



Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

Buletini Shkencor

EDICION SPECIAL: BULETINI STUDENTOR

Buletini Shkencor 2017



Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

Buletini Shkencor

BULETINI SHKENCOR 2017
EDICION SPECIAL: BULETINI STUDENTOR
ISSN: 2310-6719

UNIVERSITETI “ISMAIL QEMALI” VLORE

BULETINI SHKENCOR 2017

**Edicion special - Punimet shkencore në programin Master në
Shkenca Infermierore - Fakulteti i Shëndetit Publik**

(Diplomimi 2017)

ISSN 2310-6719



Ky edicion special i Buletinit Shkencor të UV përmban temat e mbrojtura nga studentët e diplomuar në programin MS në Shkenca Infermierore gjatë vitit 2017. Temat janë zhvilluar nën udhëheqjen e pedagogëve të Fakultetit të Shëndetit Publik, por konkluzionet dhe rekomandimet e tyre janë punë dhe përgjegjësi individuale e studentëve.

Përmbajtja

Editorial - Kerkimi shkencor ne infermieristike

Aurela Saliaj Prof. Asoc, MD, PhD.....5

Matja e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj kujdesit infermieror në shërbimin pediatrik të Spitalit Rajonal, Vlorë

Sulltana Muçaj.....7

Matja e nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve të cilët ushtrojnë profesionin në qytetin e Vlorës ndaj procesit të plakjes dhe personave të moshuar

Brunilda Petraj.....40

Vlerësimi i tendencës për ankth të përgjithshëm te pacientët e hospitalizuar dhe lidhja e tij me hospitalizimin

Anisa Marku.....92

Vlerësimi i shkallës së ankthit ne lidhje me shtatëzaninë dhe lindjen te gratë shtatëzane

Çelestina Memaj.....129

Vlerësimi i stresit para provimit te studentët

Denisa Marra 167

Faktorët që ndikojnë duhanpirjen dhe parandalimin e tij

Oltjona Arapaj 206

Sindroma Burnout në profesionin e infermierit

Emiliana Dhiamandi 259

Siguria dhe shëndeti i infermierëve në pavionin e infektivit

Leozana Duraj.....321

Vlerësimi i njohurive të personelit infermieror për kujdesin ndaj dekubituseve

Bledar Levenaj.....389

Analiza e problemeve social-ekonomike dhe psikologjike që kanë ndikuar në shfaqjen e sëmundjeve kardiovaskulare tek pacientët që kanë kryer chec- up në Qendrën Shëndetësore Nr. 4 Vlorë

Amada Meleqi.....439

Prevalenca e dhunës në familje në Qarkun e Vlorës dhe roli i infermierit në identifikimin e personave të dhunuar që kërkojnë kujdes shëndetësor

Irena Velaj.....493

KËRKIMI SHKENCOR DHE ZBULIMI I MUNDËSIVE PËR NJË KUJDES MË TË MIRË

Aurela Saliaj Prof. Asoc, MD, PhD

Fakulteti i Shëndetit Publik, Vlorë

Infermieristika në Shqipëri, si në mënyrën e praktikimit, ashtu edhe në mënyrën e mësimdhënies, ka ndryshuar rrënjësisht gjatë dhjetëvjeçarit të fundit. Avancimi në teknologjinë mjekësore në të gjithë sektorët e kujdesit shëndetsor e bën të detyrueshëm për personelin infermieror rritjen e kapaciteteve teknike dhe të specializuara. Formimi infermieror bëhet tanimë jo vetëm mbi bazat akademike të ciklit të parë, por masivisht edhe në ciklin e dytë, madje edhe të tretë të studimeve. Në bazë të rekomandimeve të Agjensisë për Akreditimin e Arsimit të Lartë - MAS, që përputhen me standartet bashkëkohore të formimit akademik përëndimor, studentët duhet të kryejnë punë të pavarur gjatë gjithë periudhës së ndjekjes së programeve mësimore të të gjitha cikleve, në formën e detyrave të kursit, projekteve klinike, tezave të diplomës, masterit dhe doktoraturës. Por ka ardhur koha që kapacitetet e krijuara në auditore për zhvillimin e kërkimeve shkencore ti përdorin gjerësisht edhe gjatë ushtrimit të profesionit.

Studimi shkencor përcaktohet si: 'Një përpjekje për të zgjeruar njohuritë nëpërmjet kërkimit shkencor sistematik' (Hockey, 1986). Studimi shkencor është në fakt shumë familjar me aktivitetin e përditshëm shëndetësor. Shpesh është punë e vështirë, por shpërblyese dhe motivuese nëse ndiqet një metodë sistematike e zgjidhjes së problemeve.

Pse është e rëndësishme që personeli infermieror të jetë në gjendje të zhvillojë një kërkim shkencor? Për faktin e thjeshtë se Infermieristika është një ndër profesionet e bazuar në rezultatet e kërkimit shkencor. Ndryshimet afatgjata në planet e asistencës infermiore nuk bazohen në praktikën e 'të mësuarit nëpërmjet provave dhe gabimeve', por janë të menduara mirë dhe mbështeten në evidencat e provuara të efektivitetit. Me theksin që i vihet tanimë jo thjesht zgjatjes, por mbi të gjitha cilësisë së jetës së pacientit, është e rëndësishme për infermierin të jetë në gjendje ta vlerësojë dhe argumentojë praktikën e asistencës infermiore, të cilën ka zgjedhur të zbatojë.

Rëndësia në rritje e studimit shkencor është konstante e domosdoshme në transformimin e infermieristikës nga punësim në profesion. Sociologët kanë treguar se ndryshimi i statusit të mësipërm karakterizohet nga elementë të tillë si:

- Zgjatja e kohës së formimit infermieror me cikle të dyta apo të treta studimi.
- Vlerësimi dhe ekzaminimi – si pasqyrë e kualifikimit profesional, bëhen më të thelluara dhe cilësore.

- Fokusimi gjithnjë e më shumë tek studimet shkencore, në mënyrë që të stabilizohen formate standarte e unike të teorive dhe njohurive profesionale.

Për shekuj metoda e studimit shkencor është konsideruar si mënyra më e mirë për të stabilizuar njohuritë e reja dhe për të rritur standartet e kujdesit shëndetësor. Studiuesit sugjerojnë se ka tre aspekte ku infermierët mund të përdorin njohuritë e fituara nga studimet shkencore:

- Së pari, përdorimi i aftësive kërkimore-studimore bazë dhe mundësimi i zgjidhjes së problemeve.
- Së dyti, familjarizimi me proceset dhe metodat që kërkojnë studimet dhe kërkimet shkencore.
- Së treti, përdorimi i të dhënave kërkimore në praktikën e asistencës infermiore.
- Gjithashtu, infermierët duhet të përdorin argumente të bazuara në të dhëna studimore financiare për të justifikuar planet e asistencës infermiore që planifikojnë.

Sot, infermieristika duhet të jetë një profesion i bazuar mbi studimet shkencore, dhe kjo nënkupton jo vetëm të bësh kërkim shkencor, por edhe ta përdorësh atë. Shumë infermierë sot ndjekin modulën e 'kërkimit shkencor infermior', por shumë pak prej tyre e bazojnë punën e tyre të përditshme tek njohuritë e fituara nga kërkimet shkencore. Ka katër arsye pse infermierët nuk i përdorin të dhënat e studimeve shkencore:

- Mungesa e njohurive: Infermierët nuk janë në dijeni të studimeve të rëndësishme në fushën infermiore, kanë pak akses në literaturën bashkëkohore ose nuk e dinë si ti vlerësojnë dhe aplikojnë rezultatet studimore.
- Mosbesimi: Infermierët nuk kanë shumë besim tek rekomandimet e studimeve shkencore që sfidojnë praktikën tradicionale.
- Mungesa e lejitimit: Infermierët mund të mos jenë të lejuar ti ndryshojnë protokollat tradicionale duke sugjeruar rekomandimet e studimeve shkencore.
- Mungesa e stimulimit: Infermierët nuk shpërblehen për ndryshimet që propozojnë, as me vlerësim moral, as me mbështetje materiale.

Janë këto 4 shtyllat mbi të cilat duhet punuar për ta kthyer praktikën infermiore nga një zbatuese mekanike në një profesion kreativ, të bazuar mbi argumente të mbështetura nga kërkimet shkencore. Thyerja e mentalitetit tradicional, si dhe duke mbajtur kontakte të forta me bërthamat kërkimore-shkencore të fakulteteve dhe shkollave të shëndetit, do të krijojë hapësira pafund për të zbuluar mundësi të reja dhe për të ngritur në vazhdimësi nivelin e kujdesit të ofruar ndaj popullatës.

MATJA E NIVELIT TË KËNAQËSISË SË PRINDËRVE NDAJ KUJDESIT INFERMIEROR NË SHËRBIMIN PEDIATRIK TË SPITALIT RAJONAL, VLORË.

Sulltana Muçaj

ana_mucaj@yahoo.com

Abstract

In recent years, the scope of patients' participation in the evaluation of healthcare services has been broadened because patients' experiences and satisfaction are considered to be vital components in the evaluation of healthcare interventions, as well as in assessing the quality of care. Parent's satisfaction with health care is associated with an improvement in their child's health or with a reduction of symptoms, including adherence to the therapeutic regimen and understanding medical information. Thus, the level of parent's satisfaction health care can be used as a good proxy variable for important aspects of quality of care.

Aim of the study. The aim of this study is to measure the level of satisfaction of parents to nursing care in the pediatric ward of the Regional Hospital in Vlora, during six month and the evaluation of the main components of the nursing service.

Methodology. The study included 90 parents who had children in the Pediatrics Department. They filled a randomly self-administered

questionnaire at the hospital grounds.. The study's is of a cross-sectional type. Data was collected from March to August 2016. The data collection instrument is a self-administered questionnaire.

Results. After processing the data revealed that the level of satisfaction among parents to nursing services and the perceived level of satisfaction was a very strong about significant and positive relation. Was found that the relationship between age, academic education of the parents and the level of satisfaction was strongly significant. Also the relationship between the number of children, previous hospitalizations and the level of satisfaction of parent was not random.

Conclusion. Supportive approach of health care personal adds a big deal to satisfy parents' expectations. Keeping communication channels open, answering their questions and giving the best care available are respective ways to catch better standards in health care.

Key words: Parents, Child, Care, Nurse

I. Hyrje

Kënaqësia e pacientit është një komponent i cilësisë së kujdesit shëndetësor. Por kur bëhet fjalë për fëmijët janë pikëpamjet e prindërve ato që marrin rëndësi në pediatri për arsye se fëmijët janë të vegjël për të shprehur gjykimin e tyre dhe për të vlerësuar shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Që nga viti 1990, perceptimet e prindërve dhe kujdestarëve kanë luajtur një rol në rritje në përkufizimet dhe vlerësimet, dhe kanë një rol

thelbësor në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar (Thomas & Bond, 1996, Merkouris et al. 1999, Cleary 2003).

Për OBSH cilësia e kujdesit është shumë e rëndësishme për të gjitha shërbimet diagnostikuese në mënyrë që të arrihet një kujdes shëndetësor optimal duke pasur parasysh të gjithë stafin, pacientin dhe kujdesin shëndetësor. Cilësia e kujdesit është një koncept kompleks, shumëdimensional dhe mund të përcaktohet dhe të vlerësohet nga disa

këndvështrime të ndryshme: organizative, perspektiva profesionale dhe atë të prindit (Bond dhe Thomas 1992).

Cilësia e kujdesit në pediatri është vlerësuar zakonisht nga perspektiva e prindërve sesa nga ajo e fëmijëve (p.sh. Marino & Marino 2000, , Shields & King 2001, Ygge & Arnetz 2001, Ygge & Arnetz 2004, Miceli & Clark 2005). Ky është rasti, edhe pse Lebow (1974) rekomandoi tre dekada më parë që duhet të studiohen të dy perceptimet e cilësisë së kujdesit pediatrik: ai i prindërve apo kujdestarëve dhe ai i fëmijëve.

Komunikimi efektiv në kujdesin shëndetësor është një mjet thelbësor për diagnostikimin, trajnimin e saktë dhe zhvillimin e një plani të suksesshëm, përmirësimin e njohurive të pacientit, statusin funksional, respektimin e mendimit të pacientit për regjimin e trajtimit, përmirësimin e rezultateve psikologjike dhe të sjelljes.

Komunikimi efikas konsiderohet thelbësor për sigurimin e kujdesit integral dhe të humanizuar, sepse nëpërmjet tij/saj mund të njohin dhe të përqafojnë nevojat e pacientit (sidomos ato të një fëmijë të sëmurë). Kur infermierët përdorin këtë mjet, qoftë me gojë ose jo-verbalisht, u mundësojnë pacientëve të marrin pjesë në vendimmarrje dhe në kujdesin specifik në lidhje me sëmundjen, duke synuar për një trajtim më dinjitoz.

Një studim i kryer në Sydney, Australi, raporton se komunikimi efikas është jetik në kujdesin infermieror, kur ai karakterizohet nga një marrdhënie e mbështetur tek ndjenjat, qëndrimi, bashkëpunimi dhe ndjeshmëria. Një mjet i tillë ndihmon për të rritur efikasitetin e marrëdhënieve mes infermierit dhe fëmijës së sëmurë.

Në kujdesin pediatrik, prindërit dhe kujdestarët mund të konsultohen për pritjet dhe vlerësimet e fëmijëve të tyre, kështu që në këtë studim edhe pritjet e prindërve në lidhje me cilësinë e kujdesit pediatrik janë shqyrtuar, për shkak se disa studiues (Staniszewska & Ahmed 1999) kanë sugjeruar se të gjitha listat e vlerësimit të cilësisë duhet të bazohen në pritjet e një grupi pacientësh të veçantë para se të fillohet për të matur ato. Prindërit kanë një rol të rëndësishëm në kujdesin infermieror dhe ata shihen si ekspertë në kujdesin

emocional dhe psikologjik të fëmijës së tyre. Përveç kësaj, ata kanë një rol të rëndësishëm në shkëmbimin e eksperiencave të fëmijëve të tyre me fëmijët më të rinj të hospitalizuar. (Power & Franck 2008). Cilësia e kujdesit është e vështirë të matet, edhe pse instrumente të ndryshme janë zhvilluar për këtë.

Kënaqësia ishte koncepti më i përdorur në vlerësimin e cilësisë së kujdesit nga prindërit. Megjithatë, me ndihmën e shqyrtimit të literaturës studimet kanë gjetur treguesit e cilësisë të cilët janë të rëndësishëm për prindërit, dhe pikëpamjet e tyre mbi cilësinë e kujdesit të fëmijëve të tyre e cila do të mund të zbulohet. Janë realizuar në një total prej 31 studimesh ku prindërit kanë vlerësuar cilësinë e kujdesit pediatrik. Pikëpamjet e prindërve për kënaqësinë, perceptimet, përvojat, vlerësimet, prioritetet, perspektivat, kuptimet, qëndrimet dhe pritshmëritë mbi cilësinë e kujdesit pediatrik janë studiuar në 23 raste me pyetësorë (Ammentorp 2005, Pritchard & Howard 2006), dhe vetëm në shtatë studime me intervista (Stubblefield dhe Murray 1999, Stratton 2004,) dhe në një rishikim (Lawoko 2007). Në studimet cilësore të Pricee (1993) dhe Stratton (2004) prindërit e përshkruan cilësinë e kujdesit në aspektin e nevojave të tyre.

Në një studim brazilian, në të cilën cilësia e kujdesit infermieror është vlerësuar nga pikëpamja e prindërve, është konstatuar se ata vlerësojnë faktin që profesionistët të demonstrojnë respekt dhe kujdes për ta dhe fëmijët, duke bërë lidhjen e dashurisë dhe besimit me mirënjohje për kujdesin. Siç është forcimi i marrëdhënies infermier- prind, për të përmirësuar perceptimin e tyre në lidhje me kujdesin infermieror.

Disa studiues (Callery & Luker 1996, Stratton 2004) sugjerojnë se duhet të përdoret metoda cilësore kur studiohet cilësia e kujdesit infermieror pediatrik nga perspektiva e prindërve. Prindërit nuk ishin të gatshëm për të dalë kritikë të stafit të spitalit, por kur u jepej mundësia për të treguar ata shpjegonin të gjitha problemet dhe jepnin shpjegime të detajuara për pakenaqësitë që ata kishin në lidhje me kujdesin.

Shqyrtim i literaturës

Cfarë është kujdesi infermieror?

Kujdesi shëndetsor është përkujdesi, impenjimi dhe dedikimi për të plotësuar nevojat e shëndetit (fiziologjike, psikologjike, sociale) të individit.

Kujdesi infermieror është kujdesi për njerëzit si një qenie e tërë në lidhje me kujdesin shëndetësor, ruajtjen e tij, dhe vdekjen. Infermieristika konsiderohet si arti më i vjetër dhe profesioni më i ri. Sipas Florence Nightigale "Profesioni infermier është të vendosë pacientin në konditat më të mira për natyrën e secilit dhe veprimet kundrejt tij, pra janë të dyja art dhe shkencë". "Roli thelbësor i infermieres qëndron në ndihmën e individit, të sëmurë ose të shëndetshëm, në ruajtjen ose përmirësimin e shëndetit (ose në ndodhjen pranë në çastet e fundit), nëpërmjet kryerjes së detyrave të cilat ai mund t'i përmbushë vetë nëse do të ketë forcë, vullnet ose do të zotërojë njohuritë e duhura, dhe në lehtësimin e pjesëmarrjes aktive të tij, për ta ndihmuar të rifitojë pavarësinë e tij sa më shpejt të jetë e mundur".

Sipas Këshillit Ndërkombëtar të Infermierëve, përgjegjësia e infermierëve, konsiston në:

- Promovimin e shëndetit
- Parandalimin e sëmundjes
- Ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit
- Pakësimin e dhimbjes

Cilësia e kujdesit është përgjegjësi e infermierit; Prandaj që nga fillimi duhet krijuar një proces dinamik dhe i vazhdueshëm ndërpersonal, identifikimin dhe priorizimin e diagnozave dhe zhvillimin dhe zbatimin e planeve të kujdesit, duke pasur parasysh aspektet psikologjike, shpirtërore dhe kulturore të pacientëve. Kujdesi i ofruar e kapërcen punën për shkak se ajo merr parasysh familjen, marrëdhëniet ndërpersonale dhe ndërprofesionale, duke dëgjuar dyshimet dhe frikën e tyre, dhe duke ofruar siguri për familjen dhe fëmijën.

Cilësia e kujdesit infermieror

Përkufizimet e fjalorëve në anglisht tregojnë se "cilësia" është një nga karakteristikat që e bëjnë diçka të përkufizueshme. Cilësia e dikujt

është një karakteristikë e mirë që ai ka, e cila është pjesë e natyrës së tyre, ato përshkruajnë një karakteristikë të veçantë të një personi apo mendim të tij. Cilësia është edhe një standard i lartë për diçka dhe ajo është përdorur për të përshkruar se sa e mirë apo e keqe është ajo në lidhje me gjërat e tjera të ngjashme. Cilësia shpesh duket se ka të bëjë me diçka të mirë ose të shkëlqyer, të tilla si shkalla e përsosmërisë, moralit të mirë apo superioritetit.

Koncepti i cilësisë është shumë abstrakt në natyrë. Kështu, në kryerjen e hulumtimit me fëmijët, ajo ka nevojë për shprehje më konkrete. Cilësia e kujdesit është një koncept kompleks, shumëdimensional dhe është jashtëzakonisht e vështirë nga studiuesit për tu matur (Attree 1993, Gunther & Alligood 2002, Currie et al. 2005). Sipas analizës Attree-së (1993), koncepti i cilësisë është përdorur për të treguar përsosmërinë, idealen, fuqinë e një qëllimi, përputhshmërinë me standardet dhe përmbushjen e kërkesave të konsumatori, kënaqësinë e nevojave dhe vlerave të konsumatorëve.

Ka shumë arsye rreth vështirësisë së përcaktimit të konceptit të cilësisë. Sipas Currie (2005) koncepti mund të modifikohet në kontekste të ndryshme, ajo është e bazuar në vlerat dhe përvojat e një bashkësie apo shoqërie të caktuar dhe është i detyruar nga kushtëzimi i kohës. Sipas tij cilësia mund të përcaktohet.

Cilësia e kujdesit ka kuptime të ndryshme për njerëz të ndryshëm. Ajo mund të përcaktohet nga pacientët, infermierët, organizatat apo shoqëritë (Laschinger et al. 2005). Për infermierët ose mjekët, liderët e spitaleve dhe pacientëve, perceptimet e cilësisë së kujdesit vlerësohen shumë rrallë në të njëjtin studim, ose me të njëjtin instrument. Ndërsa ka studime që raportojnë harmoni tek mënyrat vlerësuese të infermierëve dhe pacientëve të cilët perceptojnë cilësinë në një nivel të përgjithshëm, një studim më i detajuar nxjerr në pah dallimet midis perceptimeve (Attree 2001, Leinonen 2002, Currie et al. 2005.).

Attree (2001) raportoi se pacientët identifikojnë nivele të ndryshme të cilësisë që varen nga kushtet kontekstuale dhe ndërhyrës të lidhur me mjekësin, organizimin dhe

karakteristikat personale të stafit dhe pacientëve.

Stafi shpesh vlerëson cilësinë e kujdesit në mënyrë më kritike se pacientët (psh Leinonen 2002, Shannon et al. 2002). Nga ana tjetër, infermierët kanë vlerësuar cilësinë më shumë se sa pacientët, dhe në fund janë mjekët ata që kanë vlerësuar cilësinë në një nivel më të mirë në krahasim me pacientët apo infermierët (Shannon et al. 2002, Kvist et al. 2006). Menaxhuesit e organizatave theksojnë lidhjen e standardetve të cilësisë, ndikimin e punës dhe kënaqësinë e pacientit.

Dy objektivat kryesore të Planit për Zhvillimin Kombëtar dhe Programin e Shërbimeve Sociale (2008b MPSA) janë të përmirësojë cilësinë, efektivitetin dhe disponueshmërinë e shërbimeve për banorët komunale dhe për të rritur gjithpërfshirjen e tyre.

Outinen et al. (2007) e përshkroi situatën e menaxhimit të cilësisë në organizatat shoqërore dhe shëndetësore gjatë vitit 2004 dhe vlerësoi zhvillimin e menaxhimit të cilësisë që ishte realizuar si vlerësim më parë në vitin 1999. Rezultatet treguan se qasja sistematike për menaxhimin e cilësisë, dokumentacionit dhe hartimit të udhëzimeve për përmirësim u përdor gjendej pothuajse në të gjithë sektorët e kujdesit social dhe shëndetësor. Megjithatë, rritja e përfshirjes së pacientëve dhe ndikimit të tyre në menaxhimin e cilësisë së organizatave dhe vlerësimin e cilësisë së shërbimeve paraqesin një sfidë në të ardhmen. (Outinen et al. 2007) tregojnë se Ligji për Statusin dhe të Drejtat e pacientëve (785/1992) gjithashtu thekson të drejtën e pacientëve për të përfituar një cilësi më të mirë të kujdesit shëndetësor nga infermierët.

Cilësia e kujdesit është e përcaktuar me koncepte të ndryshme. Ajo është përshkruar si kënaqësi e pacientit (Johansson et al. 2002, Merkouris et al. 2004), perceptimet e pacientit dhe përvojat e tyre (Larsson & Larsson 1999 Attree 2001) të cilat janë përshkruar duke i pyetur pacientët ose infermierët për të përmendur treguesit e cilësisë (Larrabee & Bolden 2001). Një tregues mund të përkufizohet si një objektiv apo një dimension i matshëm që jep informacion mbi një aspekt të rëndësishëm të cilësisë së kujdesit (Merkouris et al. 2004). Në shqyrtimin e

literaturës së tyre, treguesit e cilësisë së kujdesit janë përcaktuar përgjithësisht në aspektin e "një mase sasiore që mund të përdoret si një udhëzues për të monitoruar dhe vlerësuar cilësinë e kujdesit dhe të shërbimit në mbështetje të aktiviteteve të rëndësishme të pacientëve", siç shprehet në Komisionin e Shoqërisë së Përbashkët të Kujdesit Shëndetësor për Akreditimin në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (JCAHO 1989).

Infermiera mund të përshkruhet si aktivitet njerëzor, në të cilin rasti i objektit të studimit të cilësisë mund të përcaktohet në bazë të teorisë së veprimit, ku infermiera përfshin aktivitetet e njeriut për të cilat ekzistojnë parakushte, të kryera nga një agjent në një ambient operacional (Leinonen 2002, Laschinger et al. 2005).

Kënaqësia e mardhënieve dhe cilësia e kujdesit ka perspektiva të ndryshme. Pricce (1993) identifikon tri funksione të mundshme për kënaqësinë e pacientit:

- ajo mund të shërbejë si një atribut
- kujdesi i një cilësie më të mirë
- si një parakusht për cilësinë e kujdesit.

Megjithatë, disa studiues kanë menduar se cilësia në kontekstin e kujdesit është më shumë se pasojë e kënaqësisë së pacientit sepse ajo është shumë e kufizuar si koncept për të përshkruar cilësinë e kujdesit (Avis et al. 1995, Drain & Clark 2004).

Kënaqësia dhe cilësia kanë një lidhje, ato janë të lidhura me njëra-tjetrën por nuk është përmendur saktësisht se kanë kuptim të njëjtë (Attree 1993). Konsensusi në një përkufizim të përbashkët konceptual për kënaqësinë e pacientit ende mungon (Johansson et al. 2002). Konceptet e kënaqësisë dhe perceptimit të cilësisë së kujdesit nga pacientët janë përdorur shpesh si alternativë edhe pse sipas Oberst (1984), ka një dallim mes tyre. Kënaqësia konsiderohet gjerësisht si një tregues i cilësisë së kujdesit dhe pasqyron pikëpamjet e pacientëve në aspekte të ndryshme të kujdesit (Bond dhe Thomas 1992, Merkouris et al. 1999, Johansson et al. 2002 Merkouris et al. 2004). Kënaqësia e pacientit vjen si rezultat i bashkëveprimit midis pritjeve të kujdesit të ofruar dhe perceptimit të tyre mbi kujdesin

aktual (Bond dhe Thomas 1992, Avis et al. 1995, Johansson et al. 2002).

Vlerësimi i cilësisë së kujdesit

Historia e përcaktimit dhe vlerësimit të cilësisë në kujdesin shëndetësor ndoshta shkon aq larg mbrapa në kohë sa perbën historinë e kujdesit infermieror. Florence Nightingale përfshinte disa standarde të cilësisë për kujdesin e pacientit. Në gjysmën e parë të shekullit të 20, cilësia e kujdesit merrte relativisht pak vëmendje (Bull 1992). Infermiera ka qenë duke luftuar për të përcaktuar cilësinë që nga fillimi i viteve 1960 (Taylor et al. 1991, Bull 1992).

Nga viti 1960 e mbrapa filluan të zhvilloheshin pritshmëri të mëdha në lidhje me kujdesin shëndetësor dhe ka pasur shqetësime në rritje rreth mbrojtjes së konsumatorit, të drejtave të njeriut dhe kostos në rritje të kujdesit shëndetësor (Bull 1992, Merkouris et al. 1999). Nga mesi i viteve 1960, "kontrolli i cilësisë" u zëvendësua me "vlerësim të cilësisë".

Ky koncept është përdorur deri në mes të viteve 1970. Nëse kishte ndonjë mangësi në cilësi, rezultatet e matjeve të nevojshme do të konvertoheshin në veprime praktike. (Vuori 1993) Literatura mbi cilësinë e kujdesit është rritur me shpejtësi gjatë viteve 1970 (Bull 1992).

Termi "përmirësimi i cilësisë" mund të përdoret për t'iu referuar të gjitha masave të mundshme të ndërmarra me qëllim të ngritjes së standardeve të cilësisë (Vuori 1993). Që nga viti 1990, perspektiva e pacientit ka luajtur një rol në rritje në përkufizimet, matjet dhe vlerësimet e kujdesit infermieror (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1994, Thomas & Bond 1996, Merkouris et al. 1999, Clearly 2003)

Literatura paraqet një gamë të gjerë të treguesve të cilësisë: aftësitë dhe njohurit e personelit, kompetencat mjekësore, teknike, karakteristikat personale (të tilla si dashamiresi, mirësi, të posedojnë një ndjenjë humori, gazi, ndjeshmërie, besimi, mirësjellje etj), ndërveprimi dhe aftësitë e komunikimit, aftësia për të marrë vendime, duke i kushtuar vëmendje shqetësimeve të pacientëve, duke plotësuar nevojat e tyre, informimin dhe edukimin, fokusimin te pacientët, duke marrë

parasysh të afërmit, kujdesin fizik, besueshmërinë, sigurinë, disponueshmërinë, pranueshmërinë, efektivitetin e kostos, burokracinë, efikasitetin, ngjarjet e padëshiruara, çështjet etike që lidhen me kujdesin shëndetësor, rezultatet e kujdesit, kënaqësinë e pacientit, mjedisin fizik / social, vazhdimësinë e kujdesit, mirëmbajtjen në shtëpi, mundësinë për të marrë pjesë në kujdes (Vuori 1993).

Pacienti si vlerësues i cilësisë së kujdesit

Cilësia e kujdesit infermieror tradicionalisht është përcaktuar dhe vlerësuar nga perspektiva e profesionistëve. Që nga viti 1990, perceptimi i pacientit ka luajtur një rol në rritje. Përcaktimi dhe vlerësimi i cilësisë nga perspektiva e pacientit është bërë i rëndësishëm për shkak të përmirësimit të praktikës së aplikuar nga këndvështrimi i politikës për mbrojtjen se të drejtave të pacientëve dhe duke marrë në konsideratë mendimet e tyre (Vuori 1993, Attree 1993, Merkouris et al. 1999, Bostick et al. 2003).

Roli i pacientëve ka ndryshuar nga pasiv në aktiv dhe niveli i tyre i njohurive është rritur sepse ata duan të marrin pjesë në kujdesin e tyre (Avis et al. 1995, Mercouris et al. 1999, Laschinger et al. 2005). Në kujdesin shëndetësor ka pasur nevojë për të përqëndruar vëmendjen në aspektet e përfitimit dhe efektivitetit të kostos, dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë ngritur pyetje në lidhje me cilësinë e kujdesit dhe efikasitetin e trajtimit (Johansson et al. 2002).

Kënaqësia e pacientit në lidhje me cilësinë e kujdesit është konsideruar vazhdimisht të jetë parashikuesi më i rëndësishëm i cilësisë së kujdesit shëndetësor (Thomas & Bond, 1996, Idvall et al. 1997, Johansson et al. 2002, Laschinger et al. 2005).

Studimet kanë treguar se pacientët të cilët janë më të kënaqur me kujdesin kanë më shumë gjasa të kenë ndjekur keshillat dhe udhëzimet e përshkruara nga mjeku dhe të marrin pjesë në kujdesin e tyre (Bond dhe Thomas 1992, Steëart et al. 2000). Pacientët e kënaqur janë ata që rekomandojnë më shumë të afërmit dhe familjarët për në spital dhe ata

që kanë më shumë besim për tu kthyer në spital në të ardhmen .

Pritjet dhe vlerësimet e prindërve në lidhje me cilësinë e kujdesit pediatrik

Në kujdesin pediatrik, prindërit dhe kujdestarët mund të konsultohen për pritjet dhe vlerësimet e fëmijëve të tyre, kështu që në këtë studim edhe pritjet e prindërve në lidhje me cilësinë e kujdesit pediatrik janë shqyrtuar , për shkak se disa studiues kanë sugjeruar se të gjitha menyrat e vlerësimit të cilësisë duhet të bazohen në pritjet e një grupi pacientësh të veçantë para se të fillohet matja e tyre.

Si rezultat i kontrollit, ekzistojnë vetëm dy studime ku gjenden perceptimet e prindërve për kujdesin (Cygan et al. 2002 , Ammentorp et al. 2006) . Në vend të kësaj, studimet përdorin koncepte si kënaqësia, perceptimet, përvojat, vlerësimet , prioritetet, perspektivat, dhe qëndrimet. Kënaqësia ishte koncepti më i përdorur në vlerësimin e cilësisë nga e ana e prindërve. Megjithatë, me ndihmën e shqyrtimit të literaturës studimet kanë gjetur tregues të rëndësishëm të cilësisë për prindërit si dhe pikëpamjeve të tyre mbi cilësinë e kujdesit të fëmijëve .

Është dhënë një total prej 31 studimeve ku prindërit kanë vlerësuar cilësinë e kujdesit pediatrik. Pikepamjet e prindërve për kënaqësinë, perceptimet, përvojat, vlerësimet, prioritetet, perspektivat, qëndrimet dhe pritshmëritë mbi cilësinë e kujdesit pediatrik janë studiuar në 23 raste me pyetësorët dhe vetëm në shtatë studime me intervista (Price 1993, Callery & Luker 1996 , Stubblefield dhe Murray 1999 , Shields & King 2001, Contro 2002 , Stratton 2004, Heller & Solomon 2005) dhe në një rishikim (Lawoko 2007). Vlerësimet e prindërve në lidhje me cilësinë e kujdesit pediatrik janë studiuar në kujdesin e përgjithshëm spitalor (Dawson & Mogridge 1991 price 1993 Marino & Ganser 1997 Homer 1999 Marino & Marino 2000 Moutzoglou 2000 Filani 2001 Shields & King 2001 Ygge & Arnetz 2001 Co 2003 Stratton 2004 Ygge & Arnetz 2004 Ammentorp 2005 Miceli & Clark 2005 Ammentorp 2006), emergjenca dhe kujdes ambulator. (Brown 1995 Davis 1995 Glasper 1999 Aitken & Wiltshire 2005).

Megjithatë, prindërit në Greqi raportuan pakënaqësi në lidhje me kujdesin e marrë në Spitalin e Përgjithshëm të fëmijëve. Kënaqësia duket se është shumë e ulët për procedurat e spitalit. Prindërit kishin perceptime dhe përvoja pozitive për treguesit e mëposhtëm të cilësisë gjatë hospitalizimit të fëmijës së tyre dhe ata ishin më të kënaqur me tipare të tilla të stafit si mirësia, (Ygge & Arnetz 2001, Ammentorp 2005, 2006), niveli profesional (Davis 1995, Haines & Childs 2005), uniforma shumë formale (Glasper et al. 1999), proceset e kujdesit (Ygge & Arnetz 2001 Ammentorp 2005, 2006) si dhe komunikimi i stafit (Davis 1995, Homer 1999).

Vlerësimi i kujdesit nga prindërit nuk mund të jetë i mjaftueshëm për të vlerësuar ndikimin e ndryshimeve organizative në praktikën infermiere (Marino & Ganser 1997.) Disa studiues (Price 1993, Callery & Luker 1996 , Stratton 2004) sugjerojnë se duhet të përdoret metoda cilësore kur studiohet cilësia e kujdesit infermiere pediatrik nga perspektiva e prindërve.

Prindërit nuk ishin të gatshëm për të dalë kritikë të stafit të spitalit, por kur u jepej mundësia për të treguar ata shpjegonin të gjitha problemet dhe jepnin shpjegime të detajuara për pakënaqësitë që ata kishin në lidhje me kujdesin (Callery & Luker 1996).

Në studimet cilësore të Pricee (1993) dhe Stratton (2004) prindërit e përshkruan kujdesin në aspektin e nevojave të tyre . Cilësia e kujdesit është perceptuar duke u fokusuar në plotësimin e të gjitha nevojave joteknike të fëmijës dhe prindit.

Nevojat jo-tekniqe të përshkruara nga prindërit përfshijnë nevojën për informacion, socializëm, dhe gjume. (Pricee 1993 Stratton 2004.) Përveç kësaj, në studimin e Heller dhe Salomonit (2005) prindërit e fëmijëve me kushte të vështira ekonomike theksuan se vazhdimësia e kujdesit është përshtatur kryesisht në drejtim të cilësisë. Një studim nga Davis (1993) është vendosur në departament të emergjencës dhe ka gjetur tre tema kryesore në lidhje me kënaqësinë e prindërve në lidhje me kujdesin e ofruar: cilësitë e stafit (të kuptuarit, qetësia , të qenit miqësor, të vëmendshëm, të sjellshëm, të mirë me

fëmijët), cilësitë e komunikimit (siguria , shpjegime të mira, të folurit direkt me fëmijën), dhe cilësitë profesionale (përgjegjshmëria , njohuritë e infermierës, vlerësimi i problemit, ndihma e parë.)

Gjithashtu Stubblefield dhe Murray (1999) kanë gjetur se prindërit bëjnë thirrje për kujdes në komunikim dhe bashkëpunim. Shields & King (2001) kanë pyetur prindërit se çfarë ata mendonin se ishte e rëndësishme në kujdesin e fëmijëve në spitalet e vendeve të ndryshme; komunikimi me personelin ishte tema e përmendur më shpesh nga prindërit, duke treguar se pavarësisht nga vendi në të cilën është dhënë kujdesi, komunikimi i mirë mes prindërve dhe stafit të ishte i një rëndësie të madhe.

Pakënaqësia është shkaktuar nga mjedisi i punës së stafit (Brown et al. 1995 Ygge & Arnetz 2001), mungesa e informacionit, psh informacion në lidhje me spitalin në dispozicion.

