk i besoj partneres, partnerja insistoi, për kuriozitet, për kënaqësi, etj.

Studentëve të cilët raportuan se nuk përdornin prezervativ ju drejtua pyetja “*cila është arsyeja që nuk përdorni prezervativ?*”. Një nga arsyet më frekvente e raportuar prej tyre ishte ulja e kënaqësisë seksuale. Specifikisht nga përgjigjet e dhëna rezultoi se 29 % e studentëve nuk përdorin prezervativ pikërisht për këtë arsye, pasi mendojnë se ul kënaqësinë seksuale. Ndërkohë 20 % e tyre pohojnë se “kanë vetëm një partner seksual” dhe si rrjedhojë kanë besim tek ai / ajo dhe për këtë arsye përdorimi i prezervativit është i panevojshëm.

Disa nga arsyet e tjera të raportuara prej studentëve të cilat evidentojnë një mungesë informacioni si dhe keqinformime lidhur me përdorimin e prezervativit janë: “nuk kam besim se më mbrojnë”, “partneri/ja kundërshton”, “thjesht nuk duam”, “nuk di ta përdor”, “kam frikë nga efektet anësore”, “përdor kontraktivë” “nuk kishim për momentin”.

Sipas literaturës së konsultuar, një nga arsyet e mospërdorimit të prezervativit është mungesa e komunikimit midis partnerëve-komunikimi në çift. Për këtë arsye në pyetësor

u përfshi edhe pyetja “*a diskutoni me partnerin/en për përdorimin e prezervativit?*”, e cila do të na siguronte informacion mbi këtë çështje. Nga analiza e përgjigjeve të dhëna rezultoi se 70 % e studentëve diskutojnë me partnerin për përdorimin e kondomit. Diferencat gjinore janë jo domethënëse nga ana statistikore.

Një nga pyetjet e përfshira në pyetësor tentonte të merrte informacion mbi vendet e mundshme ku studentët mund të sigurojnë prezervativ. Të dhënat treguan se studentët nuk kanë informacion lidhur me to. Kështu, kur ju është kërkuar të *përmendin disa nga vendet ku mund të sigurohen prezervativët në Shqipëri*, një përqindje e konsiderueshme e studentëve (41.4 % e tyre) kanë referuar farmacitë si vendin më të zakonshëm të gjetjes së prezervativëve. Ndërkohë qendrat e planifikimit familjar të cilat funksionojnë në Shqipëri qysh prej vitit 1995 ^[54], raportohen vetëm nga 0.4 % e studentëve në studim.

Niveli i përdorimit të kondomit ndër adoleshentët është përgjithësisht i ulët në të gjithë botën edhe për shkak të mungesës së aksesit për shërbime miqësore për të rinjtë ^[44]. Nisur nga kjo, ne mund të supozojmë se një ndër arsyt që studentët tanë nuk frekuentojnë shërbimet shëndetësore dhe / ose qendrat e planifikimit familjar për të marrë këshillim si dhe për tu furnizuar me prezervativ, ndoshta është se këto shërbime ofrohen në të njëjtin vend ku marrin shërbim edhe të rriturit.

Duke dashur të identifikojmë vendet më të preferuara prej studentëve për sigurimin e prezervativëve, në pyetësor kishim përfshirë edhe një pyetje lidhur me këtë. Nga përgjigjet e marra konstatohet se një numër akoma edhe më i madh i studentëve të intervistuar (71.6 %), identifikojnë farmacitë si vendet më të preferuara për ta, ku do të dëshironin të shkonin për të siguruar prezervativ.

Gjetjet e mësipërme mbi përdorimin e kondomit marrin rëndësi, po të kemi parasysh faktin se të gjitha IST-ë i atribuohen seksit të pasigurt, si edhe për faktin se në vendin tonë, seksi pa prezervativ është rruga primare e transmetimit të HIV.

10.4.8. Kryerja e analizave/testimeve rutine për IST-të dhe HIV/AIDS

Studimi ynë kërkonte të merrte informacion edhe mbi sjelljet e studentëve lidhur me kryerjen e ekzaminimeve rutine lidhur me IST-ë. Pyetjes “*a keni kryer ndonjëherë analiza rutine për IST-ë?*”, 87.6 % e tyre, janë përgjigjur negativisht. Kjo është një përqindje e lartë nëse konsiderojmë faktin që studentët e përfshirë në studim kryejnë sjellje seksuale me risk.

Ndërmjet atyre që kanë pohuar se kanë kryer një analizë rutine, femrat kanë patur një frekuencë gati 2 herë më të lartë (62.7 %), krahasuar me meshkujt (37.3 %).

Por, nga analiza e thelluar e të dhënave, është konstatuar se edhe ata që kanë raportuar se kanë bërë një analizë rutine, kanë pohuar se e kanë kryer atë për arsye të tjera dhe jo si një ekzaminim rutine. Disa nga arsyt për kryerjen e analizave të përmendura prej

studentëve janë: më është ofruar falas si dhurues gjaku, kontroll për shtatzëni, kisha shqetësime, ma ka rekomanduar mjeku, etj.

E njëjta pyetje ju është drejtuar studentëve edhe specifikisht për HIV/AIDS- in. Përgjigjet e dhëna tregojnë se ashtu si edhe në vende të tjera në zhvillim vetëm një proporcion fare i vogël i personave në rrisht janë testuar për HIV (8.1 % e tyre). Numri i personave të testuar për HIV/AIDS është në një përqindje më të ulët se ata që janë testuar për IST-ë në përgjithësi.

Në tabelën 17 në vijim, paraqiten të dhëna të detajuara mbi shpërndarjen e subjekteve në studim sipas statusit të kryerjes së analizave për IST/HIV dhe faktorëve demografik e socio ekonomik të tyre.

Tabela 17. Të dhëna lidhur me kryerjen e analizave për IST sipas karakteristikave të subjekteve në studim

Variabli	Kanë kryer analiza për IST (n=249)		Nuk kanë kryer analiza për IST (n=1751)	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja
Gjinia ^A				
Mashkull	93	37.3	779	44.5
Femër	156	62.7	972	55.5
Grup-mosha ^A				
18-19 vjeç	51	20.5	515	29.4
20 vjeç	76	30.5	560	32.0
>20 vjeç	122	49.0	676	38.6
Vendbanimi ^A				
Qytet	225	90.4	1496	85.4
Fshat	24	9.6	255	14.6
Arsimi nënës ^A				
8-vjeçar ose më pak	23	9.2	273	15.6
I mesëm	135	54.2	992	56.7
I lartë	91	36.5	486	27.8
Arsimi babait ^A				
8-vjeçar ose më pak	20	8.0	179	10.2
I mesëm	116	46.6	976	55.7
I lartë	113	45.4	596	34.0
Gjendja ekonomike ^B				
E dobët	16	6.4	113	6.5
Mesatare	203	81.5	1480	84.5
E mirë	30	12.0	158	9.0
Lloji i universitetit ^A				
Publik	186	74.7	1418	81.0
Privat	63	25.3	333	19.0
Viti i studimeve ^B				
Viti I	84	33.7	682	38.9

Viti II	92	36.9	597	34.1
Viti III	73	29.3	472	27.0

*Përqindja sipas kollonave. ^A $P < 0.05$ sipas testit statistikor hi katror. ^B $P > 0.05$ sipas testit statistikor hi katror.

Midis arsyeve për të cilat studentët nuk kanë kryer ekzaminime rutine në përqindjen më të madhe (53.9 %), ata kanë përmendur se “nuk kam patur probleme”. “Nuk jam në rrezik për tu infektuar nga një IST-ë” janë përgjigjur 23.2 % e tyre dhe “nuk di ku bëhen” është përmendur si arsye nga 5.3 % e studentëve.

Edhe pse në një përqindje të ulët, studimi ynë raporton prezencën e IST-ve ndër studentët e intervistuar. Të pyetur “*keni patur ndonjëherë ndonjë IST-ë?*”, janë përgjigjur “po” rreth 3 % e të intervistuarëve. Në dukje kjo shifër e raportuar është minimale, por duhet të konsiderojmë faktin që shumica e IST-ve janë shpesh asimptomatike, dhe vetëm personat me shenja evidente, drejtohen për të marrë kujdes shëndetësor.

Të pyetur “*ku shkuat për të marrë mjekim*”, përsëri një numër më i lartë i studentëve kanë deklaruar klinikat private dhe farmacitë si vendet ku ata kanë shkuar për të marrë mjekim, se sa qendrat shëndetësore publike.

10.5. KANALET E KOMUNIKIMIT MBI ASPEKTE TË NDRYSHME TË IST-VE

Një nga qëllimet e studimit tonë ishte edhe vlerësimi i kanaleve të komunikimit mbi shëndetin dhe specifikisht për IST-të, në funksion të gjetjes së kanaleve më të përshtatshme të dhënies së informacionit shëndetësor për këtë target grup. Në këtë kapitull prezantohen pikërisht rezultatet lidhur me: burimet e informacionit mbi IST-të, diskutimin e studentëve me të tjerë mbi IST-të, informacionin mbi mediat dhe orët më të ndjekura prej studentëve, preferencat e tyre lidhur me burimet më të zakonshme të marrjes së informacionit mbi IST-të, etj.

10.5.1. Burimi i informacionit për çështje të lidhura me IST-të

Për të siguruar të dhëna mbi burimet e ndryshme të marrjes së informacionit lidhur me IST-të, subjekteve në studim ju drejtua pyetja *“cili ka qënë burimi i informacionit për këto çështje”*?. Nga analiza e të dhënave prej përgjigjeve të marra, rezultoi se media e shkruar (gazetat / revistat) dhe ajo elektronike (televizioni) së bashku me median sociale, internetin, kanë qënë tre nga burimet më të shpeshta të marrjes së informacionit për IST-të, për studentët e përfshirë në studimin tonë. Interneti renditet i pari si burim informacioni për IST-të, i raportuar nga 61.1 % e të intervistuarëve, i pasuar nga televizioni i cili është raportuar nga 60.6 % e tyre dhe më pas vjen media e shkruar e raportuar nga 46.4 % e studentëve. Kjo gjetje shkon në të njëjtën linjë me literaturën e fushës e cila e konsideron internetin si një media konkurruese e cila sot po ecën me ritme të shpejta dhe se gjithnjë e më tepër njerëz po e përdorin atë, për të marrë informacion shëndetësor ^[134].

Këto gjetje gjithashtu, janë të njëjta me gjetjet nga një studim i kryer më parë në Shqipëri në një target grup të ngjashëm ^[94]. Ky studim ka raportuar se burimi më i madh i informacionit për studentët ka qënë televizioni dhe radioja. Vetëm se, në ndryshim nga studimi ynë, ky studim nuk raporton internetin si burim kryesor të marrjes së informacionit. Kjo ndoshta është e lidhur me faktin se ky studim është kryer disa vite më parë, kur interneti akoma nuk kishte këtë popullaritet që ka sot.

Prindërit raportohen si burim informacioni në një përqindje relativisht të ulët, nga 36.9 % e studentëve. Studentet femra pohuan se kishin marrë më tepër informacion lidhur me IST-të prej prindërve të tyre, se sa kishin marrë studentët meshkuj. Edhe kjo e dhënë është e njëjtë me studimin e kryer në vendin tonë të cilit ne ju referuam më sipër ^[94].

Literatura e fushës raporton se komunikimi me prindërit është një nga rrugët kyçe nëpërmjet së cilës familja mund të veprojë si një mjet mbrojtës i shëndetit të fëmijëve të tyre. Të rinjtë të cilët raportojnë një komunikim të lehtë me prindërit e tyre kanë më pak gjasa të marrin pjesë në sjellje jo të shëndetëshme ^[135].