Ne menaxhimin e ardhshëm të sëmundjes së fëmijës (Dawson & Mogridge 1991 contro et al. 2002), informacioni nuk përputhet me gjendjen e fëmijës (Vandvik et al. 1990), informacioni për fëmijët , procesi i pranimit (Dawson & Mogridge 1991, Haines & Childs 2005), shpejtësia me të cilën është ofruar kujdesi sipas nevojës së fëmijës (Brown et al. 1995), cilësia e stafit dhe komunikimi me prindërit (Brown et al. 1995, Davis 1995), koha e pritjes (Davis 1995, Ammentorp et al. 2005, 2006), menaxhimi i keq (Homer et al. 1999 contro et al. 2002), koordinimi i kujdesit dhe çështjet mjedisore, të tilla si mungesa e hapësirës apo e privatësisë (Davis 1995 , Haines & Childs 2005, Pritchard & Howard 2006).

Vlerësimet e gjendjes shëndetësore të fëmijës nga prindi ka ndikuar në gjykimin e tyre mbi sëmundjen: prindërit të cilët kishin pak ankth në lidhje me sëmundjen vlerësojnë stafin dhe mjedisin e ofrimit të kujdesit në mënyrë të konsiderueshme . Prindërit të cilët janë të kënaqur me trajtimin e dhimbjes së fëmijës së tyre në një shkallë të madhe kanë qenë në mënyrë të konsiderueshme më pozitive në të gjitha fushat në krahasim me prindër që ishin më pak të kënaqur. Rezultatet nuk janë gjithmonë të njëtrajtshme; për shembull, nuk u

gjet asnjë lidhje mes ashpërsisë së sëmundjes së fëmijës dhe kënaqësisë prindërore. Faktorët socio-demografike në përgjithësi kanë ndikim të kufizuar në nivelin e përgjithshëm të kënaqësisë (Ammentorp et al. 2005, 2006).

Në përgjithësi, vlerësimet e kujdesit ishin të lidhura më ngushtë me përmirësimin e komunikimit me prindërit dhe partnerët e kujdesit, duke treguar se prindërit kërkojnë që të mbahen të informuar dhe të përfshirë në kujdesin e fëmijës së tyre, si prioritet kryesor i të qenit të pacientit në qendër të kujdesit (Ammentorp et al. 2005, 2006).

Marino dhe Marino (2000) kanë gjetur në studimin e tyre se pyetjet e hulumtimit të cilat janë të lidhura më ngushtë me kënaqësinë e përgjithshme ishin pyetje në lidhje me praktikën në infermieri që janë bashkëpunimet mes infermierëve dhe prindërve; Prindërit e kënaqur raportuan kujdes infermior që është përshtatur për nevojat dhe preferencat e tyre. Gjithashtu besimi te mjekët është identifikuar si një nga faktorët më të rëndësishëm të kënaqësisë prindërore. (Ammentorp et al. 2005, 2006).

II.1.4 Faktorët që ndikojnë në vlerësimin e cilësisë së kujdesit nga ana e prindërve

Ka shumë faktorë që ndikojnë në vlerësimin e cilësisë së kujdesit pediatrik nga prindërit :

- moshë e fëmijëve dhe prindërve (Ygge & Arnetz 2001, Lawoko & Soares 2004, Lawoko 2007), gjinia e prindit (Lawoko & Soares 2004),
- tipi i kujdesit spitalor ose llojet e kontaktit me spitalin (Dawson & Mogridge 1991 Moutzoglou et al. 2000 Ygge & Arnetz 2001 Co et al. 2003 Miceli & Clark 2005),
- koha e pritjes (Brown et al. 1995 Ammentorp et al. 2005, 2006),
- gjendja shëndetësore apo vlerësimi i prindërve për ashpërsinë e sëmundjes (Vandvik 1990, Homer et al. 1999, Ygge & Arnetz 2001, Lawoko & Soares 2004),
- ankthi (Vandvik et al. 1990 ,Ygge & Arnetz 2001, Lawoko 2007),
- trajtimi i dhimbjes (Ygge & Arnetz 2001),

- stresi (Ygge & Arnetz 2001, Lawoko & Soares 2004),
- efikasiteti (Ygge & Arnetz 2001),
- të ardhurat e ulëta (Homer et al. 1999, Lawoko 2007),
- statusi i punësimit (Lawoko & Soares 2004),
- pakica jo-anglisht folëse (Homer et al. 1999),
- informacioni për prindërit (Co et al. 2003),
- dhe mbështetja sociale (Lawoko & Soares 2004).

Kur u bë matja e kënaqësisë së prindërve në kujdesin spitalor, Ygge dhe Arnetz (2001) u gjetën dallimet e mëposhtme statistikisht të rëndësishme në mes të grupeve të prindërve: Prindërit me fëmijë të vegjël (nën 6 vjeç) dhanë vlerësime të larta për proceset e kujdesit, mjedisit dhe stafit, ndërsa Lawoko & Soares (2004) kanë gjetur se kënaqësia e prindërve në lidhje me kujdesin e fëmijëve me moshë më të rritur është më e ulët, dhe nënat raportojnë kënaqësi më të ulët se baballarët lidhur me qëndrimet e stafit.

Prindërit e pacientëve të jashtëm vlerësuan në mënyrë të konsiderueshme më shumë se sa prindërit e pacientëve të shtruar, prindërit me kontakt të mëparshëm me spitalin vlerësuan informacionet -rutinë dhe pjesëmarrjen, më shumë se sa prindërit që e vizitojnë spitalin për herë të parë.

Komunikimi në Kujdesin Shëndetësor

Komunikimi në kujdesin shëndetësor është një komponent kritik, por në përgjithësi anashkalohen të tilla si: praktika pediatrike, specialiteti pediatrik dhe trajnimi të cilat janë afësi me të cilat duhet të jesh i familjarizuar. Afësi praktike tek punonjësit në klinika për të komunikuar në mënyrë të hapur dhe me përkujdesje është thelbësore dhe mjaft efektive në kujdesin shëndetësor, keto aftësi vijnë si rezultat i kushteve thelbësore të jetës tek prindërit dhe fëmijët për tu përballur me ndryshimet apo shpesh herë për të dhënë fund gjendjes së kushtëzuar.

Komunikimi është një procedurë e zakonshme në mjekësi. Komunikimi në kujdesin shëndetësor është i ndryshëm në lidhje me komunikimin e zakonshëm social, pasi

çështjet private janë zakonisht më të diskutuara. Këto përfshijnë shpresën, frikën, shqetësimet zhvillimore, seksualitetin dhe çrregullime të shëndetit mendor. (Lewis CC, Pantell RH 1991) Komunikimi është themeli i marrëdhënies terapeutike, ajo është baza e detyrimeve etike dhe mirëbesimit të mjekëve ndaj pacientëve dhe familjeve të tyre. Komunikimi efektiv në kujdesin shëndetësor është një mjet thelbësor për diagnostikimin, trajnimin e saktë dhe zhvillimin e një plani të suksesshëm, përmirësimin e njohurive të pacientit, statusin funksional, respektimin e mendimit të pacientit për regjimin e trajtimit, përmirësimin e rezultateve psikologjike dhe të sjelljes. Duhet përdorur gjuha e duhur për transmetimin e informacionit të familjarët dhe për kapërcimin e situatave të vështira, përfshirë komunikimin rreth dëmeve të paparashikuara që mund të shkaktohen tek fëmijët. Komunikimi jo efikas në përballimin e situatave nga ana tjetër mund të shkaktojë zemërim që do të ndiqte për gjatë gjithë jetës duke e bërë fajtor, kjo mund të rezultojë në shumë situata komprometuese për pacientin dhe familjen e tij, duke sjellë pasoja mjekoligjore tek mjekët. (Vaidya VU, Greenberg LW 1999, Ablon J 2000)

II.2.2 Nevojat e Komunikimit

Pacientët dhe familjarët zakonisht presin të marrin informacione më të detajuara në çdo situatë të kujdesit shëndetësor. Është vlerësuar se 35% nga 70% e veprimeve mjekoligjore rezultojnë nga shpërndarja e dobët e informacionit, si një dështim për të kuptuar nga pacientët apo familjarët e tyre, dështim për të përfshirë pacientët në planin e kujdesit shëndetësor dhe perceptimin e çështjes së përgjithshme.

Teknikat e mbyllura të intervistimit, të tilla si kërkimi me pyetje po ose jo, mund të përdoren nga personeli për të kontrolluar kohëzgjatjen e intervistës. Familjet e perceptojnë këtë stil si tregues i mungesës së interesit ndërpersonal, i cili nganjëherë rezultojnë në një ngurrim për të zbuluar arsyen e vërtetë për të kërkuar. (Greenberg LW, Ochsenchlager D, O'Donnell R, Mastruserio J 1999)

II.2.3 Shkaqet e Pakënaqësisë lidhur me komunikimin

Edhe pse ofrohet një mori informacionesh të detajuara në lidhje me gjendjen apo trajnimin e pacientit, prindërit ndihen se nuk po trajtohen me respekt, ose kanë frikë se ka informacione të paofruara cka i bën të ndjehen të pakënaqur në lidhje me sasinë e informacionit të dhënë. Për shembull, duke u kërkuar që të japin pëlqimin për një aspekt të ri të procedurës, ndërsa qëndronte në këmbë jashtë sallës së operacionit një prind u kap në befasi dhe iu kërkuar të ngjyrose rrathët që tregonin nivelin e kënaqësisë ndaj perceptimit për informacionin e ofruar nga personeli, lehtësine e kuptimit të këtij informacioni, ndjeshmërinë dhe respektin ndaj tyre si dhe përfshirjen në një komunikim të përmirësuar. (Maguire P.2002)

II.2.4 Komunikimi me fëmijet dhe prinderit ne pediatri

Komunikimi i infermierëve me prindërit është një faktor kyç i cili shërben për të rritur shkallën e besueshmërisë tek prindërit kundrejt kujdesit pediatrik që këta infermierë po ofrojnë në një qendër spitalore. Në një studim 3.299 familjarë të cilët kishin të shtruar fëmijët e tyre në njëspital pediatrik në Boston shprehen mirënjohje dhe një kënaqësi të përgjithshme kundrejt bashkëpunimit dhe komunikimit që kishin me infermierët e spitalit.

Prindërit shprehen të kënaqur në lidhje me nevojat, trajtimet dhe shërbimin pediatrik të marrë për fëmijët e tyre nga stafi mjekësor. Në një studim të kryer po përsëri në një pikë tjetër spitalore 48% e prindërve shprehen për një komunikim të dobët të stafit mjekësor në 110 persona të intervistuar në lidhje me bashkëpunimin dhe kënaqësinë e shërbimit të marrë nga stafi mjekësor. Për të shmangur konfliktet, keqkuptimet dhe mosmarrveshjet në një bashkëpunim prind-infermier duhet që të përdoret nga ana e infermierit një gjuhë e thjeshtë, me terminologji jo të rënduar për sa i perket ngarkesës profesionale me terma mjekësorë që do ketë ky komunikim. Prindërit sipas studimit të (Stratton - 2004) treguan pasiguri me anë të pyetësorit të përdorur si dhe treguan nivelin e siguri që

kërkojnë për fëmijët e tyre në një trajnim mjekësor. Në një studim të kryer në Suedi u arrit në përfundim se besueshmëria e prindërve për ti besuar shëndetin e fëmijës dikujt që punon në mjekësi varej nga aftësitë profesionale të mjekut/infermierit dhe nga njohja apo fama e përhapur që ka ky mjek/infermier për publikun e gjerë. Duke njohur natyrën e fëmijës së tyre dhe karakterin apo praktikën e punës së një infermieri të njohur në një staf mjekësor, prindërit e kanë më të lehtë t'ia besojnë shëndetin e fëmijës këtij infermieri.

Në një studim tre nga përgjigjet e dhëna theksonin se infermierët duhet të punojnë për të ndihmuar pacientin dhe familjarët e tij në mënyrë të pakushtëzuar nga rrethanat, për të rritur gjithashtu dhe shkallën e besueshmërisë në arritjen e rezultateve sa më pozitive në çdo seancë trajtimi. Këto rezultate ndihmojnë mjekët dhe infermierët të kuptojnë prespektivat e prindërve të cilët duhet të jenë në një gjendje shumë të mirë bashkëpunimi dhe komunikimi duke shmangur frikën, ankthin, stresin dhe pasigurinë. Dy studime eksperimentale (Melnik - 1994, Melnik - 2004) bënë të mundur shpërndarjen e informacioneve të nevojshme për të zvogëluar nivelin e ankthit dhe të pasiguri tek prindërit e pacientëve të trajtuar në repartin e pediatriisë si dhe për të promovuar rritjen e një zhvillimi fizik e psikologjik sa më të shëndetshëm tek fëmijët e tyre.

(Susan S; Murphy, Susan O; Connolly, Phyllis M 2008)

II.2.5 Komunikimi si një Zhvillim Relacional dhe Proces Kulturor

Në thelbin e vet, vendimmarrja për shëndetin e fëmijëve është në qendër të vendimit familjar. Prindërit dhe vetë fëmijët janë më të kënaqur me respektimin e regjimit të trajtimit i cili është rritur kur fëmija është trajtuar pas mbledhjes së informacionit dhe krijimit të një plani kujdesi. Megjithatë, prindërit duan të jenë të përfshirë në vendimet në lidhje se si fëmijët e tyre duhet të jenë të informuar për shëndetin e tyre. E para, më e rëndësishme është i kuptuari i marrëdhënies prind-fëmijë, kulturës familjare dhe atë ideosinkretike, të nevojave të zhvillimit të fëmijës, duke

përfshirë edhe dëshirën për të marrë pjesë në plan. Kujdesi i fëmijës dhe përcaktimi i perspektivave të prindërve në dhënien e informacionit për fëmijën, në të njëjtën kohë është mjaft i domosdoshme. Është e rëndësishme që prindërit të kuptojnë se hulumtimi tregon përmirësimin e planit dhe rezultateve shëndetësore kur fëmija trajtohet si partner.

Cilësia e kujdesit shëndetësor në pediatri do të përmirësohet nëse fëmija është i njohur me nevojat e tij të veçanta dhe emocionale, duke marrë në konsideratë inteligjencën dhe aftësitë bashkëpunuese të prindërve për të qenë i pranishëm fëmija dhe për të dëgjuar të gjitha rezultatet e konsultave dhe trajtimeve të tij.

Një shqyrtim i kohëve të fundit në literaturë tregon se fëmijët nga 7 vjeç e lartë janë më të saktë se prindërit e tyre në sigurimin e të dhënave shëndetësore që parashikojnë rezultatet e ardhshme shëndetësore. Historia mjekësore krijon një vëmendje më të rëndësishme tek të dhënat e kontrollit rutinë tek fëmijët. Ndihamë fëmijëve për të arritur gradualisht kapacitetin e të rriturit dhe për të marrë përgjegjësinë për ruajtjen e shëndetit dhe trajtimin e sëmundjes është një detyrë e rëndësishme për mjekët pediater.

Komunikimi efikas konsiderohet thelbësor për sigurimin e kujdesit integral dhe të humanizuar, sepse nëpërmjet tij/saj mund të njohin dhe të përqafojnë nevojat e pacientit (sidomos ato të një fëmije të sëmure). Kur infermierët përdorin këtë mjet, qoftë me gojë ose jo-verbalisht, u mundësojnë pacientëve të marrin pjesë në vendimmarrje dhe në kujdesin specifik në lidhje me sëmundjen, duke synuar për një trajtim më dinjitoz.

Një studim i kryer në Sydney, Australi, raporton se komunikimi efikas është jetik në kujdesin infermieror, kur ajo karakterizohet nga një marrëdhënie e mbështetur tek ndjenjat, qëndrimi, bashkëpunimi dhe ndjeshmëria. Një mjet i tillë ndihmon për të rritur efikasitetin e marrëdhënieve mes infermierit dhe fëmijës së sëmurë. (Marcia Levetown 2008)

II.3 Morali, Etika, dhe Zhvillimi për të përfshirë fëmijët në vendimmarrje rreth shëndetit të tyre.

Nuk është një detyrim moral apo etik për të diskutuar mbi shëndetin dhe sëmundjen me pacientin, i cili është mbështetur nga një numër i madh i ligjeve, politikave dhe vendimeve gjyqësore të tilla si: Mbretëria e Bashkuar, Kanadaja, dhe duke treguar prirjen që fëmijët do të jenë pjesëmarrës aktivë në kujdesin shëndetësor.

Parimi i vetëvendosjes vlen për fëmijët dhe rezultatet. Përfshirja e fëmijëve në komunikim në lidhje me shëndetin e tyre dhe në vendimet lidhur me kujdesin e tyre shëndetësor tregon respekt për ta, çka do të rrisë aftësitë e tyre në procesin e marrjes së vendimeve shëndetësore në të ardhmen dhe mundëson kontributin e tyre thelbësor në vendimet e drejta që plotësojnë më së miri nevojat individuale të fëmijës dhe familjes. Fëmijët më të rritur dhe adoleshentët duhet të kenë një rol të rëndësishëm në raste të tilla. Kur pacienti dhe familja nuk janë dakord me vlerat kulturore dhe familjare, janë ofruesit e kujdesit ata që duhet të trajtojnë me respekt dhe pa dallim kulturat dhe zakonet e pacientëve të tyre. (Maguire P, Faulkner A, Regnard C. *Eliciting* 1996, Ablon J 2000)

II.4 Bashkëpunimi në kujdesin infermieror në pediatri

Dhënia dhe marrja e kujdesit parësor në pediatri kërkon implikimin e dyanshëm të infermierit dhe familjes për të komunikuar nevojat e tyre në mënyrë të hapur dhe të ndjeshme. Qëllimi është krijimi i një marrëdhënie bashkëpunuese, në të cilën si familja ashtu dhe infermieri janë anëtare të barabartë të zgjidhjes së problematikës, duke gëzuar atributet e barabarta për të përmirësuar rezultatet, kënaqësinë dhe qëndrueshmërinë shëndetësore tek pacientët në pediatri. Në këtë prizëm ky koncept shërben për të kuptuar dhe praktikuar komunikimin efektiv të infermierit në kujdesin parësor në pediatri.

- Çfarë nënkupton bashkëpunimi infermieror në kujdesin parësor në pediatri?

Me bashkëpunim infermieror nënkuptohet misioni për të përballuar dhe përmirësuar kujdesin parësor në pediatri në lidhje me

stafin, pacientin dhe familjen e pacientit. Si një punonjës i grupit shëndetësor, roli i infermierit është për të ofruar misionin e përmirësimit dhe të kujdesit për jetën në lidhje me përsosmërinë dhe inovacionin. Infermieri me iniciativën për përcaktimin e qëllimeve dhe zgjidhjen e problematikave në kujdesin parësor në pediatri krijojnë një ndikim domethënës të kujdesit parësor tek komuniteti duke bashkëpunuar me kolegët e stafit.

Infermieri i cili zotëron licensën e ushtrimit të profesionit duhet të zbatojë planin e kujdesit parësor duke krijuar figurën e një lideri integral me anë të mbikqyrjes, pjesëmarrjes në vlerësimin dhe ndjekjen e të gjitha trajnimeve të pacientit në kujdesin parësor në pediatri. Është e domdoshme për të siguruar menaxhim të situatave delikate duke krijuar një kujdes të drejtpërdrejtë dhe specifik me anë të bashkëpunimit tek pacientët me nevoja kronike, duke respektuar kodin etik dhe atë të infermierit në lidhje me çdo informacion apo trajtim që i bëhet një pacienti në pediatri.

Koordinimi i të gjitha hallkave të bashkëpunimit në kujdesin infermior lehtëson shërbimin e ofruar, kompleksitetin për zgjidhjen e problematikave, arritjen e qetësisë së pacientit dhe familjes së tij, sigurinë ndaj tij dhe familjarëve të tij se çdo gjë po ecën në rrugën e duhur dhe besimin e pacientit kundrejt të gjitha shërbimeve që ai merr nga sistemi i integruar i kujdesit në pediatri.

Për infermierin nuk ka rëndësi se ku punon por se sa i aftë është të krijojë një marrëdhënie bashkëpunuese me fëmijën, duke zhvilluar një besim kyç, të shpjegojë situatën me terma sa më të thjeshta, të komunikojë në një mënyrësa më efektive dhe të përpaket me anë të demonstrimit për të mposhtur frikën dhe për të fituar bashkëpunimin e pacientit në pediatri. (Rudolf, Elizabeth B. 2006)

Në përfundim, përkufizimet e fjalës cilësi janë të qarta dhe përshkruajnë cilësinë si një dukuri të përgjithshme, ndërsa përcaktimi i cilësisë bëhet shumë kompleks kur përshkruan cilësinë e kujdesit. Si koncept, cilësia është vlerësuar shumë, me kujdes dhe duhet të jetë gjithmonë qëllimi i kujdesit. Një nga pengesat kryesore në këtë përpjekje është e përfaqësuar

nga diversiteti i madh i koncepteve dhe përkufizimeve të cilësisë, e cila është komplikuar më tej nga mungesa e instrumenteve për tu testuar si duhet.

Perceptimi i cilësisë së kujdesit është përcaktuar gjithmonë nga ai i cili e mer këtë kujdes, ku e mer, nga kush e mer dhe në çfarë mënyre e merr atë. Cilësia e kujdesit gjithmonë përmban edhe kujdesin mjekësor dhe infermior, dhe është e vështirë për pacientët të dallojnë këto kujdese (p.sh. Johansson et al. 2002).

Megjithatë, studimet e mëparshme kanë mbështetur idenë se kujdesi infermior i ofruar nga infermieret konsiderohet si faktori më i rëndësishëm në vlerësimet e cilësisë së kujdesit të ofruar pacientëve (p.sh. Thomas & Bond 1996, Marino & Marino 2000, Johansson et al. 2002).

Pacientët kanë një rol të rëndësishëm si vlerësues të cilësisë së kujdesit. Në kujdesin pediatrik, zakonisht janë prindërit dhe kujdestarët ata të cilët shprehin vlerësimin e tyre në lidhje me kujdesin e ofruar nga stafi infermior ose që të vlerësojë cilësinë e kujdesit pediatrik.

Në kujdesin pediatrik, kënaqësia ka qenë koncepti më i zakonshëm që përdoret për të përshkruar cilësinë, edhe pse shumë koncepte të ndryshme që janë përdorur, nuk e kanë përcaktuar atë. Gjetjet kryesore të studimit ishin të ngjashme, fëmijët dhe prindërit e tyre janë kryesisht të kënaqur me kujdesin e tyre.

Pakënaqësia është shkaktuar nga informacione të pamjaftueshme, probleme në komunikimin ndërmjet njerëzve dhe çështjet e mjedisit. Aspektet kulturore duhet të meren më shumë në konsideratë, dhe kjo do të jetë e mundur duke përdorur të njëjtat instrumente të testuara.

Megjithatë, shkalla në të cilën prindërit mund të përfaqësojnë përvojat dhe perceptimet e fëmijeve të tyre, mund të jete e kufizuar. Mënyra më e mirë për të kuptuar përvojat e fëmijëve është që të pyesni ata edhe pse mund të jete e vështirë për tu hetuar për shkak të nivelit të tyre të zhvillimit.

Ka një mungesë të studimeve tek fëmijët për të vlerësuar cilësinë e kujdesit të tyre pra nuk janë vetëm disa instrumenta të dizajnuara për vlerësimin e infermierisë pediatrike, ose ata

nuk janë publikuar. Kur përdorni fëmijët si informatorë, pothuajse të gjitha madhesitë e marra në studim ishin nën 100, e cila kufizon përgjithësimin e rezultateve në praktikën infermiere.

II. Metodologjia e punimit.

Në këtë pjesë të punimit do të zhvillohen dhe përshkruhen të gjithë elementët e një studimi, duke nisur që prej objektit të studimit, mostrës së përzgjedhur për të realizuar hetimin, parashtrimin e hipotezave, të cilat më pas do të përpiqemi ti argumetojmë duke i kthyer në pohime ose mund ti kundërshtojmë ato. Në këtë pjesë do të qartësojmë instrumentin e zgjedhur për të mbledhur të dhënat e këtij studimi, me anë të të cilave do të interpretojmë marrëdhëniet midis variablave të përcaktuar në studim. Evidentimi i lidhjeve midis shumë ndryshorëve do të ndihmojë në dhënien e përfundimeve të këtij studimi e si rrjedhim hartimin e rekomandimeve të nevojshme ndaj rritjes së kënaqësisë së perceptuar nga prindërit rreth shërbimit infermior në Shërbimin Pediatrik të Spitalit Rajonal, Vlorë.

I.1 Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është matja e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj kujdesit infermior në Pavionin e Pediatrisë së Spitalit Rajonal, Vlorë, për një periudhë gjashtë mujore si dhe vlerësimi i komponentëve kryesor të shërbimit infermior.

II.1 Objektivat specifike të punimit

Objekti primar i këtij punimi është matja e nivelit të kënaqësisë së perceptuar nga prindërit ndaj shërbimit infermior në Shërbimin Pediatrik të Spitalit Rajonal, Vlorë. Objektivat specifik të këtij punimi janë si më poshtë:

- Shqyrtimi i literaturës rreth kënaqësisë së shërbimit infermior të ofruar dhe gjetja e materialeve apo publikimeve të ngjashme me këtë punim.
- Vlerësimi i komponenteve kryesore të shërbimit infermior nëpërmjet pikëve mesatare të grumbulluara.

- Matja e nivelit të kënaqësisë së perceptuar nga prindërit rreth shërbimit infermior të fëmijëve të tyre të hospitalizuar
- Vlerësimi i marrëdhënieve midis variablave të studimit, atyre demografik dhe nivelit të kënaqësisë.
- Vlerësimi i marrëdhënies midis komponentëve të shërbimit infermior dhe nivelit të kënaqësisë së perceptuar nga të intervistuarit.
- Dhënia e rekomandimeve të nevojshme në rritjen e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj kujdesit infermior pediatrik.

II.2 Hipotezat e punimit

Hipotezat e këtij punimi paraqiten si më poshtë, interpretimi i tyre do të realizohet duke përdorur rezultatet të cilat do të përftohen nga përpunimi statistikor si dhe shqyrtimi i marrëdhënies midis variablave. Vërtetimi apo hedhja poshtë e tyre do të analizohen në pjesën e diskutimit të këtij punimi.

Hipoteza 1 “ Prindërit vlerësojnë më shumë aftësitë profesionale të infermierit”.

Hipoteza 2 “ Bazuar në vlerësimet e prindërve, komunikimi i infermierëve lë për të dëshiruar”.

Hipoteza 3 “ Rritja e numrit të fëmijëve ul nivelin e kënaqësisë që perceptojnë prindërit ndaj kujdesit infermior të fëmijëve të tyre”.

Hipoteza 4 “ Kënaqësia që perceptojnë prindërit ndaj shërbimit infermior është në nivel mesatar”.

Hipoteza 5 “ Niveli i kënaqësisë rritet me rritjen e vlerësimeve të secilës fushë të shërbimit infermior.

II.3. Të dhënat e përdorura në punim

Të dhënat e përdorura në këtë punim, janë cilësore dhe sasiore si dhe parësore dhe dytësore. Të dhënat e marra nga pyetësorët e realizuar me prindërit janë të tipit parësor dhe sasiore, ndërsa të dhënat e grumbulluara me qëllim shqyrtimin e literaturës janë të tipit cilësor dhe dytësor. Për interpretimin e rezultateve janë përdorur të dhënat sasiore të përfutuara nga përpunimi i të dhënave,

nëpërmjet të cilave u vërtetuan dhe hipotezat e vendosura në këtë punim.

II.4 Mostra e marrë në studim

Ky punim ka patur në fokus matjen e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermieror në Pavionin e Pediatriisë. Si rrjedhim mostra e marrë në konsideratë janë prindërit të cilët kishin fëmijën e tyre të hospitalizuar në Shërbimin e Pediatriisë. Pjesëmarrja e tyre ka qënë tërësisht vullnetare dhe e lirë. Të dhënat u mbledhën për një periudhë gjashtë mujore. Pyetësorët janë shërpërndarë në mjediset e Spitalit, ku dhe aty janë plotësuar. Janë dhënë shpjegimet e mundshme në rast se ka patur paqartësi rreth formulimeve, pa patur ndikim në përgjigjen e të intervistuarëve. Janë shpërndarë 90 pyetësor, por vetëm 60 prej tyre arritën të plotësoheshin tërësisht. Pra mostra ka një madhësi prej 60 të intervistuarish (N=60), e cila mendohet të jetë përfaqësuese dhe e mjaftueshme për të mbledhur të dhënat e duhura.

II.5. Istrumenti matës

Për të mbledhur informacionin e nevojshëm për këtë punim, është përdorur një pyetësor i vetë administruar. Në pjesën e parë të pyetësorit mblidhen të dhëna të përgjithshme të prindërve të intervistuar, si moshë, gjinia, numri i fëmijëve, formimi i tyre akademik dhe hospitalizimet e mëparshme të fëmijëve të tyre.

Pjesa e dytë e pyetësorit ka për qëllim vlerësimin e komponentëve të shërbimit infermieror, të cilët janë si më poshtë:

- Aftësitë profesionale të infermierit
- Komunikimi dhe konfidencialiteti i tyre
- Informacioni rreth sëmundjes dhe trajtimit të fëmijës.
- Higjiena e infermierëve
- Përkujdesja shëndetsore infermierore.

Vlerësimi i këtyre komponentëve realizohet nëpërmjet disa formulimeve specifike, për të cilat prindërit duhet ti vlerësojnë nga 1-shi deri në 5, përkatësisht nëse “ nuk janë aspak dakort” apo “ janë shumë dakort” (shkallëzimi Likert). Për të mos ndikuar në përgjigjen e të intervistuarëve, shumë formulime janë reverse,

pra disa janë pohime dhe disa prej tyre (ato të cilat kanë simbolin *) janë formulime negative. Gjatë përpunimit të të dhënave, vlerësimi i formulimeve reverse do të kthehet në kahun e kundërt. Hartimi i këtij pyetësorit është mbështetur në pyetësorin e realizuar nga Arnetz, Swedish Pyramid Questionnaire, version i prindërve, prej të cilit janë shkëputur formulimet dhe komponentët e shërbimit infermieror.

II.6 Përpunimi i të dhënave

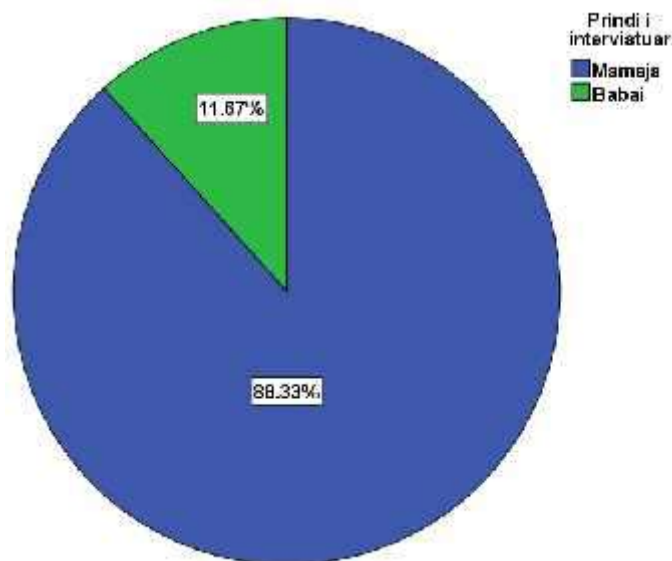
Përpunimi i të dhënave të grumbulluara nëpërmjet pyetësorëve drejtuar prindërve të cilët kishin fëmijët të hospitalizuar në Shërbimin Pediatrik të Spitalit Rajonal, Vlorë, u realizua nëpërmjet programit të përpunimit të të dhënave SPSS, version 17. Vlerësimi i komponentëve të shërbimit infermieror u realizua nëpërmjet përcaktimit të mesatareve të pikëve të grumbulluara. Vlerësimi i marrëdhënieve midis variablave është realizuar nëpërmjet korrelacioneve dhe përcaktimit të koeficientit Pearson dhe vlerës P. Meqënëse përgjigjet janë realizuar nëpërmjet shkallëzimit Likert, është matur vlefshmëria e të dhënave nëpërmjet koeficientit Cronbach Alpha.

III. Analizimi i të dhënave të studimit

Në këtë pjesë të punimit do të realizohet analizimi i të dhënave të grumbulluara nga intervistat e realizuara me prindërit e marrë në anketim. Përpunimi i të dhënave është realizuar nëpërmjet Programit të Përpunimit të të dhënave SPSS, versioni 17, nëpërmjet të cilit do të përftohen të dhëna statistikore rreth çështjeve të përfshira në pyetësor.

IV.1 Analizimi i të dhënave të përgjithshme të prindërve të intervistuar.

a. Pas shpërndarjes së pyetësorëve dhe mbledhjes së tyre, u vu re se shumica e prindërve të cilët kishin marrë pjesë në intervistë ishin nënat e fëmijëve, rreth 88% dhe një përqindje shumë të vogël e përbënin baballarët e fëmijëve, vetëm 12%.



Grafiku 1. Prindi i intervistuar

b. Moshë mesatare e prindërve të intervistuar paraqitet në tabelën e mëposhtme. Sikurse shihet, moshë e të intervistuarëve

është mesatarisht 32.6 vjeç, ku prindi me moshë më të vogël ka qenë 19 vjeç dhe ai më i madh i moshës 45 vjeç.

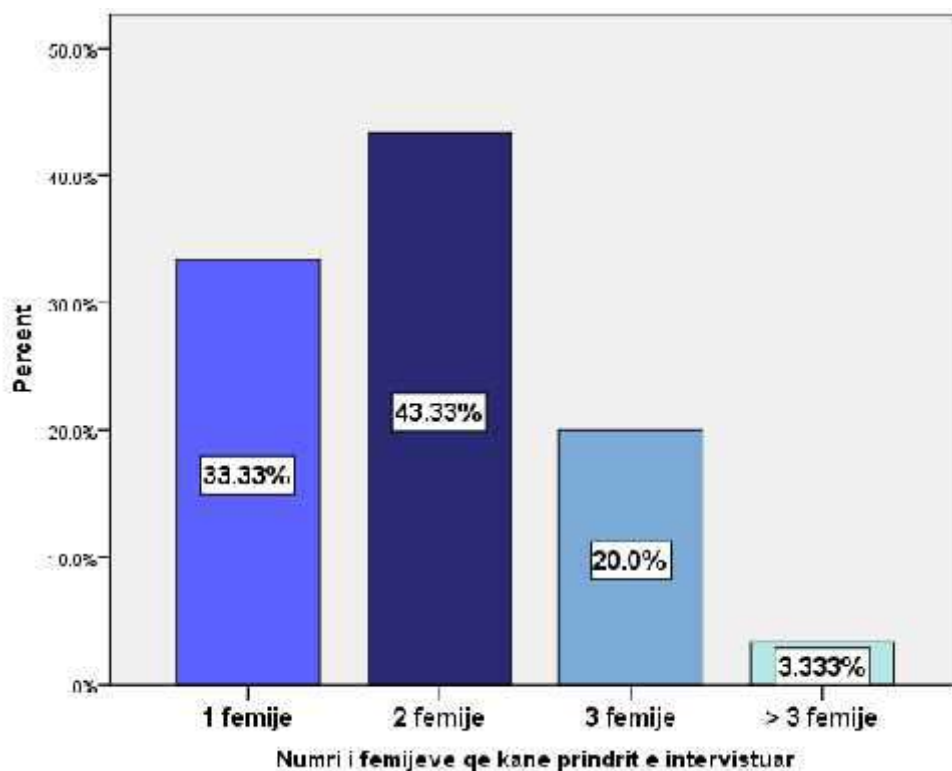
Statistika deskriptive

	N	Minimum	Maximum	Mestarja	Std. Deviation
Moshë e të intervistuarëve	60	19	45	32.65	7.691
Valid N (listwise)	60				

Tabela 1. Moshë e të intervistuarëve

c. Në shumë studime rreth kujdesit pediatrik dhe kënaqësisë së prindit, është vënë re se niveli i kënaqësisë së tyre ka një ndikim domethënës ndaj numrit të fëmijëve në familje. Nisur nga ky fakt është marrë informacion rreth numrit të fëmijëve që kanë prindërit e intervistuar. Sikurse shihet dhe në grafikun e mëposhtëm, shumica e prindërve të

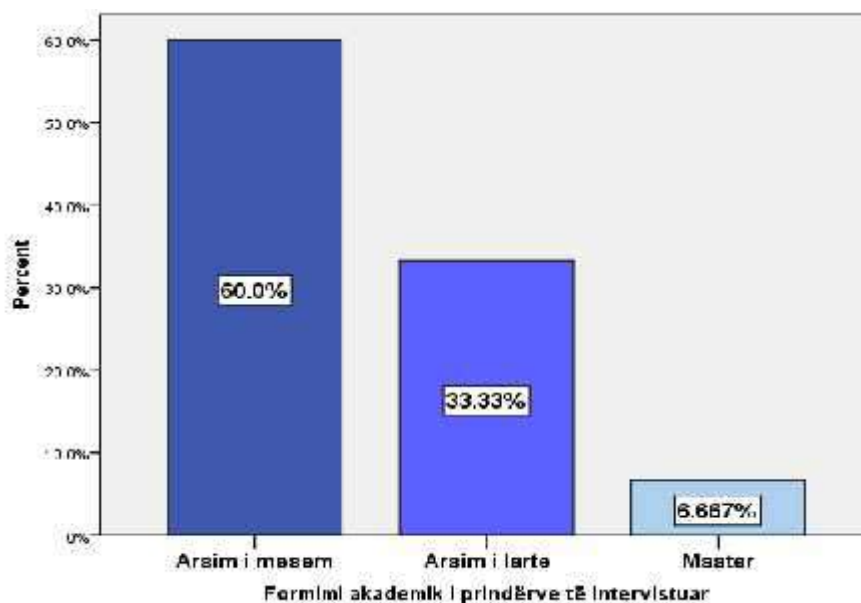
intervistuar kanë dy fëmijë në 42% të rasteve, në 33% kanë vetëm një fëmijë, 20% e tyre kanë 3 fëmijë dhe vetëm 3% kanë më shumë se 3 fëmijë. Në analizat në vazhdim do të shohim nëse ndikon numri i fëmijëve në nivelin e kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermieror pediatrik.