Studimi gjeti gjithashtu se bashkëmoshatarët (shoku / shoqja) kanë qënë burim informacioni për 38.4 % të studentëve pjesëmarrës në studim, mësuesit për 36.2 % të tyre, partneri / ja për 26.3 %, personeli shëndetësor për 25.4 % dhe punonjësi social / psikologu për 13.0 % të tyre.

Si edhe në disa studime të tjera të kryera më parë në Shqipëri lidhur me çështje të ndryshme të lidhura me shëndetin, studim i ynë ofroi të dhëna se personeli shëndetësor vlerësohet nga studentët si një burim i pakët informacioni për IST-të. Vetëm gati ¼ (25.4 %) e studentëve pjesëmarrës në studim kanë deklaruar se personeli shëndetësor ka qënë burim informacioni për ta mbi çështje të lidhura me infeksionet seksualisht të transmetueshme. Kjo gjetje kërkon të eksplorohet më tej, po të kemi parasysh faktin që paketa e shërbimit shëndetësor parësor e përcakton qartë personelin shëndetësor si përgjegjës për edukimin shëndetësor të komunitetit, përfshirë edhe target grupin e studentëve pjesëmarrës në studimin tonë.

Edhe mësuesit, po ashtu raportohen nga një përqindje relativisht e ulët e studentëve (36.2 %), si burim informacioni për ta lidhur me IST-të. Nëse do të kemi parasysh faktin që programet e ndryshme të edukimit shëndetësor në Shqipëri, janë inkorporuar në kurrikulat shkollore si edhe në programet ekstra kurrikulare në shkolla, kjo gjetje kërkon studime më të thelluara për të vlerësuar pse mësuesit raportohen në shifra kaq të ulta si burim informacioni mbi shëndetin për studentët.

I njëjti rezultat si më lart, është përfutur edhe kur studentëve ju është drejtuar një pyetje specifike mbi trajtimin në shkollë të çështjeve të lidhura me IST-të. Një përqindje e lartë e studentëve 87.6 % e tyre, pohuan se atyre ju është folur në shkollë për këto çështje. Por nga ana tjetër, 32.5 % e atyre të cilët kanë raportuar se ju është folur në shkollë për këto çështje, pohojnë se ju është folur vetëm për HIV/AIDS-in dhe jo për IST-të në tërësi, ndërsa 4.3 % e tyre nuk mbanin mend nëse ju është folur apo jo në shkollë për këto çështje.

Rezultatet nga analiza e të dhënave lidhur me burimet e informacionit mbi IST-të treguan një lidhje pozitive midis arsimimit të prindërve dhe burimit të informacionit të studentëve mbi IST-të. Studentët me prindër më pak të arsimuar deklaruan se kanë marrë më pak informacion prej prindërve mbi çështje të lidhura me IST-të, se sa ata me prindër me nivel arsimimi më të lartë.

Studimi ynë gjeti se studentet femra marrin informacion prej prindërve të tyre, më tepër se sa studentët meshkuj. Studimi ynë nuk identifikoi ndonjë diferencë tjetër sinjifikante midis femrave e meshkujve lidhur me llojet e ndryshme të burimeve të informacionit,

Të dhënat lidhur me burimet e informacionit për IST-të të subjekteve në studim, sipas gjinisë, paraqiten në tabelën 18 në vijim.

Tabela 18. Burimet e informacionit që kanë përdorur subjektet lidhur me IST-të

Ka qënë burim informacioni për IST-të:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja *	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Nëna/babai ?^A						
Jo	625	71.7	638	56.6	1263	63.2
Po	247	28.3	490	43.4	737	36.9
Shoku/shoqja? ^A						
Jo	571	65.5	662	58.7	1233	61.7

Po	301	34.5	466	41.3	767	38.4
Partneri/partnerja? ^B						
Jo	652	74.8	823	73.0	1475	73.8
Po	220	25.2	305	27.0	525	26.3
Personeli shëndetësor? ^A						
Jo	679	77.9	813	72.1	1492	74.6
Po	193	22.1	315	27.9	508	25.4
Mësuesi? ^B						
Jo	558	64.0	718	63.7	1276	63.8
Po	314	36.0	410	36.3	724	36.2
Punonjës social/ psikolog? ^B						
Jo	765	87.7	976	86.5	1741	87.1
Po	107	12.3	152	13.5	259	13.0
Televizioni ? ^B						
Jo	347	39.8	441	39.1	788	39.4
Po	525	60.2	687	60.9	1212	60.6
Interneti? ^B						
Jo	335	38.4	444	39.4	779	39.0
Po	537	61.6	684	60.6	1221	61.1
Gazeta? ^A						
Jo	495	56.8	577	51.2	1072	53.6
Po	377	43.2	551	48.8	928	46.4

^A P<0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

10.5.2. Diskutimi i studentëve me të tjerë mbi çështje të ndryshme lidhur me IST-të

Subjektet në studim u pyetën nëse kishin diskutuar me persona të ndryshëm, lidhur me aspekte që kanë të bëjnë me IST-të. Ndryshe nga gjetjet e mësipërme mbi burimet e informacionit, diskutimi me partnerin / en dhe bashkëmoshatarët (shoku / shoqja) zënë vendin e parë në renditje e raportuar kjo respektivisht nga 86.5 % dhe 79.9 % e studentëve të intervistuar. Literatura ndërkombëtare ka treguar se bashkëmosharët janë një kanal i rëndësishëm komunikimi, bazuar në idenë që ata kanë influencë të fuqishme të sjelljet e njeri tjetrit ^[136].

Gati gjysma e studentëve të intervistuar, 49.4 % e tyre, raportojnë mësuesit si personat me të cilët ata diskutojnë lidhur me aspekte të ndryshme që kanë të bëjnë me IST-të, nëna raportohet prej 49.3 % e tyre, motra / vëllai nga 42.2 %, personeli shëndetësor prej 34 %, babai nga 22.7 % dhe punonjësi social/psikologu prej 21.9 % e studentëve të intervistuar.

Edhe kjo gjetje zbuloi se personeli shëndetësor nuk është ndër subjektet e preferuara me të cilat studentët mund të diskutojnë për çështje të ndryshme të lidhura me IST- të.

Një numër fare i vogël i studentëve, 67 subjekte apo 3.4% e tyre, kishin diskutuar për IST-të me të gjithë personat e mësipërm të renditur në pyetësor. Ndërsa 48 subjekte (2.4 % e tyre) nuk kishin diskutuar rreth IST-ve me asnjë nga personat e listuar në pyetësor.

Të dhënat mbi diskutimin e bërë nga studentët me persona të ndryshëm lidhur me IST-të sipas gjinisë, janë paraqitur në tabelën 19 në vijim.

Tabela 19. Shpërndarja e subjekteve sipas gjinisë, lidhur me personat me të cilët kanë diskutuar mbi IST-të

Keni diskutuar rreth IST-ve, me:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja *	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Nënë? ^A						
Jo	605	69.4	410	36.3	1015	50.8
Po	267	30.6	718	63.7	985	49.3
Babanë? ^A						
Jo	560	64.2	986	87.4	1546	77.3
Po	312	35.8	142	12.6	454	22.7
Motrën/vëllanë? ^A						
Jo	583	66.9	574	50.9	1157	57.9
Po	289	33.1	554	49.1	843	42.2
Partnerin/partneren ^A						
Jo	194	22.2	76	6.7	270	13.5
Po	678	77.8	1052	93.3	1730	86.5
Shokun/shoqen? ^A						
Jo	209	24.0	194	17.2	403	20.2
Po	663	76.0	934	82.8	1597	79.9
Mësuesit? ^B						
Jo	456	52.3	556	49.3	1012	50.6
Po	416	47.7	572	50.7	988	49.4
Personelin shëndetësor? ^B						
Jo	590	67.7	731	64.8	1321	66.1
Po	282	32.3	397	35.2	679	34.0
Punonjës social/psikolog? ^B						
Jo	684	78.4	878	77.8	1562	78.1
Po	188	21.6	250	22.2	438	21.9

* Përqindja sipas kollonave.

^A P<0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B P>0.05 për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

10.5.3. Informacion mbi mediat dhe orët më të ndjekura prej studentëve

Literatura ndërkombëtare sugjeron se përdorimi i medias si një aleat i rëndësishëm i shëndetit publik është i rëndësishëm për të modifikuar njohuritë, qëndrimet dhe praktikatat e njerëzve mbi shëndetin. Kur punohet me median, identifikimi dhe përzgjedhja paraprake e kanaleve që në mënyrë më efektive të arrijnë target audiencën, duhet të jetë pjesë e çdo vlerësimi për komunikimin për ndryshimin e sjelljeve. Autoriteti dhe roli

suportiv i saj duhet përdorur për përcjelljen e mesazheve të shëndetëshme lidhur me IST-të ^[137]. Vlerësimi i orëve më të përshtatshme të ndjekura nga target audienca duhet gjithashtu të jetë pjesë e rëndësishme e këtij vlerësimi.

Bazuar mbi këto argumenta shkencore, pyetësi përfshinte pyetje që të na siguronin informacion lidhur me llojet e ndryshme të mediave (TV, radio, gazeta / revista, internet) që studentët ndjekin më shpesh.

Pothuajse të gjithë të intervistuarit kanë raportuar internetin si median që ndjekin më tepër duke zënë 97.3 % të përgjigjeve pozitive (66.8 % e përdorin shpesh dhe 30.2 % me raste apo rrallë). Vihet re një variacion substancial në frekuencën e përdorimit të internetit prej studentëve; disa raportojnë se e përdorin internetin çdo ditë, të tjerë raportojnë se e përdorin fare pak atë.

Por megjithëse interneti raportohet si media më shpesh e përdorur nga studentët, ai nuk përdoret shpesh për të marrë informacion shëndetësor, por për arsye të tjera (krijimi i rrjeteve sociale, etj).

Edhe televizioni raportohet nga një numër i konsiderueshëm i studentëve, si një ndër mediat më shpesh e ndjekur prej tyre, 93.9 % (81.0 % e ndjekin shpesh TV dhe 12.9 % rrallë).

Të pyetur për llojin e emisioneve që ata ndjekin, studentët meshkuj janë përgjigjur se ndjekin më tepër kanalet dhe emisionet sportive, ndërsa studentet femra telenovelat.

Më pas renditen gazetatat dhe revistat të raportuara nga 57.3 % e studentëve. Edhe këtu ka dallim midis femrave dhe meshkujve. Studentet femra lexojnë përgjithësisht gazetatat / revistat rozë ndërsa studentët meshkuj, lexojnë gazetatat sportive. Këto të dhënë duhet konsideruar gjatë përzgjedhjes së këtyre mediave si kanale për transmetimin e mesazheve shëndetësore sipas target grupeve specifike.

Radio rezulton më pak e ndjekur prej studentëve të përfshirë në studimin tonë. Ajo raportohet nga 56.6 % e tyre (38.6 % shpesh dhe 18 % rrallë). Megjithatë, studentët pohojnë se e dëgjojnë radion kryesisht gjatë kohës kur ata janë duke udhëtuar me makinë, pra thjesht për të kaluar kohën, dhe jo për të marrë informacion.

10.5.4. Burimet e preferuara të studentëve për të marrë informacion mbi IST-të

Literatura shkencore sugjeron se identifikimi i një game të gjerë kanalesh për shpërndarjen e mesazheve shëndetësore, bazuar në avantazhet dhe disavantazhet si dhe të popullaritetit të tyre, duhet të jetë gjithashtu, pjesë e çdo vlerësimi, përpara fillimit të një ndërhyrjeje të komunikimit për ndryshimin e sjelljeve ^[137].