Grafiku 2. Numri i fëmijëve që kanë prindërit e intervistuar

d. Në nivelin e kënaqësisë ndaj përkujdesjeve shëndetësore ndikon dhe formimi akademik i prindërve të intervistuar, për këtë arsye, në këtë pikë të pyetësorit merret informacion rreth edukimit të prindit.

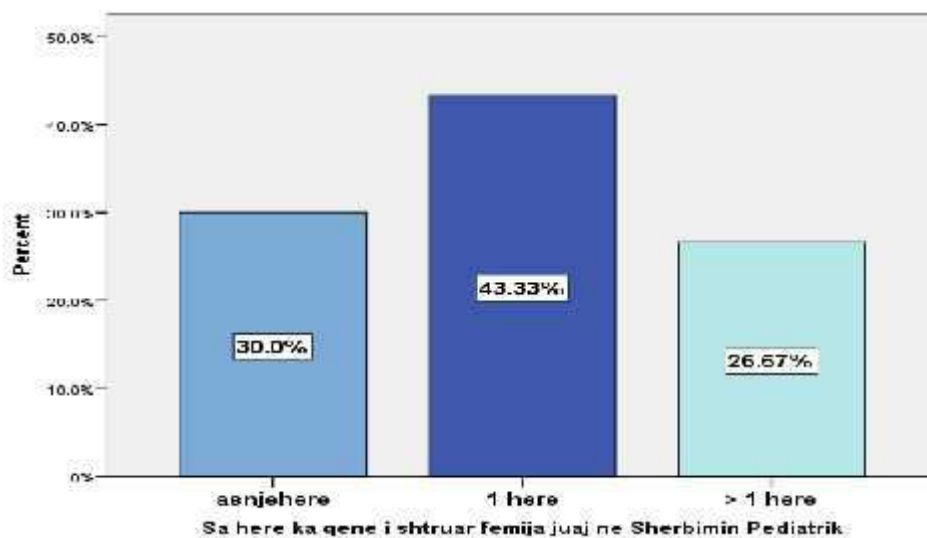
Në rastin tonë, shumica e prindërve kanë vetëm arsim të mesëm në 60% të rasteve, arsim të lartë në 33% dhe një pjesë shumë e vogël kanë përfunduar studimet Master, vetëm 7% e të intervistuarëve.



Grafiku 3. Formimi Akademik i prindërve të intervistuar

e. Në këtë pikë të pyetësorit është marrë informacion rreth rasteve të shtrimit të fëmijës së prindërve të intervistuar në shërbimin pediatrik, rezultatet e së cilës paraqiten në grafikun e mëposhtëm. Në 30% të rasteve fëmija nuk ka qenë asnjëherë i shtruar në Shërbimin Pediatrik, në 43% të

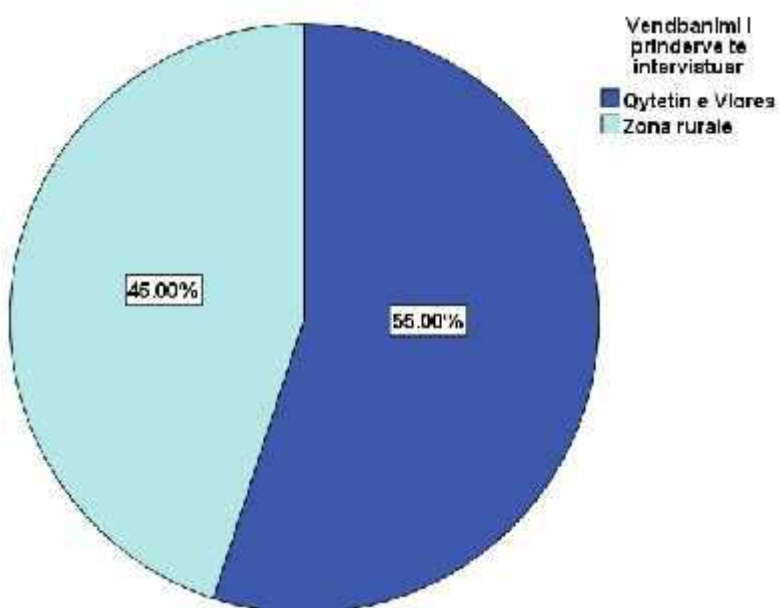
rasteve ka qenë i shtruar vetëm një herë dhe në 27% të rasteve ka qenë i shtruar më shumë se 1 herë. Për të parë ndikimin e numrit të shtrimeve dhe kënaqësisë së pacientit ndaj shërbimit infermieror do të shikojmë më tej vlerësimin e këtyre dy variablave.



Grafiku 4. Sa here ka qenë i shtruar fëmija juaj ne Shërbimin Pediatrik

f. Përsa i përket vendbanimit të prindërve të intervistuar, 55% e tyre jetojnë në

Qytetin e Vlorës, ndërsa 45% e tyre jetojnë në zonat rurale.



Grafiku 5. Vendbanimi i prindërve të intervistuar

IV.2 Vlerësimi i shërbimit infermieror në Pavionin e Pediatriisë.

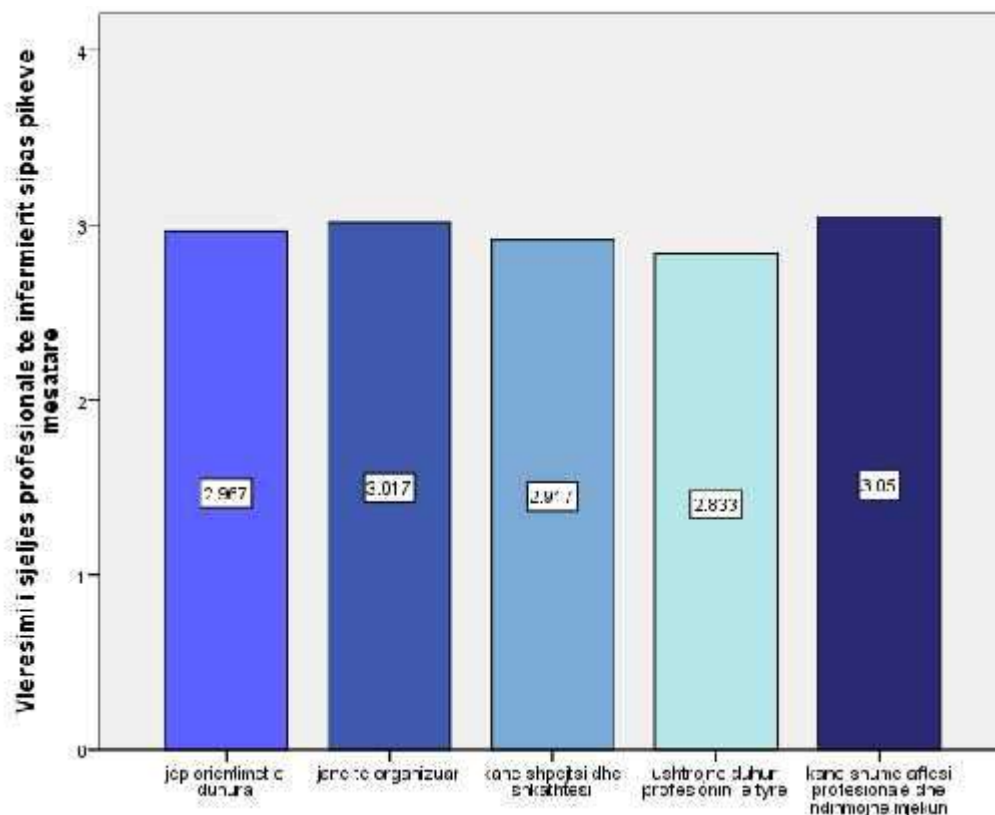
Për të vlerësuar shërbimin infermieror në Pavionin e Pediatriisë, prindërve të intervistuar u është kërkuar të vlerësojnë sjelljet e infermierëve të cilët janë kujdesur për fëmijën e tyre gjatë periudhës së hospitalizimit. Përgjigjet e tyre ishin të shkallëzuara sipas shkallës Likert, nga “ nuk jam aspak dakort” deri në “ jam shumë dakort”. Sikurse është sqaruar edhe në Metodologjinë e këtij punimi, formulimet ndaj sjelljes së infermierëve janë të ndara në 5 nënpjesë kryesore, të cilat vlerësojnë aspekte të ndryshme të shërbimit infermieror.

IV.2.1 Vlerësimi i sjelljes profesionale të infermierit.

Kjo pjesë e pyetësorit përmban 5 formulime rreth sjelljes profesionale të infermierit të cilat duhet të vlerësohen nga prindërit e intervistuar. Sa më shumë të vlerësohen këto

formulime aq më shumë të kënaqshme janë sjelljet profesionale të infermierit të vlerësuar nga prindërit. Në grafikun e mëposhtëm bëhet një paraqitje e pikëve mesatare të grumbulluara për secilin nga formulimet që i përkasin sjelljes profesionale të infermierit. Sikurse shihet në këtë grafik sjellja profesionale e infermierit është vlerësuar si më poshtë, të renditura sipas mesatares së pikëve:

- Infermierët kanë shumë aftësi profesionale dhe ndihmojnë mjekun gjatë procedurave mjekësore $X = 3.05$ pikë mesatare
- Infermierët janë të organizuar. $X = 3.02$ pikë mesatare
- Infermieri jep orientimet e duhura infermiore $X = 2.97$ pike
- Infermierët veprojnë me shkathtësi dhe shpejtësinë e duhur. $X = 2.92$ pikë
- Ata e ushtrojnë profesionin në mënyrën e duhur $X = 2.83$ pikë mesatare.



Grafiku 6. Vlerësimi i sjelljes profesionale të infermiereve

Në tërësi, sjellja profesionale e infermierit ka një mesatare pikësh prej $X_1 = 2.96$ pikë mesatare dhe $DS = 0.704$, të dhëna të cilat

paraqiten në tabelën e mëposhteme, të përfutur nga përpunimi deskriptiv i të dhënave të pyetësorit.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Std. Deviation
Mesatarja e pikeve per sjelljen profesionale te infermierit.	60	1	4	2.96	.704
Valid N (listwise)	60				

Tabela 2. Mesatarja e pikeve të grumbulluara per " sjelljen profesionale te infermierit"

Për sa i përket vlefshmërisë së të dhënave dhe konsistencës së brendshme të kësaj pjese të pyetësorit, mund të themi se koeficienti Cronbach Alpha është 0.81, çka tregon se

vërtetësia e të dhënave të kësaj pjese të pyetësorit është mbi kufirin e lejuar atë të $\alpha = 0.70$.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.812	5

Tabela 3. Cronbach alpha per Sjelljen profesionale te infermierit

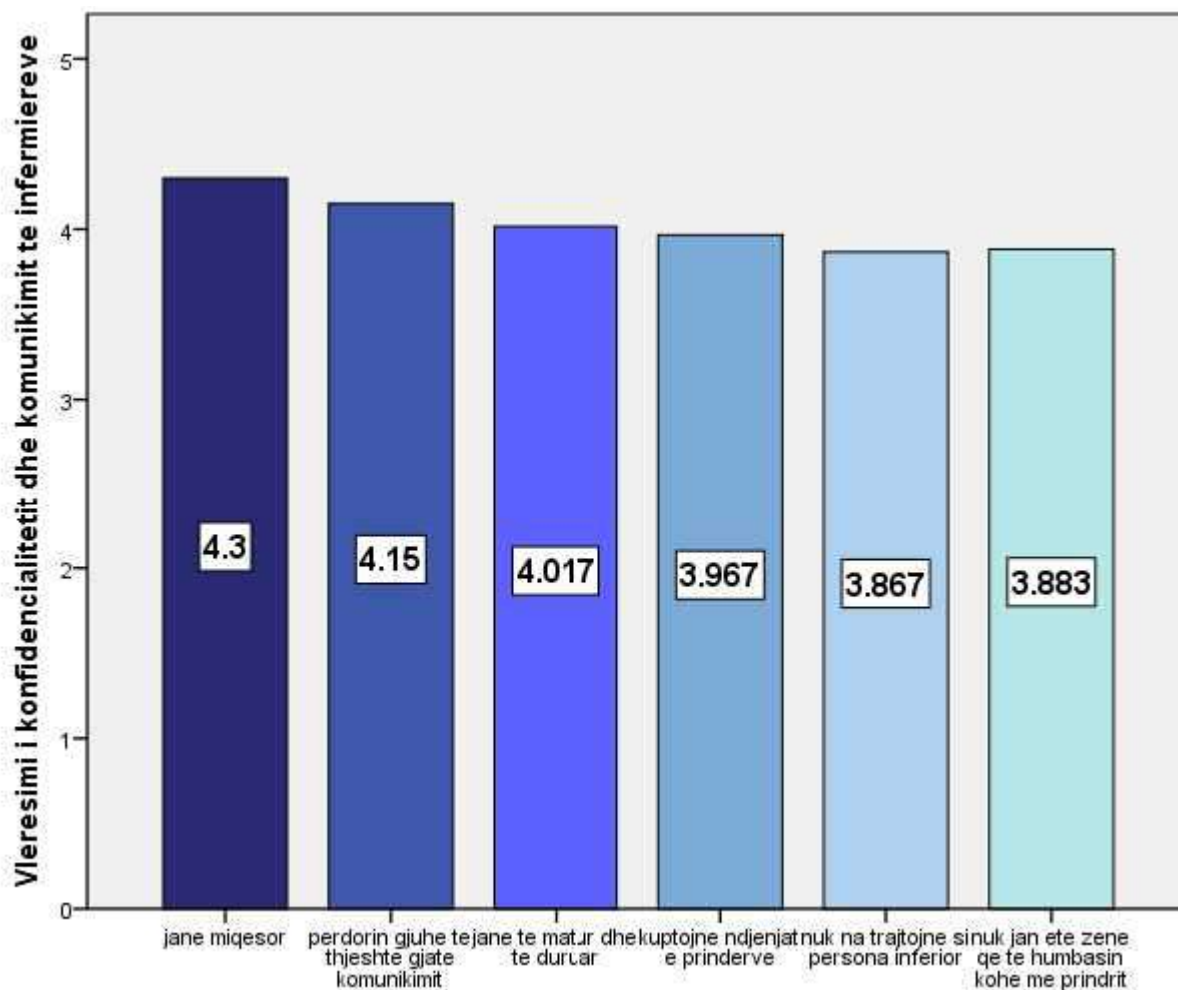
IV.2.2 Vlerësimi i konfidencialitetit dhe komunikimit të infermierëve.

Në këtë pjesë të pyetësorit u është kërkuar infermierëve të vlerësojnë se sa dakort apo aspak dakort janë me 6 formulimet e paraqitura rreth konfidencialitetit dhe komunikimit të infermierëve të cilët kujdesen për fëmijët e prindërve të intervistuar. Në grafikun e mëposhtëm paraqiten pikët mesatare të grumbulluara për secilin formulim, ku shihet se:

- Infermierët janë miqësor është vlerësuar me 4.3 pikë mesatare
- Infermierët përdorin një gjuhë të thjeshtë gjatë komunikimit me 4.15 pikë mesatare.

- Infermierët janë të duhuar dhe të matur është vlerësuar me 4.02 pikë
- Infermierët kuptojnë ndjenjat e prindërve me 3.97 pikë
- Ata nuk i trajtojnë prindët si të ishin persona inferior me 3.87 pikë mesatare
- Dhe së fundmi, Ata nuk janë të zënë që të humbasin kohë me prindin është vlerësuar me 3.88

Në grafikun më poshtë vlerësimi i formulimeve është renditur sipas rendit zbritës së pikëve mesatare të grumbulluara.



Grafiku 7. Vleresimi i konfidencialitetit dhe komunikimit te infermiereve

Përsa i përket vlefshmërisë së të dhënave, përgjigjet e prindërve në këtë pikë të pyetësorit janë vlerësuar nëpërmjet koeficientit Cronbach

Alpha, i cili sikurse paraqitet në tabelën e mëposhtme është mbi nivelin e lejuar $\alpha=0.873$.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.873	6

Tabela 4. Cronbach Alpha per vleresimin e konfidencialitetit dhe komunikimit te infermiereve

Në total, konfidencialiteti dhe komunikimi i infermiereve është vlerësuar me $X^2= 4.03$ pikë

mesatare, e shprehur me tabelën e mëposhtme deskriptive.

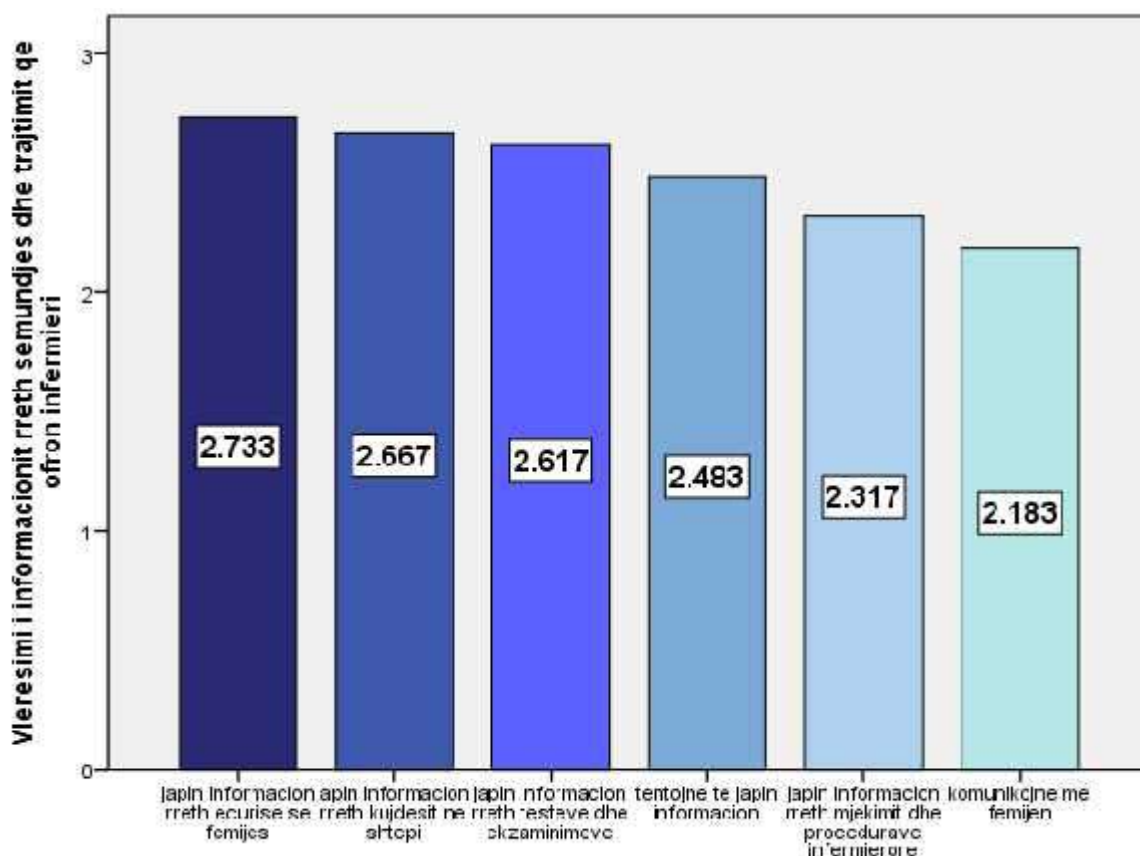
Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vlerësimi i konfidencialitetit dhe komunikimit të infermiereve	60	3	5	4.03	.425
Valid N (listëise)	60				

Tabela 5. Vlerësimi i konfidencialitetit dhe komunikimit të infermiereve

IV.2.3 Vlerësimi i informacionit rreth sëmundjes dhe trajtimit që ofrojnë infermierët rreth fëmijës së hospitalizuar

Sikurse u procedua dhe më sipër, në këtë pjesë të pyetësorit u është kërkuar prindërve të

vlersojnë 6 formulime rreth informacionit që ofron infermieri rreth sëmundjes dhe trajtimit të fëmijës së tyre. Në grafikun e mëposhtëm paraqiten pikët mesatare të secilit prej formulimeve ndaj komunikimit dhe konfidencialitetit të infermiereve.



Grafiku 8. Informacioni që ofron infermieri rreth sëmundjes dhe trajtimit

Sikurse shihet dhe në grafikun e mësipërm, formulimet rreth informacionit që ofron infermieri ndaj sëmundjes dhe trajtimit është vlerësuar si më poshtë:

- Ata japin informacion rreth ecurisë së fëmijës me 2.73 pikë mesatare.
- Ata japin informacion rreth kujdesit ndaj fëmijës në shtëpi është vlerësuar me 2.67 pikë mesatare.

- Infermierët ofrojnë informacionin e duhur rreth testeve dhe ekzaminimeve të nevojshme, vlerësuar me 2.62 pikë.
- Ata ofrojnë informacion dhe nuk mendojnë se se ne si prind nuk mund ti kuptojmë shpjegimet mjekësore rreth sëmundjes, me 2.48 pikë mesatare.
- Infermierët japin informacion rreth mjekimit dhe procedurave infermiore, me 2.32 pikë

- Infermieri komunikon me fëmijën sado i vogël të jetë ai, me 2.18 pikë.
- Vlefshmëria e të dhënave të kësaj pjese të pyetësorit është vlerësuar nëpërmjet koeficientit Cronbach Alpha, i cili sikurse paraqitet në tabelën e mëposhtme është mbi nivelin e lejuar $\alpha=0.816$

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.816	6

Tabela 6. Cronbach Alpha per informacionin e ofruar nga infermieri rreth semundjes dhe trajtimit

Në total, Informacioni i ofruar nga infermieri rreth sëmundjes dhe trajtimit të fëmijës së hospitalizuar është $X_3 = 2.50$ pikë mesatare.

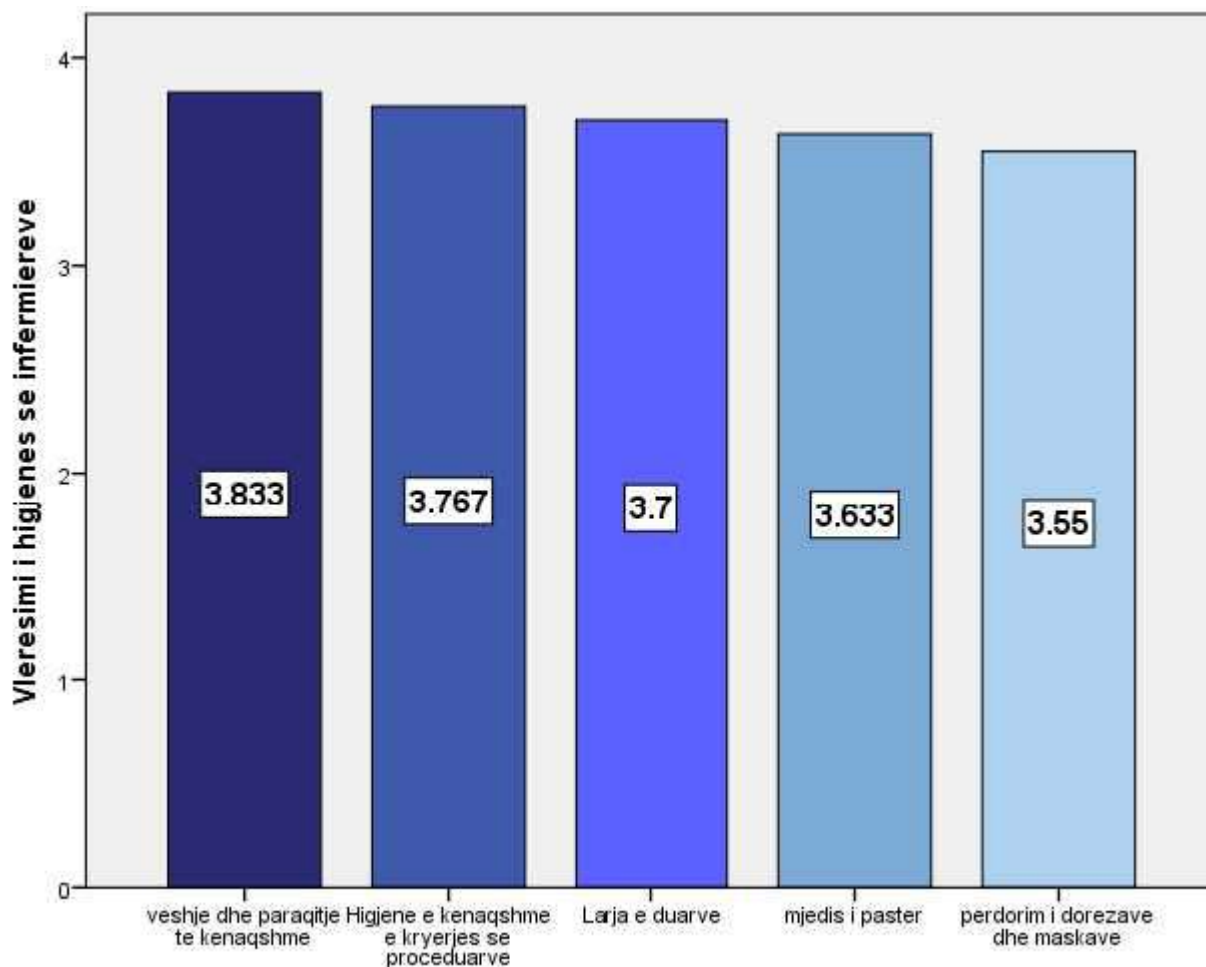
Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mes3	60	1	4	2.50	.545
Valid N (listwise)	60				

Tabela 7. Mesatarja e pikeve ndaj informacionit te ofruar nga infermieri rreth semundjeve dhe trajtimit

IV.2.4 Vlerësimi i higjenës së infermierëve

Në këtë pjesë të pyetësorit do të vlerësohet higjena e infermierëve, e realizuar nëpërmjet vlerësimit të 5 formulimeve. Është vlerësuar me më shumë pikë, mesatarisht 3.83 pikë veshja dhe paraqitja e tyre, higjena e kryerjes

së procedurave infermiore është vlerësuar me 3.77 pikë mesatare, larja e duarve me 3.70 pikë, pastërtia e mjedisit të punës me 3.63 pikë mesatare dhe së fundmi përdorimi i dorezave dhe maskave gjatë trajtimit është vlerësuar me 3.55 pikë mesatare. Të dhënat e mësipërme paraqiten grafikisht në grafikun e mëposhtëm të tipit Bar.



Grafiku 9. Vleresimi i higjenes se infermiereve

Përsa i përket vlefshmërisë së të dhënave, përgjigjet e prindërve në këtë pikë të pyetësorit janë vlerësuar nëpërmjet koeficientit Cronbach Alpha, i cili sikurse paraqitet në

tabelën e mëposhtme është mbi nivelin e lejuar $\alpha=0.730$.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.730	5

Tabela 8. Cronbach Alpha per vleresimin e higjenes se infermiereve

Në total, higjena e infermierëv është vlerësuar nga prindërit me $X_4=3.70$ pikë mesatare.

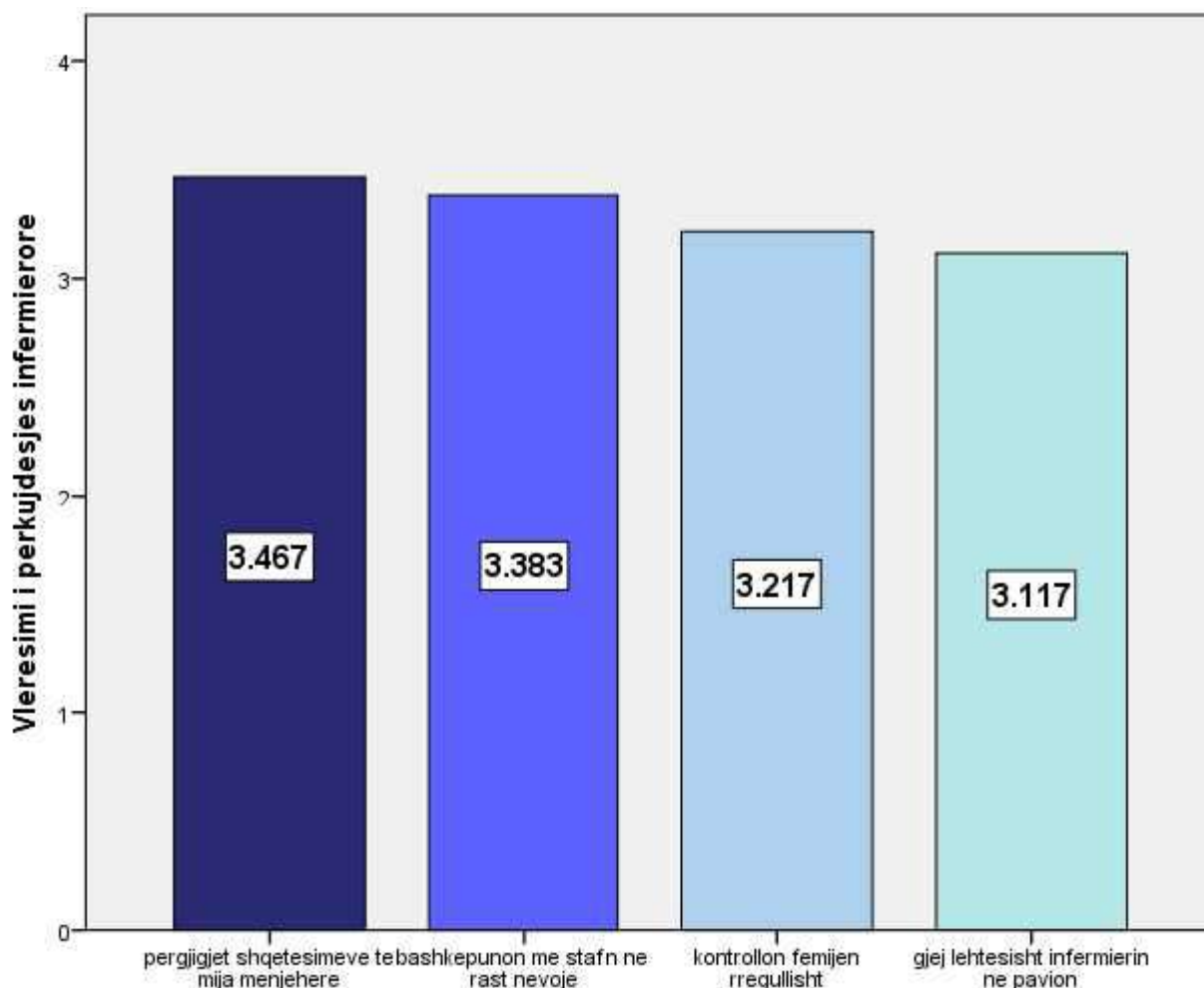
Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Higjena e Infermiereve	60	3	5	3.70	.484
Valid N (listëise)	60				

Tabela 9. Vlerësimi i higjenes se infermiereve

IV.2.5 Vlerësimi i përkujdesjes infermiereve.

Në këtë pikë të pyetësorit gjenden 4 formulime rreth përkujdesjes infermiere ndaj fëmijëve të hospitalizuar të cilat do të vlerësohen nga

prindërit nga 1 pikë në 5 pikë, përkatësisht “nuk jam aspak dakort” dhe “jam shumë dakort”. Në grafikun e mëposhtëm gjendet renditja e vlerësimeve të këtyre formulimeve në pikë mesatare.



Grafiku 10. Vlerësimi i përkujdesjes infermiereve

Sikurse shihet në grafikun e mësipërm, infermieri u përgjigjet menjëherë shqetësimeve të prindërve” është vlerësuar me më shumë pikë se sa formulimet e tjera, 3.47

pikë mesatare, e pasuar nga “ infermieri bashkëpunon me stafin në rast nevojë” me 3.38 pikë mesatare, ndërsa “ infermieri kontrollon fëmijën tim rregullisht” është

vlerësuar me 3.21 pikë mesatare dhe së fundmi “infirmierin e gjej lehtësisht në pavion” është vlerësuar me 3.11 pikë mesatare.

Në total, përkujdesja infermiere është vlerësuar me $X_5=3.30$ pikë mesatare, ndërsa vlefshmëria e të dhënave, e matur nëpërmjet Cronbach Alpha është $\alpha=0.769$

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Vleresimi i përkujdesjes infermiere	60	1	5	3.30	.709
Valid N (listwise)	60				

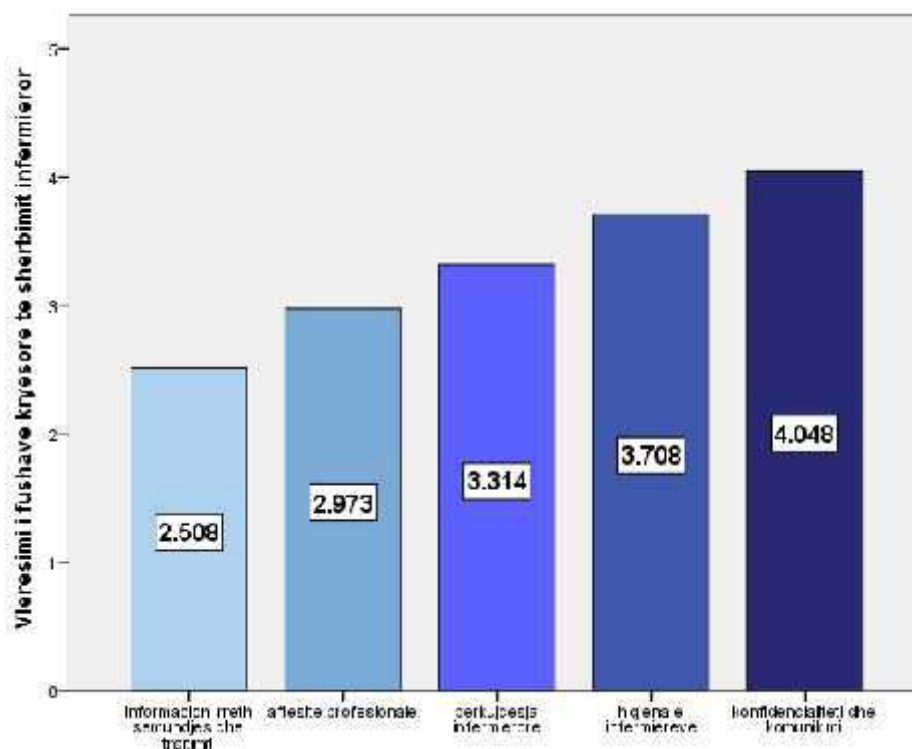
Tabela 10. Vleresimi i përkujdesjes infermiere

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.769	4

Tabela 11. Cronbach Alpha per përkujdesjen infermiere

Në grafikun e mëposhtëm bëhet një paraqitje e pikëve mesatare të secilës fushë të shërbimit infermior në shërbimin pediatrik. Sikurse shihet qartë në këtë grafik informacioni që ofron infermieri ndaj sëmundjes dhe trajtimit është vlerësuar me më pak pikë nga prindërit e intervistuar, si rrjedhim ata janë më pak të

kënaqur ndaj kësaj fushe të shërbimit infermior. Ndërsa konfidencialiteti dhe komunikimi i infermierëve është vlerësuar me më shumë pikë mesatare nga prindërit, çka mund të thuhet se ata janë më të kënaqur ndaj këtij aspekti të infermierëve.



Grafiku 11. Vlerësimi i fushave kryesore të shërbimit infermieror

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
mes4	60	3	5	3.70	.484
mes1	59	1	4	2.97	.698
mes2	60	3	5	4.03	.425
mes3	60	1	4	2.50	.545
mes5	60	1	5	3.30	.709
Valid N (listwise)	59				

Tabela 12. Vlerësimi i fushave të shërbimit infermieror

Për të vlerësuar diferencat mes mesatareve të pikëve të grumbulluara në secilën fushë të shërbimit infermieror, është realizuar krahasimi i mesatareve, duke përdorur t-test,

ku kufiri i vlefshmërisë së të dhënave është $p < 0.05$. Në tabelën e mëposhtme shihet se kjo diferencë është statistikisht domethënëse pasi $p < 0.0001$.

One-Sample Test						
	Test Value = 0.05					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Loëer	Upper
Aftësi profesionale	32.154	59	.000	2.923	2.74	3.10

Konfidencialiteti dhe komunikimi	72.612	59	.000	3.981	3.87	4.09
Informacioni rreth semundjes dhe trajtimit	34.790	59	.000	2.450	2.31	2.59
Higjena	58.408	59	.000	3.647	3.52	3.77
Perkujdesja infermiere	35.444	59	.000	3.246	3.06	3.43

Tabela 13. Sinjifikanca mes mesatareve

IV.2.6 Vlerësimi i përgjithshëm ishërbimit infermior në Pavionin e Pediatrisë.

Në pikën e fundit të pyetësorit, u është kërkuar prindërve të vlerësojnë nga 1 deri në 10 (përkatësisht *Lë për të dëshiruar* dhe *Është shumë i kënaqshëm*) shërbimin infermior në Pavionin e Pediatrisë.

Në tabelën e mëposhtme paraqitet mesatarja e këtij vlerësimi, ku mesatarja minimale është 1 dhe ajo max është 10, në këtë rast prindërit e vlerësojnë në total shërbimin infermior me $X = 4.77$ pikë mesatare.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Kënaqësia ndaj shërbimit infermior	60	2	8	4.77	1.489
Valid N (listwise)	60				

Tabela 14. Niveli i kënaqësisë ndaj shërbimit infermior.

Për të vlerësuar marrëdhëniet midis nivelit të kënaqësisë dhe vlerësimeve të fushave specifike të shërbimit infermior, janë realizuar korrelacionet mes variablaeve të mësipërme, të cilat paraqiten në tabelën e mëposhtme. Sikurse shihet në këtë tabelë, marrëdhënia midis nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermior dhe vlerësimit të tyre të fushave të këtij shërbimi nuk është aspak rastësore, por tërësisht

sinjifikante, me karakter pozitiv, çka nënkupton se rritja e kënaqësisë ndaj shërbimit infermior çon në rritjen e vlerësimit të fushave specifike të këtij shërbimi, ose anasjelltas. Sa më shumë të vlerësohen sjelljet profesionale të infermierit, komunikimi i tij, higjena, perkujdesja apo informacioni që shkëmben me prindin, aq më shumë do të rritet niveli i kënaqësisë ndaj shërbimit infermior.

		Aftësitë profesionale	Konfidencialiteti dhe komunikimi	Informacioni rreth semundjes dhe trajtimit	Higjena	Perkujdesja infermiere
Kënaqësia ndaj shërbimit infermior	Pearson Correlation	.548**	.569**	.547**	.763**	.639**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60

Tabela 15 Korrelacionet mes fushave të shërbimit infermior dhe kënaqësisë ndaj këtij shërbimi.

Për të vlerësuar marrëdhënien midis nivelit të kënaqësisë, vendbanimit, numrit të fëmijëve apo hospitalizimeve të

mëparshme të tyre, janë realizuar sërish korrelacionet midis këtyre variablaeve, të cilat paraqiten në tabelën e mëposhtme.

Correlations

		mosha	Nr i fëmijëve	Formimi akademik	Hospitalizimet e meparshme	Vendbanimi
Niveli i kënaqësisë ndaj shërbimit infermior	Pearson Correlation	.360**	.265*	.342**	.263*	-.243
	Sig. (2-tailed)	.005	.041	.0074	.042	.062
	N	60	60	60	60	60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 16. Korrelacionet midis Nivelit të kënaqësisë dhe moshës, formimit akademik, hospitalizimeve të mëparshme dhe vendbanimit të korespondenteve

Duke parë tabelën statistikore të mësipërme, mund të themi se marrëdhënia midis nivelit të kënaqësisë dhe moshës së prindërve të intervistuar apo formimit akademik ka një karakter pozitiv dhe lidhje statistikore shumë të fortë, ku $p < 0.01$ (probabilitet 99%), çka nënkupton se prindrit më të mëdhenj në moshë dhe me nivel më të lartë akademik kanë një nivel më të lartë të kënaqësisë ndaj shërbimit infermior.

Gjithashtu midis nivelit të kënaqësisë dhe numrit të fëmijëve apo hospitalizimeve të

mëparshme të tyre, ka një lidhje domethënëse pozitive, e cila nuk i përket aspak rastësisë, ku $p < 0.05$. Sa më shumë fëmijë të kenë prindrit e pyetur dhe sa më i madh të jetë numri i hospitalizimeve të mëparshme, aq më i lartë është vlerësimi dhe kënaqësia e prindërve ndaj shërbimit infermior.

Nuk vihet re asnjë lidhje statistikore midis vendbanimit të prindërve dhe nivelit të kënaqësisë ndaj shërbimit infermior.

IV. Diskutim

Në këtë pjesë të studimit do të bëhet një analizim i rezultateve të përfuara nga përpunimi i të dhënave në kapitullin e mësipërm, duke i krahasuar me rezultatet e publikimeve apo studimeve të ngjashme me këtë punim.

Studime të ngjashme lidhur me kënaqësinë e prindërve ndaj përkujdesjeve shëndetësore janë të shumta, por studimet të cilat masin kënaqësinë prindërore ndaj shërbimit infermior, madje të fokusuar në shërbimin pediatrik, janë të pakta.

Një studim i ngjashëm me këtë punim mund të përmendet "Parents' satisfaction concerning their child's hospital care" i realizuar nga Vasiliki MATZIOU, Barbara BOUTOPOULOU, Anthi CHRYSOSTOMOU, Efrosini VLACHIOTI, Theodora MANTZIO dhe Konstantinos PETSIOS¹, e publikuar në Japan Journal of Nursing Science (2011). Ndryshe nga ky punim, studimi i marrë në konsideratë e shtrin matjen e tij në të gjitha pavionet e përkujdesjeve shëndetësore, përfshirë këtu dhe atë pediatrik, jo vetëm kaq por matet

njëkohësisht kënaqësia ndaj të gjithë specialistëve të kujdesit shëndetësor, përfshirë këtu jo vetëm infermierët por edhe mjekët.

Një studim tjetër i ngjashëm, i marrë në konsideratë gjatë hartimit të këtij punimi është "Patients' Perceptions of Nurses' Skill", Peggy Rupp Wysong dhe PhD Evelyn Driver, i cili fokusohet në vlerësimin e kënaqësisë së pacientit ndaj fushave kryesore të shërbimit infermior, të cilat janë të përfshira dhe në këtë punim.

Gjithashtu, në konsideratë është marrë dhe studimi " Parents' Expectations and Satisfaction on Pediatrics Clinic" nga Berna Eren Fidanci, Filiz Arslan dhe Kursat Fidanci, studim i cili gjithashtu mat kënaqësinë e prindërve ndaj të gjithë profesionistët e përkujdesit shëndetësor.

Në shumë studime, matja e nivelit të kënaqësisë ndaj profesionistëve të përkujdesit shëndetësor është realizuar duke përdorur pyetësin e formuluar nga Arnetz and Arnetz, i quajtur Swedish Pyramid Questionnaire, Parent Version, prej të cilit janë huazuar shumë pyetje apo formulime të pyetësit të përdorur në këtë punim.

Në pjesën e parë të pyetësorit, është marrë informacion rreth të dhënave demografike të prindërve të intervistuar. Në shumë studime është vënë re se mosha është një variabël që ndikon në vërtetësinë e përgjigjeve dhe në nivelin e kënaqësisë ndaj shërbimit infermieror apo mjekësor (Sitzia & Wood, 1998), pasi mendohet se prindërit më të mëdhenj në moshë vlerësojnë në mënyrë më kritike dhe reale shërbimin që u ofrohet fëmijëve të tyre. Gjithashtu në studimet e realizuara nga Kravitz në vitin 2001, u pa se prindrit e rinj, me më pak fëmijë, kishin pritshmëri të larta ndaj përkujdesjeve shëndetsore, si rrjedhojë ishin shumë të pakënaqur ndaj shërbimit infermieror të ofruar. Në këtë punim, pas përpunimit të të dhënave, u pa se mosha dhe numri i fëmijëve ndikonte pozitivisht, në mënyrë të ndjeshme në nivelin e kënaqësisë ndaj shërbimit infermieror. Gjithashtu prindrit të cilët kishin hospitalizuar dhe më parë fëmijët e tyre kishin nivel më të lartë të kënaqësisë ndaj infermierëve.

Ekziston mendimi që prindërit të cilët jetojnë në qytet kanë pritshmëri më të mëdha dhe si rrjedhojë nivel më të ulët kënaqësie ndaj infermierëve, krahasuar me prindrit të cilët jetojnë në zona rurale¹, fakt i cili nuk u vu re në këtë punim, pasi marrëdhënia midis këtyre dy variablave nuk ishte aspak sinjifikante.

Në këtë punim, shumica e prindërve të intervistuar ishin nënat e fëmijëve (88%) dhe mosha mesatare e të intervistuarve ishte 32.6 vjeç.

Rreth 60% e të intervistuarve kishin arsim të mesëm, 33% e tyre kishin përfunduar Ciklin e I-rë të studimeve dhe një përqindje e vogël, vetëm 7%, kishin përfunduar studimet Master. Është faktuar se niveli i edukimit ndikon pozitivisht në vlerësimin e shërbimeve infermirore ndaj fëmijëve apo pacientëve (Wissow LS (2004) Communication and malpractice claims--where are we now?), fakt i cili u vu re dhe në këtë punim, pasi lidhja statistikore midis edukimit të prindit dhe nivelit të kënaqësisë ishte shumë e fortë, $p < 0.001$.

➤ Në pjesën e dytë të pyetësorit u është kërkuar prindërve të vlerësojnë nëpërmjet shkallës Likert formulimet të cilat flasin rreth fushave të ndryshme të shërbimit infermieror. Mundësitë e përgjigjes së tyre ishin nga 1-shi deri në 5, përkatësisht “nuk jam aspak dakort” në “jam shumë dakort” dhe secila fushë vlerësohet nëpërmjet pikëve mesatare të grumbulluara. Pas përpunimit statistikor të të dhënave u vu re se konfidencialiteti dhe komunikimi i infermierëve ishte më shumë i vlerësuar me fushat e tjera të shërbimit infermieror (me një mesatare pikësh prej 4.03), ndryshe nga studimet e sipërpërmendura të marra në konsideratë, ku komunikimi ishte një nga hallkat të cilat jo vetëm hasnin probleme me prindrit por shkaktonte dhe pakënaqësi të mëdha ndaj shërbimit infermieror.

Fusha e cila ishte vlerësuar me më pak pikë mesatare nga prindrit e intervistuar ishte informacioni që ofronte infermieri ndaj sëmundjes dhe trajtimit, ndoshta kjo për faktin se ky lloj informacioni në institucionet shëndetësore në vendin tonë ofrohet nga mjeku dhe jo nga infermieri, edhe pse ky i fundit ka përgjegjësi të veta në informimin e pacientit. Një fakt i tillë është vënë re dhe në studimin e realizuar në Greqi, ku ishte mjeku ai i cili drejtonte të gjithë procesin e vendimarrjes dhe të informimit të pacientit, krahasuar me infermieren i cili kishte një rol pak pasiv. Madje në këtë studim, u pa se prindrit ishin shumë të pakënaqur ndaj informacionit që ofronte infermieri apo stafi ndaj sëmundjes apo trajtimit.

Një rol të rëndësishëm në këtë pjesë luan dhe komunikimi me vetë fëmijën, sado i vogël qoftë ai (Haines & Childs, 2005; Homer et, 1999) vlerësuar me pikët më të ulta, 2.18 pikë). Në shumë studime, është vënë re se komunikimi me pacientin, në rastin tonë fëmijën, ka një impakt shumë të rëndësishëm jo vetëm në kënaqësinë ndaj shërbimit mjekësor por dhe në efikasitetin e trajtimit. Është provuar se fëmijët të cilët marrin pjesë aktive në mjekim, duke u informuar ndaj procedurave apo duke komunikuar vazhdimisht me ta, kanë ecuri më pak stresuese gjatë hospitalizimit (Hughes, 2007). Gjithashtu Matsumori në vitin 2006, në

¹¹ Marre

nga: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10555712>

studimin e tij ndaj modeleve të kujdesit, provoi se fëmijët të cilët ishin të hospitalizuar i toleronin shumë mirë procedurat nëse atyre do u ishin shpjeguar më parë, nëse do kishin marrë pjesë në zgjedhje apo nëse do ishin përdorur teknika të shpërqëndrimit.

Në këtë punim fushat e shërbimit infermieror janë vlerësuar si më poshtë:

1. Konfidencialiteti dhe komunikimi (4.03 pikë)
2. Higjena (3.70 pikë).
3. Përkujdesja infermiore (3.30 pikë).
4. Aftësitë profesionale (2.96 pikë)
5. Informacioni rreth sëmundjes dhe trajtimit të fëmijës (2.5 pikë).

Higjena e infermierit është renditur e dyta bazuar në pikët mesatare, ku formulimet rreth veshjes apo paraqitjes së kënaqshme, higjenës së kryerjes së procedurave infermiore si dhe përdorimi i maskave apo doreza janë vlerësuar kënaqshëm nga prindërit e intervistuar.

Në pikën e fundit të pyetësorit, prindërve u është kërkuar të vlerësojnë shërbimin infermieror nëpërmjet një përgjigjeje të shkallëzuar nga 1 deri në 10, përkatësisht “ lë për të dëshiruar” dhe “ është shumë i kënaqshëm”. Prindërit e kanë vlerësuar me 4.77 pikë kënaqësinë ndaj këtij shërbimi, pra në nivel mesatar.

Pas përpunimit të të dhënave, u pa se midis vlerësimit të fushave të shërbimit infermieror dhe nivelit të kënaqësisë së prindërve të intervistuar kishte një marrëdhënie të fortë pozitive. Pra rritja e vlerësimit të fushave të shërbimit infermieror çon në rritjen e kënaqësisë së prindërve ndaj këtij shërbimi ($P < 0.001$).

Çdo formulim në pyetësor lidhet me sjelljet e infermierit gjatë ushtrimit të punës, si rrjedhim mund të themi se secila prej këtyre sjelljeve ndikon në mënyrë të drejtpërdrejtë në rritjen e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermieror në Pavionin e Pediatriës.

V.1 Analizimi i hipotezave të studimit

Në metodologjinë e punimit janë formuluar disa hipoteza, interpretimi i të cilave do të realizohet duke përdorur rezultatet e përfutuara nga përpunimi statistikor i të dhënave të grumbulluara nga intervistat me prindërit.

Hipoteza 1 “ Prindërit vlerësojnë më shumë aftësitë profesionale të infermierit”.

Pas përpunimit të të dhënave dhe vlerësimit të mesatareve të pikëve të grumbulluara për secilin komponent të shërbimit infermieror, u pa se prindërit vlerësojnë më shumë komunikimin dhe konfidencialitetin e infermierëve me 4.03 pikë mesatare, ndërsa aftësitë profesionale renditen të parafundit, sipas rendit zbritës, me 2.96 pikë mesatare. Si rrjedhim hipoteza e mësipërme rrëzohet.

Hipoteza 2 “ Bazuar në vlerësimet e prindërve, komunikimi i infermierëve lë për të dëshiruar”.

Ndryshe nga studimet të cilat i kemi marrë në konsideratë (të përmendura më sipër në diskutimin e këtij punimi) ku komunikimi i infermierëve ishte njëra nga hallkat ku shfaqej dukshëm pakënaqësia e prindërve, në këtë punim, komunikimi dhe konfidencialiteti janë vlerësuar më shumë se komponentët e tjerë të shërbimit infermieror (4.03 pikë mesatare nga 5 pikë max). Prindërit e intervistuar janë shumë dakort me formulimet rreth këtij, si psh infermierët përdorin një gjuhë të thjeshtë gjatë komunikimit, janë miqësor apo kuptojnë ndjenjat e tyre si prind rreth shqetësimeve ndaj fëmijës së sëmurë. Si përfundim mund të themi se hipoteza e sipërme nuk pranohet pasi komunikimi i infermierëve është vlerësuar në nivele të kënaqshme.

Hipoteza 3 “ Rritja e numrit të fëmijëve ul nivelin e kënaqësisë që perceptojnë prindërit ndaj kujdesit infermieror të fëmijëve të tyre”.

Pas përpunimit statistikor dhe shqyrtimit të marrëdhënies midis nivelit të kënaqësisë dhe numrit të fëmijëve, u pa se midis këtyre variablave ka një lidhje domethënëse pozitive, e cila nuk i përket aspak rastësisë, ku $p < 0.05$. Sa më shumë fëmijë të kenë prindërit e pyetur, aq më i lartë është vlerësimi dhe kënaqësia e prindërve ndaj shërbimit infermieror. Si rrjedhim, hipoteza nr. 3 nuk pranohet pasi me rritjen e numrit të fëmijëve kemi rritje të nivelit të kënaqësisë së perceptuar nga prindërit.

Hipoteza 4 “ Kënaqësia që perceptojnë prindërit ndaj shërbimit infermieror është në nivel mesatar”.

Kjo hipotezë e vendosur pranohet pasi kënaqësia e prindërve të intervistuar është mesatarisht 4.77 pikë, nga 10 pikë mesatare, pra në kufirin mesatar të vlerësimit.

Hipoteza 5 “ Niveli i kënaqësisë rritet me rritjen e vlerësimeve të secilës fushë të shërbimit infermieror.

Marrëdhënia midis nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermieror dhe vlerësimit të tyre të fushave të këtij shërbimi nuk është aspak rastësore, por tërësisht sinjifikante, me karakter pozitiv, çka nënkupton se rritja e kënaqësisë ndaj shërbimit infermieror çon në rritjen e vlerësimit të fushave specifike të këtij shërbimi, ose anasjelltas. Sa më shumë të vlerësohen sjelljet profesionale të infermierit, komunikimi i tij, higjena, përkujdesja apo informacioni që shkëmben me prindin, aq më shumë do të rritet niveli i kënaqësisë ndaj shërbimit infermieror. Pra si përfundim hipoteza e mësipërme pranohet.

V. Përfundime

Në këtë punim, u intervistuan 60 prindër, fëmijët e të cilëve ishin të hospitalizuar në Shërbimin Pediatrik të Spitalit Rajonal të qytetit të Vlorës. U shpërndanë 90 pyetësor, por vetëm 60 prej tyre u plotësuan tërësisht.

- Të dhënat e përdorura në studim, të matura nëpërmjet shkallës Likert dhe të vlerësuara nëpërmjet koeficientit Cronbach janë të vlefshme dhe konsistente.
- 88% e pyetësorëve u plotësuan nga nënat dhe vetëm 12% janë plotësuar nga baballarët e fëmijëve.
- Mosha mesatare e të intervistuarëve ishte 32.6 vjeç dhe shumica e tyre kishin 2 fëmijë (43% të rasteve).
- 60% e të intervistuarëve kishin vetëm arsim të mesëm, 33% kishin arsim të lartë dhe vetëm 7% kishin mbaruar studimet master.
- Fushat e shërbimit infermieror u vlersuan si më poshtë:
 - Konfidencialiteti dhe komunikimi (4.03 pikë)
 - Higjena (3.70 pikë).

- Përkujdesja infermierore (3.30 pikë).
- Aftësitë profesionale (2.96 pikë)
- Informacioni rreth sëmundjes dhe trajtimit të fëmijës (2.5 pikë).
- Kënaqësia ndaj shërbimit infermieror ishte në nivel mesatar, e vlerësuar me 4.77 pikë.
- Midis kënaqësisë dhe moshës së të intervistuarëve apo formimit të tyre akademik, ekziston një marrëdhënie e fortë pozitive
- Midis kënaqësisë dhe numrit të fëmijëve apo hospitalizimeve të mëparshme ekziston një lidhje sinjifikante pozitive.
- Rritja e vlerësimit të fushave të shërbimit infermieror çon në rritjen e nivelit të kënaqësisë së prindërve ndaj këtij shërbimi.
- Çdo sjellje e infermierit ndikon në mënyrë direkte mbi nivelin e kënaqësisë së prindërve ndaj shërbimit infermieror të fëmijëve të tyre të hospitalizuar.

VI. Rekomandime

Ky punim tregoi se prindërit perceptojnë një kënaqësi në nivel mesatar ndaj shërbimit infermieror, çka lë vend për ndërhyrje në këtë shërbim dhe rrit nevojën e përmirësimit dhe rritjes së cilësisë në kujdesin infermieror të ofruar në Shërbimin e Pediatriisë.

Si rrjedhim infermieri ka për detyrë përmirësimin e performancës së tij në të gjitha aspektet dhe komponentët përbërës.

Duke marrë shkas nga vlerësimi i komponentëve të shërbimit infermieror, të cilët u vlerësuan gjatë punimit, lind nevoja e dhënies së rekomandimeve të mëposhtme:

- ❖ Gjatë trajtimit të pacientëve në mosha pediatrike, infermieri duhet të ofrojë në vazhdimësi informacion rreth procedurave që është duke realizuar, rreth trajtimit apo sëmundjes, duke respektuar kufijtë profesional dhe pa cënuar përgjegjësitë e profesionistëve të tjerë.
- ❖ Gjatë hospitalizimit infermieri duhet të komunikojë në mënyrë të përshtatshme, të qartë dhe të thjeshtë me prindin apo vetë fëmijën, sado i vogël të jetë ai.
- ❖ Infermieri duhet të kujdeset për paraqitjen e tij, duke zbatuar etikën

dhe rregullat e institucionit ku ai ushtron profesionin. Proçedurat infermiore duhet të kryhen konform rregullave të higjenës.

- ❖ Pacienti dhe prindi i tij duhet të trajtohen me konfidencialitet dhe secili prej tyre duhet të përfshihet në vendimarrje gjatë trajtimit apo ekzaminimeve.
- ❖ Sjellja infermiore në çdo aspekt duhet të prekë nivelet e përsosmërisë pasi rritja e cilësisë së shërbimit infermior rrit në mënyrë direkte kënaqësinë e prindërit ndaj këtij shërbimi, duke çuar në uljen e stresit

apo ankthit të tyre për shkak të hospitalizimit të fëmijës.

- ❖ Vlerësimi i kënaqësisë së pacientit apo prindërit mund të shërbejë si një indikator që mat cilësisë e shërbimit infermior apo atij mjekësor në tërësi, i cili duhet të implementohet në politikat spitalore si një instrument matës i cilësisë së shërbimit të ofruar.
- ❖ Infermieri duhet të promovojë sjellje të përshatshme dhe profesionale në mjedisin e tij të punës, duke u përpjekur të jap maksimumin e mundshëm.

VII. Referenca

1. Avis M., Bond M. & Arthur A. 1995. Satisfying solution? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction.
2. Bond S. & Thomas LH. 1992. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 17(1), 52-63.
3. Bostick JE., Riggs CJ. & Rantz MJ. 2003. Quality Measurement in Nursing An Update of Where We are Now. *Journal of Nursing Care Quality*.
4. Currie V., Harvey G., West E., McKenna H. & Keeney S. 2005. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing*.
5. Haines C. & Childs H. 2005. Parental satisfaction with paediatric intensive care. *Pediatric Nursing* 17.
6. Marino BL. & Marino EK. 2000. Practice applications of research. Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *Pediatric Nursing*.
7. Merkouris A., Ifantopoulos J., Lanara V. & Lemonidou C. 1999. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*.
8. Ygge B.-M. & Arnetz JE. 2001. Quality of a pediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care.

International Journal for Quality in Health Care.

Materiale të marra nga interneti

1. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7924.2010.00171.x/pdf>
2. https://thesai.org/Downloads/Volume6No2/Paper_22-The_Parents_Perception_of_Nursing_Support_in_their_Neonatal.pdf
3. <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/4/24.full>
4. <https://www.omicsonline.org/scholarly/pediatric-nursing-care-journals-articles-ppts-list.php>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292634/>
6. <https://www.omicsonline.org/open-access/parents-expectations-and-satisfaction-on-pediatrics-clinic-2161-1025.1000137.pdf>
7. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:164127/FULLTEXT01.pdf>
8. <http://paperity.org/p/40737900/quality-of-paediatric-care-application-and-validation-of-an-instrument-for-measuring>
9. https://www.researchgate.net/publication/12006847_Quality_of_paediatric_care_Application_and_validation_of_an_instrument_for_measuring_parent_satisfaction_with_hospital_care

PYETËSOR

Vlerësimi ikënaqësisë së prindërve ndaj kujdesit infermieror në Shërbimin Pediatric të Spitalit Rajonal Vlorë, për vitin 2016.

Nr	Pyetja	Përgjigja e të intervistuarit	Kodimi
Të dhënat e përgjithshme të të intervistuarëve.			
1	Prindi i intervistuar: a. Mamaja b. Babai		
2.	Mosha e prindit të intervistuar: _____		
3.	Numri i fëmijëve: a. 1 fëmije b. 2 fëmijë c. 3 fëmijë d. > 3 fëmijë.		
4.	Formimi akademik i prindit të intervistuar: a. Kam përfunduar vetëm arsimin 8-vjeçar. b. Kam përfunduar vetëm Shkollën e Mesme. c. Kam një Diplomë Bachelor d. Kam një Diplomë Master.		
5.	A e keni shtruar më parë fëmijën në Shërbimin e pediatrik: a. Asnjëherë b. 1 herë c. > 1 herë.		
6.	Vendbanimi juaj është: a. Në qytetin e Vlorës. b. Në zonat Rurale të qytetit të Vlorës.		
Shprehni mendimin tuaj duke rrethuar njërin nga përgjigjet lidhur me formulimet e mëposhtme. Vlerësoni procedurat e mëposhtme infermiere: 1.....2.....3.....4.....5 Aspekti dakort.....shumë dakort			
1	Infermieri jep orientimet e duhura shëndetsore.		Vlerësimi i aftësive profesionale të infermierit.
2	Infermierët janë shumë të çorganizuar-★		
3	Infermierët veprojnë me një shkathtësi dhe shpejtësi të madhe.		
4	Ata nuk e ushtrojnë profesionin në mënyrën e duhur -★		
5	Infermierët kanë shumë aftësi profesionale dhe ndihmojnë mjekun gjatë procedurave mjekësore.		
6	Infermierët duhet të tregohen më të matur dhe të duruar. -★		Vlerësimi i konfidencialitetit
7	Infermierët janë shumë miqësor.		

8	Ata duhet të jenë në gjendje të kuptojnë ndjenjat e mia si prind.-★								
9	Ata janë shumë të zënë dhe nuk mund të humbasin kohë me mua.-★								
10	Ata përdorin një gjuhë shumë të thjeshtë gjatë komunikimit.								
11	Infermierët flasin me ne si të ishim persona inferior.-★								
12	Ata mendojnë se ne si prind nuk mund ti kuptojmë shpjegimet mjekësore rreth sëmundjes, kështu që ata nuk shqetësohen fare të shpjegojnë-★		Vlerësimi i informacionit rreth sëmundjes dhe trajtimit						
13	Infermierët nuk japin asnjëherë informacionin e duhur rreth testeve dhe ekzaminimeve të nevojshme.-★								
14	Infermierët japin informacion rreth mjekimit dhe procedurave infermiere.								
15	Ata nuk japin informacion rreth ecurisë së fëmijës.-★								
16	Ata nuk japin informacion rreth kujdesit ndaj fëmijës në shtëpi.-★								
17	Infermieri duhet të komunikojë me shumë me femijën, sado i vogel qoftë ai, rreth veprimeve që ai po kryen.								
18	Veshja dhe paraqitja e tyre është shumë e kënaqshme.		Vlerësimi i higjënës së infermiereve.						
19	Higjena e kryerjes së procedurave infermiere le për të dëshiruar.-★								
20	Ato i lajnë shpesh herë duart.								
21	Mjedisi i tyre i punës është shumë i pastër.								
22	Ato nuk përdorin doreza dhe maska gjatë punës së tyre. ★								
23	Infermieri nuk e kontrollon fëmijën tim rregullisht.-★		Përkujdesja infermiere						
24	E kam shumë të vështirë të gjej infermierin në pavion.-★								
25	Ai u përgjigjet shqetësimeve të mia menjëherë.								
26	Ai lajmëron dhe bashkëpunon me stafin në rast nevojë.								
Së fundmi, si e vlerësoni në tërësi, nga 1 në 10, sa i kënaqur jeni me shërbimin infermioror në Pavionin e Pediatriisë?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lë për të dëshiruar.....				Është shumë i kënaqshëm.					

Ju faleminderit që morrët pjesë në realizimin e pyetësorit!

MATJA E NIVELIT TË NJOHURIVE DHE QËNDRIMEVE TË INFERMIRËVE TË CILËT USHTROJNË PROFESIONIN NË QYTETIN E VLORËS NDAJ PROÇESIT TË PLAKJES DHE PERSONAVE TË MOSHUAR

Brunilda Petraj

ilda.petraj@gmail.com

Abstract

The population of our country is ageing rapidly. The ageing of the population is one of the most complicated problems of contemporary societies. Persons aged 65 years or older represented 17.8% of the Albanian population in 2011 and this percentage is expected to increase to over 28% by the year 2050. Similar trends are observed in most European countries (Eurostat, 2006). The ageing of the population has a direct effect on health care systems as it is presented with higher incidence of chronic diseases that often require long-term care. Nurses are the main professionals that provide the required services; therefore, their role on the care of older people is of great importance (Drennan et al., 2004). In order to respond to the needs resulting from the trends described above, nursing education has responded by developing gerontological nursing specialisation. However, this does not seem to be a popular one because nurses declare that they do not find it challenging and interesting (McKinlay and Cowan, 2003). Attitudes of nurses seem to affect the preference for working with older people as well as the quality of care offered to them (McDowell et al., 1999). Education plays an important role in the development of professional cultures and seems to have either a positive or a negative influence to the attitudes of health care givers. Even more, culture, age and sex seem to affect the development of attitudes towards older people (Fagerberg et al., 1997; McDowell et al., 1999; Soderhamn et al., 2001). Until now there have been no published

studies in our country that evaluate nursing education in relation to the care of older people.

Aim of the study: The aim of the study was to evaluate the level of knowledge and attitudes towards older people and assess possible relationships between knowledge and attitude scores and other variables such as age, gender and previous experience with older people.

Results: The level of knowledge of nurses interviewed was very low, averaging 6.98 points, and most of them expressed negative attitudes toward the elderly. The relationship between knowledge and attitudes seem very strong, a finding that may show that if nurses get better education in all aspects of ageing their attitudes may become ever more positive and therefore, their preference for working with older people may increase.

Conclusion: The ageing population in our country increases the need of appropriate nursing care services. The preference of nurses to work with older people and the quality of nursing care is influenced by nurses' attitudes and knowledge toward the older people. So we have to promote more positive attitudes towards older people, as well as to diminish misconceptions about ageing and emphasize the potential for job satisfaction arising from working with older people.

Keywords: ageing process, attitude, knowledge, nurses, older people, Palmore test.

I. Hyrje

Ne jetojmë në një shoqëri të moshuar, ku njerëzit po jetojnë më gjatë dhe balanca e jetës është duke ndryshuar. Bazuar në të dhënat e përfutuara nga United Nation, 2015, Në Evropë, ka më shumë persona mbi moshën 60 vjeçare se sa fëmijë nën 16 vjeç¹. Pas daljes në pension, personat e moshuar presin më pas shumë vite jetë, madje vite të shëndetshme. Mirëqënia dhe sëmundjet e shpeshta në këtë grup popullate (sëmundjet infektive, akute, kronike apo degjeneruese) kanë ndryshuar shumë. Shumë studime tregojnë se shumë sëmundje serioze të cilat shkaktojnë dëmtime të rëndësishme, mund të reduktohen nëse përshtatemi me një stil jetese të shëndetshëm, madje mund të thuhet se programet mbi mirëqënien dhe parandalimin e sëmundjeve kanë qënë shumë efektiv, sidomos në aspektin e ndryshimit të sjelljes shëndetsore të individit.

Përderisa popullsia e moshuar është në rrezik të zhvillojë sëmundje, atëherë ofruesit e kujdesit shëndetsor duhet të ushtrojnë kujdes ndaj këtij grup-popullate, duke përmirësuar çdo hallkë të tij, nisur që nga njohuritë, edukimi shëndetsor deri tek vetë kujdesi direkt drejtuar individit të moshuar. Përmes promovimit të shëndetit dhe edukimit shëndetsor mund të përfitohen sjellje mbrojtëse dhe mirëqenie në personat e moshuar. Mendohet që vetëm 15 % e të moshuarve kanë kontakte rutinë me shërbimin mjekësor. Të moshuarit e tjerë të cilët nuk paraqesin ndonjë problem shëndetsor, nuk kanë kontakte me mjek apo infermier, dhe aq me tepër nuk kanë kontakte me punonjës të shëndetit publik, rrjedhimisht u ofrohet më pak kujdes.

Promocioni shëndetsor dhe mirëqënia janë një përgjegjësi shumë e madhe, kryesisht e ofruesve të shëndetit që merren me personat e moshuar. Disa ofrues të kujdesit shëndetsor shprehin se metodat profilaktike dhe mbajtja e shëndetit dhe e mirëqënies , nuk janë shumë ndihmuese në personat e moshuar, por ndodh e

kundërta, mirëqënia nuk është një koncept vetëm për personat e rinj, koncepti i mirëqënies është një koncept që aplikohet në cdo moshë, në të moshuar dhe të rinj. Edukimi shëndetsor është një koncept që lidhet direkt me promocionin shëndetsor si në fushën klinike ashtu edhe në atë arsimore. Reforma e promocionit shëndetsor ka patur një interes të lartë në demtimet akute dhe sëmundjet, që prej mesit të vitëve 80-të, edhe pse mundësitë për të promovuar shëndetin, janë neglizhuar gjithmonë.

Një popullësi e plakur, i bën vendet të përballen me sfida të rëndësishme në drejtim të kujdesit dhe edukimit shëndetsor, ku mbështetja sociale dhe kujdesi i ofruar nga miqtë kundrejt këtyre individëve të moshuarmund të jetë i pamjaftueshëm. Nëse të moshuarit përshtaten me sjellje të mira shëndetsore dhe vetëmenaxhuese, atëherë ata do të jenë më të pavarur gjatë jetës së tyre të përditshme, megjithatë, prevalenca e lartë e sëmundjeve kronike si diabeti, sëmundjet e zemrës, dementia apo kanceri, e bëjnë vetëmenaxhimin më të komplikuar.

II. Përmbledhja e literaturës

Në këtë pjesë të punimit do të flitet rreth trendit të numrit global të personave të moshuar, si ndihen të moshuarit në vendin tonë duke u bazuar në të dhënat e përfutuara nga INSTAT, dhe si mundet një infermier të përmirësojë jetën e të moshuarit përmes promovimit dhe edukimit shëndetsor.

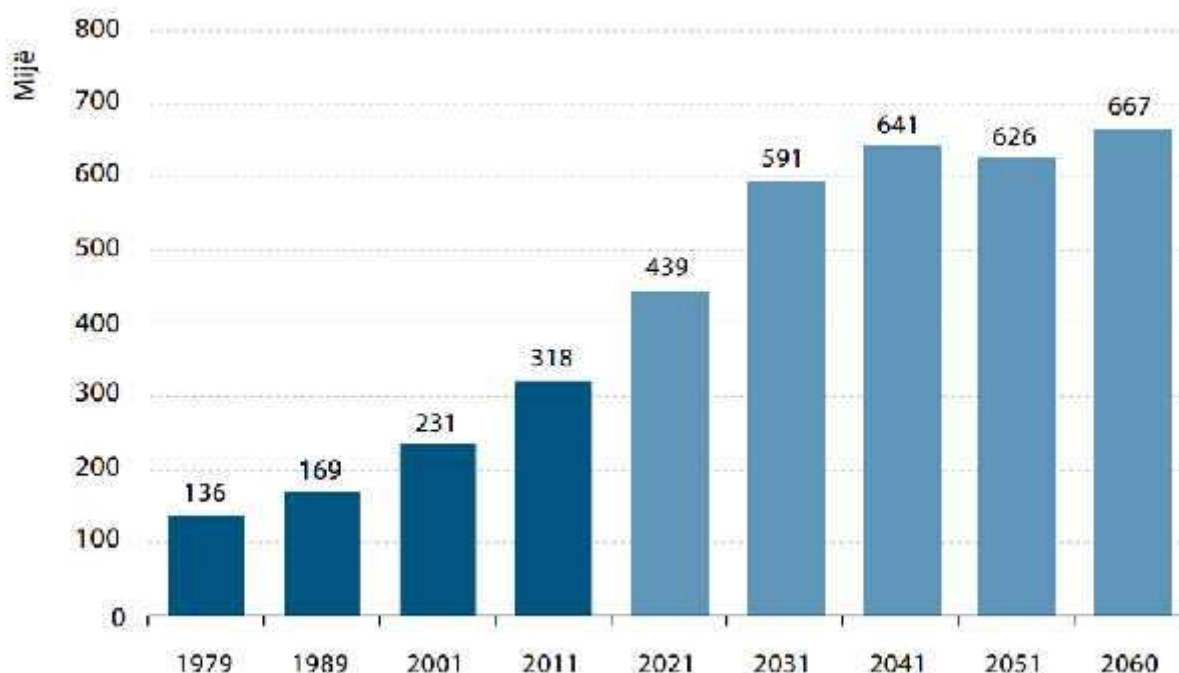
2.1 Numri i personave të moshuar në botë dhe vendin tonë.