Duke patur parasysh këtë, studentët pjesëmarrës në studim u pyetën lidhur me burimet që do të preferonin ata për të marrë informacion mbi aspekte të ndryshme që kanë të bëjnë me IST-të. Rezultatet e përfutuara nga kjo shkojnë pothuaj në të njëjtën linjë me të dhënat

e marra mbi burimet ku studentët kanë marrë informacion për çështje të ndryshme të lidhura me IST-të.

Televizioni është referuar si burimi më i preferuar për marrjen e informacionit për IST-të prej 70.9 % të studentëve (70.3 % femra dhe 71.7 % meshkuj), interneti nga 59.9 % e tyre (58.9 % femra dhe 61.2 % meshkuj), librat 45.9 % (50.4 % femra dhe 40.1 % meshkuj) dhe revistat prej 29.4 % e studentëve (30.0 % femra dhe 28.7 % meshkuj).

Përsëri, stafi mjekësor dhe mësuesit / shkolla preferohen më pak prej studentëve (respektivisht 6.5 % dhe 6.1 %) si burim i marrjes së informacionit për IST-të, një e dhënë kjo pothuaj konstante e cila duhet vlerësuar dhe konsideruar.

Vetëm 0.8 % e studentëve i konsideronin të gjitha burimet e informacionit të listuara, si të preferuara ndërsa 0.5 % e tyre nuk përmendën asnjë burim të preferuar informacioni.

Tabela 20, paraqet të dhëna të detajuara lidhur me burimet e preferuara që do të donin të përdornin studentët për të marrë informacion mbi IST-të, sipas gjinisë.

Tabela 20. Burimet e preferuara të informacionit për IST-të dhe gjinisë.

Cili është burimi i preferuar informacioni për IST-të?:	Meshkuj (n=872)		Femra (n=1128)		Total	
	Numri	Përqindja*	Numri	Përqindja	Numri	Përqindja
Librat^A						
Jo	522	59.9	560	49.6	1082	54.1
Po	350	40.1	568	50.4	918	45.9
Revistat^B						
Jo	622	71.3	790	70.0	1412	70.6
Po	250	28.7	338	30.0	588	29.4
Televizioni^B						
Jo	247	28.3	335	29.7	582	29.1
Po	625	71.7	793	70.3	1418	70.9
Interneti^B						
Jo	338	38.8	464	41.1	802	40.1
Po	534	61.2	664	58.9	1198	59.9
Gazetat^B						
Jo	854	97.9	1105	98.0	1959	98.0
Po	18	2.1	23	2.0	41	2.1
Shkolla^B						
Jo	825	94.6	1053	93.4	1878	93.9
Po	47	5.4	75	6.6	122	6.1
Stafi mjekësor^A						
Jo	836	95.9	1035	91.8	1871	93.6
Po	36	4.1	93	8.2	129	6.5
Prindërit^B						

Jo Po	853 19	97.8 2.2	1106 22	98.0 2.0	1959 41	98.0 2.1
Konferencat, seminaret ^B Jo Po	859 13	98.5 1.5	1113 15	98.7 1.3	1972 28	98.6 1.4
Psikologu ^B Jo Po	847 25	97.1 2.9	1105 23	98.0 2.0	1952 48	97.6 2.4

* Përqindja sipas kollonave.

^A $P < 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

^B $P > 0.05$ për ndryshimin gjinor sipas testit statistikor hi katror.

Përveç të dhënave të mësipërme, studimi ynë mori informacion edhe për llojin e mediave specifike të cilat përdorin studentët si edhe për orët më të ndjekura prej tyre, me qëllim që ky informacion të jetë në dispozicion kur duam të selektojmë këto media si kanale për përcjelljen e mesazheve shëndetësore.

Nga kanalet televizive më tepër të ndjekuara prej studentëve ishin Top Channel (46.1 %), TV Klan (26.8 %), Vizion plus (14.1 %). Ndërsa nga radiot më tepër të përdorura prej tyre janë referuar: Top Albania Radio, Top Gold, Club FM, si edhe radiot lokale.

Rezultatet gjeten një variacion substancial në orët e preferuara prej studentëve për të ndjekur televizionin apo radion. Televizioni ndiqej sipas rastit pa ndonjë rregull nga 59.6 % e studentëve, ndërsa 23 % e tyre pohuan se e ndjekin në mbrëmje. Afërsisht e njëjta situatë paraqitet edhe për radion.

Edhe kjo gjetje duhet patur në konsideratë kur do të duhet të selektojmë orët më të përshtatshme për përcjelljen e mesazheve shëndetësore gjatë fushatave të ndryshme promocionuese për këtë target grup.

11.KONKLUZIONE

Analiza e të dhënave të këtij studimi na siguroi informacion të vlefshëm dhe koherent mbi njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e të rinjëve student shqiptar mbi IST-të, dhe ka mbështetur formulimin e konkluzioneve dhe të rekomandimeve të mëposhtme.

Ne besojmë se gjetjet e këtij punimi do të influencojnë politikat shëndetësore dhe sociale për të bërë modifikimet e duhura si dhe për të marrë vendime bazuar në evidenca shkencore.

Gjetjet e këtij punimi mund të përdoren gjithashtu, edhe nga stafet akademike, profesionistë të shëndetit publik si dhe të tjerë të interesuar, për disenjimin dhe implementimin e ndërhyrjeve të ndryshme.

Më poshtë janë prezantuar disa nga konkluzionet më të rëndësishme të këtij studimi të lidhura me njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e studentëve, të cilat mund të përgjithësohen:

- Rezultatet e studimit evidentuan se përgjithësisht studentët kanë informacione të sakta lidhur me çështje të ndryshme të IST-ve. Megjithatë, një përqindje për tu konsideruar e studentëve kanë informacion të limituar apo mungesë informacioni mbi mjaft prej problematikave rreth IST-ve si dhe kuptime të gabuara mbi to.
- Ka mungesë informacioni për lloje të ndryshme të IST-ve, me një frekuencë më të lartë për klamidia-n (83.5%), gonorre-n (61.7%) si dhe për herpes genital (46.3%). IST-ja e cila njihet më tepër prej studentëve është HIV/AIDS-i. Kjo ndoshta është e lidhur me faktin se në Shqipëri, në përgjithësi, edukimit mbi HIV/AIDS-in, sidomos në shkollë, i është kushtuar një rëndësi e veçantë.
- Njohuritë specifike të studentëve mbi disa nga rrugët e transmetimit të IST-ve ishin relativisht të ulta. Vetëm një përqindje fare e vogël e studentëve të intervistuar (7.7%) kishin njohuri për të gjitha rrugët e transmetimit të IST-ve të listuara në pyetësor, kurse 2.6% e tyre nuk kishin asnjë njohuri lidhur me to. Vetëm 11.6% e studentëve kanë raportuar se disa IST-të transmetohen edhe nga kontakti i ngushtë lëkurë me lëkurë gjatë marrëdhënieve seksuale. Ky është nivel mjaft i ulët i informacionit po të kemi parasysh faktin që disa prej IST-ve të cilat përhapen edhe nëpërmjet kësaj mënyre, janë rrisht potencial kryesor për të zhvilluar kancere genitale. Studentët me vendbanim në zonat urbane/qytet dhe me gjendje ekonomike të mirë, demonstruan njohuri pak më të mira lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve, se sa homologët e tyre me banim në zonat rurale/fshat (3.1 vs 2.9) dhe me gjendje ekonomike të dobët (3.2 vs 2.9).
- Ka gjithashtu, keqkuptime lidhur me rrugët e transmetimit të IST-ve. Rreth 1/3 e studentëve (35.0%) mendojnë në mënyrë të gabuar se mund të infektosh me HIV edhe nëse përdor të njëjtat enë me një të infektuar, ndërsa 11.0% e tyre, mendojnë se është e rrezikshme të qëndrosh në të njëjtën bankë me një të infektuar me HIV/AIDS.
- Informacioni i studentëve mbi shenjat specifike që manifestojnë femrat dhe meshkujt e prekur nga IST-të, është i ulët me një diferencë të dukshme në nivelin

e njohurive midis femrave dhe meshkujve. Femrat kanë më tepër informacion se sa meshkujt për secilën prej simptomave.

- Ka kuptime të gabuara prej studentëve mbi zbulimin dhe trajtimin në faza të hershme të IST-ve. Ata mendojnë se IST-të mund të identifikohen nga shenjat dhe se mund të vetëmjekohen.
- Mungon informacioni për vendet ku kryhen analizat/testimet mbi IST-të si dhe për vendet ku mund të trajtohesh për një IST-të. Vendet më shumë të njohura dhe më të preferuara prej studentëve janë klinikat private.
- Frekuenca e përgjigjeve korrekte lidhur me njohuritë mbi mënyrat e parandalimit të IST-ve është e ulët. Specifikisht, abstenenca nuk njihet si prej rrugëve të parandalimit të IST-ve, nga 95.8% e studentëve.
- Ka keqkuptime gjithashtu edhe lidhur me metodat e mbrojtjes nga IST-të. Një përqindje për tu konsideruar e studentëve, 27.4%, mendojnë se pilulat kontraceptive të mbrojnë nga IST-të.
- Në përgjithësi, njohuritë e studentëve janë të lidhura me nivelin e arsimimit të prindërve dhe vendbanimin. Studentët me prindër më pak të arsimuar dhe banim në zonat rurale, kanë njohuri më të pakta. Në veçanti, arsimi i nënës duket se ka ndikim më të madh në njohuritë e studentëve. Studentet femra në përgjithësi kanë demonstruar njohuri më të mira se meshkujt.
- Studimi evidentoi se përgjithësisht ka një korrelacion pozitiv midis nivelit të njohurive të studentëve lidhur me IST-të dhe qëndrimeve të tyre mbi këto çështje. Studentët me njohuri më të mira mbi IST-të kanë qëndrime korrekte dhe anasjelltas. Megjithatë qëndrime jo korrekte dhe stigmatizuese janë evidente për shumë prej çështjeve të lidhura me IST-të.
- Pothuajse të gjithë studentët mbajnë qëndrim pozitiv lidhur me faktin nëse duhet zhvilluar edukimi në shkollë mbi IST-të. Shumica e tyre (55.9%) është dakort se ky edukim duhet kryhet në klasën 5-7. Një pjesë e tyre mendojnë të fillojë qysh në kopësht (0.7%), apo në arsimin fillor (7.4%).
- Një nga gjetjet e studimit e cila duhet konsideruar është e lidhur me qëndrimet e studentëve mbi seksin pa prezervativ. Gati 1/3 e të intervistuarëve ose 31.1% e tyre kanë deklaruar se do të pranonin seksin pa prezervativ.
- Janë prezente qëndrime jo korrekte ndaj efikasitetit të përdorimit të kondomit. Megjithëse në një përqindje të vogël, 5.7% e studentëve të intervistuar, besojnë se kondomi nuk të mbron nga IST-të, ndërsa 11.0% e tyre mbajnë qëndrim të lëkundur.
- Studimi ynë zbuloi se ka qëndrime negative / jo tolerante dhe stigmatizuese ndaj personave me IST dhe HIV pozitiv. Kështu, 15.1% e studentëve, mendojnë se ata nuk duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët. Në përgjithësi, qëndrimet negative të meshkujt janë në një frekuencë më të lartë se te femrat.
- Studentët kanë një përceptim personal rrisht të ulët, i cili mund të jetë një nga shkaqet e sjelljeve seksuale me rrisht të raportuara në këtë studim. Më tepër se gjysma e tyre, (52.6%) raportuan një profil rrisht të ulët për veten e tyre, për tu infektuar prej IST-ve.
- Njohuritë relativisht të mira, dhe qëndrimet korrekte nuk shkonin në të njëjtën linjë me praktikën lidhur me IST-të. Studimi ynë gjeti se praktikën e ndryshme të lidhura me IST-të janë akoma larg të qënit të shëndetshme, megjithëse strategji të