Numri i përgjithshëm i personave të moshuar është duke u rritur ndjeshëm në vitet e fundit, madje është parashikuar që ky numër të vazhdojë të rritet në dekadat në vazhdim. Në të gjithë botën numërohen 901 milion persona më të mëdhenj se 60 vjeç, për vitin 2015, pra rreth 48% më shumë të moshuar se në vitin 2000, ku numri i përgjithshëm shënohej 607 milion të moshuar. Në vitin 2030, numri i personave më të mëdhenj se 60 vjeç mendohet të rritet me 56%, deri në 1.4 bilion, ndërsa në 2050 numri i personave të moshuar do të dyfishohen krahasuar me 2015, duke përbërë 2.1 milion të popullatës globale. Numri

¹ Marre nga:

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

Figura 2.2: Popullsia 65 vjeç e lart, 1979-2060 (në mijë)



Burimi: Censusi i Popullsisë dhe Banesave 1979-2011 dhe projeksionet e popullsisë 2011-2060

Figure 1. Numri i popullsisë mbi 65 vjeç, në vitet 1979-2011.

i “të moshuarve më të moshuar”, pra personat mbi 80 vjeç, ka pësuar rritje më të mëdha se sa vetë numri i të moshuarve ndër vite. Në vitin 2000, numri i personave më të mëdhenj se 80 vjeç ishte 71 milion, që prej atëherë numri i këtyre individëve është rritur deri në 125 milion në vitin 2015 dhe mendohet të rritet me 61% në 15 vitet e ardhshme, duke arritur një numër 202 milion në 2030 dhe 434 milion në 2050².

2.1.1 Numri i të moshuarve në vendin tonë.

“Gjatë dy dekadave, nga ’89 deri në 2011-n, numri i personave të moshuar është dyfishuar dhe, nëse ky trend do të vazhdojë me këto ritme, në 2031-shin do të kemi 1/3-tën e popullsisë mbi 65 vjeç”

Të dhënat të cilat paraqiten më poshtë, janë marrë nga Instituti i Statistikave të Republikës

së Shqipërisë, të dhëna të cilat janë publikuar në Nëntor të 2015 dhe japin informacion rreth Mplakjes së Popullsisë Shqiptare³. Në grafikun e mëposhtëm bëhet një paraqitje e rritjes së numrit të popullsisë të moshës 65 vjeçe lart.

- *Cili është raporti mes të rinjve e të moshuarve në 2014?*

Raporti i varësisë së të moshuarve llogaritet si raport i popullsisë 65 vjeç e lartë ndaj popullsisë në moshë pune 15-64 vjeç. Për vitin 2014 ky raport në Shqipëri është 17,8 % kundrejt 12,0 % në vitin 2001. Ky raport shpreh një tendencë në rritje me kalimin e viteve, një peshë gjithnjë e në rritje ndaj popullsisë në moshë pune. Raporti i varësisë së të rinjve llogaritet si raport i

² Marrw nga:

http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

³ Marrw nga:

http://www.instat.gov.al/media/316722/mplakja_e_popullsis_situata_e_t_moshuarve_n_shqip_ri.pdf

popullsisë 0-14 vjeç ndaj popullsisë në moshë pune 15-64 vjeç⁴.

- *Sa është rritur përqindja e të moshuarve në raport me të rinjtë?*

Po të hedhim një vështrim të strukturës së popullsisë ndër vite, duket qartë se pjesa që zënë të rinjtë në popullsinë gjithsej është zvogëluar dhe ajo që zënë të moshuarit është rritur. Sipas raportit më të fundit të INSTAT, në vitin 2014, në totalin e popullsisë mesatare të Shqipërisë, të rinjtë (0-14 vjeç) zënë 18,9 %, ndërsa të moshuarit 65 vjeç e lart zënë 12,2 % të popullsisë gjithsej. Në vitin 2001 të rinjtë zinin 29,3 % të popullsisë gjithsej, rreth 10 % më shumë krahasuar me pjesën që zënë ato në vitin 2014, e kundërta mund të thuhet për të moshuarit që zinin vetëm 7,6 % të popullsisë gjithsej në vitin 2001, rreth 5 % më pak krahasuar me vitin 2014.

- *Cilat janë shkaqet e plakjes së popullsisë?*

Plakja e popullsisë nga vitet nëntëdhjetë lidhet me uljen e numrin e fëmijëve të lindur dhe emigrimit masiv të të rinjve. Por edhe rritja e jetëgjatësisë mesatare ka një rol të rëndësishëm. Kombinimi i lindshmërisë së ulët me normë të lartë të emigrimit sjell plakje më të shpejtë të popullsisë. Shqipëria në vitin 2011 vijonte të kishte popullsinë me moshë më të re në kontinentin Europian me përjashtim të Turqisë, Irlandës dhe Islandës.

- *Me ç'ritëm është plakur popullsia shqiptare?*

Ritmi i plakjes së popullsisë shqiptare gjatë dekadës së fundit ka qenë më i larti në kontinent me përjashtim të Lituanisë. Popullsia e Shqipërisë pati moshë mesatare prej 35.3 vjeç në vitin 2011, ndërsa mesatarja e 27 vendeve anëtare të BE-së qe 41.2 vjeç. Në vitin 2001, Shqipëria kishte moshë mesatare prej 30.6 vjeç ndërsa Bashkimi Europian e kishte 38.3 vjeç. Gjatë kësaj dekade, popullsia në tërësi është plakur me mesatarisht 4.7 vjet në Shqipëri ndërsa në BE 27 është plakur me 2.9 vjet

- *Cilat janë qarqet me plakjen më të ndjeshme të popullsisë?*

Mosha mesatare në Shqipëri në vitin 2011 qe 35.3 vjeç, por Gjirokastra, Korça, Berati, Fieri e Vlora kishin popullsi më të moshuar se sa mesatarja kombëtare ndërsa prefekturat e tjera kishin moshë më të re. Mosha mesatare e banorëve të Tiranës qe 34.5 vjeç, ndërsa e Durrësit, 34.6 vjeç. Lindshmëria e lartë në Dibër e Kukës ka arritur ta mbajë popullsinë relativisht të re pavarësisht emigrimit masiv. Për shkak të mungesave të të dhënave mbi jetëgjatësinë mesatare sipas qarqeve në Shqipëri, nuk është e mundur të shihet se sa efekt ka ky faktor në plakjen e popullsisë.

- *Cilat janë pasojat e plakjes së popullsisë në jetën ekonomike e sociale të vendit?*

Shtimi i numrit të të moshuarve në shoqëri, së pari vendos në vështirësi sistemin e sigurimeve shoqërore. Në rast se kemi numër më të madh qytetarësh jo-produktivë se produktivë, arka e shtetit përjeton një trysni gjithnjë e më të madhe për mbajtjen e tyre. Nga ana tjetër, rritja e jetëgjatësisë dhe rritja e popullatës së moshuar përkthehet edhe në rritje të shpenzimeve publike për shërbimet e kujdesit shëndetësor e social, duke qenë se këto mosha janë edhe më të ekspozuara ndaj sëmundjeve.

- *Cilat janë efektet e plaksjes së popullsisë në rang global?*

Plakja e popullsisë është një fenomen shqetësues në pjesën më të madhe të botës, e veçanërisht në vendet e zhvilluara me lindshmëri të ulët. Rënia e lindshmërisë poshtë nivelit të zëvendësimit (2.3 fëmijë për nënë), ka rritur frikën se shumë vende nuk do të kenë numër të mjaftueshëm punonjësish për të mbajtur një numër gjithnjë e në rritje të moshuarish.

➤ Studimi nga Shoqata Shqiptare e Gjeriatisë dhe Gjerontologjisë në 2007-08 i kërkon të pyeturve të moshuar (65 vjeç e lart) që të vlerësojnë gjendjen e tyre shëndetësore. Rreth 32 përqind e të moshuarve vlerësojnë veten të pashëndetshëm dhe 10 përqind madje me shëndet të keq. Kjo është më shumë sesa përqindja e kundërt që konsideron veten në shëndet të mirë ose shumë të mirë (së bashku 29 përqind). Përqindja e të gjithë të pyeturve që raporton se vuan nga një sëmundje kronike ka qenë 77 përqind. Rreth gjysma e të

⁴ Marre

nga: <http://shqiptarja.com/news.php?IDNotizia=292627>

moshuarve raportojnë sëmundje kardiovaskulare dhe 19 përqind raportojnë diabetin. Më shumë se një e treta (27 përqind) e të moshuarve raportojnë që nuk u ofrohet kujdes shëndetësor kur kanë nevojë. Mes arsyeve kryesore për këtë janë vështirësitë për të përballuar trajtimin mjekësor (20 përqind) dhe, në masë më të vogël, distanca me shërbimet e kujdesit shëndetësor (4 përqind) dhe sëmundja veçanërisht e rëndë, që bën të pamundur për të moshuarit që të shkojnë tek doktori (3 përqind). Rreth dy të tretat (69 përqind) e të moshuarve gjithashtu raportojnë që nuk kanë pasur mundësi të sigurojnë medikamente të efektshme që jep mjeku i familjes, për arsyen kryesore që nuk mund të përballojnë ilaçet. Strategjitë për ta zgjidhur këtë përfshijnë zgjedhjen e ilaçeve më pak të efektshme ose mbështetjen tek anëtarët e familjes.

Sipas të dhënave të censusit 2011, rreth 73 mijë persona 65 vjeç e lart mund të klasifikohen me aftësi të kufizuara. Kjo shifër është më shumë se gjysma e të gjithë personave 15 vjeç e lart me aftësi të kufizuara në vend. Përqindja me aftësi të kufizuara mes meshkujve të moshuar ka qenë 20 përqind dhe mes femrave 25 përqind. Efekti i moshimit duket qartë në epërsinë më të madhe të aftësive të kufizuara mes të vjetërve më të moshuar, ku edhe 42 janë me aftësi të kufizuara: 38 përqind e meshkujve dhe 44 përqind e femrave. Lloji më i zakonshëm i aftësisë së kufizuar mes të moshuarve është lëvizja. Për 17 përqind të të moshuarve, censusi ka regjistruar që ka pasur vështirësi të mëdha në ecje ose ngjitjen e shkallëve. Gjysma e popullsisë së të moshuarve është me aftësi të kufizuara - 37 mijë persona - vuan nga dy ose më shumë kufizime⁵

2.2 Testet rreth procesit të plakjes.

Ekzistojnë numër i madh testesh drejtuar profesionistëve të kujdesit shëndetësor rreth procesit të plakjes, të cilët kanë gjeneruar duke u mbështetur mbi testin fillestar të

shumënjohur të Erdman Palmore. Ky test është hartuar në vitin 1977-1981, por versione të ngjashme me të, të autorizuar nga studiues të ndryshëm në fushën e geriatrikës, janë hedhur në përdorim në shtete dhe specialitete të ndryshme shëndetsore. Versioni nga i cili janë huazuar shumë pyetje të përdoryura në testin e këtij punimi janë shkëputur nga testi i çertifikuar nga Linday Breyspraak, test i cili është i ngjashëm, pothuajse identik me testin Palmore⁶. Testi i cili ndodhet mw poshtwperفشin tërësisht të gjitha pyetjet e këtij testi, ndërsa përgjigjet e tij sëbashku me arsyetimin përkatës paraqiten si më poshtë:

Pyetja nr. 1 “ *Shumica e personave të moshuar vuajnë nga sëmundja Alzheimer*”.

E gabuar. Bazuar në faktet e publikuara nga Shoqata e Alzheimer, një në nëntë persona të moshuar (mbi 65 vjeç) vuajnë nga Alzheimer pra 11%, ndërsa të moshuarit mbi 85 vjeç vuajnë nga kjo sëmundje në 32% të rasteve.

Pyetja nr. 2 “ *Ndërsa njerzit plaken, inteligjenca e tyre bie ndjeshëm*”.

E gabuar. Edhe pse mund të ketë disa situata në të cilat ky citim mund të duket i vërtetë, evidencat e kërkimeve të ndryshme në këtë fushë tregojnë se performanca Intelektuale vazhdon të jetë e kënaqshme edhe individët e moshuar. Magnituda mesatare e rënies intelektuale është e vogël në të 60-tat dhe 70-tat dhe rritet disi pas të 80-tave. Të dhënat e përfutuara nga kërkime të ndryshme në këtë fushë tregojnë se mund të zhvillohen kapacitete unike si dhe rënia intelektuale mund të përmirësohet nëpërmjet ndërhyrjeve në stilin e jetesës, aktivitetin fizik, dietën ushqimore, stimulimit mendor dhe ndërveprimit social.

Pyetja nr. 3 “ *Personat e moshuar e kanë shume të vështirë të mësojnë gjëra të reja*”.

E gabuar. Edhe pse të nxëniet tenton të ulet me kalimin e moshës, mund të thuhet se të gjitha grupet e të moshuarve mund të mësojnë gjëra

⁵ Marrw nga:

http://www.instat.gov.al/media/316722/mplakja_e_popullsis_situata_e_t_moshuarve_n_shqip_ri.pdf

⁶ Marre nga: Linda Breyspraak1, Ph.D., and Lynn Badura, B.A., Grad. Gerontology Certificate Gerontology Program University of Missouri-Kansas City 2015.

të reja. Studimet e fundit kanë treguar se performanca e të nxënit mund të përmirësohet nëpërmjet instruksioneve dhe praktikave efikase, shtimit të kohës dhe teknikave që nxisin interesin tek të moshuarit. Gjithashtu është vërtetuar se individët të cilët praktikojnë rregullisht teknikat e tyre të të nxënit, arrijnë ta mbajnë të shëndetshëm këtë proces gjatë gjithë jetës.

Pyetja nr. 4 “ Personaliteti ndryshon me moshën”.

E gabuar. Personaliteti qëndron i pandryshuar si tek meshkujt ashtu dhe tek gratë, gjatë gjithë jetës së tyre. Mund të thuhet se disa tipare të veçanta të cilat paraqiten normal gjatë rinisë apo moshës së mesme, theksohet në vitet e pleqërisë.

Pyetja nr. 5 “ Humbja e memories është normale tek personat e moshuar”.

E vërtetë. Me kalimin e viteve, ka një humbje modeste të memories, kryesisht asaj afat-shkurtër. Të moshuarit më të vjetër kanë një aftësi të rruajnë informacione shumë të hershme apo të reja, të cilat kanë lidhje me histori apo evente personale. Megjithatë, mund të thuhet se rikthimi i informacionit pëson një ngadalsim me kalimin e moshës. Shkaktohet ekzistencë ndryshimeve janë të paqarta ende, por mund të përfshijnë stresin, humbjet, sëmundjet fizike, efektet e medikamenteve, depresionin, ndryshimet trunore si pasojë e moshës. Gjithashtu mund të thuhet se mungesa e përqendrimit, humbja e dëgjimit apo dëmtime të tjera, mund të shërbejnë si faktorë kontribues në humbjen e memories në të gjitha moshat, sit ë rinjtë ashtu dhe të moshuarit. Përdorimi i strategjive të ndryshme si ushtrime, shoqërimi, paraqitje apo imazhe, organizim në kategoritë e shumë teknika të tjera ndihmojnë në vendosjen e memorjes.

Pyetja nr. 6 “Depresioni klinik ndodh më shpesh në personat e moshuar krahasuar me ata të rinj”.

E gabuar. Nuk ka evidenca të cilat të tregojnë apo të vërtetojnë se depresioni është më frekuentë në personat e moshuar dhe kjo dukuri të cilësohet si normale për moshën. Megjithatë mund të thuhet se është çrregullimi

kryesor ndër problemet mendore të personave të moshuar. Diagnostikimi i këtyre personave për depresion është shumë i vështirë, shpesh herë i penguar nga depresioni situacional, i cili shfaqet si pasojë e reagimit të këtyre adultëve ndaj izolimit, ndryshimeve të rolit, sëmundjeve apo efekteve të medikamenteve.

Pyetja nr. 7 “ Të moshuarit kanë shumë probleme me gjumin”.

E vërtetë. Të moshuarit më të vjetër zakonisht përjetojnë ndryshime në skemën e gjumit si psh vështirësi në zënien e gjumit, zgjime frekvente, dremitje gjatë ditës, ndryshime në ritmin circadian, gjumë i lehtë, ndodhi jo normale të frymëmarrjes gjatë fjetjes si dhe lëvizje të shpeshta të këmbëve gjatë gjumit. Cilësia e gjumit mund të pakësohet me kalimin e viteve, edhe pse koha e shpenzuar në shtrat rritet. Faktorët të cilat nxisin zhvillimin e problemeve të gjumit janë të shumta, duke nisur që nga çrregullimet e SNQ, e TGI, çrregullimet urinare, dhimbjet, depresioni, medikamentet me saktë abuzimi me to, mungesa e ushtrimeve fizike, stresoret e jetës, alkooli, konsumimi i duhanit, zhurmat e mjedisit si dhe mungesa e higjienës.

Pyetja nr. 8 “ Presioni i gjakut rritet me moshën”.

E vërtetë dhe e gabuar. Ka evidenca të cilat faktojnë se presioni i gjakut rritet me rritjen e viteve edhe pse ka polemika mbi kriteret të cilat përcaktojnë presionin e lartë të gjakut në personat e moshuar. Në tërësi, për personat mbi moshën 60 vjeçare, Komisioni i zbulimit, vlerësimit dhe trajtimit të hipertensionit, Joint National Commission on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, rekomandon fillimin e terapisë medikamentoze në personat të cilat kanë vlerë prej 150/90mm Hg të presionit të gjakut ose më të lartë. Të dhënat tregojnë se mbijetimi me antihipertensivë të personave të moshuar deri në abuzim me këto medikamente, me qëllim mbajtjen në kontroll të presionit të gjakut, ka rritur rrezikun si dhe vetë numrin rrëzimeve në këtë grup popullate.

Pyetja nr. 9 “Të moshuarit djersijnë shumë pak, kështu që janë shumë të rrezikuar të zhvillojnë hipertermi”.

E vërtetë. Djerësitja dhe etja janë procese nëpërmjet të cilave trupi lufton nxehtësinë e lartë, ndërsa në personat e moshuar këto procese nuk funksionojnë si tek individët e tjerë. Të moshuarit djersijnë më pak, janë më pak të etur, si pasojë e janë më pak të aftë të përballojnë temperatura ekstreme në krahasim me personat e rinj. Shkaqet e kësaj dukurie mund të shpjegohen me pakësimin e sensorëve të ndjeshmërisë në lëkurë, pakësimin e depozitimit të dhjamtit nën lëkurë si dhe uljen e efikasitetit të funksionit të hipotalamusit (qendra ku gjendet mekanizmi i rregullimit të temperaturës trupore). Të moshuarit më të mëdhenj se 70 vjeç e kanë shumë të veshtirë të kthejnë dhe të mbajnë temperaturën trupore në nivele normale, pas ekspozimit në nxehtësi të lartë apo të ftohtë të madh, madje ata kërkojnë më shumë kohë të kthehen në gjendjen fillestare. Edukimi i të moshuarve të shmangin temperaturat ekstreme apo marrja e masave të nevojshme parandalon numrin e vdekjen e këtij grupi popullate nga temperaturat jo të favorshme për ta. Rritja e sasisë së lëngjeve të konsumuara, akomodimi gradual me klimën, pushimi, shmangia e lodhjes gjatë nxehtësisë, përdorimi i kondicionerëve, rrobave të freskëta dhe të lirshme apo shmangia e përdorimit të alkoolit, janë strategji me anë të të cilave të moshuarit mund të shmangin rastet dhe rrezikun për hipertermi.

Pyetja nr. 10 “Të gjitha femrat e moshuara zhvillojnë osteoporozë”.

E gabuar. Osteoporoza e cila është e lidhur me rritjen e moshës, ka frekuencë më të lartë tek femrat dhe nuk është një rezultat i pashmangshëm i pleqërisë. Humbja graduale e indit kockor i bën kockat më të rrezikuara ndaj frakturave, si tek meshkujt ashtu dhe tek femrat e moshuara, ku deficienca në densitetin e minerale kockore ndodh në 50% të grave mbi 50 vjeç dhe 57% të të moshuarave mbi 70 vjeçe dhe ulet me 45% për atom bi 80 vjeç. Bazuar mbi faktet e studimeve në këtë fushë gratë rrallëherë zhvillojnë osteoporozënë moshën 70 vjeçare. Parandalimi i osteoporozës fillon me marrjen e kalciumit të mjaftueshëm

për organizmin, e ndjekur më pas me përdorimin e dozave të përshtatshme pas menopauzës. Gjithashtu shumë esenciale është dhe marrja e vitaminës D për të absorbuar kalçiumin e marrë. Aktiviteti fizik, terapia zëvendësuese hormonale, mospërdorimi i alkoolit, ulja e sasisë së proteinave, kripërave dhe kafeinës së përdorur, mund të ndikojnë në minimizimin e humbjeve të indit kockor.

Pyetja nr. 11 “Gjatësia trupore e të moshuarve pakësohet me kalimin e moshës”.

E vërtetë. Për shkak të osteoporozës, osteoarthritis si dhe një jete të gjatë duke u veshur dhe tërhequr, vertebrat e sipërme janë të bodësuar si dhe muskujt janë të atrofizuar, duke çuar në zvogëlimin e hapësirave midis disqeve vertebrale, e cila është e lidhur në mënyrë direkte me zvogëlimin e gjatësisë trupore. Pas moshës 40 vjeçare, individët humbasin pothuajse çdo dekatë rreth 4 inch, humbje e cila rritet me shpejtësi pas moshës 70 vjeçare. Zvogëlimi i gjatësisë trupore mund të minimizohet duke ndjekur një dietë të shëndetshme, të qëndruarit aktiv fizikisht si dhe parandalimit të osteoporozës.

Pyetja nr. 12 “Fortësia fizike dobësohet me kalimin e viteve tek personat e moshuar”.

E vërtetë. Masa muskulare fillon të zvogëlohet, kartilagjet fillojnë të grryhen, membranat bëhen fibrotike pra forcohen ndërsa fluidet trashen. Të gjitha këto ndryshime fillojnë të shfaqen që në moshën 45 vjeçare dhe fillojnë të dobësohen me rreth 1% në secilin vit. Kjo humbje graduale fillon i detyrohet deficiencës së proteinave, mungesës së aktivitetit fizik si dhe rritjes së dobësisë në personat e moshuar. Studimet kanë treguar se aerobia, ushtrimet e rezistencës mund të rrisin fortësinë muskulare, staminën, stabilizojnë balancën dhe minimizojnë rëniet.

Pyetja nr. 13 “Shumica e persona të moshuar humbasin interesin dhe kapacitetin ndaj marrëdhënieve seksuale”.

E gabuar. Projekti National Social Life, health and aging ka publikuar të dhëna të rëndësishme dhe sinjifikante të cilat tregojnë se si femrat apo meshkujt e moshuar kryejnë rregullisht marrëdhënie seksuale.

Pyetja nr. 14 “Kapaciteti i vezikesulet me kalimin e moshës, çka çon në urinim frekuent.”.

E vërtetë. Simptomat e traktit të poshtëm urinar janë shumë të shpeshta në personat e moshuar, madje shumë studime kanë faktuar se kapaciteti i vezikës reduktohet në këta persona. Indet e vezikës humbasin elasticitetin dhe ajo nuk mund të tkurret normalisht, duke çuar në paaftësi për të mbajtur urinën për një kohë të gjatë. Infeksionet e traktit urinar janë shumë të shpeshta duke çuar dhe në sëmundjet kronike të reneve.

Pyetja nr. 15 “ Të pestat shqisat dobesohen me kalimin e viteve”.

E vërtetë. Edhe pse ka një variacion shumë të theksuar midis vetë individëve, shqisat e personave të moshuar tentojnë të dobësohen me kalimin e viteve, madje mendohet se numri i stimuljeve të marrë nëpërmjet këtyre shqipsave ulet dukshëm

Pyetja nr. 16 “Konstipacioni është një gjendje normale e personave të moshuar”.

E gabuar. Edhe pse disa ndryshime normale të moshës në traktin gastro-intestinal mund të kntribojnë në zhvillimin e konstipacionit, studime të ndryshme kanë parë diferenca shumë të vogla në aktivitetin e kolonit të personave të moshuar krahasuar me ata të rinj. Shumë gjendje shëndetsore nxisin konstipacionin, psh depresioni, hipotiroidizmi, sëmundjet neurologjike, etj. Është e rëndësishme gjetja e shkakut që çon në konstipacion si dhe trajtimi i tij.

Pyetja nr. 17 “ Me kalimin e viteve, të moshuarit hasin më pak probleme shëndetsore akute dhe më shumë gjendje shëndetsore kronike”.

E vërtetë. Incidenca e sëmundjeve të përkohshme akute si infeksionet apo ftohjet stinore ulen me kalimin e moshës, por ato që ndodhin mund të jenë shumë të rrëzikshme, agresive dhe fatale. Personat e moshuar janë shumë të prirur të vuajnë prej sëmundjeve kronike, ato që zgjasin mbi 3 muaj, krahasuar me personat e rinj.

Pyetja nr. 18 “ Shumica e personave të moshuar vazhdojnë jetën sipas rutinës së tyre dhe e kanë shumë të vështirë të ndryshojnë”.

E gabuar. Ka disa evidenca të cilat tregojnë se personat e moshuar tentojnë të bëhen më stabël në në zakonet e tyre, por është e qartë se ata dëshirojnë të ndryshojnë. Për të mbijetuar ata duhet të përshtaten me shumë evente të jetës, si dalja në pension, ndarja nga fëmijët, etj.

Pyetja nr. 19 “ Personat emoshuar tentojnë të jenë më të ndjeshëm me kalimin e viteve”.

E vërtetë. Ndjeshmëria në këta persona, pëson një rritje të dukshme, të vëzhguar në të gjitha aspektet e jetës së të moshuarve. Përveç ndjeshmërisë, të moshuarit në këtë pjesë, bëhen më besimtarë ndaj feve apo zakoneve besimtare.

Pyetja nr. 20 “ Personat e moshuar kërkojnë një kohë më të gjatë rehabilitimi ndaj stresit fizik dhe psikosocial”.

E vërtetë. Një përsion i moshuar përjeyton ndryshime të thella në jetën e tij, duke nisur që nga dalja në pension dhe pakesimi i të ardhurave financiare, humbja e të afërmeve, sëmundje apo dobësim i aftësive, ndryshime të cilat kërkojnë një kohë më të gjatë përshtatjeje. Shumë studime tregojnë se një person i moshuar rehabilitohet nga një stress intens fizik dhe memocional, për një kohë më të gjatë se një përsion më i ri. Konkretisht, përmirësimi i një përsioni të moshuar pas një ngjarjeje traumatike mund të vonohet si pasojë e uljes së output-it dhe frekuencës kardiake. Megjithatë, të moshuarit të cilët kanë zhvilluar sistematikisht stil jetese aktiv dhe të shëndetshëm, e kanë më të shkurtër kohën e rehabilititit ndaj stresit. Po ashtu mund të thuhet se metodat e përballimit të situatave, të fituara jatë jetës, mund ta mbrojnë të moshuarit nga këto situatë, duke e ndihmuar atë ti kalojë më lehtë gjendjet e vështira.

Pyetja nr. 21 “ Shumica e të moshuarve pretendojnë që shëndeti i tyre të jetë i shkëlqyer”.

E vërtetë. Shumica e personave të moshuar tentojnë dhe kërkojnë që shëndeti i tyre të jetë në nivel shumë të kënaqshëm. Ata shpesh herë

bëjnë krahasime me individë të të njëjtës moshë.

Pyetja nr. 22 “Kërkimet tregojnë se pleqëria fillon në moshën 65 vjeçare”.

E gabuar. Pleqëria është një konstruksion social. Përkufizimet, përcaktimet e moshës janë të ndryshme për kohë dhe kultura të ndryshme. Ajo çka njerzit e konsiderojnë “ të vjetër”, ka pësuar ndryshime drastike në 100 vitet e fundit. Të qënurit i identifikuar si “ i vjetër” nuk lidhet vetëm me moshën në vite, por njëkohësisht lidhet ngushtë me shëndetin, aftësitë funksionale., rolin social dhe perceptimin e vetës. Mosha 65 vjeçare, është një kufi arbitrar, i vendosur nga programet e kujdeseve shëndetsore, e cila synon të rritet në 67 vjeç deri në vitin 2027.

2.3 Edukimi shëndetsor në personat e moshuar

Edukimi shëndetësor rrit njohuritë individuale shëndetësore dhe kujdesin shëndetsor duke i bërë individët më të informuar në lidhje me zgjedhjet e tyre shëndetsore. Sjelljet shëndetësore profilaktike (të tilla si aktivitetet fizike dhe ushqimi i shëndetshëm) e mbajnë jetën e personit të moshuar, aktive, rrjedhimisht duke rritur dhe kënaqësinë ndaj jetës. Pjesa në të cilën të moshuarit kërkojnë më shumë ndihmë, është dhënia e njohurive, jo vetëm për të përballuar patologjitë tipike të moshës por dhe mundësitë për të përmirësuar stilin dhe shëndetin e tyre. Bazuar në të dhënat e OBSH edukimi shëndetsor paraqet rëndësi të madhe për të mbështetur nevojat dhe promovimin shëndetsor në personat e moshuar.

Aktualisht në vendin tonë ekziston një plan ndërkombëtar për promovimin shëndetsor në personat e moshuar, i cili është i paraqitur në Anekset e këtij punimi (Shih Aneks nr. 2).

Edukimi shëndetësor kërkon një trajtim të kujdesshëm të dijes, qëndrimit, objektivave, perceptimit, statusit social, strukturës së pushtetit, praktikave kulturore dhe perspektivave të tjera sociale.

Edukimi shëndetsor nuk është thjesht një koncept për individët dhe familjet e tyre, por ai mund të ndikojë thellë në jetën sociale të individit (GLANZ et al., 2008).

Një popullsi e plakur, i bën vendet të përballen me sfida të rëndësishme në drejtim të kujdesit dhe edukimit shëndetsor, madje mbështetja sociale dhe kujdesi i ofruar nga miqtë kundrejt të moshuarve, mund të jetë i pamjaftueshëm. Nësë të moshuarit përshtatën me sjellje të mira shëndetsore dhe vetë-menaxhuese, atëherë ata do të jenë më të pavarur gjatë jetës së tyre të përditshme. Megjithatë, prevalenca e lartë e sëmundjeve kronike si diabeti, sëmundjet e zemrës, dementia apo kanceri, e bëjnë vetë-menaxhimin më të komplikuar.

Në programet e edukimit të të moshuarve është i rëndësishëm të rritët ndërgjegjësimi i këtyre individëve ndaj trajtimit mjekësor. Personat e moshuar janë cilësuar si persona joproduktivë, rezistent ndaj ndryshimeve, impotent dhe stereotipa. Një pengesë tjetër është mungesa e personelit shëndetsor, si dhe mungesa e dijeve dhe aftësive të tyre. Në shumë studime të zhvilluara në vende të ndryshme, është vërejtur se ka nevojë për programe serioze edukimi ndaj këtyre moshave, ndërsa personeli mjekësor mendon se personat e moshuar kanë një vështirësi të madhe në të kuptuarin dhe të mësuarin të gjërave, gjë që përbën një pengesë të madhe në edukimin efektiv.

Në disa raste, komunikimi me personat e moshuar mund të jetë i vështirë për shkak të çrregullimeve mendore apo të dëmtimeve të dëgjimit, për këtë arsye këta lloj personash konsiderohen si të komplikuar ose të vështirë, nga ana e personelit shëndetsor.

2.3.1 Proçeset e plakjes që ndikojnë në edukimin shëndetsor të personave të moshuar

Më poshtë janë paraqitur disa ndryshime që ndikojnë mbi proçesin e edukimit shëndetsor në personat e moshuar:

➤ Ndryshimet fizike – Fillimi, drejtimi dhe rendi i proçeseve të plakjes tek njeriu, varen fizikisht dhe biologjikisht nga faktorë gjenetik dhe mjedisor. Proçeset degjenerative mund të ndodhin në dëgjim, shikim, ndjesi apo aftësitë reaguese. Mund të dëmtohet koordinimi motor, lëvizshmëria apo përshtatja në hapësirë. Niveli i punës mund të ulet në cdo sistem të trupit.

➤ Ndryshimet psikologjike- Aspekti psikologjik lidhet me kapacitetin përshtatës. Në personat e moshuar mund të shfaqen ndryshime në memorje, procesin e të mësuarit, zgjidhjen e problemeve, zakonet, statusin psikologjik, personalitet dhe sensin ndaj vetes. Më të shpeshta janë problemet me memorien. Ndryshime vihen re edhe në interpretimin apo lidhjen e ideve dhe ngjarjeve. Edhe pse ulet aftësia për të mësuar, memoria dhe inteligjenca, është vertetuar që edukimi shëndetsor ka efikasitet në këto moshë. Një faktor tjetër i cili ndikon në statusin psikologjik janë humbjet, humbja e rolit, statusit, një personi të dashur si bashkëshortja apo bashkëshorti, fuqia ekonomike sjellin ndryshime serioze psikologjike në personat e moshuar.

Në këto kushte respekti ndaj vetes reduktohet, prandaj është e rëndësishme që programi edukues të përfshijë rritjen e vlerësimit ndaj vetes. Siguria dhe nevojat e saj janë faktorë që rrisin ankthin në personat e moshuar. Nësë këto nevoja nuk përmbushen atëherë një i moshuar nuk mund të marrë pjesë në programet e edukimit.

➤ Ndryshimet socio- kulturore: Ndryshimet sociale dhe kulturore ndikojnë në kujdesin ndaj vetes si një komponent personal. Pavarësia është elementi më i rëndësishëm për të moshuarit pavarësisht kushteve apo sëmundjes, por meqë fuqitë e tyre fizike reduktohen, personat e moshuar largohen nga aktivitetet që kërkojnë energji dhe fuqi, duke zgjedhur stile pasive të jetës, psh personat me edukim të paktë e kalojnë kohën në pasivitet. Mënyra se si një i moshuar përballon problemet varet prej kujdesit shëndetsor dhe edukimit. Në disa vende personat e moshuar nuk dëshirojnë të qëndrojnë në shtëpitë e tyre apo në shtëpi për të moshuar, gjë që çon në pengimin e zhvillimit dhe mbajtjen e kujdesit shëndetsor, faktorë pengues të cilët duhet të minimizohen gjatë edukimit të të moshuarve.

2.3.2 i moshuari në rolin e nxënësit.

Njohja e nxënësit është një pikë kyçe e suksesit të procesit edukues.

- Vetë-koncepti. Nxënësi i moshuar është i aftë të drejtojë veten, për të qenë maturë dhe pozitiv në shoqëri. Çdo njeri duhet

të marrë përsipër përgjegjësitë dhe pasojat e këtyre vendimeve. Fusha më e rëndësishme është rritja e integritetit ndaj vetes, me fjalë të tjera është “të pranosh jetën me gjithë aspektet e saj pozitive apo negative”. Kjo parandalon pritjen e të ardhmes me frikë dhe ankth. Një nga karakteristikat e mungesës së integritetit ndaj vetes është ideja që ditët e shkuara nuk janë shpenzuar mire apo frika ndaj vdekjes. Në procesin e edukimit shëndetsor duhet treguar respekt ndaj nevojave të të moshuarit, zgjedhjeve dhe dëshirës për të menaxhuar vetë jetën e tij. Është i rëndësishëm krijimi i një mjedisi që i bën ata të ndihen të pranuar, të respektuar dhe të besojnë të shprehin ndjenjat dhe mendimet e tyre.

- Eksperienca e jetës. Një i moshuar ka një background të konsiderueshëm informacioni dhe eksperiencë gjatë jetës së tij/ saj, e cila shërben si një burim shumë i mirë edukimi, ndërsa eksperiencat negative që ndikojnë në procesin e edukimit, duhen reduktuar. Një person i moshuar që ka patur eksperienca si sëmundje kronike, mund të mendojë së edukimi nuk mund ti ofrojë atij ndonjë efekt pozitiv, ndërsa eksperiencat positive mund të shërbejnë si strategji edukimi eksperimentale.

- Të qenurit gati ndaj edukimit. Para një procesi efektiv, të moshuarit duhet të jenë gati të edukohen. Qëndrimet e njerëzve dhe përgjigjet ndaj një situate që kërcënon mirëqenien e tyre, përcaktohet nga një sëmundje që shkakton humbje të kontrollit dhe të vetë-besimit, aftësive të kufizuara dhe përcëpimeve. Arritjet e mëparshme të të moshuarit mund të shërbejnë si një faktor motivues, gjatë edukimit është e rëndësishme të motivohet i moshuari duke i thenë “ti mund ta besh”, “ti mund ta arrish” etj..

- Të orientuar sipas problemit dhe qëllimit. Të moshuarit janë të motivuar të edukohen nga ana shëndetsore nëse ka ndonjë problem që kërcënon shëndetin e tyre. Ata mundohen të mësojnë gjëra të vlefshme, me idenë që do të kalojnë problemin që kanë. Edukimi i të moshuarve ka një orientim sipas sjelljes, ku pacientët duhet të pajisen me njohuri praktike, për zgjidhjen e problemeve të tyre dhe problemet me urgjente duhet të jenë prioritare.