- ndryshme të komunikimit për seksin e sigurt janë implementuar, por si duket këto jo gjithmonë kanë qënë efektive.
- Studimi ynë raporton një prevalencë më të lartë të kryerjes së marrëdhënieve seksuale (61.7%) se studime të tjera të kryera në Shqipëri në target grupe të ngjashme. Prevalenca e angazhimit të meshkujve në aktivitet seksual është gati dyfish më e lartë (85.1%) krahasuar me femrat (43.6%). Edukimi i prindërve dhe gjendja ekonomike e familjeve duket se mbeten faktor të rëndësishëm në prevalencën e eksperiencave të para seksuale të studentëve.
 - Studimi ynë rikonfirmoi se mosha e kryerjes së marrëdhënieve seksuale është spostuar drejt moshave më të reja. Mosha mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale rezultoi të ishte 17.6 ± 1.8 vjeç, me një moshë minimale të raportuar 12 vjeç. Në mënyrë sinjifikante ($p < 0.001$) femrat kanë hyrë në marrëdhënie seksuale në një moshë më të vonë se meshkujt (18.6 ± 1.5 vjeç vs 16.8 ± 1.6 vjeç).
 - Rezultatet e studimit tonë ofruan të dhëna të cilat tregojnë se të rinjtë studentë shqiptar janë angazhur në sjellje seksuale me risk si; marrëdhënie seksuale me shumë partner apo me partner rastësor, marrëdhënie seksuale nën përdorimin e alkolit dhe drogës, etj. Meshkujt raportojnë një nivel më të lartë përfshirje në sjellje me risk se sa femrat.
 - Megjithëse studentët besojnë se marrëdhëniet seksuale me shumë partner dhe me partner rastësor, rrisin rriskun e infektimit për një IST-të, kjo nuk shkon në të njëjtën linjë me praktikimin nga ana e tyre të sjelljeve seksuale të shëndetëshme. Mesatarisht, subjektet në studim kanë pohuar se kanë pasur 2.2 partner seksual dhe 10% e tyre kanë raportuar se kanë patur disa (mbi 5) partner seksual. Në mënyrë domethënëse ($p < 0.001$) meshkujt raportuan një numër mesatar më të lartë partnerësh seksual (2.8) se sa femrat (1.2).
 - Marrëdhëniet seksuale me partner rastësor janë pohuar nga 15% e studentëve që raportuan se kishin kryer marrëdhënie seksuale. Përsëri, më tepër djem (23%) se sa vajza (2%) kishin kryer marrëdhënie seksuale me një të panjohur në marrëdhënien e fundit seksuale.
 - Studimi ynë zbuloi prezencën e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e substancave abuzive, të alkolit dhe drogës. Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e alkolit është 20.5% (36.1% meshkuj e 8.4% femra), ndërsa prevalenca kryerjes së marrëdhënieve seksuale nën përdorimin e drogës është 4.3%.
 - Prevalenca e përdorimit të kondomit është relativisht e ulët. Gati $\frac{1}{4}$ e studentëve (17.8%) që kanë kryer marrëdhënie seksuale kanë raportuar se nuk kanë përdorur kurrë prezervativ. Diferencat mes meshkujve dhe femrave janë domethënëse nga ana statistikore. Përdorimi të paktën një herë i prezervativit është raportuar nga 91% e meshkujve dhe 68% e femrave.
 - Studimi ynë identifikoi se përdorimi i prezervativit nga ana e studentëve nuk është konsistent. Përdorimi i prezervativit gjatë marrëdhënies së fundit seksuale, është raportuar vetëm nga 49.0% e atyre që pohuan se përdorin prezervativ (47.8% meshkuj dhe 52.2% femra). Kjo ndoshta mund të shpjegohet edhe me faktin e një vetëpërceptimi të ulët të rriskut për tu infektuar nga IST-të prej studentëve tanë.

- Të dyja gjetjet e mësipërme janë për tu konsideruar nëse kemi parasysh faktin që në vendin tonë, seksi pa prezervativ është rruga primare e transmetimit të HIV, dhe faktin se pothuaj të gjitha IST-të i atribuohen seksit të pasigurt/pa prezervativ.
- Arsyet e paraqitura prej studentëve për përdorimin/mospërdorimin e prezervativit, evidentojnë një mungesë informacioni dhe keqinformime. Afërsisht gjysma e studentëve (46% e tyre) kanë pohuar si arsye kryesore për përdorimin e prezervativit, parandalimin e një shtatzënie të padëshiruar dhe jo edhe për të parandaluar një IST-të.
- Megjithëse, prej vitit 1995 kondomët ofrohen falas në mbarë vendin, pranë shërbimeve të PF, një përqindje e lartë e studentëve (41.4%) referojnë farmacitë si vendin më të zakonshëm ku aktualisht furnizohen me prezervativ, ndërsa qendrat e PF raportohen nga një përqindje më e ulët, vetëm nga 0.4% e tyre.
- Një ndër arsyet që studentët tanë nuk frekuentojnë shërbimet shëndetësore/qendrat e planifikimit familjar për të marrë këshillim si dhe për tu furnizuar me prezervativ, është se këto shërbime ofrohen në të njëjtin vend me të rriturit dhe janë larg së qeni shërbime miqësore për të rinjtë.
- Përveç, gjetjes se farmacitë janë vendet kryesore ku studentët furnizohen me prezervativ, ato identifikohen edhe si vendet më të preferuara ku ata do të donin të shkonin të siguronin prezervativ, prej një numri akoma më të madh të të intervistuarve.
- Studentët shqiptar të përfshirë në studim nuk janë të ndërgjegjësuar për rëndësinë e kryerjes së egzaminimeve rutine, megjithëse kanë raportuar kryerjen e sjelljeve seksuale me rrisht. Shumica e tyre, 87.6%, nuk kanë kryer asnjëherë një analizë rutin për IST-të. Prevalence e kryerjes së egzaminimeve rutin tek studentët meshkujt është gati 2 herë më e vogël (37.3%) krahasuar me femrat (62.7%). Edhe ata që kanë raportuar se kanë kryer një analizë rutine, kanë pohuar se e kanë kryer për arsye të tjera si: më është ofruar falas si dhurues gjaku, kontroll për shtatzëni, kisha shqetësime, ma ka rekomanduar mjeku, etj.
- Ka mungesë të informacionit për vendet ku kryhen ekzaminimet për IST-të. Kjo është një ndër arsyet e moskryerjes së një ekzaminimi rutin për një IST-të e përmendur nga 5.3% e studentëve.
- Studimi ynë raporton prezencën e IST-ve të ndryshme ndër studentët edhe pse në nivele të ulta (3% e tyre). Po të konsiderojmë faktin që IST-të janë shpesh asimptomatike, dhe vetëm personat me shenja evidente drejtohen për kujdes shëndetësor, kjo e dhënë është për tu konsideruar.
- Një numër i lartë i studentëve preferojnë më tepër klinikat private dhe farmacitë për të marrë trajtim mjekësor për një IST-të, se sa shërbimet shëndetësore publike.
- Pothuajse të gjitha gjetjet e mësipërme të studimit tonë ishin të lidhura në mënyrë sinjifikate me nivelin arsimor të prindërve, të ardhurat e familjes dhe rezidencën. Studentët me vendbanim në zonat urbane/qytet dhe me gjendje ekonomike të mirë, demonstruan njohuri pak më të mira se sa homologët e tyre me banim në zonat rurale/fshat dhe me gjendje ekonomike të dobët.
- Gjetjet lidhur me kanalet e komunikimit, treguan se media elektronike dhe ajo e shkruar vazhdojnë të mbeten një ndër burimet kryesore të informacionit. Media e cila ka rezultuar më tepër informative për studentët ka qënë interneti (61.1%) pasuar nga televizioni (60.6%) dhe media e shkruar (gazetat/revistat/librat -

46.4%). Televizioni rezultoi informativ për pjesën më të madhe të femrave në studim.

- Bashkëmoshatarët (shoku/shoqja) janë një burim i mirë informacioni për studentët dhe raportohen nga 38.4% e tyre. Gjithashtu, diskutimi me bashkëmoshatarët mbi çështje të IST-ve zë vendin e parë në renditje, e raportuar nga 79.9% e studentëve.
- Stafi pedagogjik / mësuesit dhe personeli shëndetësor të cilët janë përgjegjës për edukimin shëndetësor të komunitetit të nxënësve, vlerësohen si burim fare i pakët informacioni, respektivisht nga 36.2 % dhe 25.4 % e tyre.
- Mediat më shpesh të ndjekura nga studentët kanë qënë interneti, 97.3%, televizioni 93.9%, pasuar nga gazetatat dhe revistat, 57,3%. Radio rezulton se ndiqet më pak prej tyre (56.6%) dhe kryesisht dëgjohej vetëm gjatë udhëtimeve me makinë.
- Burimet më të preferuara prej studentëve për të marrë informacion shëndetësor janë: televizioni i referuar si burim primar prej 70.9% e tyre (70.3% femra, 71.7% meshkuj), interneti 59.9% (58.9% femra, 61.2% meshkuj), librat 45.9% (50.4% femra, 40.1% meshkuj) dhe revistat 29.4% (30.0% femra, 28.7% meshkuj).
- Të dhënat lidhur me mediat më tepër të ndjekura prej studentëve dhe ato më të preferuara prej tyre duken pak kontraverse. Ndërsa interneti është raportuar si media më tepër e ndjekur prej tyre, televizioni është pohuar si preferenca primare për të marrë informacion mbi shëndetin.
- Ndër mediat televizive më tepër të ndjekura nga studentët janë raportuar kanali Top Channel (46.1%), Klan (26.8%) dhe Vizion Plus (14.1%). Ndërsa nga radiot më të ndjekura prej tyre janë raportuar Top Albania Radio, Top Gold, Club FM, si edhe radiot lokale.
- Rezultatet e studimit tonë gjetën një variacion substancial në orët më të preferuara prej studentëve për të ndjekur televizionin apo radion. Televizioni ndiqej sipas rastit pa ndonjë rregull nga 59.6% e studentëve, ndërsa 23% e tyre pohuan se ndjekin atë vetëm në mbrëmje. Afërsisht e njëjta situatë paraqitet edhe për radiot, por me një frekuencë ndjekje pak më të lartë gjatë orëve të natës.