2.3.3 Barrierat e mundshme të edukimit të të moshuarve

Për të patur një proces edukimi sa më të frytshëm, si fillim duhet të identifikohen barrierat që mund të pengojnë zhvillimin e këtij procesi. Këto barrierat mund të klasifikohen si humbje sensore, sëmundje mendore apo sëmundje kronike, të cilat paraqiten si më poshtë:

- Humbjet sensore. Humbjet sensore mund të jenë me një sensor ose më shumë (auditore, vizuale, olfaktore, të prekjes ose të shijimit).
- Defiçenca e të dëgjuarit. Individët me probleme të dëgjimit kanë humbje të pjesshme ose totale të këtij sensori. Këta të moshuar paraqesin probleme të komunikimit, që rrjedhimisht ndikon mbi procesin e edukimit. Si të gjithë individët e tjerë, ky grup të moshuarish ka nevojë për kujdes shëndetsor dhe për edukim shëndetsor. Këta lloj personash duhet të përdorin shqisat e tjera për

të komunikuar. Ekzistojnë shumë mënyra komunikimi mes të moshuarve të tillë. Së pari duhet gjendur mënyra e komunikimit që parapëlqen personi. Alternativat më të përdorura janë gjuha e shenjave, informacion i shkruajtur, leximi i buzeve apo suporti visual. Gjatë edukimit, edukuesi duhet të jetë natyral, jo strict, të flasë qartë me fjali të pastra, të komunikojë përballë duke mbajtur një distancë prej 100 cm.

- Defiçenca vizuale. Defiçencat vizuale janë të shpeshta tek personat e moshuar. Problemet me të shpeshta janë glaucoma, kataraktet apo degeneracioni makular i retinës. Ndryshimet në pamje manifestohen në formë të ndryshme si psh nuk dallohen objektet në largësi, nuk shihet pjesa anësore e tyre apo nuk dallohen tërësisht ngjyrat. Aftësia akomoduese e syrit humbet me kalimin e moshës. Me poshtë janë paraqitur disa rekomandime për edukimin e të moshuarve me dëmtime të shikimit:

Materialet edukuese duhet të përgatiten në formate dhe madhësi të mëdha, në mënyrë që të shihen me lehtë prej të moshuarve.

Ndjesitë e tjera duhet të vihen më shumë në punë

Ndjesitë si të degjuarit dhe të prekurit, kanë shumë rëndësi në shpërndarjen e informacionit.

Procedurat duhen të shpjegohen në mënyrë deskriptive

Të moshuarit duhet të lejohen të prekin, të mbajnë dhe të nuhasin materialet në fjalë.

Ngjyrat e materialit duhet të jenë bardh e zi.

- Deficitet në shijim dhe nuhatje. Formimi i atrofisë papilare në gjuhë con në humbjen e ndjeshmerisë ndaj të kripurave dhe të emblave. Në disa sëmundje si Alzheimer dhe Parkinson mund të preket si i nuhaturit ashtu dhe i shijuarit. Personat e moshuar kanë nevojë për të njejtët ushqyes ushqimorë ashtu si dhe personat e rinj, vecse në sasi të ndryshme. Si pasojë e moshës, shumë faktorë ndikojnë negativisht mbi nutricionin. Në këto moshë gjenden shpesh mungesa elementësh. Për këtë arsye, personi i moshuar duhet të jetë me kujdes të moshës në konsumin e disa ushqyesve si proteinat,

folatet, vitamina B12, calcium, vitamin D, hekur, zink, riboflavin. Të gjithë këta element, që janë të rëndësishëm për të moshuarit, mund të shërbejnë si katalizator për disa lloj sëmundjesh. Për këtë arsye, edukatori duhet të vlerësojë nivelet e këtyre susbtancave, sidomos gjatë vlerësimit fizik të të moshuarit.

- Defiçitet në ndjesinë e të prekurit. Personat e moshuar mund të vuajnë nga reduktimi i ndjesisë së të ftohtit apo nxehtësisë, madje kanë dhimbje, si pasojë e uljes së trashësisë së dermës së lekures, sintezës së vitamins D, prodhimit të kolagenit.

- Sëmundjet mendore. Personat që do të punojnë me këta lloj të moshuarish, duhet të marrin parasysh ndjenjat dhe mendimet e tyre rreth sëmundjes së tyre. Për edukimin e këtyre personave ekzistojnë disa principe bazë dhe disa strategji specifike të cilat duhet të merren

në konsideratë. Një nga hapat e parë është vendosja e diagnozës mendore. Fillimisht, në vend që të diagnostikojmë nivelin e ankthit tek individ, është e nevojshme të vendoset nëse individ ka ndonjë insufiçencë apo paaftësi mendore.

Gjatë punës edukuese me një person me sëmundje mendore, duhet të marrim në konsideratë pikat e mëposhtme:

Trainimi duhet të organizohet në bazë të nevojave të personit.

Duhet të mbahet gjallë dëshira për të mësuar dhe gëzimi për jetën.

Informacioni duhet të jepet duke përdorur fjalë të thjeshta dhe të shkurtra, dhe të përsëritet shumë herë nëse është nevoja.

Një séance edukimi duhet të jetë e shkurtër dhe e përsëritur herë pas here.

Duhet të përdoren të gjitha potencialet dhe burimet e individit dhe të familjes së tij.

Duhet të pranohet ndihma e pjesëtarve të familjes, të afermve, vullnetarve, etj.

Pasi program të mbarojë, personi duhet të pajiset me një certifikatë, e cila e motivon të moshuarin shumë. Për individet e shëndetshëm, arritja dhe mbajtja e pavarësisë dhe drejtimi i vetes, është jashtëzakonisht i rëndësishëm.

- Sëmundjet kronike. Proçesi i edukimit në individët me sëmundje kronike, është një proçes plot me vështirësi. Shumë sëmundje kanë faza të ndryshme, të cilat mund të ndikojnë në edukimin e personit apo të familjes së tij. Nuk ka një metodë unike në prodhimin e edukimit më të mirë. Ajo cka ka rëndësi është fillimi i sëmundjes, progresi i saj dhe intesiteti. Perceptimi dhe reagimi i familjarëve ndaj këtij procesi edukues, është gjithashtu shumë i rëndësishëm.

Këta individë shpesh herë përjetojnë konflikte mes nevojave të tyre për të qenë të pavarur në jetën e tyre. Rruajtja e energjisë dhe e pavarësisë mund të jetë shtypëse nga ana emocionale dhe fizike. Të jetosh me një sëmundje kronike shpesh shkakton humbje të rolit dhe ndryshime të tjera. Nëse ka humbje të rolit dhe ulje të respektit ndaj vetes, situata është gati për edukim. Në një situatë të tillë duhet të ndërmerren këto hapa:

Kujdesi në të moshuarit me sëmundje kronike

Të parandalohet krizat dhe problemet para se ato të ndodhin

Mbahen nën kontroll simptomat

Aplikohet plani aktual i trajtimit dhe sigurohet një menaxhim i kujdesit ndaj vetes.

Parandalohet izolimi social nga personat e tjerë.

Ndihmohen të ekulibrojnë standartet e tyre të jetës dhe marrëdhëniet e tyre me personat e

tjerë.

Për të siguruar ndryshime për shkak të sëmundjes, së pari përshtasim veten.

Siguro gjendjen e medikamenteve nëse është e nevojshme.

Parandalo zhvillimin e problemeve psikologjike, martesore dhe familjare.

2.3.4 Proçesi i edukimit shëndetsor në personat e moshuar.

Personat që ofrojnë edukim shëndetsor kanë një përgjegjësi të madhe në evidentimin e nevojave të të moshuarit dhe ndërmarrja e veprimeve bazuar në këto nevoja. Objektivi kryesor i edukimit shëndetsor është sigurimi i asistencës individuale dhe sociale, në mënyrë që këta persona të kenë një jetë të shëndetshme me anë të përpjekjeve dhe veprimeve vetjake. Ky proces mund të ndryshojë besimet dhe sistemin e vlerave të individit, zakonet dhe nivelin e aftësive; me pak fjalë ndryshon stilin e jetesës.

Roli i edukuesve të shëndetit është aplikimi i edukimit në mënyrë që të zhvillohet përgjegjësia ndaj vetes në personat jo kompetent. Nje edukator i shëndetit duhet të përcaktojë nevojat për dije të personit, në bashkëpunim me familjen e tij dhe të hartojë një plan me procedurat nderhyrëse.

Në fillim të edukimit duhet të evidentohen problemet e pacientit, pasojat afatshkurtra dhe afatgjata të deficiteve, efektivitetin e mekanizmave riprodhues, nevojat e tyre sensomotore, konjitive, komunikuese dhe perceptuese.

Për të përcaktuar nivelin e gadishmërisë së pacientit, duhet të zhvillohen këto pyetje:

- A ka individë/ familje të tjera të interesuar në procesin e edukimit shëndetsor, a pyesin ata për zgjidhje të problemeve, sa i marrin ata në konsideratë nevojat e pacientit?

- A ka informacion të pamjaftueshëm apo probleme në dëgjim dhe shikim që pengojnë edukimin?

- A ka ndryshime motore apo sensoriale? A do të marrin pjesë në edukim njerzit përreth pacientëve? Cili është stili më i përshtatshëm edukues, që aplikohet në aktivitetet e vetë- kujdesit?

- A ka përputhje mes qëllimeve të pacientit dhe atyre të familjes?

Pasi të kemi përcaktuar nivelin e gadishmërisë, aktivitetet edukuese duhet të strukturohen në përputhje me modelet e edukimit shëndetsor.

2.3.5 Modele të promovimit shëndetsor në personat e moshuar.

Janë tre qasje kryesore në promovimin e shëndetit: ajo mjekësore, e sjelljes dhe socio-mjedisore. Secila prej këtyre ka objektivat specifike në promocion. Secila prej këtyre kontribon në zhvillimin dhe efektivitetin e ndërhyrjeve promovuese shëndetsore⁷.

➤ Përqasja mjekësore. Promocioni shëndetsor nëpërmjet kësaj prespektive përpiket të kuptojë faktorët epidemiologjik dhe biomjekësor, të lidhur me sëmundjen, me objektivin për ti eliminuar, kontrolluar sëmundjen nëpërmjet skrinimit dhe trajtimit. Ndërhyrjet tipike mjekësore mund të përfshijnë imunizimin, skrinimin për kancer, matjen e kolesterolit dhe testin e densitetit të kockave. Historikisht qasja mjekësore ka pat si qëllim kontrollin e shpërhapjes së sëmundjes, ndërsa tani shëndeti publik fokusohet në ndryshimin e sjelljeve riskante dhe rritjen e sjelljeve të mira shëndetsore.

⁷ Marre nga:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400018&script=sci_arttext&tlng=en

Qëllimet e përqasjes mjekësore

Kjo përqasje fokusohet në aktivitete që synojnë reduktimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së parakohshme. Ky lloj promocioni shëndetsor kërkon të rrisë ndërhyrjet mjekësore të cilat do të parandalojnë zhvillimin e sëmundjeve dhe vdekjen e parakohshme.

Kjo përqasje është e organizuar në tre nivele ndërhyrjesh:

- Parandalimi parësor – parandalimi i fillimit të sëmundjes nëpërmjet edukimit ndaj rrezikut.

- Parandalimi sekondar – parandalimi i avancimit të sëmundjes

- Parandalimi terciar – reduktimi i paaftësisë dhe i vuajtjes së mëtejshme tek ata të moshuar që tashmë janë të sëmurë. Këtu përfshihet parandalimi i rikthimit të një sëmundjeje dhe rehabilitimi i pacientit.

Parimi i shërbimeve parandaluese të tilla si imunizimi apo depistimi, është fokusimi në grupet me risk të lartë për zhvillimin e një sëmundjeje të caktuar. Ndërsa imunizimi kërkon një nivel të caktuar përhapjeje për të qenë efektiv, depistimi u afrohet grupeve specifike. Që depistimet të jenë efektive për përcaktimin e sëmundjes, duhen këto kushte:

- Sëmundja duhet të ketë një periudhë të gjatë paraklinike, kështu që testi depistues nuk do të humbas shenjat.

- Trajtimi i hershëm duhet të përmirësojë rezultatet.
- Testi duhet të zbulojë të gjitha rastet e sëmundjes.
- Testi duhet të jetë specifik (duhet të zbulojë vetëm rastet me sëmundje).
- Testi duhet të ketë një kosto efektive.

Shpesh herë përqasja mjekësore është kritikuar për injorimin e kushteve sociale dhe mjedisore të pacientit. Përveç kësaj, kjo përqasje ka tendencë që personat të krijojnë varësi nga shërbimeve mjekësore dhe mënjanojnë marrjen e vendimeve dhe sjelljeve të mira shëndetsore.

➤ Ndryshimi i sjelljes. Promovimi shëndetsor nëpërmjet qasjes së sjelljes fokusohet në implementimin e ndryshimeve ose largimit të sjelljeve që riskojnë shëndetin. Këto strategji mund të arrihen nëpërmjet edukimit shëndetsor, marketingut apo politikave që mbështesin ndryshimin e stilit të jetesës.

Qëllimet e ndryshimit të sjelljes

Kjo përqasje inkurajon njersit të fitojnë sjellje të shëndetshme, të cilat janë parë të kenë rol në përmirësimin e shëndetit.

Në këtë qasje përmendim katër lloj modelesh të përdorura:

- a. Modelin e besimit shëndetsor
- b. Teoria e sjelljes së planifikuar
- c. Modeli transteorik
- d. Modeli i përmirësimit të komunikimit.

Modeli i besimit është i rëndësishëm për të kuptuar qëllimin e realizimit të një sjelljeje shëndetsore; nëpërmjet teorisë së sjelljes së planifikuar parashikojmë performancën e një

sjelljeje të caktuar, me anë të këtyre stadeve në kuptojmë gadishmërinë e pacientin për të ndryshuar si dhe ndërhyrjet e mundshme për të përmirësuar procesin.

Modeli i përmirësimit të komunikimit tregon rëndësinë e përdorimit të komunikimit adekuat në fuqizimin e personit të moshuar për të marrë përgjegjësitë mbi shëndetin e vet.

a. **Modeli i besimit shëndetsor.** Është një model motivues që përshkruan gjashtë përcaktues të sjelljes shëndetsore: sensibiliteti,

rendësia, barrierat dhe përfitimet e perceptuara, motivimi shëndetsor dhe çeshtjet që kërkojnë veprim të menjëhershëm.

Këta komponentë mendohet të jenë të pavarur prej njeri- tjetrit. Ky model hedh hipotezën së veprimet shëndetsore varen nga këta tri faktorë:

- Ekzistenca e një motivimi të mjaftueshëm, psh një shqetësim shëndetsor që vjen duke u rritur.
- Ndjesia e një problem serioz shëndetsor.
- Realizimi i një sjelljeje të mirë shëndetsore, me mendimin se do të sjell reduktim të shkakut të sëmundjes.

Marrim shembullin e realizimit të një mamografie. Nëse gruaja percepton se do të marrë një lajm të keq nga realizimi i këtij ekzaminimi, atëherë ajo refuzon ta kryejë atë. Përgjithësisht, personat të cilët janë informuar mbi të mirat e ndryshimit të sjelljes, kanë pranuar dhe kanë marre pjesë në ndryshim.

b. **Teoria e sjelljes së planifikuar**Ky model tregon se personi ka për qëllim të ndryshojë sjelljen. Qëllimi arrihet nga tre variabla të pavarura:

- Zakonet

- Normat
- Kontrolli mbi sjelljen.

Së pari, zakonet përcaktohen si nëe vlerësim pozitiv ose negativ i performimit të një sjelljeje.

Besimet ose normat subjektive, përcaktohen si presioni social i perceptuar nga individi, për kryerjen ose jo të një sjelljeje. Kontrolli mbi sjelljen përcaktohet si perceptimi i vështirësisë në performimin e kësaj sjelljeje, nëse kjo sjellje është nën kontrollin e personit apo të faktorëve të jashtëm. Kontrolli është përcaktuesi përfundimtar i qëllimit apo i sjelljes.

c. **Përqasja edukative.** Qëllimi i kësaj përqasjeje është të sigurojë njohuri, informacion dhe të zhvillojë aftësitë e nevojshme, në mënyrë që njerëzit të bëjnë zgjedhje të informuar për shëndetin e tyre. Kjo përqasje dallon nga ajo e ndryshimit të sjelljes, pasi nuk ka për qëllim të bindë, të motivojë apo të ndryshojë në një drejtim të vecantë. Përfundimi i kësaj përqasjeje do të ishte zgjedhja vullnetare e klientit e pa ndikuar nga ajo e punonjësit të promocionit shëndetsor.

Qëllimet e përqasjeje:

- a. *Të parandaloje sëmundjet*
- b. *Të sigurojë që njerëzit të jenë të mirëinformuar dhe në gjendje të bëjnë zgjedhje të shëndetshme*
- c. *Të ndihmojnë njerëzit të fitojnë aftësi dhe besim për të kontrolluar me mirë shëndetin e tyre.*

Të ndryshojnë politikat dhe mjediset në mënyrë që të lehtësojnë zgjedhjet e shëndetshme.

d. **Fuqizimi i personit.** Sipas ËHO promocioni shëndetsor përkufizohet si një proces aftësimi i njerzve për të përmirësuar shëndetin dhe për të rritur kontrollin. Me anë të kësaj përqasjeje, njerëzit mund të identifikojnë shqetësimet e tyre dhe të fitojnë aftësinë dhe besimin për të vepruar. Kur flasim për fuqizim duhet të dallojmë vetë- fuqizimin dhe fuqizimin e komunitetit.

Që njerëzit të jenë të fuqizuar ata kanë nevojë:

- Të njohin dhe të kuptojnë pafuqitë e tyre.
- Të kenë ndjeshmëri të lartë për situatën aq sa të duan ta ndryshojnë atë.
- Të jenë të aftë të ndryshojnë situatën, duke patur informacion, mbështetje dhe aftësi.

e. **Ndryshimi social.** Kjo përqasje, e cila përmendet si promocion radikal, njeh rëndësinë e mjedisit socio- ekonomik në përcaktimin e shëndetit. Zhvillimi i saj është

në nivel politik ose mjedisor. Qëllimi i saj është të shkaktojë ndryshime në mjedisin fizik, social dhe ekonomik, të cilat do të kenë efekt

në promovimin e shëndetit. Metodat e zhvillimit të saj i përshtatën hierarkisë, me drejtim nga lart- poshtë.

Modeli sipas TANAHILL

Ky model flet për tre sfera aktiviteteve :

1. Edukimi shëndetsor – komunikim për të rritur dhe për të parandaluar sëmundjen, nëpërmjet njohurive dhe qëndrimeve.
2. Mbrojtja e shëndetit – rruajtja e shëndetit të popullatës nëpërmjet masave ligjore, fiskale dhe sociale.
3. Parandalimi – reduktimi ose shmangia e rrezikut

2.3.6 Komponentët e promovimit shëndetsor në personat e moshuar.

Shëndeti dhe gjendja e personave të moshuar është shumë kompleksë, duke ndikuar gjithmonë në mendimet dhe ndjenjat e vetë personit⁸.

a. **Shëndeti fizik** . Procesi i plakjes shoqërohet me një rritje të riskut të sëmundshmërisë dhe mortalitetit dhe një nevojë të madhe për kujdesje shëndetsore. Është shumë e rëndësishme për personat e moshuar mirëmbajtja e shëndetit të tyre fizik, duke përfshirë forcën e muskujve, fleksibilitetin dhe ekuilibrin. Ajo që përben rrezik të madh në këto moshë janë rrezimet e personit, të cilat kërkojnë shumë kohë të riparohen.

b. **Shëndeti mendor**. Shëndeti mendor përcaktohet nga mirëqenia sociale, emocionale dhe shpirtërore. Shëndeti mendor u jep mundësinë personave të jetojnë në mënyrë aktive, të arrijnë qëllimet, të ndërveprojnë me personat e tjerë në mënyrë të drejtë dhe të respektueshme. Kohët e fundit problemet mendore po shtohen shumë mes personave të moshuar. Disa studiues kanë vertetuar se me kalimin e vitëve personat fitojnë më shumë aftësi dhe strategji të menaxhojnë stresin. Ndërsa disa studiues të tjerë vertetojnë të kundërtën; personat e moshuar për shkak të

kushteve socio- ekonomike, humbjes së bashkëshortit/ bashkëshortës dhe pranisë së një sëmundjeje, e kanë shumë të lehtë të manifestojnë gjendje stresi. Ata paraqiten si pacientë të veshtirë në kujdesin shëndetsor, me vështirësi në të kuptuar dhe të sjellur. Kjo moshë karakterizohet nga ankthi dhe depresioni dhe një kapacitet i ulur i bashkepunimit⁹.

c. **Shëndeti social**. Pozicioni social i personit varet në mënyrë direkt nga statusi socio- ekonomik. Për shkak të kufizimeve ekonomike, barrierave fizike dhe mendore, personat e moshuar tentojnë të jenë të izoluar. Është vertetuar se të qenit aktiv në shoqëri shërben si një mbrojtje e shëndetit, psh reduktimin e depresionit. Integrimi në shoqëri e ndihmon personin e moshuar të rrisë besimin ndaj vetes, ndjenjës e efikasitetit së po shërben për dikë si dhe ndjenjën se i përket dikujt.

Shoqëria përveç efektëve të mira, mund të japë impakt negativ tek personi i moshuar për shkak të konflikteve, urrëjtjes, mungesës së vlerësimit apo sërvirjes së sjelljeve të shëndetshme si alkooli apo duhani. Këto aspekte negative të shoqërizimit e cojnë personin e moshuar drejt izolimit.

Izolimi dhe jeta sociale e varfër janë të lidhura me rritjen e sëmundshmërisë dhe mortalitetit. Përmendim këtu plot raste ku të moshuarit

⁸ Marre nga:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Health-Literacy-in-Older-Adults.html>

⁹ Marre nga: Jones, S. & Fox, S. (2009).

Generations online in 2009: Pew internet and American life project. Retrieved March 1, 2009

vdesin të vetmuar, dhe askush nuk interesohet për ta.

Mobilizimi social, bashëesitë e personave të moshuar, aktivitetet sociale e ndihmojnë personin e moshuar të qëndrojë fizikisht dhe menderisht aktiv.

d. **Shëndeti shpirtëror.** Përcaktohet si konceptet e personit mbi jetën, kuptimin e saj dhe marrëdhënieve. Mirëqënia shpirtërore, redukton stresin, duke e aftësuar personin të përballë me problemet shëndetsore në menyrë të fortë. Shëndeti shpirtëror është shumë domethënës për personat e moshuar, ai zakonisht nuk ndikohet nga procesi degenerativ i plakjes, as nga dëmtimet fizike apo mendore.

- Komponentët e promovimit shëndetsor në personat e moshuar¹⁰.

Çfarë duhet të promovojmë???

- a. Ushtrimet
- b. Ushqyerja
- c. Të pushuarit dhe gjumi
- d. Checkup periodike mjekësore.
- e. Sjelljet me rrezik të lartë
- f. Mirëqënia emocionale.
- g. Mirëqënia psikologjike.

Objektivat e promovimit shëndetsor në personat e moshuar

1. Të përmirësojmë cilësinë dhe vitet e jetës së shëndoshë.
2. Të ruajmë funksionët
3. Të eliminojmë varësinë
4. Të përmirësojmë kualitetin e jetës
5. Të rrisim nivelin mesatar të jetësës- duke ulur vdekjet e hershme nga sëmundje kronike dhe akute.

¹⁰ Marre nga:

<http://www.lighthouseguild.org/education-services/professional-education/patient-management/mana>

Të mirat trupore që sjellin ushtrimet fizike

- 1) Djeg yndyrnat në trup.
- 2) Përmirëson kapacitetin kardiovaskular(↑ fluksin e gjakut dhe ruan integritetin e lëkurës.)
- 3) Kontrollon hipertensionin dhe sheqerin në gjak.
- 4) Përmirëson funksionin respirator.
- 5) Përmirëson fleksibilitetin e artikulacioneve.
- 6) Përmirëson pacientët të pushojnë dhe të flenë.
- 7) ↑ autonominë.
- 8) Përmirëson ndjesinë e të qënurit mirë.
- 9) Ruan funksionin mendor.
- 10) Promovon ndjesinë e normalitetit.
- 11) Ndhmon lëvizjen peristaltike të zorrëve

Të mirat psikologjike të ushtrimeve fizike

1. Përmirëson humorin.
2. Përmirëson imazhin vetjak
3. Reduktn stresin
4. Përmirëson gjumin
5. Përmirëson stadin depresiv në personat e moshuar.

Të mirat sociale të ushtrimeve fizike

1. Përmirëson ndërveprimin social dhe marrëdhëniet me personat e tjerë

2.3.7 Roli i infermierit gjatë realizimit të ushtrimeve fizike

Bëhet vlerësimi në fillim të ushtrimeve, si:

1. Historia & ekzaminimi fizik(CVS, resp, muskuloskeletal & sistemi neurologjik)
2. Teste të funksionit renal dhe hepatic.
3. ECG
4. Vlerëson reziqet e mjedisit.
5. Vendosi një kohë të caktuar gjatë ditës, për tu ushtruar.

Para fillimit të realizimit të ushtrimeve , infermieri duhet të keshillojë të moshuarin për:

1. 10 minuta ngrohje me ushtrime stretching.
2. Të konsumohet uje para dhe pas ushtrimeve, pasi kemi humbje të ujit gjatë ushtrimit.

3. Veshja gjatë ushtrimeve duhet të lejojë lëvizje të lirshme.
4. Përdorimi i këpuceve të përshtatshme atletike lehtëson ushtrimet.
5. Shmangen ushtrimet jashtë shtëpisë në mot shumë të nxehtë apo shumë të ftohtë.
6. Të ushtrohesh në shoqëri, dmth me një mik , është me inkurajuese dhe e sigurt.
7. Infermieri duhet të informojë të moshuarit, të ndalojnë ushtrimet nëse kanë keto simptoma:
 - ☞ Dhimbje kraharori ose shtrëngime
 - ☞ Frymëmarrje të shkurtër.
 - ☞ Palpitacione
 - ☞ Dobësi

2.3.8 Roli i infermierit në promovimin e ushqyerjes.

Nutricioni është lënë pas dore për të moshuarit që jetojnë vetëm ose me të ardhura të pakta

Faktorët që prekin statusin e ushqyerjes:

- a. Ndryshime për shkak të moshës.
- b. Faktorë ekonomik
- c. Kultura

Ndryshimet në nutricion për shkak të plakjes

1. ↓ shijimit dhe nuhatjes
2. ↓ përshtatja vizuale
3. Humbja e dhëmbëve
4. ↓ sekrecioni gastrik, që influencon në absorbimin e B12, acidit folik dhe hekurit.
5. Ushqimi qëndron për një kohë të gjatë në stomak dhe ↓ e sekretimit gastrik con në mostretje dhe në ndjesinë e mbingopjes.

Kaloritë e ushqyerjes

1. Nevojat kalorike zvogëlohen me 10% në moshën 51-75 vjeçare dhe me 20-25% mbi moshat 75 vjeçare.

Ndikimi i faktorit psikologjik në ushqyerje

1. Më i shpeshtë është depresioni (humbjet, vdekjet, pensioni, ndryshime në paraqitje, dëmtimet vizuale apo fizike), i cili con në humbjen e interesit në ngrenie, ose con në anoreksi dhe në ↓ të ushqyerjes.
2. Të jetuarit i vetmuar con në ulje të interesit të të gatuarit dhe të të ngrenit.

Ndikimi i faktorit ekonomik në ushqyerje

1. Të ardhura të ulta
2. Aksës i ulet ndaj ushqimeve dhe ndaj zgjedhjes së tyre.
3. Objekte të papërshtatshme për ruajtjen e ushqimit dhe përgatitjen e tij.

Ndikimi i kulturës dhe i faktorëve të tjerë në ushqyerje

1. Zakonet në ngrenie mund të humbasin një nr të caktuar ushqimesh, psh vegjetarianët.

Konsumimi i lëngjeve

Të moshuarit mund të kenë rrezik të lartë për dehidrim, për shkak të:

1. ↓ të etjes
2. Marrje lëngjesh joadekuatë (2000-3000 cc/day)
3. Disa medikamentë si ato për hipertensionin, anti depresivet, diuretiket.
4. Disa medikamente shkaktojnë dërsitje të madhe.

5. Të moshuarit përtojnë të ngrihen të marrin për të pire, sidomos kur ata janë të vetmuar.
6. Për shkak të mosës, veshkat e humbasin funksionin e tyre dhe nuk janë të afta të rruajnë lëngjet
7. Sëmundje që shkaktojnë të vjella apo diarhea, cojnë në dehidrim në të moshuarit.

Dieta për persona të moshuar

1. *Ha larmishmëri ushqimesh*
2. *Përdor një dietë me pak kolesterol, yndyrna*
3. *Përdor një dietë me shumë perime, fruta dhe drithëra.*
4. *Përdor sheqerin dhe kripën në sasi të moderuar.*
5. *Konsumo 200-3000cc/ lëngje gjatë ditës.*

a. Të promovojmë pushim dhe gjumë tek personat e moshuar.

Personi shpenzon 1/3 e jetës së tij në gjumë. Gjumi është koha në të cilën qelizat rriten dhe riparohen. Të moshuarit kanë nevojë për 5-7 h gjumë gjatë natës¹¹.

☞ Rëndësia e gjumit dhe e të pushuarit.

- 1) Grumbullojnë energji
- 2) pushojnë
- 3) Ripërtërijnë efikasitetin mendor dhe neurologjik.
- 4) Çlirojnë tensionin e grumbulluar.
- 5) Krijojnë ndjesinë e të qenurit mirë.

b. Të promovojmë ekzaminimet periodike shëndetsore në personat e moshuar.

Rëndësia e ekzaminimit periodik:

1. Të vlerësohet niveli i mirëqënies
2. Të identifikohen shenjat e para të sëmundjes.
3. Të edukojmë klientin si të përmiresojë shëndetin.
4. Përforco dhe promovojë sjelljet mbrojtëse.
5. Nëse ekzaminimi bëhet në shtëpi, të lejon të vlerësohen kushtet shtëpiake (rreziqet e mundshme)

c. Të promovojmë largimin e sjelljeve me rrezik të lartë

Këto sjellje janë zakone të personit të cilat mund të dëmtojnë shëndetin.

Këtu përmendim :

1. Përdorimi i tepruar i medikamentëve

2. Duhani - Nicotina & substancat toksike që gjenden në cigare kanë një impakt në procesin e detoksimit në trupin e njeriut, që sjell dëmtime të qelizave, varietet të sëmundjeve të kancerit, të sistemit respirator, CVD, ↑ e riskut të osteoporozës.

Ndërprerja e duhanit përmirëson rrjedhën e gjakut cerebral dhe rritjen e funksionit pulmonar .

3. Kafeina - Gjendet në kafe, çaj, cokollata dhe pijet e buta.

☞ Rregullon humoret

☞ Stimulon sistemin nervor simpatik.

☞ ↑ të aktivitetit motor

☞ ↑ kapacitetin e muskujve dhe vigjilencën

☞ ↑ pulsën

☞ ↑ nxjerrjen e Ca

4. Alkoholi

2.3.9 Vlerësimi infermieror i personave të moshuar.

Bazuar në studimet dhe publikimet e realizuara nga American Nursing Today, rreth rritjes së infermierit në përmirësimin dhe promovimin e shëndetit në personat e moshuar, është vërtetuar se projekti pilot rreth vlerësimit infermieror të nevojave dhe shëndetit të personave të moshuar ka rezultuar i nevojshëm dhe efikas në përmirësimin e jetës së tyre. Vlerësimi infermieror i detajuar paraqitet në Aneksin e këtij punimi (Shih Aneksin nr.3). Nëse personat e moshuar do të nënshtroheshin një vlerësimi infermieror të mirë-inspektuar, atëherë do të arrihej të hartohej një plan individual i kujdesit shëndetsor, i cili do të kishte ndikim direkt në përmirësimin e jetës së këtij target grupi, bazuar në nevojat e secilit prej tyre. në tabelën

¹¹Marre nga: U.S. Department of Health & Human Services. (n.d.). Quick guide to health literacy and older adults. Retrieved February 19, 2009

e mëposhtëme bëhet një paraqitje e kufizuar e vlerësimit infermieror ndaj personave të

moshuar.

	Ska nëvoje për ndihmen e infermierit	Kerkon asistënce	Plan nderhyrjeje dhe mbikqyrje
1. Maksimizimi i potencialit të jetës			
Përmbushja personale			
Përmbushja shpirtërore			
Marredhëniet sociale			
Sexualiteti			
Njohja			
2. Parandalimi dhe qetësimi i ankthit			
Komunikimi			
Kontrolli i dhimbjes			
Ndjeshmëria			
Memoria			
Orientimi			
Adaptimi dhe ndryshimet			
Sjellja			
Të afermit dhe kujdestaret			
3. Ruajtja e statusit shëndetsor			
Higjena personale			
Veshja			
Motivimi			
Gjumi			
Levizshmëria			
Risku			
Ushqyerja dhe konsumi i lengjeve			
Frymemarrja			
Emocioni			
Eleminimi i feceve dhe urinimi			

Tabela 1. Vlerësimi infermieror i personave të moshuar

2.3.10 Qëndrimet infermiere ndaj kujdesit shëndetsor të personave të moshuar.

Qëndrimi në vetvete përfaqëson perceptimin e një personi ndaj një qenie humane, objekti apo situatë, e cila zhvillohet nga eksperiencia dhe përcaktohet nëpërmjet reagimeve të vetë personit, ndërsa njohuritë është procesi i të diturit dikë nëpërmjet studimit, ushtrimit dhe edukimit¹². Qëndrimi në vet-vete përmban tre

parametra: emocionet, njohuritë si dhe mënyrën e veprimit¹³. Bazuar në të njëjtat burime, mund të thuhet se faktorë të ndryshëm si psh kultura, moshë, gjinia, edukimi, eksperiencia apo marrëdhënie të mëparshme me persona të moshuar mund të influencojnë

[326 Effects of educational intervention in gerontology on hospital employees' knowledge of and attitudes about the older adult](#)

¹³Marw nga: The evolving educational needs of nurses caring for the older adult: A literature review. *Journal of Advanced Nursing* 31(5):1039-45 · June 2000

¹²Marre nga:
<https://www.researchgate.net/publication/51360>

qëndrimet e infermierëve ndaj këtij grupi popullate¹⁴.

Edukimi mund të ketë një efekt pozitiv ose negative ndaj qëndrimeve të infermierëve në kujdesin ndaj personave të moshuar, madje është variabli kryesor i cili bën një diferencë sinjifikante dhe positive në nivelin e njohurive (Palmore, 1998) si dhe nxit influencat sociale të mplakjes sëpopullasisë drejt një drejtimi pozitiv¹⁵. Bazuar në studimet e realizuara nga Fagerberg dhe Kihlgren në vitin 2001, është parë se niveli i lartë i njohurive në infermieristikën e geriatriisë ashtu dhe eksperiencat e mëparshme me persona të moshuar, kanë ndikuar pozitivisht në qëndrimet e infermierëve ndaj personave të moshuar. Sipas Alabaster, punim të cilin ai e realizoi në vitin 2007, vërtetoi se formimi i infermierëve të rinj duhet të përfshinte domosdoshmërisht ekspserienca klinike me persona të moshuar. Po kaq i nevojshëm sa elementët e mësipërm, duket të jetë edukimi i vazhduar, i cili shmang konceptet e gabuara që krijohen në shoqëri (Davies, 1999).

III. Metodologjia e studimit

Si pjesa më e rëndësishme e punimit, në këtë pjesë do të trajtohen në mënyrë të hollësishme objektivat, hipotezat e punimit, të dhënat si dhe instrumentat e përdorur për të realizuar grumbullimin e të dhënave. Të gjithë elementët, të cilët do të shërbejnë si shtylla mbi të cilat ndërtohet punimi, do të paraqiten si më poshtë:

Qëlimi i studimit

Ky punim ka qëllim të dyfishtë, konkretisht matjen e nivelin të njohurive që gëzojnë infermierët ndaj procesit të plakjes dhe së dyti evidentimin e qëndrimeve infermiore ndaj të moshuarëve, për të evidentuar më tej marrëdhëniet midis tyre. Evidentimi i nivelit të njohurive si dhe qëndrimeve infermiore ndaj personave të moshuar do të na ndihmojë të japim rekomandimet e nevojshme lidhur me përmirësimin e shërbimit infermior ndaj

personave adult të moshuar si dhe vlerësimin e shkaqeve që pengojnë ofrimin e shërbimit adekuat ndaj këtij grupi popullate.

III.1 Objektivat e punimit

1. Së pari të grumbullojmë informacion teorik rreth studimeve apo publikimeve të ngjashme me këtë temë, për të qartësuar më tej punën kërkimore në këtë punim.
2. Të masim nivelin e njohurive që kanë infermierët e intervistuar, të cilët janë duke ushtruar profesionin e tyre në qytetin e Vlorës, ndaj procesit të plakjes.
3. Të vlerësojmë qëndrimet që kanë infermierët ndaj personave të moshuar.
4. Të evidentojmë lidhjet si dhe të vlerësojmë marrëdhëniet midis variablave demografikë dhe nivelit të njohurive.
5. Të vlerësojmë marrëdhënien midis nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve të intervistuar.
6. Të ofrojmë rekomandimet e nevojshme, bazuar në rezultatet e përfutuara nga ky punim.