12.REKOMANDIME

Bazuar në gjetjet dhe konkluzionet e këtij studimi janë formuluar rekomandimet e mëposhtme:

- Niveli relativisht i ulët i njohurive, keqinformimi, si dhe prezenca e sjelljeve me rrisht ndërr të rinjtë, diktojnë nevojën urgjente për ndërhyrje efektive për rritjen e ndërgjegjësimi të komuniteti të të rinjëve lidhur me IST-të
- Promocioni i shëndetit duhet të konsiderohet si një investim i vlefshëm me një impakt të dallueshëm mbi shëndetin e të rinjëve. Nga ky këndvështrim, edukimi dhe promocioni shëndetësor si dhe strategjitë e komunikimit për ndryshimin e sjelljeve mbi çështjet e shëndetit seksual, duhet të jenë pjesë e rëndësishme e të gjitha programeve që implementohen për të rinjtë.
- Strategjitë e komunikimit si dhe programet e ndryshme të IEK duhet të përqëndrohen në dhënien e informacioneve të sakta shkencore dhe të adresojnë dhe promovojnë të gjitha problematikat e të rinjëve mbi shëndetin seksual dhe jo vetëm tematika tradicionale.
- Promovimi i sjelljeve seksuale të shëndetshme duhet të jetë një fokus tjetër i rëndësishëm i punës edukative shëndetësore. Mesazhet duhet të fokusohen në: promovimin e përdorimit korrekt dhe konsistent të kondomit, në promovimin e shërbimeve që ofrohen për të rinjtë, në promovimin e ekzaminimeve dhe kontrolleve periodike rutine për diagnozën e hershme, perceptimin e rrishtit, etj
- Materialet e ndryshme informuese për të rinjtë, mbi çështje specifike të lidhura me IST-të, duhet të jenë të unifikuara dhe të standartizuara. Ato duhet të jenë të hartuara prej profesionistëve të fushës për të evituar keqkuptimet e ndryshme të lidhura me to.
- Edukimi seksual në shkolla duhet të jetë një nga objektivat prioritare të ministrive të linjës. Institucionet edukative publike dhe private duhet riorientojnë përmbajtjen e kurrikulave ekzistuese si dhe të përfshijnë edukimin seksual në kurrikulat shkollore në të gjitha nivelet e arsimit parauniversitar, për të siguruar edukimin në vazhdimësi të të rinjëve mbi shëndetin seksual.
- Rekomandohet rifreskimi periodik i informacionit ekzistues të kurrikulave shkollore si dhe siguri i trajnimit të vazhdueshëm të mësuesve që merren me edukimin shëndetësor të nxënësve
- Edukimi dhe promocioni mbi shëndetin seksual duhet të jenë pjesë integrale e çdo shërbimi shëndetësor dhe një ndër objektivat kryesore të punës së përditëshme të personelit shëndetësor, po ashtu dhe i organizatave të tjera të fushës.
- Institucionet përgjegjëse, të hartojnë strategji të cilat të rrisin kërkesën e të rinjëve për shërbime shëndetësore parandaluese dhe që eliminojnë barrierat të cilat pengojnë frekuentimin e këtyre shërbimeve prej tyre
- Qendrat aktuale të këshillimit dhe testimit vullnetar, qendrat e planifikimit familjar si dhe shoqatat rinore duhet të orientojnë punën e tyre drejt të qenit miqësor për të rinjtë, për ti bërë ato më të aksesueshme për ta, dhe që tu përgjigjen sa më mirë nevojave të tyre

- Ndërtimi i kapaciteteve të stafit mjekësor në të gjitha nivelet e shërbimeve me qëllim aftësimin e tyre për të suportuar aktivitetet e promocionit mbi shëndetin seksual për të rinjtë, nëpërmjet edukimit në vazhdim (trajnimi i personelit shëndetësor) është i nevojshëm dhe duhet inkurajuar
- Studime më të thelluara duhen bërë për të eksploruar përse personeli shëndetësor dhe mësuesit raportohen në shifra të ulta si burim informacioni për të rinjtë
- Duhet krijuar partnershipe dhe koalicione me institucione dhe organizata të ndryshme që punojnë në këtë fushë, për një përgjigje multisektoriale që reflekton nevojat e grupeve të veçanta siç janë të rinjtë, dhe që mund të influencojnë politikat e ndryshme shëndetësore për këtë target grup
- Koordinimi i ndërhyrjeve të ndryshme të IEK, me të gjithë aktorët duhet të jetë një aspekt tjetër i cili duhet të konsiderohet kur planifikohen këto ndërhyrje
- Përfshirja e prindërve dhe komuniteteve nëpërmjet implementimit të programeve të ndryshme në komunitet, duhet të konsideruar si një nga strategjitë e provuara dhe të suksesshme për krijimin e mjediseve mbështetëse për të rinjtë
- Advokacia dhe edukimi i politikbërësve dhe vendimarrësve për mbështetjen e këtij target grupi nëpërmjet hapjes së shërbimeve të ndryshme multidisiplinare për ta duhet të jetë një strategji tjetër e cila duhet konsideruar
- Për një përgjigje multisektoriale, partnerhipi me median duhet të ndërtohet në mënyrë që ato të jenë suportive. Ky partnerhip është i nevojshëm gjithashtu, sepse ndihmon në përmirësimin informimit të të rinjëve për parandalimin e IST-ve, në mobilizimin e politikës, luftimin e stigmës së shoqërisë për IST, etj.
- Kur zgjedhim kanalet e komunikimit për përcjelljen e mesazheve është e rëndësishme të kemi parasysh se cili arrin në mënyrë më efektive audiencën target dhe cili përdor gjuhën në përshtatje me nivelin e kësaj audience
- Përzgjedhja e mediave specifike dhe kanaleve të ndryshme për përcjelljen e mesazheve shëndetësore, bazuar mbi shikueshmërinë si dhe orëve më të ndjekuara prej studentëve, janë aspekte të tjera të cilat duhen marrë në konsideratë, kur përzgjedhim këto media
- Roli i padiskutueshëm i mediave vizive në ndërgjegjësimin dhe edukimin e të rinjëve, duhet të merret në konsideratë. Televizioni duhet të mbetet një ndër burimet kryesore të dhënies së informacionit për të rinjtë. Mesazhet shëndetësore duhet të adresojnë më tepër studentët meshkujt.
- Sensibilizimi lidhur me IST-të ka nevojë për më tepër mbulim nga media. Diskutimi i çështjeve të lidhura me IST-të dhe shëndetin seksual duhet të zërë një vend të konsiderueshëm në emisionet radio-televizive.
- Fuqizimi i kapaciteteve të medias nëpërmjet krijimit të një grupi gazetarësh të trajnuar për përgatitjen e programeve shëndetësore cilësore dhe trajtimin me profesionalizëm të çështjeve të tilla sensitive të lidhura me IST-të, përbën një aspekt tjetër i cili duhet vlerësuar prej stafit shëndetësor si dhe organizatave të ndryshme që veprojnë në këtë fushë
- Ndërtimi dhe forcimi i kapaciteteve të mediave lokale është gjithashtu i nevojshëm për të përmirësuar performancën e tyre në drejtim të edukimit shëndetësor të grupeve me më shumë nevoja për IEK
- Është i nevojshëm realizimi periodik i studimeve të kësaj natyre për të parë trendet si dhe për të vlerësuar progresin e bërë.

13.REFERENCA

1. World Health Organization: *Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf.
2. In K. Glanz, F.M. B. K. Rimer, & K. Viswanath, (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th edition, pp. 407-433.
3. Glanz, K. and Rimer, B. (2005). *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*, 2nd Edition. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. www.cancer.gov/cancertopics
4. Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. <http://lgreen.net/index.html>
5. Launiala, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? *Anthropology Matters*, Vol 11, No 1, 2009
6. Hausmann-Muela, et al. 2003. Health-seeking behaviour and the health system's response. *DCPP Working Paper* no. 14.
7. Manderson, L. and P. Aaby. 1992. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science & Medicine* 35(7), 839-50
8. Stone, L. and J. G. Campbell. 1984. The use and misuse of surveys in international development: An experiment from Nepal. *Human Organization* 43(1), 27-34.
9. Cleland J. A Critique of KAP Studies and Some Suggestions for Their Improvement. *Studies in Family Planning*. 1973;4:42-47. [PubMed]
10. Green, C. E. 2001. Can qualitative research produce reliable quantitative findings? *Field Methods* 13(3), 3-19.
11. WHO/Department of Reproductive Health and Research. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission. World Health Organization, 2007 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/>
12. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO/FHE/ADH/95.4).
13. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Youth Report 2007: The Global Situation of Young People. UNations. <http://7billionactions.org>
14. WHO, Fact sheet N°110, August 2011
15. <http://www.medterms.com>
16. http://www.wpro.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/
17. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_eng
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *The public health approach to STD control: technical update*. Geneva: UNAIDS, 1998. <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pubstistd/en/index.html>

19. CDC, Trends in Reportable Sexually Transmitted Diseases in the United States, 2007 National Surveillance Data for Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis. (Cited 2009 April 1). Available from URL: <http://www.cdc.gov/std/stats07/trends.htm>.
20. *Sexually Transmitted Infections in Developing Countries*. www.worldbank.org
21. Millennium Development – Goals: <http://www.undp.org/mdg>
22. WHO Guidelines for STI management: www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en
23. WHO Fact Sheet, STDs and young people:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs186>
24. WHO, *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2009.
www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks
25. *Programming for adolescent health and development*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO Technical Report Series, No. 886).
26. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems & modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174–182.
27. Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA et al. *Sexually transmitted diseases*, 3rd Edition. McGraw/Hill, USA, 1999, xxi.
28. *Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000.
29. Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:45–52.
30. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530-536.
31. Manhart LE, Holmes KK. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191(Suppl 1):S7–S24.
32. Gilson L et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
33. <http://www.who.int/topics/millenniumdevelopmentgoals/diseases/en/index.htm>
34. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:80–87.
35. Westrom L et al. Incidence, prevalence and trends of acute PIDisease and its consequences in industrialized countries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 138:880-892.
36. Ferlay J. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004 (GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base No. 5. version 2.0).
37. *State of the art of new vaccines: research and development*. Geneva, World Health Organization, Initiative for Vaccine Research, 2003.

38. *The World Health Report, 2004: Changing History*. Geneva, World Health Organization, 2004
39. Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourinary Medicine*, 1987, 63:320–325.
40. Gutman L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes K et al., eds. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York, McGraw-Hill Inc, 1999:1145-1153.
41. Laga M, Meheus A, Piot P. Epidemiology and control of gonococcal ophthalmia neonatorum. *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67:471–478.
42. Whitcher JP, Srinivasan M, Upadhyay MP. Corneal blindness: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:214–221.
43. Schaller U, Klauss V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79: 262–266.
44. Dehne K.L., Riedner G.: Sexually Transmitted Infections among adolescents: The need for adequate health services, 2005, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562889.pdf>
45. WHO/EURO Surveillance Report, Sexually Transmitted Infection in Europe, 1990-2010, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://www.ecdc.europa.eu>
46. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2009*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2010. <http://www.cdc.gov/std/stats>.
47. CDC. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2007. *Morbidity & Mortality Weekly Report* 2008; 1-131.
48. Weinstock H, Berman S, Cates W. STD among American youth: Incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and RHealth* 2004; 6-10.
49. WHO. *Hepatitis B Fact Sheet N ° 328*, 2012. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>.
50. WHO, *HIV/AIDS, Fact sheet N°360*, November 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>
51. Rivers K, Aggleton P. Adolescent sexuality, gender and the HIV epidemic. New York: UNDP. HIV and Development Programme [<http://www.undp.org/hiv/publications/gender/adolesce.htm>]
52. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2011, WHO EURO Surveillance Report 2012, www.euro.who.int
53. World Health Organization. WHO/ICO, Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer, 2007. <http://www.who.int/hpvcentre/en>
54. Albanian Ministry of Health, 2007. *Albanian National Reproductive Health Strategy*. Situation Analysis, Tirana, Albania
55. *Albanian National Public Health and Health Promotion Strategy, 2002-2012*.
56. E.Kakarriqi: Epidemiologjia e sëmundjeve infektive në Shqipëri, 1960-2001, Tiranë, 2003.
57. Instituti i Shëndetit Publik [Albania]. *Survejanca syndromike e infeksioneve seksualisht të transmetueshme*, 2007-2011.
58. Institute of Public Health [Albania]. *Prevalence of Chlamydia infection at Albania female. Albania National Conference of STIs, 2011*

59. Ulqinaku. D : “Monitorimi i Sistemeve të survejancës së hepatiteve virale në Shqipëri, 200-2005”, Tiranë, 2009.
60. Kakarriqi.E: “Analiza epidemiologjike e sëmundjeve infektive”, Tiranë 1997, 27-49.
61. Kakarriqi. E «Epidemiological background of infectious diseases in Albania (1960-2001) and their prevention and control in the context of natural disasters and infectious diseases, 2003; 45-49
62. Basho J, Basho M, Qyra SH, Seroprevalenca e hepatiteve virale A, B, C, D dhe E në një grup ushtarësh në Shqipëri, 2003; 67-74
63. Chironna M, Germinaro C, Lopalco PL, Quarto M Barbuti S et al. HBV, HCV and HDV infections in Albanian refugees in Southern Italy (Apulia region) Epidemiol and Infection 2000; 125:163-7.
64. National survey of EPI coverage, November 1999, IPH
65. UNAIDS/WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.UNAIDS/00.03E.
66. Institute of Public Health Albania. *HIV/AIDS Epidemiological Situation Report, 2011*
67. UNAIDS/WHO. Geneva (Switzerland): UNAIDS/WHO; 2000. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections:
68. Filipi K, et al. *Genital human papillomavirus infection and genotype prevalence among Albanian women: a cross-sectional study.* Med Virol. 2010 Jul; 82 (7): 1192-6.
69. National Institute of Public Health, Albania. Infectious disease morbidity in Albania in 2000. Tirana: NIPH; 2000
70. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N, Rrumbullaku L, Dasho E. Knowledge and attitude of undergraduate students in Tirana, Albania, towards sexually transmitted infections. Croat Med J 2003;44:86-91.
71. Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICF Macro. 2010. *Albania Demographic and Health Survey (ADHS),2008-09.*
72. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010, 15(Suppl. 2):S54–S66.
73. Wellings K et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.
74. Godeau E et al. A profile of young people’s sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 2011, 72:24–27.
75. Institute of Public Health [Albania] and UNFPA, 2009. *KAP Survey about sexual and reproductive health at Albanian young people.*
76. Institute of Public Health [Albania]. *Albania Health Behaviour in School-Aged Children Study*, 2009-2010.
77. Raport i Studimit të Survejancës Biologjike e të Sjelljes, 2006. (Albania Bio-BSS, 2006).
78. Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS among Especially Vulnerable Young People in Albania. Country Report. March 2002, UNICEF, Tirana

79. Merkuri L, Ylli A. *Early age of first sexual intercourse: its relationship to early marriage and sexual health risks in Albanian female adolescents*. WHO/UNFPA *Entre Nous*, 2012, 76: 16-18.
80. WHO. *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates*. World Health Organization, Geneva, 2001. http://www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
81. UN, "The Sex and Age Distribution of the World Population" 1994; Centre for Population Options, "The World's Youth 1994: A Special Focus on Reproductive Health " . www.unfpa.org/icpd/icpd5/meetings/ny_adolescent/reports/adoles.htm
82. WHO, 2012, Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/GHP_Framework_En.pdf
83. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N (2002). Research Methods in Public Health, a "Starter" for Ambitious Researchers.
84. Bradburn, N.M., S. Sudman, and B. Wansink. 2004. *Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design-For Market Research, Political Polls, and Social and Health Questionnaires*. Jossey-Bass: San Francisco, CA.
85. Aday LA. *Designing and conducting health surveys: a comprehensive guide*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
86. <http://psr.iq.harvard.edu/book/general-survey-reference>
87. CDC, 2003. Reproductive Health, Epidemiology Series, Module 4-Questionnaires design, www.cdc.gov/PDFs/Epi_Module_04_Tag508.pdf
88. Selecting, Designing and Developing your questionnaire. *BMJ* 2004;328:1312
89. Designing Quality Health Survey Questions. www.uniteforsight.org/global-health.../quality-survey
90. <http://psr.iq.harvard.edu/book/general-survey-reference>
91. CDC. National health and nutrition examination survey: sexual behavior questionnaire. Atlanta (GA): Center for Disease Control (US); 2001. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/sxq>.
92. D. Chemtob et al. *IMAJ*, Vol 8, September 2006
93. Brener ND, Billy JOG, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolescent Health* 2003;33:436–57.
94. Rumbullaku L, Burazeri G, Roshi E. Information about sexually transmitted diseases among undergraduate students in Tirana, Albania. *Med Arh*. 2010;64(3):183-6.
95. Ellen JM, Boyer CB, Tschann JM, Shaffer MA. Adolescents' perceived risk for STDs and HIV infection. *J Adolesc Health* 1996;18:177-81
96. Kershaw TS, Ethier KA, Niccolai LM, Lewis JB, Ickovics JR. Misperceived risk among female adolescents: social and psychological factors associated with sexual risk accuracy. *Health Psychol* 2003;22:523 –32
97. Ethier KA, Kershaw T, Niccolai L, Lewis JB, Ickovics JR. Adolescent women underestimate their susceptibility to sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect* 2003;79:408 –11
98. Ford CA, Jaccard J, Millstein SG, Bardsley PE, Miller WC. Perceived risk of chlamydial and gonococcal infection among sexually experienced young adults in the United States. *Perspect Sex Reprod Health* 2004;36:258 –64

99. Abel G, Brunton C. Young people's use of condoms and their perceived vulnerability to sexually transmitted infections. *Austr N Z J Public Health* 2005; 29:254-60
100. Puri M, Cleland J. Sexual behavior and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. *J Adolesc Health* 2006;38:237-46
101. Most adolescents who participate in school-based screenings for sexually transmitted infections do not perceive themselves at high risk of sexually transmitted infection. *International Journal of STD & AIDS, Int J STD AIDS* 2012, 23: 822 <http://std.sagepub.com/content/23/11/822>
102. Ruikar HA. Knowledge, Attitude and Practices about Sexually Transmitted Infections- A Study on Undergraduate College Students of Mumbai. www.webmedcentral.com
103. Hindin J, Hindin M: Premarital Romantic Partnerships- Attitudes and Sexual Experiences of Youth in Delhi, India- *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35 (2): 97–10
104. Oster E.: Sexually transmitted infections, Sexual Behavior, and the HIV/AIDS Epidemic. Oxford University Press
<http://www.jstor.org/stable/25098744>
105. Tan, Pan et al.: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behavior Assessment of Chinese Students: A Questionnaire Study, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2007, 4(3), 248-253
106. NFHS-3:HIV & related social stigma. [www.mohfw.nic.in/NFHS-Knowledge, Stigma and Behavior.ppt](http://www.mohfw.nic.in/NFHS-Knowledge,StigmaandBehavior.ppt) /www.webmedcentral.com
107. McManu A.,Dhar L., Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: (A cross sectional survey of urban adolescent school girls in South Delhi, India)- *BMC Women's Health* 2008, 8: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/8/12>
108. *Institute of Public Health [Albania] and UNFPA-Albania,2009. KAP Survey about sexual and reproductive health at Albanian Reproductive age female.*
109. Ban Al-Sahab, Linda Adair, et al. *Impact of Breastfeeding Duration on Age at Menarche* *Am J Epidemiol.* 2011;173(9):971–977
110. Ersoy B, Balkan C, Gunay T, et al. *Effects of different socio economic conditions on menarche in Turkish female students.* *Early H Dev.* 2004;76(2):115-125
111. Windham GC, Bottomley C, Birner C, et al. *Age at menarche in relation to maternal use of tobacco, alcohol, coffee, and tea during pregnancy.* *Am J Epidemiol.* 2004;159(9):862–871.
112. Burazeri G, Roshi E, Tavanxhi N et al. *Sexual Practices of Undergraduate Students in Tirana, Albania.* *Corat Med J,* 2003; 44(1): 80-85
113. Valle AK, Torgersen L, Røysamb E, Klepp KI, Thelle DS. Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo, *European Journal of Public Health* 2005, Vol. 15, No. 2, 185–194
114. Kraft P. Age at first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Soc Sci Med* 1991;33:207–13.

115. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviours with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health* 2000;90:1582–8.
116. Johnson AM, Mercer CH, Erens B, Copas AJ, Mcmanus S, Wellings K, *et al.* Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours. *Lancet*. 2001; 358: 1835-42. [PubMed]
117. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W. McManus S, Erens B, Mercer CH, *et al.* Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet*. 2001; 358: 1843-1850.
118. Wellings K *et al.* Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.
119. Adikari R, Jyotsna T. Premarital sexual behavior among male college students of Katmandu, Nepal. *BMC Public Health*. 2009; 9: 241.
120. Godeau E *et al.* A profile of young people's sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 2011, 72:24–27.
121. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems & modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174–182.
122. World Health Organization. *Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross cultural study in eight countries*. Geneva: WHO, 2005
123. Downing J, Hughes K, Bellis M, *et al.* *Factors associated with risky sexual behaviour: a comparison of British, Spanish and German holidaymakers to the Balearics*. *EJPH* March 15, 2010, <http://eurpub.oxfordjournals.org/>
124. Hughes K, Bellis M, Whelan G, *et al.* *Alcohol, drugs, sex and violence: health risks and consequences in young British holidaymakers to the Balearics*. *Addiccion Res* 2009;21:265–78.
125. Bellis MA, Hughes K, Thomson R, Bennett A. *Sexual behaviour of young people in international tourist resorts*. *Sex Transm Infect* 2004;80:43–7.
126. Macdowall W, Wellings K, Stephenson J, Glasier A. *A review of the evidence of seasonal variations in sexual health indicators among young people*. *Health Educ* 2007;108:40–53.
127. Rogstad KE. Sex, sun, sea and STIs: *Sexually transmitted infections acquired on holiday*. *BMJ* 2004;329:214–17.
128. UNAIDS/WHO. Geneva (Switzerland): UNAIDS/WHO; 2000. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: www.unaids.org/
129. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009: www.who.int/evidence/bod
130. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, *et al.* Condom failure among adolescents: implications for STD prevention. *Journal of Adolescent Health* 2005; 534-536.
131. CDC. Male Latex Condoms and Sexually Transmitted Diseases. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; January 2003.

132. Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Institute of Public Health (IPH) and Institute of Statistics (INSTAT) [Albania]. 2005. *Albania Reproductive Health Survey 2002*. Atlanta, Georgia, USA: CDC.
133. United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS), WHO. Young people and HIV/AIDS: Opportunity in crisis. 2002. http://www.unicef.org/ceecis/pub_youngpeople_hivaids_en.pdf
134. Journal of Health Communication, 1983; 3:71–79
135. Tamara D, Afifi AJ, Aldeis D. Parents and adolescents conversations about sex. *Journal of Adolescent Research*, 2008, 23(6):689-721.
136. Population Council. (2000) Peer Education and HIV/AIDS: Available at: www.popcouncil.org/pdfs/peer_ed.pdf
137. *Behavior change communication for HIV/AIDS*. Washington, DC, Family Health Int, 2002. <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP000533.pdf>

14.ANEKSE

14.1. ANEKS 1 PYETËSORI

P Y E T Ë S O R

PËR VLERËSIMIN E NJOHURIVE, QËNDRIMEVE DHE SJELLJEVE TE
STUDENTËT E UNIVERSITETEVE SHQIPTARE LIDHUR ME INFEKSIONET
SEKSUALISHT TË TRANSMETUESHME

Përschendetje!

Ministria e Shëndetësisë / Instituti i Shëndetit Publik, është duke bërë një studim kombëtar për të përcaktuar nivelin e njohurive, qëndrimeve dhe sjelljeve të rinjtë të Universiteteve Shqiptare, lidhur me infeksionet seksualisht të transmetueshme.

Pjesëmarrja juaj në këtë studim është shumë e rëndësishme, sepse informacioni i grumbulluar do të ndihmojë specialistët e shëndetit për të vlerësuar situatën aktuale lidhur me infeksionet seksualisht të transmetueshme tek të rinjtë e universiteteve shqiptare, do të ndihmojë politikbërësit dhe profesionistët e tjerë të shëndetit, të ndërtojnë programe sa më specifike dhe të përshtatshme për ju, si dhe për të përmirësuar programet egzistuese.