III.2 Hipotezat e punimit.

Hipotezat e studimit do të analizohen nëpërmjet rezultateve sasiore të cilat do të përftohen nga përpunimi statistikor i të dhënave të grumbulluara.

Hipoteza 1 “Infermierët të cilët kanë më shumë vite eksperiencë në vite punë kanë nivel më të lartë të njohurive ndaj personave të moshuar”

Hipoteza 2 “ Niveli i njohurive që gëzojnë infermierët ndaj procesit të plakjes është në nivel mesatar.”

Hipoteza 3 “Infermierët e intervistuar mbajnë qëndrime negative ndaj personave të moshuar”

Hipoteza 4 “Rritja e nivelit të njohurive rrit qëndrimet pozitive ndaj personave të moshuar”

III.3 Të dhënat e përdorura në punim.

Të dhënat e përdorura në këtë punim janë dy tipe. Së pari të dhënat parësore janë të dhënat

¹⁴ ibid

¹⁵ Marrw nga: Future directions for gerontology: A nursing perspective. **Article** in Nurse Education Today 20(5):389. August 2000

të cilat janë përfutur drejtëpërdrejtë nga infermierët e intervistuar, ndërsa si të dhëna dytësore do të shërbejnë të dhënat të cilat janë përfutur nga publikime, kërkime shkencore apo punime të ngjashme me këtë punim, si dhe testet e përdorura për intervistat e realizuara. Gjithashtu, të dhënat e këtij punimi janë cilësore dhe sasiore. Të dhënat sasiore, janë të gjitha rezultatet numerike, të përfutura nga përpunimi statistikor i informacionit të grumbulluar nga intervistat e realizuara, ndërsa të dhënat cilësore, janë informacionet e marra nga burimet bashkëkohore të publikuara në rrjete informative.

III.4 Kampionimi.

Për të realizuar këtë punim, janë marrë në intervistë infermierë të cilët ushtrojnë profesionin e tyre në Spitalin Rajonal, në Shërbimin Parësor apo në Spitalin Psikiatrik. Meqënëse pyetësi ishte relativisht i gjatë, i cili shpenzonte një kohë të gjatë në plotësimin e tij, u vendos që mostra e marrë në këtë punim të kishte madhësinë prej 50 infermierësh, mostër e cila mendohet të jetë përfaqësuese dhe e mjaftueshme për të përfutur rezultatet e nevojshme. Infermierët u përzgjedhën rastësisht, pa ndonjë kriter përzgjedhjeje, në kohën që ata ishin duke ushtruar profesionin, pra kampioni ynë është i tipit probabilitar.

III.5 Instrumentat e këtij punimi.

“Gjatësia e pyetësorit është një element i rëndësishëm në çdo punim, pasi lidhet në mënyrë direkte me plotësimin e tij. Pyetësorët e gjatë e lodhin të intervistuarin deri në braktisje të anketimit apo dhënien e informacioneve të pamenduara dhe konfuze” (Eimmer & Dominick, 1997).

Pyetësi drejtuar infermierëve ndahet në tre pjesë kryesore.

Në pjesën e I-rë përfshihen pyetjet të cilat mbledhin informacion rreth të dhënave demografike të të intervistuarëve, si psh mosha, edukimi, gjinia, institucioni ku ushtrojnë profesionin, jetesa në familje me persona të moshuar.

Pjesa e II-të e pyetësorit përfshihen pyetjet e huauara nga testi Palmore, i cili mat njohuritë e infermierëve ndaj procesit të plakjes. Ky test

përmban 25 pyetje të cilat janë të vërteta ose të gabuara. Përgjigjet e vërteta shënohen me “1” ndërsa ato të gabuar më “0”. Ky pyetësor është në formën e një minitestimi, ku max i pikëve të grumbulluara është 25 dhe minimum është 0.

Në pjesën e III-të pyetësorit, gjendet testi Kogan, i cili mat qëndrimet e infermierëve ndaj personave të moshuar. Ky test përmban 34 pyetje, të cilat janë të ndara në dy pjesë, 17 pyetje i përkasin pjesës negative, pra qëndrimeve negative, ndërsa 17 pyetje të tjera janë të kundërtat e pyetjeve të mëparshme, të cilat i përkasin pjesës positive. Përgjigjet janë të tipit të shkallëzuar, nga 1-shi deri tek 6-ta, konkretisht nga “ nuk jam aspak dakort” deri në “jam shumë dakort”. Nëse mesatarja e pikëve të grumbulluara në pjesën negative është më e madhe se mesatarja epikëve për pjesën positive, atëherë korespondentët janë duke mbajtur qëndrime negative ndaj personave të moshuar dhe anasjelltas.

III.6 Procedura e mbledhjes së të dhënave

Pas mbledhjes së të dhënave dytësore, janë realizuar intervistat me infermierët në vendin e tyre të punës. Intervistat janë realizuar në orare të ndryshme, në kohën që infermieri e ndiente vetën të gatshëm për të marrë pjesë në anketim, po ashtu të shmangej gabimi selektiv si dhe studimi të bëhej sa më gjithëpërfshirës. Janë dhënë shpjegimet e nevojshme lidhur me paqartësitë që mund të kishin të intervistuarit, duke shmangur kushtëzimin e përgjigjeve.

III.7 Analiza e të dhënave

Pas mbledhjes së të dhënave në terren, u mundësua hedhja e të dhënave në kompjuter dhe më pas përpunimi dhe analiza e dhënave për të përfutur rezultatet e studimit. Përpunimi i të dhënave u realizua në programin SPSS(Statistical Package for Social Sciences), versioni 22.

III.8 Konsideratat etike të studimit

Gjatë gjithë procesit të realizimit të intervistave është ruajtur konfidencialiteti i pjesëmarrsve me qëllim sigurimin e të dhënave sa më të besueshme. Intervistat u realizuan vetëm në prani të të intervistuarit dhe

jo në prani të personave të tjerë, të cilët mund të influencenin përgjigjen e dhënë. Plotësimi i pyetësorit ishte fakultativ, duke shmangur kushtëzimin e pjesëmarrjes, pra të gjithë infermierët kanë marrë pjesë në mënyrë vullnetare në plotësimin e pyetësorit.

IV. Rezultatet e studimit

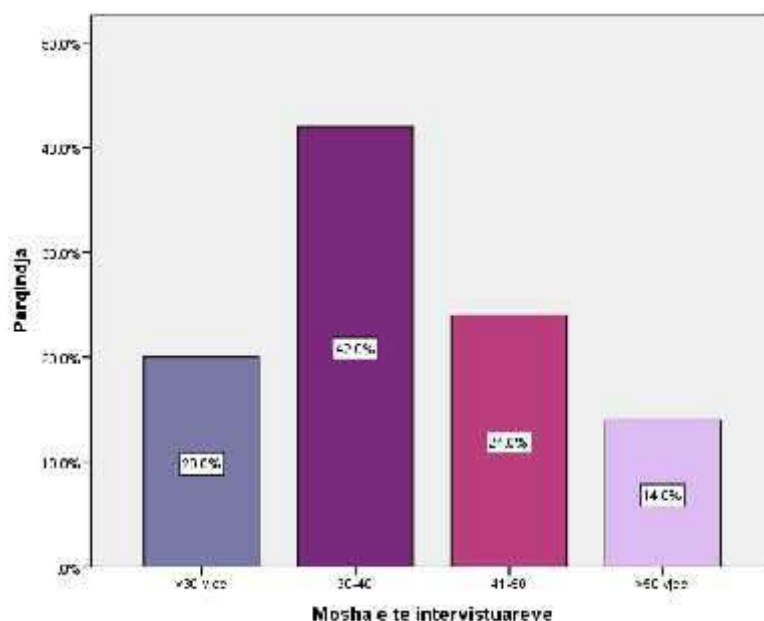
Në këtë pjesë të punimit do të bëhet një përpunim statistikor i të dhënave të përftuara nga intervistat e realizuara drejtuar infermierëve që morrën pjesë në këtë punim. Të dhënat janë përpunuar duke përdorur SPSS, version 22 si dhe Exel, për të përftuara paraqitje grafike si dhe të dhëna sasiore, me anë të të cilave do të interpretojmë rezultatet e këtij punimi. rezultatet e punimit do të ndahen në tre pjesë kryesore, konkretisht analizimi i të dhënave demografike të të intervistuarve, të dhënat e përftuara nga testi Palmore i cili mat

nivelin e njohurive të infermierëve ndaj procesit të plakjes dhe së fundmi të rezultatet e përftuara nga testi Kogan, i cili vlerëson qëndrimet e infermierëve rreth kujdesit ndaj personave të moshuar.

IV.1 Analizimi i të dhënave demografike të të intervistuarëve.

Në këtë pjesë të pyetësorit është mbledhur informacion rreth të dhënave të përgjithshme të infermierëve.

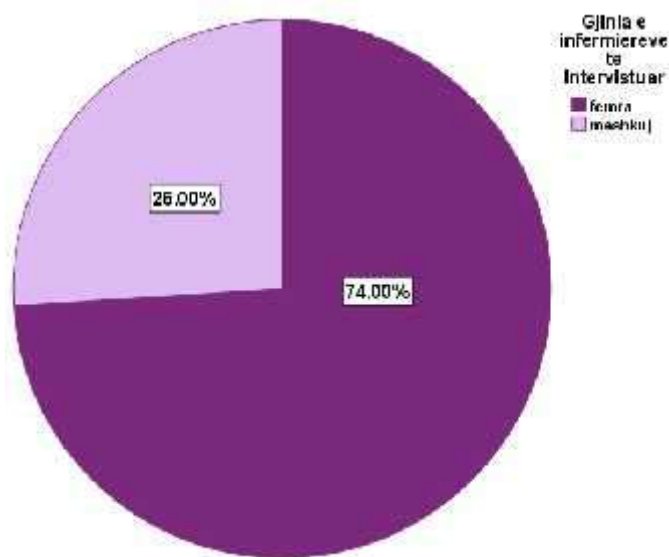
1. Moshë e të intervistuarëve. Ne grafikun e mëposhtëm vihet re se shumica e personave të intervistuar, 42% i përkasin grup-moshës 30-40 vjeç, e ndjekur nga 24% infermierët e grup-moshës 41-50 vjeç, 20% e të intervistuarëve janë më të vegjël se 30 vjeç dhe 14% janë më të mëdhenj se 50 vjeç



Grafiku 1. Moshë e të intervistuarëve

2. Gjinia e infermierëve të intervistuar. Ndër infermierët e intervistuar u pa se shumica e tyre ishin femra dhe një përqindje shumë e

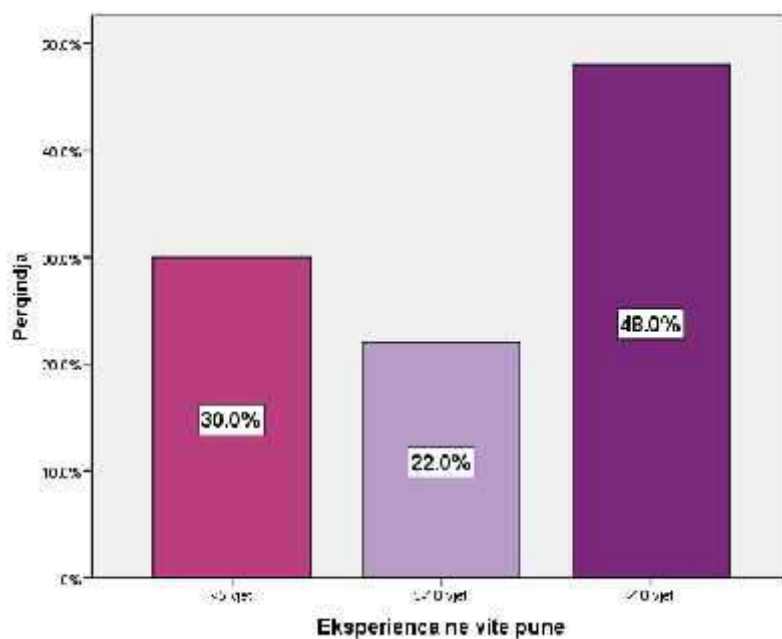
vogël ishin meshkuj, përkatësisht 74% dhe 26%.



Grafiku 2. Moshë e personave të intervistuar

3. Eksperienca në vite si infermier.
Infermierët të cilët morrën pjesë në intervistë, kishin më pak se 5 vjet punë në 30% të

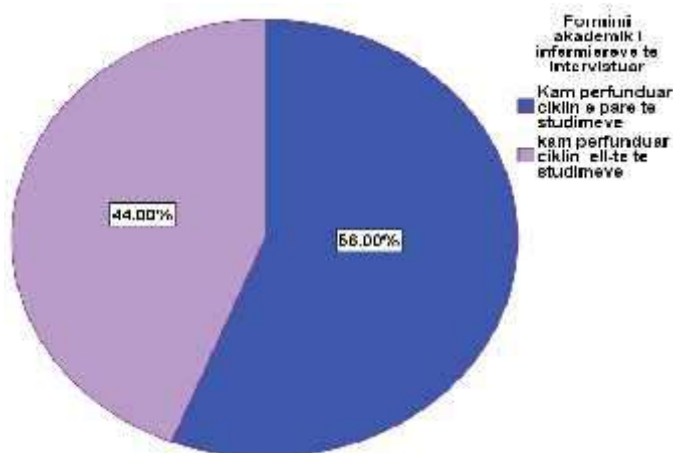
rasteve, 5-10 vite punë në 22% të rasteve dhe shumica e tyre kishin më shumë se 10 vjet vite punë si infermier, pra 48% të rasteve.



Grafiku 3. Eksperienca në vite punë e infermiereve të intervistuar.

4. Duke marrë në konsideratë faktin që në nivelin e njohurive në kujdesit shëndetsor ndaj personave të moshuar, ndikon dhe **niveli i edukimit të infermiereve**, është marrë informacion rreth formimit akademik të tyre.

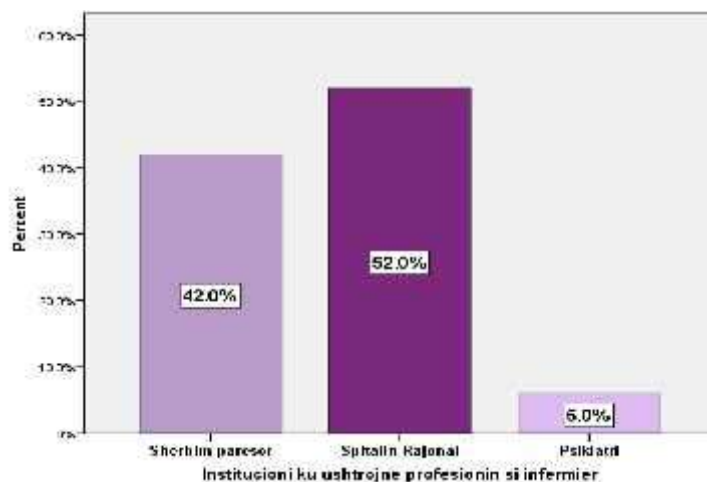
Pas përpunimit të të dhënave u pa se shumica e tyre, 56% kishin përfunduar vetëm Ciklin e I-rë të studimeve, ndërsa 44% kishin përfunduar Ciklin e II-të të studimeve.



Grafiku 4. Formimi akademik i infermierëve të intervistuar

5. Në këtë pikë të pyetësorit, infermierët e intervistuar janë pyetur rreth **institucionit ku ata ushtrojnë profesionin e tyre**. Në grafikun e mëposhtëm vihet re se 42% e infermierëve të intervistuar ushtrojnë profesionin në

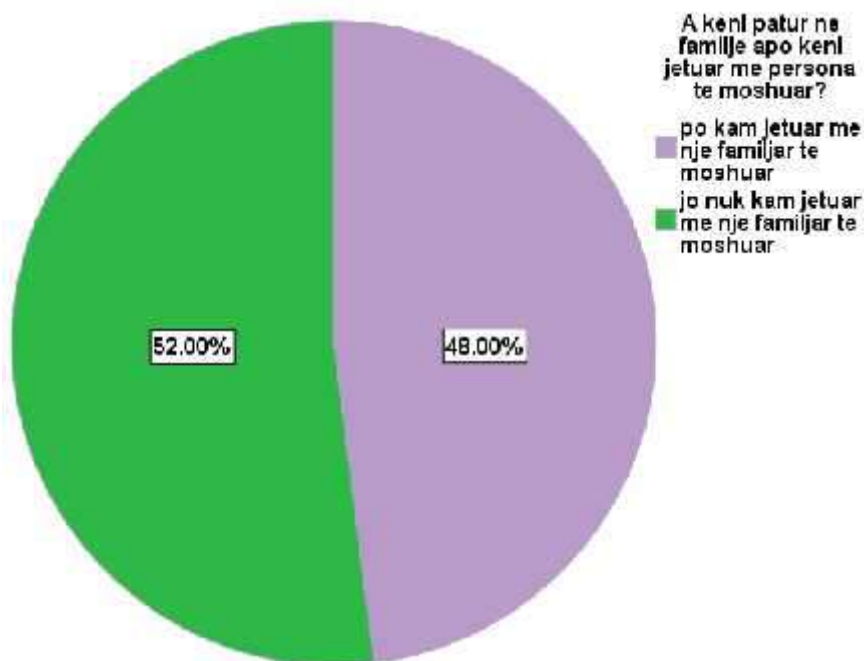
Shërbimin parësor, 52% e tyre në Spitalin Rajonal dhe vetëm 6% e të intervistuarëve punojnë si infermier në Spitalin Psikiatrik të Vlorës.



Grafiku 5. Institucioni ku infermierët e intervistuar ushtrojnë profesionin e tyre.

6. Në shumë punime të fushës së geriatriisë, është faktuar se personeli shëndetsor i cili ka jetuar në familje me persona të moshuar, ka patur nivel të lartë njohurish si dhe qëndrime positive ndaj personave të moshuar. Nisur nga ky fakt, infermierëve të intervistuar u është drejtuar

pyetja “ a keni pasur në familjen tuaj persona të moshuar me të cilët ju keni jetuar në vazhdimësi”. 52% e të intervistuarëve nuk kanë jetuar me persona të moshuar dhe 48% kanë patur në familje një person të kësaj grup-moshe.



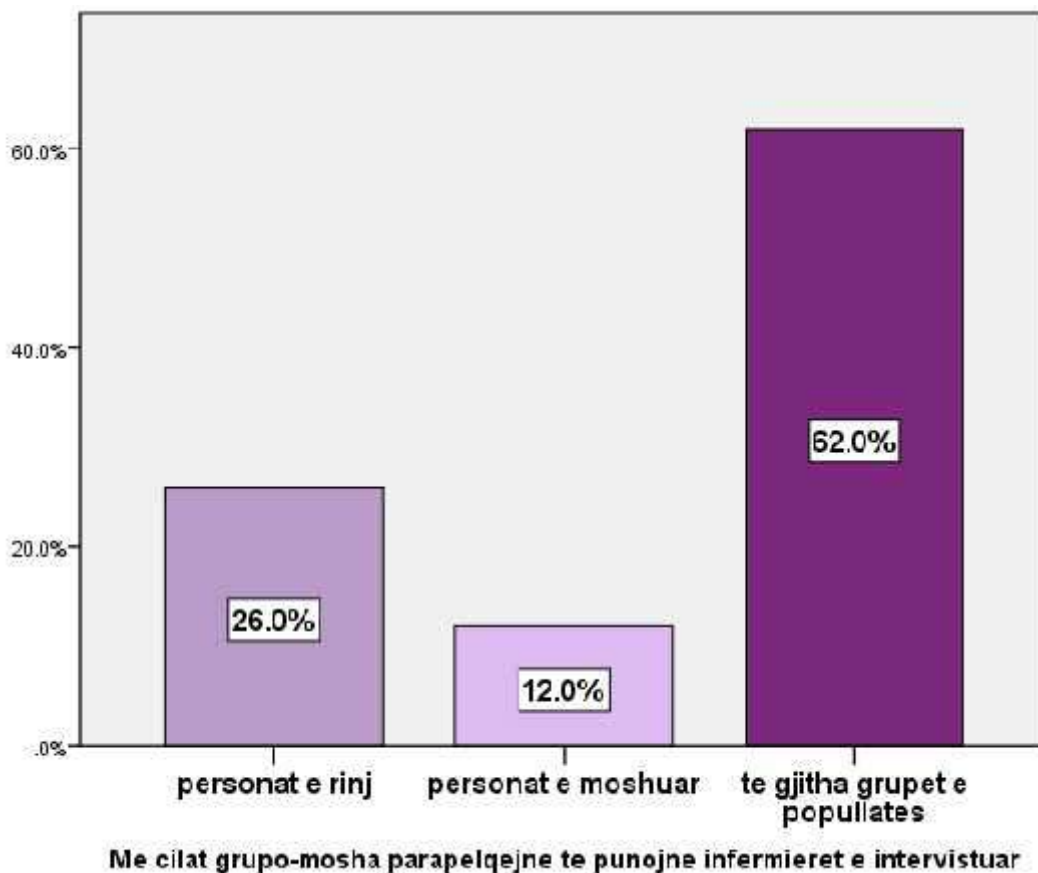
Grafiku 6. A keni jetuar me persona te moshuar ne familje?

7. Të gjithë infermierët e intervistuar janë shprehur se nuk kanë marrë trainime të veçanta për kujdesin infermieror ndaj persnave të moshuar, fakt i cili ndoshta do të ndikojë në nivelin e njohurive apo qëndrimet e tyre në kujdesin ndaj persoanve të moshuar.

8. Bazuar në studimet e realizuara, ndaj personave të moshuar janë hedhur në përdorim formate të veçanta të vlerësimit të nevojave dhe aftësive individuale të personit të moshuar. Në bazë të këtyre vlerësimeve, evidentohen fushat në të cilat një infermier mund të ndërhyjë së bashku me ekipin multidisciplinar. Infermierët të cilën morrën

pjesë në këtë punim, u shprehën në 100% të rasteve se nuk kanë formate të veçanta të vlerësimit të shëndetit dhe kushteve të personave të moshuar.

9. Në këtë pikë të pyetësorit, infermierët të cilët morrën pjesë në anketim, u pyetën rreth grup-moshës me të cilën ata dëshironin të punonin. 62% e infermierëve të intervistuar shprehen se dëshirojnë të punojnë me të gjitha grupet e popullatës, 26% e tyre shprehen se dëshirojnë të punojnë me personat e rinj dhe një përqindje shumë e vogël, 12%, pranon se dëshiron të punojë me personat e moshuar.



Grafiku 7. Me cilet grup-mosha paraelqejne te punojne infermieret e intervistuar.

IV.2 Analizimi i nivelit të njohurive që kanë infermierët rreth procesit të plakjes.

Sikurse u tha dhe në metodologjinë e këtij punimi, mënyra e matjes së nivelit të njohurive që kanë infermierët rreth procesit të plakjes, është realizuar nëpërmjet Testit Palmore, Facts Of Aging Quiz, i cili është ndërtuar në formën e një mini kuizi, ku pyetjet e sakta kanë vlerën e një pike, kutotali e tyre shpreh nivelin e njohurive për secilin të intervistuar ndërsa mesatarja shpreh nivelin e përgjithshëm të

njohurive që gëzojnë infermierët e intervistuar ndaj procesit të plakjes. *Nëpërmjet përpunimit deskriptiv të të dhënave u pa se niveli mesatar i njohurive që kishin infermierët ndaj procesit të plakjes, të matur nëpërmjet testit Palmore, ishte $X=6.98$ pikë nga 25 pikë maksimale.* Pra mund të themi se ky niveli i njohurive që kanë infermierët ndaj plakjes është shumë i ulët. Maksimumi i pikëve që kanë grumbulluar të intervistuarit ishte 13 pikë dhe minimum vetëm 2 pikë.

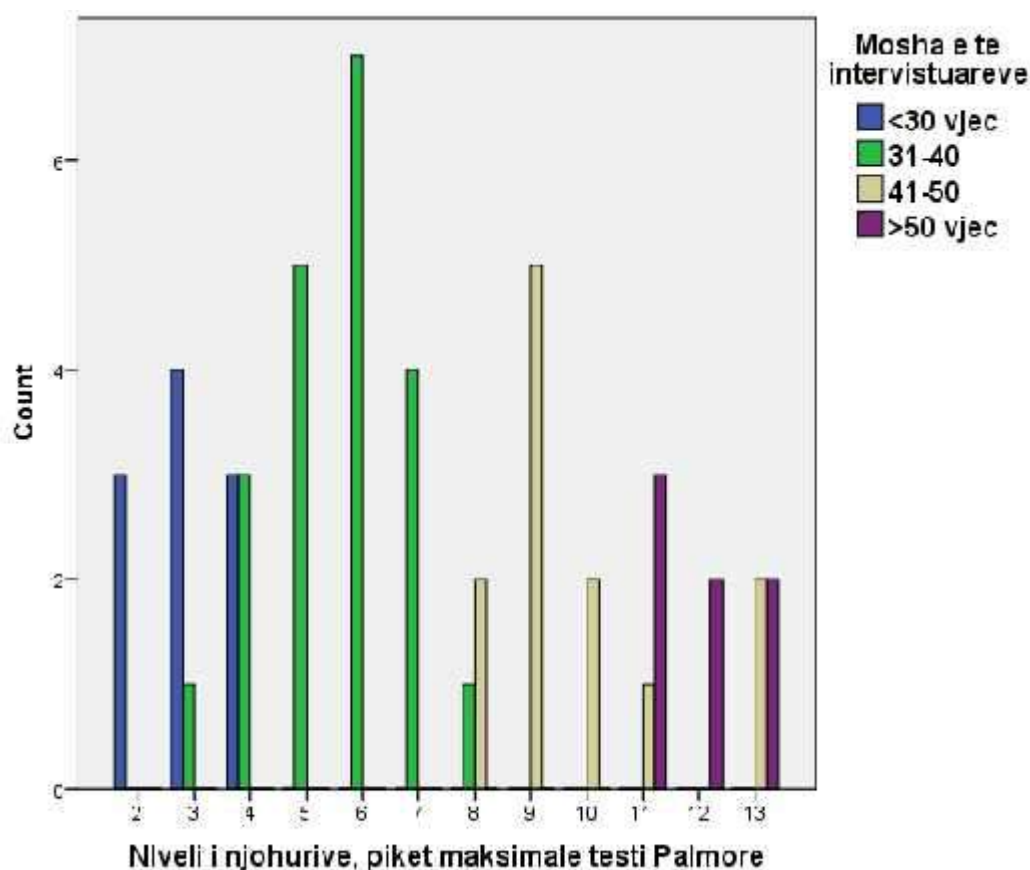
Statistika deskriptive

	N	Minimum	Maximum	Mesatarja	Std. Deviation
Niveli i njohurive	50	2	13	6.98	3.304
Valid N (listëise)	50				

Tabela 2. Niveli mesatar i njohurive ndaj procesit të plakjes

Nëse do të bënim një paraqitje grafike të kryqëzuar midis pikëve maksimale, pra nivelit të njohurive dhe moshës së infermierëve të intervistuar, do të kishim paraqitjen e

mëposhtëme në të cilën dallojmë se niveli i pikëve të grumbulluara rritet me rritjen e moshës.



Grafiku 8. Niveli i njohurive ne varesi te moshes se infermiereve te intervistuar

➤ *Për të parë nëse marrëdhënia midis moshës së të intervistuarve dhe nivelit të njohurive, është realizuar regresioni linear, prej të cilit rezultoi se marrëdhënia e tyre nuk ishte aspak statistikore, por tregonte se me*

rritjen e moshës rritet dhe niveli i njohurive ndaj procesit të plakjes, ku $P < 0.001$. Marrëdhënia e mësipërme shprehet statistikisht në tabelën e mëposhtme.

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Mosha e te intervistuarve	3.171	.197	.918	16.091	.0001

Tabela 3. Sinjifikanca midis moshes dhe nivelit te njohurive ndaj plakje

➤ Për të vlerësuar marrëdhënien midis nivelit të njohurive dhe shumë variabla të tjera si eksperiencia në vite punë si infermier, formimi akademik apo jetesa me persona të moshuar, është realizuar sërish regresioni linear, i cili paraqitet në tabelën e mëposhtme. Sikurse shihet dhe në përpunimin e mëposhtëm statistikor, marrëdhënia midis nivelit të njohurive ndaj

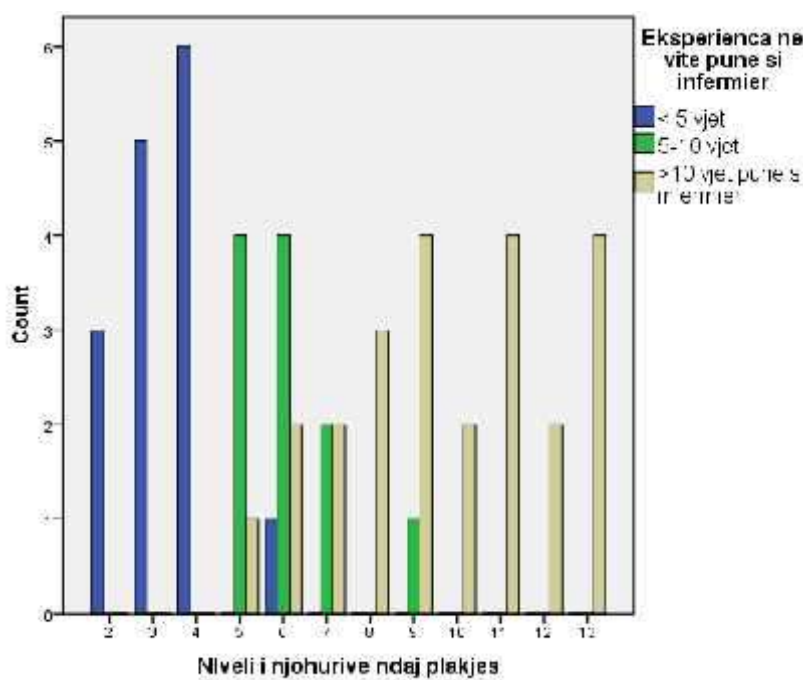
proçesit të plakjes dhe eksperiencës në punë si infermier, ka një karakter doemthënës pozitiv, çka tregon se niveli i njohurive që kanë infermierët ndaj plakjes rritet me rritjen e eksperiencës në punë si infermier, $P < 0.0001$. Nuk vihet re sinjifikancë midis nivelit të njohurive dhe formimit akademik të të intervistuarëve apo jetesës së tyre me persona të moshuar në familje.

Niveli i njohurive ndaj:	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Eksperiencia ne vite pune	2.782	.334	.735	8.327	.0001
Formimi akademik	-1.428	.562	-.217	-2.541	.014
Jetesa me persona te moshuar	-.070	.526	-.011	-.134	.894

Tabela 4. Sinjifikanca midis nivelit të njohurive ndaj plakjes dhe eksperiencës së punës, formimit akademik dhe jetesës në familje me persona të moshuar.

➤ Në grafikun më poshtë bëhet një paraqitje e nivelit të pikëve të grumbulluara sipas eksperiencës në vite punë si infermier.

Sikurse shihet numër më të lartë pikësh kanë grumbulluar infermierët të cilët kanë më tepër vite punë eksperiencë.



Grafiku 9. Shpërndarja e njohurive ndaj eksperiencës në vite punë.

➤ Për të vlerësuar nivelin e njohurive në varësi të institucionit ku punojnë si infermier të intervistuarit do të vlerësohet diferenca e pikeve midis tyre, e cila paraqitet në tabelën e mëposhtme. Ka një diferencë midis mesatares së pikëve të grumbulluara midis infermierëve të cilët punojnë në Shërbimin parësor, atyre që punojnë në Spitalin Rajonal dhe atyre të cilët ushtrojnë profesionin si infermier në Spitalin psikiatrik. Infermierët të cilët punonin në Shërbimin parësor kishin një mesatare pikësh prej 7.41, ata të cilët punojnë në Spitalin

Rajonal kishin një mesatare pikësh prej 7.19 dhe ata të cilët ushtronin profesionin si infermier në Spitalin Psikiatrik kishin 6.34 pikë mestaraisht. Kjo diferencë pikësh ka një karakter domethënës, çka tregon se individet të cilët punonin si infermier në Shërbimin parësor gëzonin jo rastësisht më shumë pikë se infermierët e tjerë të intervistuar. Sikurse shihet dhe në tabelën e mëposhtme sinjifikanca është <0.0001 dhe Koefiçenti Pearson është -0.695.

		Nivelinjohuriv e	Institucioni ku punojne
Niveli i njohurive	Pearson Correlation	1	-.695**
	Sig. (2-tailed)		.0001
	N	50	50
Institucioni ku punojne	Pearson Correlation	-.695**	1
	Sig. (2-tailed)	.0001	
	N	50	50

Tabela 5. Marredhenia midis nivelit të njohurive dhe institucionit ku punojne infermieret e intervistuar.

Vlefshmëria e të dhënave të testit Palmore është matur nëpërmjet Cronbach α , i cili paraqitet në tabelën e mëposhtme. Sipas

Palmore, vërtetësia e të dhënave duhet të jetë $\alpha = 0.5-0.8$, ndërsa në këtë punim është 0.72, pra brenda nivelit të lejuar.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha ^a	N of Items
.072	8

Tabela 6. Cronbach Alpha per testin Palmore

IV.3 Analizimi i qëndrimeve të infermiereve të intervistuar në kujdesin ndaj personave të moshuar.

Sikurse është përmendur edhe gjatë metodologjisë së këtij punimi, matja e qëndrimeve të infermierëve ndaj personave të moshuar është realizuar duke përdorur testin Kogan, i cili në tërësi përmban 34 pyetje, i ndarë në dy pjesë, atë negative dhe atë positive. Përgjigjet janë të shkallëzuara prej 6

pikësh, nga 1-shi që përkon me “ Nuk jam aspak dakort” drejt pikës 6 “ jam shumë dakort”. Përsa i përket interpretimit të përgjigjeve të këtij testi mund të thuhet se sa më shumë pikë të mbledhin të intervistuarit në pjesën pozitive të pyetësorit aq më tëmira janë qëndrimet ndaj personave të moshuar. E kundërta ndodh me pjesën negative të pyetësorit, sa më shumë pikë të grumbullojnë këta të intervistuar aq më të disfavorshme janë

qëndrimet ndaj personave të moshuar. Totali i pikëve të grumbulluara nis nga 17 pikë deri në 102 pikë, për secilën pjesë të pyetësorit. Për të analizuar të dhënat e grumbulluara në testin Kogan është përdorur t-test në programin SPSS, prej të cilit rezultoi se, në

pjesën positive të testit mesatarja e pikëve të grumbulluara ishte 71.72 ± 9.2 dhe $p < 0.0001$, ndërsa për pjesën negative të testit mesatarja e pikëve të grumbulluara ishte 85.14 ± 8.5 dhe $p < 0.0001$.

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pjesa positive e testit	50	71.72	9.241	1.307
Pjesa negative e testit	50	85.14	8.449	1.195

Tabela 7. Mesatarja e testit Kogan.

One-Sample Test

	Test Value = 0.05					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Loëer	Upper
Pjesa positive e testit	54.843	49	.000	71.670	69.04	74.30
Pjesa negative e testit	71.212	49	.000	85.090	82.69	87.49

Tabela 8. T-test për mesataren e pikeve të testit Kogan

Pra sikurse shihet dhe nga të dhënat e përdorura në tabelat e mësipërme, infermierët e intervistuar shprehnin më shumë qëndrime negative se sa positive ndaj personave të

moshuar, madje diferenca midis dy pjesëve të pyetësorit është sinjifikante, $t=6.756$ dhe $p < 0.0001$

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Loëer	Upper			
Pjesa negative- pjesa positive	13.420	14.047	1.987	9.428	17.412	6.756	49	.000

tabela 9. Diferenca midis pjeses negative dhe pozitive të testit Kogan

➤ Një nga objektivat kryesor të këtij punimi ishte evidetimi i marrëdhënies midis nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj personave të moshuar. Për të vlerësuar këtë lidhje do të përdoret koefienti i korrelacioneve Spearman (r). koefienti Spearman do të llogaritet midis nivelit të

njohurive dhe secilit grup të testit Kogan, atij pozitiv dhe atij negativ. Sikurse shihet marrëdhënia midis këtyre variablave ka një karakter pozitiv që nuk i përket aspak rastësisë, ku $r = 0.319$ dhe $p = 0.0239$ për $p < 0.05$ në lidhjen midis nivelit të njohurive ndaj procesit të plakjes dhe pjesës negative të

testit Kogan dhe $r=0.296$ dhe $p=0.0368$. Vlerat e koeficientit Spearman në korrelacionet e realizuara tregojnë se midis nivelit të njohurive që kanë infermierët e intervituar ndaj plakjes dhe qëndrimeve të tyre ndaj

personave të moshuar ekziston një lidhje pozitive domethënëse, çka tregon se me rritjen e nivelit të njohurive kemi rrjedhimisht një rritje të qëndrimeve pozitive ndaj personave të moshuar.