Pyetësi është anonim, pra ju nuk do të shënoni emrin tuaj aty. Çdo informacion që do të merret prej jush do të ruhet në mënyrë konfidenciale dhe asnjëri nuk do ta dijë se çfarë do të shkruani ju aty.

Ju lutemi, lexoni me kujdes çdo pyetje dhe rrethoni përgjigjen tuaj bazuar në atë që ju, dini, mendoni dhe bëni realisht.

Pyetësi kërkon rreth 20 minuta kohë për t'u plotësuar. Nëse ju jeni dakort mund të fillojmë.

A) KARAKTERISTIKA TË PËRGJITHSHME DEMOGRAFIKE DHE SOCIO EKONOMIKE

Nr.....

1. Universiteti.....
2. Fakulteti.....
3. Në çfarë viti jeni?
a. I b. II c. III d. IV e. V f. VI
4. Seksi
a. Femër b. Mashkull
5. Moshë.....vjeç
6. Vendlindja
a. Qytet b. Fshat
7. Vendbanimi:
a. Qytet b. Fshat
8. Gjendja juaj martesore
a. beqar/e b. e/i martuar c. e/i divorcuar d. bashkëjetoj
9. Arsimi i prindërve tuaj
a. Nëna a. Fillor b. 8 vjeçar c. I mesëm d. I lartë
b. Babai a. Fillor b. 8 vjeçar c. I mesëm d. I lartë
10. Si do ta përshkruanit gjendjen ekonomike të familjes suaj?
a. E dobët (më pak se 10.000 lek/muaj/person) b. Mesatare c. Shumë e mirë

B) NJOHURI

11. Keni dëgjuar ndonjëherë për Infeksione Seksualisht të Transmetueshme të tilla si:

a. Kandida/Myku?	Po	Jo
b. Trikomona?	Po	Jo
c. Klamidia?	Po	Jo
d. Gonorrhea?	Po	Jo
e. Sifilizi?	Po	Jo
f. Ineksion nga herpes genital?	Po	Jo
g. Lythat/verruket/?	Po	Jo
h. Hepatiti B?	Po	Jo
i. Hepatiti C?	Po	Jo
j. HIV/AIDS?	Po	Jo
12. Si mund të infektohet një person prej Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme?
 - a. Gjatë marrëdhënieve seksuale pa prezervativ
 - b. Nga kontakti i ngushtë lëkurë me lëkurë gjatë marrëdhënieve seksuale
 - c. Nga transfuzioni i gjakut të infektuar
 - d. Nga përdorimi i shiringave dhe mjeteve të tjera të infektuara

- e. Nga nëna shtatzënë e infektuar tek fëmija
- f. Tjetër, specifiko.....
- g. Nuk e di

13. Si mund të infektohet një person prej HIV/AIDS-it?

- a. Gjatë marrëdhënieve seksuale pa prezervativ
- b. Nga transfuzioni i gjakut të infektuar
- c. Nga nëna shtatzënë e infektuar tek fëmija
- d. Nga përdorimi i shiringave e mjeteve të tjera të infektuara
- e. Nga kontakti i përditshëm/përdorimi i të njëjtave sende me një të infektuar
- f. Tjetër, specifiko.....
- g. Nuk e di

14. Kush mund të preket prej Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme?

- a. Gratë
- b. Burrat
- c. Fëmijët
- d. Të gjithë pa përjashtim
- e. Tjetër.....
- f. Nuk e di

15. Mendoni se jeni në rrezik për tu infektuar nga infeksionet seksualisht të transmetueshme?

- a. Po b. Jo c. Nuk e di

16. Pse mendoni kështu?

- a.
- b.
- c.

17. Përmendni disa nga shenjat e Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme tek meshkujt:

- a. Rrjedhje/sekrecone të shtuara gjenitale
- b. Rrjedhje me aromë të keqe dhe jo të pastra
- c. Dhimbje, djegie gjatë urinimit
- d. Dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale
- e. Skuqje, puçra, ulçera/plagë, lytha, verruke, gunga në zonën gjenitale
- f. Kruarje rreth organit dhe zonës genitale
- g. Tjetër, specifiko.....
- h. Nuk di

18. Përmendni disa nga shenjat e Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme te femrat:

- a. Dhimbje në fund të barkut
- b. Rrjedhje/sekrecone të shtuara gjenitale
- c. Rrjedhje me aromë të keqe dhe jo të pastra
- d. Dhimbje, djegie gjatë urinimit
- e. Dhimbje gjatë marrëdhënies seksuale
- f. Skuqje, puçra, ulçera/plagë, lytha, verruke, gunga në zonën gjenitale
- g. Kruarje në zonën genitale
- h. Tjetër, specifiko.....
- i. Nuk di

19. Si mund një person të kuptojë që është infektuar me një Infeksion Seksualisht të Transmetueshëm?

- a. Nga shenjat
- b. Nga vizita tek mjeku
- c. Të bëjë analizat
- d. Tjetër.....
- e. Nuk e di

20. Çfarë duhet të bëjë një person nëse është infektuar me një Infeksion Seksualisht të Transmetueshëm?

- a. Asgjë, shenjat kalojnë vetë
- b. Të marrë ilaçe në farmaci
- c. Të shkojë tek mjeku
- d. Tjetër.
- e. Nuk e di

21. Përmendni disa nga vendet ku kryhen analizat për Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme?

- a. Spital/Maternitet
- b. Laboratore mjekësore publike
- c. Klinika private
- d. Tjetër, specifiko.....
- e. Nuk di

22. Ku do të shkonit ju nëse do të kishit një Infeksion Seksualisht të Transmetueshëm?

- a. Mjeku i familjes
- b. Gjinekologu/Andrologu
- c. Klinikë private
- d. Tjetër.....
- e. Nuk e di

23. A ka vaksinë për Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme?

- a. Po b. Jo c. Disa po disa jo d. Nuk e di

24. Si mund të mbrohet një person nga një Infeksion Seksualisht i Transmetueshëm?

- a. Të mos bëjë seks
b. Të përdor prezervativ
c. Të mos shkëmbejë mjetet personale si shiringa, brisqe, etj
d. Të shmang seksin me persona të infektuar
e. Ti kërkoj partnerit/partneres seksuale të testohet
f. Tjetër, specifiko.....
g. Nuk e di

25. A është e vërtetë se:

- a. Kur ke vetëm një partner/e nuk mund të infektosh prej IST-ve?
PO JO Nuk e di
- b. Nëse ke një IST-të mund ta kuptosh nga shenjat?
Po JO Nuk e di
- c. Nëse partneri/ja ka një IST-të mund ta dallosh?
PO JO Nuk e di
- d. Disa IST-të janë të pakurueshme e mbeten për gjithë jetën në organizëm?
PO JO Nuk e di
- e. Nëse ke një IST duhet të mjekohet njëkohësisht dhe partneri seksual?
PO JO Nuk e di
- f. Nëse përdor të njëjtat enë me një të infektuar me HIV, mund të infektosh?
PO JO Nuk e di
- g. Një grua shtatzënë e infektuar me HIV mund tja transmetojë bebit të saj?
PO JO Nuk e di
- h. Një person i infektuar me HIV mund të dallohet nga pamja e jashtme?
PO JO Nuk e di
- i. Të qëndrosh në bankë me një të infektuar me HIV/AIDS është e rrezikshme?
PO JO Nuk e di
- j. Pilulat kontraceptive të mbrojnë nga IST-të?
PO JO Nuk e di

C) QENDRIME

26. Sipas jush, duhet mësuar në shkollë rreth Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme?
- a. Po b. Jo c. Nuk di
27. Sipas jush në çfarë klase duhet të fillojë edukimi seksual?
- a. b. Nuk e di
28. A do ta pranoni seksin pa prezervativ?
- a. Po b. Jo c. Nuk e di
29. Besoni se prezervativi të mbron nga Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme?
- a. Po b. Jo c. Nuk e di
30. Nëse do të kishit një IST, a do ti tregonit partnerit tuaj seksual ?
- a. Po b. Jo c. Nuk e di
31. Mendoni se njerëzit me AIDS duhet të frekuentojnë shkollën bashkë me të tjerët?
- a. Po b. Jo c. Nuk e di
32. Nëse një i afërmi juaj është i infektuar me HIV/AIDS do të kujdeseshit për të?
- a. Po b. Jo c. Nuk e di

D) S J E L L J E

33. (Vetëm për vajzat) Sa vjeç keni qenë kur ju kanë ardhur menstruacionet?
- a. vjeç
34. Në çfarë moshe keni qenë kur keni kryer marrëdhënien e parë seksuale?
- a.vjeç b. Nuk kam kryer marrëdhënie seksuale (shko te pyetja 47)
35. A keni aktualisht të dashur?
- a. Po b. Jo
36. Sa partner seksual keni patur?
- a.
37. Cila ishte lidhja me partnerin/en e fundit që ju patët seks
- a. E dashura/I dashuri b. I/E njohur rastësor c. Tjetër.....

38. A keni kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale nën përdorimin e alkolit?

- a. Po b. JO c. Me raste d. Vetëm njëherë

39. A keni kryer ndonjëherë marrëdhënie seksuale nën përdorimin e drogës?

- a. Po b. JO c. Me raste d. Vetëm njëherë

40. A përdor i dashuri juaj/përdorni ju prezervativ?

- a. Po b. Sipas rastit c. Jo (shko tek pyetja 45)

41. A përdorët prezervativ herën e fundit që bëtë seks?

- a. Po b. Jo (shko tek 45)

42. Cila është arsyeja që **përdorni** prezervativin?

- a. Për të parandaluar një shtatzëni
- b. Për të parandaluar një infeksion seksualisht të transmetueshëm
- c. Nuk i besoj partneres/it
- d. Partneri/ja insistoi
- e. Për kuriozitet
- f. Tjetër, specifiko.....

43. Cila është arsyeja që **nuk përdorni** prezervativ?

- a. Nuk kam besim se të mbrojnë
- b. Ul kënaqësinë
- c. Kam vetëm një partner/e, nuk kam pse ta përdor
- d. Partneri/ja kundërshton (nuk do)
- e. Nuk di ta përdor
- f. Nuk kishim për momentin
- g. Besimi fetar nuk ma lejon
- h. Tjetër.....

44. A diskutoni për përdorimin e prezervativit me partnerin/ren tuaj?

- a. Po b. Jo

45. Përmendni të gjitha vendet ku mund të sigurohen prezervativ në Shqipëri

- a. Farmaci
- b. Qendrën e Planifikimit Familjar
- c. Klinika private
- d. Dyqan/Supermarket
- e. Tjetër, specifiko.....
- f. Nuk di

46. Ku do të preferonit ju të shkonit për të siguruar prezervativ?

- a. Farmaci
- b. Qendrën e Planifikimit familjar
- c. Klinika private
- d. Dyqan/Supermarket
- e. Tjetër, specifiko.....
- f. Nuk di

47. A keni bërë ndonjëherë analizë rutine (thjesht për kontroll) për IST-të përfshi HIV/AIDS?

- a. PO b. JO (shko tek pyetje 52)

48. Kur ka qenë hera e fundit që ju keni bërë një analizë rutine për IST-të përfshi HIV/AIDS?

- a. Këtë vit b. Para 1-2 vjetësh c. Ka shumë kohë/Nuk e mbaj mend

49. Cila ishte arsyeja që keni bërë një analizë për IST-të?

- a. Ma rekomandoi mjeku
- b. Kisha shqetësime
- c. Thjesht për kontroll
- d. Tjetër, specifiko.....

50. Cila është arsyeja që nuk keni bërë një analizë për IST-të?

- a. Nuk kam patur probleme
- b. Nuk kam pse ta bëj/Nuk jam në rrezik për IST
- c. Më vjen turp/kam frikë se çfarë do të mendojnë të tjerët për mua
- d. Kushtojnë
- e. Nuk e di ku bëhen
- f. Tjetër

51. Keni patur ndonjëherë ndonjë Infeksion Seksualisht të Transmetueshëm?

- a. Po b. Jo (Shko tek pyetja 55)

52. Ku shkuat për të marrë mjekim?

- a. Mjeku i lagjes/familjes
- b. Spital
- c. Klinikë private
- d. Farmaci
- e. Tjetër, specifiko.....

E) KANALET E KOMUNIKIMIT

53. Cili ka qenë burimi i informacionit për çështjet e mësipërme?

- a. Nëna/Babai
- b. Shoku/Shoqja
- c. Partneri/ja
- d. Mjeku/Infermierja
- e. Mësuesi
- f. Punonjësi social/Psikologu
- g. Televizioni/Radio
- h. Interneti
- i. Gazetat/Librat/Fletëpalosjet/broshurat
- j. Tjetër.....

54. A ju kanë folur në shkollë për IST-të?

- a. Po
- b. Po, vetëm për HIV/AIDS
- c. Jo
- d. Nuk mbaj mend

55. Keni diskutuar mbi Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme me:

- | | | | |
|----------------------------------|------------|------------|----|
| a. Nënë | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| b. Babain? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| c. Motrën/vëllain? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| d. Partnerin/partneren? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| e. Shoqen/shokun | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| f. Mësuesit? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| g. Personelin shëndetësor? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |
| h. Punonjësin social/Psikologun? | PO, shpesh | PO, rrallë | JO |

56. Keni lexuar/parë/dëgjuar ndonjë informacion mbi IST-të?

- a. Po b. Jo c. Nuk mbaj mend

57. Nëse po, çfarë?

- a. Broshurë/fletëpalosje
- b. Revistë
- c. Libër
- d. Emision/Spot televiziv
- e. Emision/Spot radiofonik
- f. Tjetër, specifiko.....

58. Çfarë kanalesh televizive ndiqni më tepër?

- a. Specifiko..... b. Nuk shikoj/Shikoj rrallë televizor

59. Në çfarë ore shikoni më shpesh Televizor?

- a. b. Sipas rastit/pa ndonjë rregull

60. Çfarë radioje ndiqni më shumë?

- a. Specifiko Radion.....
b. Nuk dëgjoj radio/dëgjoj shumë rrallë

61. Nëse po, në çfarë ore dëgjoni më shpesh radion?

- a. b. Sipas rastit/pa ndonjë rregull

62. Çfarë gazete/reviste lexoni më shpesh?

- a.
b.
c. Nuk lexoj

63. A përdorni internetin si rrugë për të marrë informacion për shëndetin?

- a. Po b. Jo c. Me raste d. Shumë rrallë

64. Nëse po, sa kohë shpenzoni për të marrë informacion për shëndetin në internet?

- a.
b. Sipas rastit/Pa ndonjë rregull

65. Nga do të preferonit JU të merrnit informacion për IST-të?

- a. Libra/Broshura
b. Gazeta/Revista
c. Emisione TV
d. Interneti
e. Tjetër, specifiko.....

Ju faleminderit!

14.2. ANEKS 2

TABELA E KAMPIONIMIT

				Total	F	M	Total	F	M
	Gjithsej	F	M	%	%	%	Nr	Nr	Nr
IAL Publik	79615	46012	33603	0.80	0.82	0.78	1604	927	677
Universiteti i Tiranës	27646	20028	7618	0.28	0.36	0.18	557	404	153
Drejtesi	2484	1466	1018	0.03	0.03	0.02	50	30	20
Gjuhe e Huaj	3618	2417	1201	0.04	0.04	0.03	73	49	24
Shkenca Sociale	3115	2710	405	0.03	0.05	0.01	63	55	8
Shkenca Natyrore	6878	4508	2370	0.07	0.08	0.05	139	91	48
Histori-Filologji	1081	866	215	0.01	0.02	0.00	22	17	4
Ekonomik	5872	4380	1492	0.06	0.08	0.03	118	88	30
Mjekesi	3006	2397	609	0.03	0.04	0.01	61	48	12
Infermieri	1592	1284	308	0.02	0.02	0.01	32	26	6
Universiteti Politeknik i Tiranës	9201	2599	6602	0.09	0.05	0.15	185	52	133
Fakulteti i Inxhinierise Mekanike	1893	442	1451	0.02	0.01	0.03	38	9	29
Fakulteti i Inxhinierise Elektrike	1416	122	1294	0.01	0.00	0.03	29	2	26
Fakulteti i Teknologji Informacionit	1473	478	995	0.01	0.01	0.02	30	10	20
Fakulteti i Inxhinierise Ndertimit	2442	899	1543	0.02	0.02	0.04	49	18	31
Fakulteti Gjeologji Minera	1241	344	897	0.01	0.01	0.02	25	7	18
F. Inxhinieri Matematike & Fizike	736	314	422	0.01	0.01	0.01	15	6	8
Universiteti Bujqësor i Tiranës	7541	2748	4793	0.08	0.05	0.11	152	55	97
Akademia e Arteve	1028	409	619	0.01	0.01	0.01	21	8	12
AEFS "Vojo Kushi"	737	114	623	0.01	0.00	0.01	15	2	13
Universiteti "AXhuvani" Elbasan	6763	4705	2058	0.07	0.08	0.05	136	95	41
Universiteti "LGurakuqi" Shkodër	9315	5572	3743	0.09	0.10	0.09	188	112	75
Universiteti "EÇabej" Gjirokastrë	2557	1332	1225	0.03	0.02	0.03	52	27	25
Universiteti "Fan S.Noli" Korçë	3174	1892	1282	0.03	0.03	0.03	64	38	26
Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë	7147	4089	3058	0.07	0.07	0.07	144	82	62
Universiteti "AMoisiu" Durrës	4506	2524	1982	0.05	0.05	0.05	91	51	40
IAL Private	19659	9955	9704	0.20	0.18	0.22	396	201	195
Universiteti Ufo	5637	2864	2773	0.06	0.05	0.06	114	58	56
Universiteti Zoja e Këshillit të Mirë	1137	685	452	0.01	0.01	0.01	23	14	9
Universiteti Marin Barleti	764	493	271	0.01	0.01	0.01	15	10	5
Universiteti Kristal	5515	3009	2506	0.06	0.05	0.06	111	61	50
Shkolla e lartë "Justiniani i Parë"	1396	455	941	0.01	0.01	0.02	28	9	19
Shkolla e lartë "S & P Qirazi"	657	296	361	0.01	0.01	0.01	13	6	7
Universiteti European i Tiranës	2954	1445	1509	0.03	0.03	0.03	60	29	30
Universiteti Amerikan i Tiranës	800	452	348	0.01	0.01	0.01	16	9	7
Universiteti Vitrina	799	256	543	0.01	0.00	0.01	16	5	11

Përmbledhje

Hyrje: Infeksionet Seksualisht të Transmetueshme ndër të rinjtë, sot janë një problem i shëndetit publik. Studime të ndryshme kanë provuar se të rinjtë shqiptar megjithëse kanë njohuri relativisht të mira mbi infeksionet seksualisht të transmetueshme, praktikojnë sjellje seksuale me risk.

Qëllimi: Vlerësimi i njohurive, qëndrimeve e sjelljeve rreth infeksioneve seksualisht të transmetueshme te studentët e universiteteve shqiptare në funksion të hartimit të programeve specifike parandaluese dhe krijimit të një baze të dhënash për monitorimin e vlerësimin e tyre.

Metodologjia: Ky është një studim përshkrues, i kryer në nivel kombëtar për të mbledhur informacion nëpërmjet një pyetësi të strukturuar me vetadministrim nga një kampion përfaqësues prej 2000 studentësh të përzgjedhur në mënyrë të rastësishme dhe në proporcion me madhësinë e numrit të studentëve.

Rezultatet: Vetëm 7.7 % e studentëve kanë njohuri për të gjitha rrugët e transmetimit të infeksioneve seksualisht të transmetueshme, abstinenca nuk njihet nga 95.8% e tyre, ndërsa 27.4% mendojnë se pilulat kontraceptive të mbrojnë nga infeksionet seksualisht të transmetueshme. Prevalenca e kryerjes së marrëdhënieve seksuale është 61.7%, dhe moshë mesatare e kryerjes së marrëdhënies së parë seksuale 17.6 ± 1.8 vjeç. Studentët raportuan sjellje seksuale me risk; me shumë partner seksual (mesatarisht 2.2 partner), me partner rastësor (15%), seks nën përdorimin e alkolit (20.5%) e drogës (4.3%). Rreth $\frac{1}{4}$ e studentëve nuk ka përdorur kurrë prezervativ gjatë marrëdhënieve seksuale dhe 51.0% nuk e kanë përdorur atë në mënyrë konsistente. Shumica (52.6 %) nuk e perceptojnë vetën në risk për tu infektuar prej infeksioneve seksualisht të transmetueshme dhe 87.6 % e tyre nuk kanë kryer kurrë një ekzaminim rutinë. Interneti ka rezultuar informativ për 61.1 % të studentëve, televizioni 60.6 % dhe media e shkruar 46.4 %.

Konkluzione: Të rinjtë kanë informacion të limituar dhe keqkuptime mbi infeksionet seksualisht të transmetueshme. Moshë e marrëdhënies së parë seksuale është ulur. Të rinjtë shqiptar janë angazhuar në sjellje seksuale me risk. Perceptimi personal i rriskut është i ulët. Përdorimi i kondomit është jo konsistent. Media e shkruar dhe elektronike janë burim kryesor i informacionit, ndërsa personeli shëndetësor dhe mësuesit janë burim i ulët informacioni për ta.

Fjalë kyç: Infeksione Seksualisht të Transmetueshme, marrëdhënie seksuale, student, njohuri, sjellje

ABSTRACT

Introduction: Sexual Transmitted Infections (STIs) among young people are a public health problem. Several studies have shown that although the Albanian youth have relatively good knowledge about sexually transmitted infections, they practice sexual risk behavior.

Purpose: Evaluation of knowledge, attitudes and behaviors about STIs to Albanian universities students in order to design specific prevention programs and to create a database to monitor and evaluate them.

Methodology: A quantitative descriptive study was conducted at the national level to gather information through a self-administered structured questionnaire from a representative sample of 2,000 students selected at random and proportion to the size.

Results: 7.7% of students have knowledge about all of the transmission routes of STIs, abstinence is not recognized by 95.8% of them, while 27.4% think that the contraceptive pill can protect against STIs. Prevalence of sexual intercourse is 61.7%, and the average age of first sexual intercourse is 17.6 ± 1.8 years. Students reported sexual risk behavior; with many sexual partners (average 2.2 partners), with casual partners (15%), sex under the alcohol use (20.5%) and drugs use (4.3%). About a quarter of students has not ever used a condom during sexual intercourse and 51.0% did not use it consistently. Most of them, 52.6%, did not perceive themselves at risk of becoming infected by STIs and 87.6% of them have never done an examination rutin. The internet has proved informative for 61.1% of students, television 60.6% and print media 46.4%.

Conclusions: Although the level of knowledge about STIs among youth is satisfactory, there is limited information and misconceptions about them. The age of sexual intercourse has decreased at Albanian youth and they are engaging in sexual risk behavior. Personal risk perception is low and condom use is low and inconsistent. Print and electronic media are the main source of information for the students, while the medical staff and teachers are low source of information for them.

Keywords: Sexual Transmitted Infections, sexual intercourse, students, knowledge, practice