Correlations		
Spearman's rho	Pjesa negative e testit	Pjesa positive e testit
Niveli i njohurive Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	.319* .0239 50	.296* .0368 50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabela 10. Marredhenia midis nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermiereve ndaj procesit të plakjes.

Vlefshmëria e të dhënave, sikurse proceduam edhe në testin Palmore me anë të të cilit matën nivelin e njohurive, do të matet nëpërmjet Cronbach Alpha. Sipas Kogan, testi i cili mat qëndrimet e infermierëve ndaj personave të moshuar duhet të ketë një koeficient alpha $\alpha=$

0.66-0.77 për pjesën positive dhe $\alpha=0.73-0.83$ për pjesën negative, ndërsa në këtë punim është $\alpha=0.69$ për pjesën positive dhe $\alpha=0.81$ për pjesën negative, sikurse shihet dhe në tabelat e mëposhtëme.

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha ^a	N of Items
.069	17

Tabela 11. Cronbach per pjesen pozitive te testit Kogan

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha ^a	N of Items
.081	17

Tabela 12. Cronbach per pjesen negative te testit Kogan

V. Diskutim

Në këtë pjesë të punimit do të diskutohen hollësisht të gjitha rezultatet e përfutuara gjatë analizimit të të dhënave në kapitullin e mësipërm, të cilat gjithashtu do të krahasohen me studime të ngjashme në këtë fushë.

Duke marrë në konsideratë faktin që popullsia globale po shkon drejt plakjes, shumë studiues të geriatriisë janë duke u fokusuar në rritjen e njohurive të personelit mjekësor ndaj personave të moshuar, në mënyrë që këtyre individëve tu ofrohen kushtet e nevojshme për të përmirësuar jetën dhe shëndetin e tyre. Gjithashtu duke patur parasysh faktin që personat e moshuar zhvillojnë probleme shëndetsore të cilat mund të shmangen me edukimin dhe promovimin shëndetsor, forcohet më tepër roli i rëndësishëm i stafin shëndetsor në këtë aspekt.

Studime të ngjashme në këtë fushë mund të përmendim si “ *Attitudes and knowledge of the Greek nursing towards older people*” nga Ekaterini Lambrinou, Panayota Sourtzi, Athena Kalokerinou, Chrysoula Lemonidou, në vitin 2009, apo “ *Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients*” Sevilay Senol Celik, PhD, RN Associate Professor, Hacettepe University Faculty of Health Science, Nursing Department 06100 Ankara, Turkey, publikuar në *Australian Journal of Advanced Nursing*, volumni 27.

Sipas McKinlay dhe Coëan 2003 apo Ryan në vitin 2007, roli i infermierit në kujdesin ndaj personave të moshuar po luan një rol shumë të rëndësishëm, nisur që nga vlerësimi i nevojave individuale të pacientit drejt edukimit dhe vetë përmirësimit të jetës së personit të moshuar, po ashtu përgatitja e infermierëve për tju përgjigjur nevojave shëndetsore të personave të moshuar ka akoma dhe më shumë rëndësi¹⁶. Edhe pse kurrikulat akademike ndryshojnë vazhdimisht, nuk janë vlerësuar asnjëherë nëse infermiereët të cilët do të punojnë më tej në institucione të ndryshme ndihen të aftë për tu kujdesur ndaj personave të moshuar, të cilët do

të përbëjnë një përqindje të konsiderueshme të popullsisë.

Punime të shumta në fushën e kujdesit ndaj personave të moshuar, kanë vërtetuar se rritja e nivelit të njohurive rrit në mënyrë të dukshme qëndrimet e infermierëve ndaj personave të moshuar, e cila është matur para dhe pas edukimit të studentëve të infermierisë apo vetëinfermierëve. Edukimi i tyre afatshkurtër ka rezultuar efikas pasi niveli i njohurive është rritur në nivele të kënaqshme duke çuar më tej dhe në rritjen e qëndrimeve ndaj personave të moshuar.

Në punimet të cilat kemi marrë në konsideratë (u përmendën më sipër) janë marrë në studim kampione të ndryshme si student të infermierisë apo infermierë të cilët sapo kishin filluar të ushtronin profesionin, gjithashtu dhe infermierë të cilët kishin kohë që punonin në profesionin e tyre. Në punimin tonë, mostra e përdorur është veçse infermierë (N=50), me qëllim marrjen e një informacioni me të përqëndruar, duke patur parasysh edhe faktin që pyetësi i përdorur ishte relativisht i gjatë.

Infermierët e intervistuar, ushtrojnë profesionin e tyre në Istitucione të ndryshme të shërbimit shëndetsor, në qytetin e Vlorës, mosha e të cilëve ishte <30 vjeç në 20% të ratseve, 41-50 vjeç në 24%, >50 vjeç në vetëm 14% të të intervistuarve dhe shumica e tyre ishin 30-40 vjeç, në 42% të ratseve. Përsa i përket gjinisë së të intervistuarëve, shumica e tyre ishin femra, në 74% të rasteve, fakt i cili tregon prirjen e seksit femër në ushtrimin e këtij profesioni.

Sipas një studijuesi të fushës së geriatriisë, Ëallace, eksperiencia në punë si infermier rrit nivelin e njohurive të infermierëve ndaj pacientëve dhe problematikave të tyre, në rastin tonë ndaj personave të moshuar. Në këtë punim u vu re se infermierët të cilët ishin më të mëdhenj në moshë dhe kishin më shumë eksperiencë në vite punë si infermier kishin një nivel më të lartë të njohurive rreth procesit të plakjes. Këto rezultate përputhen me autorët të cilët mbështesin këtë marrëdhënie, si Ëallace, apo McDoëll (përkatesisht në vitet 2006 dhe 1999) apo Alabaster në vitin 2007.

Përsa i përket formimit akademik, shumica e infermierëve të intervistuar (56%) kishin përfunduar vetëm Ciklin e I-rë të studimeve,

¹⁶ Marre

nga: https://www.researchgate.net/publication/10662184_Student_nurses'_attitudes_toward_working_with_older_adults

ndërsa pjesa tjetër Ciklin e II-të të studimeve. Ndryshe nga rezultatet në punimet e sipërpërmendura (Fagerberg, 1997) në këtë punim nuk ka një lidhje domethënëse midis nivelit të njohurive dhe formimit akademik të të intervistuarve, pra është shumë e vështirë të gjykohet nëse ka lidhje me kurrikulat apo vetë aftësitë nxënëse të infermierëve.

Sikurse eksperiencia apo mosha, është faktuar se jetesa në familje me persona të moshuar rrit nivelin e njohurive ndaj plakjes, por në rastin tonë edhe pse 48% e infermierëve të intervistuar kishin jetuar në familje me një person të moshuar, niveli i tyre i njohurive nuk pati vlera të kënaqshme. Madje mund të thuhet se marrëdhënia midis jetesës me persona të moshuar dhe nivelit të njohurive nuk ishte aspak sinjifikante.

Sipas American Journal of Nursing, infermieri po luan në rol të rëndësishëm në përmirësimin e jetës së personave të moshuar. Ai sëbashku me një grup multidisiplinar mund të marr pjesë në vlerësimin e gjendjes së personit të moshuar si dhe evidentimin e nevojave individuale, për të hartuar më tej një plan ndërhyrjeje me qëllim përmirësimin e jetës. Duke patur parasysh që shumë sëmundje dhe probleme të shëndetit të personave të moshuar janë relativisht tëparandalueshme, infermieri mund të marr pjesë në edukimin aktiv shëndetsor si dhe promovimin e shëndetit në këtë grup-moshë, duke ndryshuar stilin e jetesës dhe përvetësimin e sjelljeve të mira shëndesore. Për të vlerësuar gjendjen e personit të moshuar, shumë vende kanë hartuar dhe janë duke përdorur formate të veçanta të vlerësimit infermior (shih Anekse, Vlerësimi infermior i personave të moshuar), ndërsa në vendin tonë nuk ekzistojnë ende protokolle të vlerësimit të këtyre personave. Të gjithë infermierët e intervistuar shprehën se nuk kanë formate të veçanta me anë të të cilave të vlerësojnë gjendjen dhe nevojat e personave të moshuar.

Edukimi i vazhduar mban infermierët e informuar me të rejat e fundit në fushën e shëndetësisë. Në rastin e personave të moshuar, infermierët duhet të informohen nga burime akademike rreth trendit të ri të numrit të popullsisë së moshuar si dhe kujdesit të duhur që kërkojnë këta persona. Bazuar në këtë

domosdoshmëri infermierët duhet të trainohen dhe të edukohen në vazhdimësi, fakt i cili mungon tek infermierët e intervistuar, të cilët shprehën totalisht se nuk kanë marrë pjesë në trainime të veçanta rreth individëve të moshuar.

Testi i cili është përdorur për të matur nivelin e njohurive ndaj procesit të plakjes është testi Palmore, Facts of Aging Quiz, FAQ, i cili përdoret gjerësisht në testimet apo vlerësimet e njohurive në profesionistët e shërbimit shëndetor. Mesatarja e pikëve të grumbulluara nga ky test ishte $X = 6.98$ nga 25 pikë maximale. Pra sikurse shihet niveli i njohurive që gëzojnë infermierët, të cilët ushtrojnë profesionin në qytetin e Vlorës, ndaj procesit të plakjes është në nivele shumë të ulta. Krahësuar me studimet të cilat kemi marrë në konsideratë, niveli i infermierëve grek ishte mesatarisht 10.56 pikë. Ky nivel njohurish nuk kishte varësi sinjifikante ndaj formimit akademik apo jetesës me persona të moshuar, por varej në mënyrë domethënëse ndaj moshës dhe eksperiencës në vite punë, fakt i cili u shpjegua dhe më sipër.

Shumë shërbime shëndetsore hasen më tepër me personat e moshuar, psh shërbimi parësor ka një numër të madh pacientësh mbi moshën 65 vjeç, rrjedhimisht niveli i njohurive rreth kësaj moshe kishte vlerë më të lartë se sa infermierët të cilët punonin në institucione të tjera. Vihet re një diferencë pikësh midis infermierëve të intervistuar në këtë punë, e cila ka karakter pozitiv dhe domethënëse, çka tregon se infermierët e Shërbimit Parësor gëzojnë jo rastësisht nivel të tillë pikësh ($p < 0.0001$), pasi numri i pacientëve të moshuar që paraqiten në qendra shëndetsore është disi i lartë, duke çuar në rritjen e njohurive që kanë infermierët ndaj këtyre individëve.

Për të matur qëndrimet ndaj personave të moshuar është përdorur testi Kogan, i cili përmban dy nën grupe, atë pozitiv dhe pjesën negative. Përgjigjet e këtij testi janë të tipit të shkallëzuar nga 1 (nuk jam aspak dakort) deri në 6 pikë (jam shumë dakort). Sa më shumë pikë të grumbullohen në pjesën pozitive të testit, aq më të mira janë qëndrimet ndaj personave të moshuar, ndërsa e kundërta ndodh për pjesën negative të testit. Mesatarja e pikëve për pjesën positive të testit kogan është

$X_1 = 71.72$ dhe $X_2 = 85.14$. Pra sikurse shihet në infermierët e intervistuar mbizotërnjë qëndrimet negative ndaj personave të moshuar, diferenca midis mikëve mësatore të dy pjesëve të pyetësorit ka një karakter sinjifikant ku $P < 0.0001$. Në kërkimin e realizuar në Greqi, të intervistuarit kishin patur më tepër qëndrime positive ndaj personave të moshuar, ndryshe nga punimi ynë, ky dominojnë ato negative.

Shumë autorë mbështesin faktin se niveli i njohurive ndikon në mënyrë direkte mbi qëndrimet që kanë infermierët ndaj personave të moshuar. Pas përpunimit statistikor të të dhënave të grumbulluara, u vu re se midis këtyre dy variablave ka një lidhje të ngushtë positive, çka tregon se rritja e nivelit të njohurive, çon në mënyrë direkte në rritjen e qëndrimeve positive ndaj personave të moshuar.

Alabaster, 2007 dhe Ryan, 2007, faktojnë se nëse infermierët edukohen më mirë në të gjitha aspektet e jetës së të moshuarve, atëherë me shumë positive bëhen qëndrimet e tyre ndaj personave të moshuar, e cila rrit më tej preferencat e tyre për të punuar me këtë grup-moshë.

Gjithashtu, këto rezultate, mund të shërbejnë dhe për drejtimin e këtij problemi drejt përmirësimit të kurrikulave akademike, në mënyrë që studentët e infermierisë të përgatiten dhe të ndihen në mënyrë të përshtatshme ndaj personave të moshuar.

Të dhënat e përdorura në këtë punim kanë një shkallë vërtetësie, të matur me koeficientin Cronbach Alpha, brenda kufinjve të lejuar. Për testin Palmore $\alpha = 0.69$, ndërsa për pjesën positive është $\alpha = 0.69$ dhe për pjesën negative $\alpha = 0.8$.

VI. Konkluzione

Për të formuluar konkluzionet e këtij punimi, do të marrim në shqyrtim hipotezat e vendosura më sipër, të cilat do të interpretohen nëpërmjet rezultateve të përfuara nga përpunimi statistikor, për të patur përfundime sa më konkrete.

Hipoteza 1 “*Infermierët të cilët kanë më shumë vite eksperiencë në punë kanë nivel më të lartë të njohurive ndaj personave të moshuar*”

Pas përpunimit të dhënave statistikore u vërejt se *marrëdhënia midis nivelit të njohurive ndaj procesit të plakjes dhe eksperiencës në punë si infermier, ka një karakter doemthënës pozitiv, çka tregon se niveli i njohurive që kanë infermierët ndaj plakjes rritet me rritjen e eksperiencës në punë si infermier, $P < 0.0001$.* Hipoteza e mësipërme pranohet.

Hipoteza 2 “*Niveli i njohurive që gëzojnë infermierët ndaj procesit të plakjes është në nivel mesatar.*”

Nëpërmjet përpunimit deskriptiv të të dhënave u pa se niveli mesatar i njohurive që kishin infermierët ndaj procesit të plakjes, të matur nëpërmjet testit Palmore, ishte $X = 6.98$ pikë nga 25 pikë maksimale. Pra mund të themi se ky niveli i njohurive që kanë infermierët ndaj plakjes është shumë i ulët. Maksimumi i pikëve që kanë grumbulluar të intervistuarit ishte 13 pikë dhe minimum vetëm 2 pikë. Hipoteza e sipërme nuk pranohet.

Hipoteza 3 “*Infermierët e intervistuar mbajnë qëndrime negative ndaj personave të moshuar*”

Për të vlerësuar qëndrimet e infermierëve ndaj personave të moshuar është përdorur testi Kogan, i cili në tërësi përmban 34 pyetje, i ndarë në dy pjesë, atë negative dhe atë positive. Totali i pikëve të grumbulluara nis nga 17 pikë deri në 102 pikë, për secilën pjesë të pyetësorit.

Për të analizuar të *dhënat e grumbulluara në testin Kogan është përdorur t-test në programin SPSS, prej të cilit rezultoi se, në pjesën positive të testit mesatarja e pikëve të grumbulluara ishte 71.72 ± 9.2 dhe $p < 0.0001$, ndërsa për pjesën negative të testit mesatarja e pikëve të grumbulluara ishte 85.14 ± 8.5 dhe $p < 0.0001$.* Bazuar në këto rezultate hipoteza e mësipërme pranohet pasi qëndrimet negative dominojnë ndaj atyre positive.

Hipoteza 4 “*Rritja e nivelit të njohurive rrit qëndrimet pozitive ndaj personave të moshuar*”

Për të vlerësuar këtë lidhje do të përdoret koeficienti i korrelacioneve Spearman (r). Koeficienti Spearman do të llogaritet midis nivelit të njohurive dhe secilit grup të testit

Kogan, atij pozitiv dhe atij negativ. Sikurse shihet marrëdhënia midis këtyre variablave ka një karakter pozitiv që nuk i përket aspak rastësisë, ku $r=0.319$ dhe $p=0.0239$ për $p<0.05$ në lidhjen midis nivelit të njohurive ndaj procesit të plakjes dhe pjesës negative të testit Kogan dhe $r=0.296$ dhe $p=0.0368$. Vlerat e koeficientit Spearman në korrelacionet e realizuara tregojnë se midis nivelit të njohurive që kanë infermierët e intervistuar ndaj plakjes dhe qëndrimeve të tyre ndaj personave të moshuar ekziston një lidhje pozitive domethënëse, çka tregon se me rritjen e nivelit të njohurive kemi rrjedhimisht një rritje të qëndrimeve pozitive ndaj personave të moshuar. Hipoteza e mësipërme pranohet.

VII. Rekomandime

Duke patur parasysh hipotezat e këtij punimi, rezultatet e përfutuara nga përpunimi statistikor si dhe marrëdhënien midis nivelit të njohurive ndaj procesit të plakjes dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj personave të moshuar mund të themi se:

- ☞ Ofruesit e kujdesit shëndetsor duhet të fokusohen dhe të aftësohen në shërbimin shëndetsor ndaj personave të moshuar, pasi numri i tyre vjen gjithnjë duke u rritur.
- ☞ Për të përmirësuar cilësinë e jetës dhe parandaluar sëmundjet e mundshme që prekin të moshuarit, infermieri duhet të marr pjesë aktive në edukimin dhe promovimin shëndetsor të personave të moshuar.
- ☞ Infermieri duhet të jetë pjesë e një ekipi multi disiplinar për të vlerësuar gjendjen dhe nevojat individuale të personit të moshuar, për të hartuar më tej një plan individual ndërhyrjeje. Për të realizuar vlerësimin infermior ekzistojnë formate të veçanta të ndërtuara mbi kategoritë kryesore të ndërhyrjeve.
- ☞ Për të rritur nivelin e njohurive të infermierëve ndaj personave të moshuar, duhet të realizohen në vazhdimësi trainime dhe edukime të veçanta, ndërsa për studentët kërkohet përmirësimi i kurrikulave të geriatriisë, në mënyrë që këta studentë të atësohen gjatë formimit të tyre akademik.

- ☞ Cilësia e kujdesit të ofruar është në varësi të preferencave individuale por dhe njohurive profesionale. Rritja e nivelit të njohurive do të çonte në rritjen e qëndrimeve pozitive ndaj personave të moshuar, për rrjedhojë do të rritej preferenca e infermierëve për të punuar me këtë grup-moshë.
- ☞ Duhet promovuar qëndrime pozitive ndaj personave të moshuar si në shoqëri, në mjediset e punës ashtu dhe në kurrikulat universitare apo shkollore.

VIII. Referenca

1. Alabaster, E., 2007. Involving students in the challenges of caring of older people. *Nursing Older People* 19, 23–28.
2. Brymer, C., Cavanagh, P., Denomy, E., Wells, K., Cook, C., 2001. The effect of Geriatric Education Program on Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing* 27..
3. Eurostat, 2006. International Day of Old Persons. EU25 population aged 65 and over expected to double between 1995 and 2050. Eurostat News Release, 2006.
4. Fagerberg, I., Ekman, S.L., Ericsson, K., 1997. Two studies of the new nursing education in Sweden: 1. The place of gerontology and geriatrics. 2. Student characteristics and expectations. *Nurse Education Today* 17, 150–157.
5. McDowell, N.M., Proffitt, C.J., Frey, R.C., 1999. Effects of educational intervention in gerontology on hospital employees' knowledge of and attitudes about the older adult. *Journal of Allied Health* 28, 212–219.
6. Paltmore, E., 1998. The Facts on Aging Quiz, second ed. Springer Publishing Company Inc., New York. 89–156.
7. Wallace, M., Greiner, P., Grossman, S., Lange, J., Lippman, D.T., 2006. Development, implementation, and

evaluation of a geriatric nurse education program. *Journal of Continuing Education in Nursing* 37, 214–217.

8. Nienke Bleijenbergh, Michel. J. M. Jansen, Marieke J. Schuurmans, 2008. Dutch nursing students' knowledge and attitudes towards older people - A longitudinal cohort study.

Materiale te marra nga interneti

1. [http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20\(2008\)_pro.pdf?.dtrk=true](http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/research/measuring%20dignity%20in%20care%20(2008)_pro.pdf?.dtrk=true)
2. https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78616/002310.pdf
3. <http://www.ajan.com.au/vol24/vol24.4-7.pdf>
4. https://www.researchgate.net/profile/Ekaterini_Lambrinou/publication/24041148_Attitudes_and_knowledge_of_the_Greek_nursing_students_towards_older_people/links/02e7e5270392154eb7000000/Attitudes-and-knowledge-of-the-Greek-nursing-students-towards-older-people.pdf
5. <http://aging.umkc.edu/wp-content/uploads/2015/10/Facts-on-Aging-Quiz.pdf>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16564473>
7. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
8. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400018&script=sci_arttext&tlng=en
9. <https://www.nurseslearning.com/courses/nrp/NRP1612-30/Section1/p01.html>
10. http://file.scirp.org/pdf/Health20110900012_33557385.pdf
11. <http://digitalcommons.unomaha.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1066&context=commfacpub>
12. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/19/1/19_1_27/_pdf
13. http://www.csus.edu/mcnair/_all-scholars-articles-photos-webpage/11_2009_2010/journal_2009-10/nazia_khan_csus_mcnair_2010-11.pdf

Pyetësor

Drejtuar: Infermierë që janë duke ushtruar profesionin e tyre në hallka të ndryshme të sistemit shëndetsor, në qytetin e Vlorës.

Nr		Kodi
A. Të dhënat demografike të të intervistuarëve		
P1.	Mosha e të intervistuarit. a. <30 vjeç b. 30-40 vjeç c. 41- 50 vjeç d. >50 vjeç	
P2.	Gjinia a. Femër b. Mashkull	
P3.	Eksperienca në vite si Infermier. a. <5 vjet eksperiencë. b. 5-10 vjet c. >10 vjet.	
P4.	Edukimi i të intervistuarit a. Kam ndjekur vetëm Ciklin e I-rë të studimeve. b. Jam në ndjekje të Ciklit të II-të të studimeve. c. Kam përfunduar Ciklin e II-të të studimeve.	
P5.	Ushtrojnë profesionin si infermier në: a. Shërbimin parësor b. Spitalin Rajonal, Vlorë. c. Psikiatri	
P6.	A keni jetuar apo patur në familje persona të moshuar? a. Po b. Jo	
P7.	A keni marrë leksione apo trainime rreth kujdesit ndaj personave të moshuar? a. Po b. Jo	
P8.	A keni formate të veçanta të vlerësimit infermieror ndaj personave të moshuar? a. Po b. Jo	
P9.	Parapqëlqeni të kujdeseni për personat e rinj apo ata të moshuar? a. Personat e rinj b. Personat e moshuar c. Të gjitha grupet e populates	

B. Matja e nivelit të njohurive që gëzojnë infermierët e intervistuar rreth procesit të plakjes (përdorur si burim <i>Palmore facts aging quiz</i>). <i>Shënoni “ V” përgjigjen e vërtetë dhe “G” përgjigjen e gabuar.</i> 		
1	Shumica e personave të moshuar kanë të pranishëm një dëmtim (memorje të dëmtuar ose mund të jenë të corientuar) a. V b. G	
2	Pesë shqisat e tyre tentojnë të dobësohen më kalimin e moshës. a. V b. G	
3	Shumica e personave të moshuar nuk paraqesin interes apo aftësi në relacionet seksuale. a. V b. G	0 1
4	Kapaciteti pulmonary vital tenton të dobësohet me kalimin e moshës a. V b. G	
5	Shumica e personave të moshuar ndihet keq në shumicën e kohës a. V b. G	
6	Fortësia fizike tenton të dobësohet me kalimin e kohës. a. V b. G	
7	Shumica e personave të moshuar janë duke jetuar në azile, institucione psikiatrike. a. V b. G	
8	Personat me moshuar bëjnë më pak aksidente rrugore se personat nën 65 vjeç. a. V b. G	
9	Punëtorët emoshuar zakonisht nuk kanë punë efektive krahasuar me personat e rinj. a. V b. G	
10	Shumica e të moshuarve janë të gatshëm të pëmbushin aktivitetet etyre pa ndihmë. a. V b. G	
11	Shumica e personave të moshuar e kanë shumë të vështirë ti përshtaten ndryshimeve. a. V b. G	
12	Personat emoshuar zakonisht kërkojnë më shumë kohë të mësojnë dicka a. V b. G	
13	Depresioni është është më shumë frekuent tek personat e moshuar se sa tek ata të rinj. a. V b. G	
14	Personat e moshuar reagojnë më ngadalë se sa personat e rinj. a. V b. G	
15	Në përgjithësi personat e moshuar janë shumë të ngjashëm me njëri tjetrin. a. V b. G	
16.	Shumica e personave të moshuar shprehen se ndihen gjithë kohën të mërzitur. a. V b. G	
17.	Shumica e personave të moshuar janë të izoluar nga shoqëria.	

	a. V b. G	
18.	Punëtorët e moshuar kanë më pak aksidente në punë se sa punëtorët e rinj. a. V b. G	
19.	Më shumë se 20% e popullatës është më e vjetër se 65 vjec. a. V b. G	
20.	Shumica e personelit shëndetsor tentojnë ti japin më pak prioritet personave të moshuar. a. V b. G	
21.	Shumica e personave të moshuar kanë të ardhura moentare shumë të pakta, me anë të të cilave nuk mund të përballojnë jetesën. a. V b. G	
22.	Shumica e personave të moshuar kërkojnë të vazhdojnë të bëjnë punë, përfshirë këtu dhe punët e shtëpisë apo punë vullnetare. a. V b. G	
23.	Personat e moshuar bëhen më besimtarë fetar me kalimin e moshës. a. V b. G	
24.	Shumica e personave të moshuar shprehen se janë të irrituar dhe të nevrikosur në shumicën e kohës. a. V b. G	
25.	Shëndeti dhe statusi ekonomik i personave të moshuar nuk ka për të ndryshuar ose mund të përkeqësohet me kalimin e viteve. a. V b. G	

C. Qëndrimet infermierore ndaj personave të moshuar.

Rrethoni A- nuk jam aspak dakort Rrethoni B- nuk jam disi dakort

Rrethoni C- nuk jam dakort Rrethoni D- jam dakort

Rrethoni E- jam disi dakort Rrethoni F- jam shumë dakort

1	Personat e moshuar duhet të jetojnë në qendra rezidenciale A.....B.....C.....D.....E.....F	
2	Personat e moshuar janë të ndryshëm nga pjesa tjetër e popullatës A.....B.....C.....D.....E.....F	
3	Personat e moshuar e kanë të pamundur të ndryshojnë A.....B.....C.....D.....E.....F	
4	Personat e moshuar nuk duhet të punojnë kur dalin në pension A.....B.....C.....D.....E.....F	
5	Personat e moshuar kanë shtëpi të vjetëruara A.....B.....C.....D.....E.....F	
6	Personat e moshuar nuk urtësohen me kalimin e moshës A.....B.....C.....D.....E.....F	
7	Personat e moshuar kanë shumë influencë në shoqëri A.....B.....C.....D.....E.....F	
8	Të moshuarit i bëjnë të tjerët të ndihen të turpëruar A.....B.....C.....D.....E.....F	

9	Të moshuarit i mërzhisin personat e tjerë me historitë tyre A.....B.....C.....D.....E.....F	
10	Personat e moshuar ngatërrohen gjithmonë me çeshtjet e personave të tjerë A.....B.....C.....D.....E.....F	
11	Personat e moshuar bëjnë gabime shumë irrituese A.....B.....C.....D.....E.....F	
12	Personat e moshuar nuke kanë marrëdhënie të mira me fqinjët apo personat e afërt. A.....B.....C.....D.....E.....F	
13	Personat e moshuar janë shumë të ngjashëm me njëri tjetrin A.....B.....C.....D.....E.....F	
14	Personat e moshuar janë të parregulltë A.....B.....C.....D.....E.....F	
15	Personat e moshuar janë të pakënaqur dhe irritues. A.....B.....C.....D.....E.....F	
16	Personat e moshuar gjithmonë ankohen për të rinjtë A.....B.....C.....D.....E.....F	
17	Personat e moshuar kërkojnë shumë dashuri dhe vëmendje A.....B.....C.....D.....E.....F	
18	Personat e moshuar duhet të jetojnë të integruar me personat e rinj A.....B.....C.....D.....E.....F	
19	Personat e moshuar nuk janë të ndryshëm nga personat e tjerë. A.....B.....C.....D.....E.....F	
20-	Personat e moshuar janë të gatshëm për të bërë ndryshime A.....B.....C.....D.....E.....F	
21	Personat e moshuar preferojnë të punojnë sa më gjatë që të munden A.....B.....C.....D.....E.....F	
22	Personat e moshuar kanë shtëpi të pastra dhe të rregullta A.....B.....C.....D.....E.....F.	
23	Personat e moshuar bëhen më të ditur me kalimin e kohës. A.....B.....C.....D.....E.....F	
24	Personat e moshuar duhet të kenë më shumë influencë në shoqëri A.....B.....C.....D.....E.....F	
25	Personat emoshuar ndihen të relaksuar. A.....B.....C.....D.....E.....F	
26	Historitë e tyre të të kaluarës janë shumë interesante. A.....B.....C.....D.....E.....F	
27	Personat e moshuar shikojnë gjithmonë punën e tyre. A.....B.....C.....D.....E.....F	
28	Personat e gabuar bëjnë të njëjtat faje sa personat e rinj A.....B.....C.....D.....E.....F	
29	Fëqinjësia është e kënfshme kur integrohet me persona të moshuar. A.....B.....C.....D.....E.....F	
30	Personat e moshuar janë të ndryshëm nga njëri tjetri. A.....B.....C.....D.....E.....F	

31	Personat e moshuar janë të pastër A.....B.....C.....D.....E.....F	
32	Personat e moshuar janë gazmor dhe humor të gëzuar A.....B.....C.....D.....E.....F	
33	Personat e moshuar rrallë herë ankohen për të rinjtë. A.....B.....C.....D.....E.....F	
34	Personat e moshuar nuk kanë nevojë për dashuri dhe vemëndje të ekzagjeruar. A.....B.....C.....D.....E.....F	

1. PROMOVIMI SHËNDETSOR NË PERSONAT E MOSHUAR

**DEPARTAMENTI I
MENAXHIMIT TË POLITIKAVE
SHËNDETËSORE**

**Plani nderkombetar i veprimit në moshën e
tretë**

Rekomandime dhe veprime

ÇESHTJA 1 - Përmiresimi i shëndetit dhe mireqenies të moshës së tretë.

Promocioni i shëndetit i inkurajon njerezit të monitorojnë dhe të përmiresojnë shëndetin e tyre. Strategjitë baze për promovimin e shëndetit u hodhen në Kartën e Otaves për promocionin shëndetësor (1986). Qellimet e rritjes së jetëgjatësisë së shëndetshme, përmiresimit të cilesisë së jetës përtë gjithë, reduktimit të përqindjes së mortalitetit dhe morbiditetit dhe rritjes së jetëgjatësisë janë vendosur në Konferencën Inter-nacionale mbi Popullatën dhe Zhvillimin (1994). Keto qellime mund të jenë arritshme në menyre me efektive nëpërmjet implementimit të aksioneve të rekomanduara nga EHO përpërmiresimin si të shëndetit të popullatës ashtu dhe aksesit për një kujdes shëndetësor të përshtatshëm.

Aktivitetet e promocionit shëndetësor dhe aksesit të barabartët njerezve të moshuar për kujdesin shëndetësor dhe shërbimet e tij që përfshijnë parandalimin e sëmundjeve përgjatë jetës, janë guri themelor për pleqeri të shëndetshme. Një perspektive e jetës përfshin njohjen që aktivitetet e promocionit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve nevojiten të fokusohen në ruajtjen e pavarësisë, parandalimin dhe vonësinë e sëmundjeve dhe të pa aftësisë dhe dhenies së trajtimit, si dhe përmiresimi i funksionimit dhe cilesisë së jetës së njerezve të moshuar të cilët tashmë kanë pa aftësi.

Objektivi 1: Reduktimi i efekteve grumbulluesë të faktoreve që rrisin rrezikun e sëmundjeve dhe si pasojë një varesi të mundshme në moshat e vjetra.

Objektivi 2; Zhvillimi i politikave përtë parandaluar sëmundjet e shëndetit midis njerezve të moshuar.

Objektivi 3: Aksesit për një ushqim dhe ushqyerje adekuate përtë gjithë njerezit e moshuar.

ÇESHTJA 2 - Aksesit i barabartë dhe univesal për shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Objektivi 1: Eliminimi i pabarazive sociale dhe ekonomike bazuar në moshe, gjinë osënë ndonjë fushe tjetër, duke përfshirë edhe barrierat gjuhësore, në sigurimin që njerezit e moshuar kanë akses të barabartë dhe univesal për kujdesin shëndetësor.

Objektivi 2: Zhvillimi dhe fuqizimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor paresor përtë plotësuar nevojat e njerezve të moshuar dhe promocioni i përfshirjes së tyre në proces.

Objektivi 3: Zhvillimi i një kujdesi shëndetësor në vazhdimësi përtë plotësuar nevojat e njerezve të moshuar.

Objektivi 4: Përfshirja e njerezve të moshuar në zhvillimin dhe fuqizimin e shërbimeve të kujdesit paresor dhe ato për kohë të gjatë

ÇESHTJA 3 - Trajnimi i dhenësve të kujdesit dhe profesionistëve të shëndetit.

Objektivi 1: Pajisja me informacion dhe trajnim të përmiresuar për profesionistët dhe paraprofesionistët e shëndetit mbi nevojat e njerezve të moshuar.

ÇESHTJA 4 - Nevojat e shëndetit mendor për njerezit e moshuar.

Objektivi 1: Zhvillimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor mental në tërësi, nga parandalimi në nderhyrjen e hershme, pajisja me shërbimeve trajtuese dhe menazhimi i problemeve të shëndetit mendor në njerezit e moshuar.

ÇESHTJA 5 - Njerezit e moshuar dhe pa aftësi.

Objektivi 1: Mbajtja e maksimumit të kapaciteteve funksionale përgjatë kursit të jetës dhe promocioni i pjesëmarrjes së plotë njerezve të moshuar me pa aftësi.

VLERËSIMI INFERMIEROR I PERSONAVE TË MOSHUAR

Informacion mbeshtëtës		
Emër Mbiemër _____		
Historia e sëmundjeve		
Tensioni i gjakut _____		

Vaksinimet _____		

Konsumim duhani	PO	JO
Ushtrimet fizike	PO	JO
Kushtet e jetesës		
Higjena		

Kushtet minimale		

Shërbimet ndihmëse		

Temperatura e mjedisit _____ -		

Gjendja ekonomike		
E mirë	Relativisht e mirë	E keqe

Maksimizimi i potencialit të jetës

Kategoria : PËRMBUSHJA PERSONALE	Po	Jo
a. Përbushje e pavarur personale		
b. Kërkon nxitje të shpreh nevojat		
c. Kërkon asistencë në përbushjen e nevojave dhe dëshirave		
d. I varur tërësisht për shkak të problemeve fizike apo mendore		

Kategoria : MIRËQËNIA SHPIRTËRORE	Po	Jo
a. I pavarur në përbushjen e nevojave shpirtërore		
b. Kërkon asistencë në zbulimin e nevojave shpirtërore		
c. Kërkon një person prezent gjatë përbushjes së nevojave shpirtërore		
d. Dëshiron ti përbush por pengohet nga arsye fizike		
e. Kërkon mbështetje totale shpirtërore konstante		

Kategoria : MARRËDHËNIET SOCIALE	Po	Jo
a. Ndërvepron me personat e tjerë, fillon dhe pranon marrëdhënie të reja		
b. Preferon të qëndrojë vetëm ose indifferent ndaj shoqërive të tjera. Kërkon ndihmë për nisjen e komunikimit.		
c. Reagon mirë vetëm ndaj disa personave. Tregon pak konfidencë.		
d. Shmang kontaktet sociale dhe komunikimin me persona të panjohur.		
e. Tregon sjellje disfunktionale dhe shkatërruese		

Kategoria : SEXUALITETI	Po	Jo
a. I pavarur në përbushjen e nevojave individuale për të shprehur sexualitetin përmes prezantimit personal, marrëdhënieve apo aktiviteteve		
b. I pavarur në përbushjen e nevojave por kërkon asistencë në lehtësimin e privatësisë dhe prezantimit personal.		
c. Kërkon asistencë për menaxhimin e mjedisi		
d. Kërkon ndihmën e psikologu ose të një mjeku specialist		
e. Mund të kërkojë ndërhyrje terapeutike dhe mbikqyrje të plotë.		

Kategoria : AFTËSITË NJOHËSE	Po	Jo
a. I aftë të menaxhojë problemet dhe të marrë vendime. Flet në mënyrë llogjike brenda kontekstit.		
b. Arsyeton dhe mendon në mënyrë adekuate por paraqet probleme me memorien dhe marrjen e vendimeve.		
c. I aftë të mendojë por paraqet probleme me marrjen e vendimeve nëse nuk i jepen shumë mundësi.		
d. I paaftë të mendojë dhe të arsyetojë pa një support të vazhdueshëm		
e. I paaftë të mendojë, arsyetojë dhe të marrë vendime.		

Kërkon mbikqyrje të vazhdueshme.		

Parandalimi dhe qetësimi i ankthit dhe shqetësimit

Kategoria: KOMUNIKIMI	Po	Jo
a. Komunikon në menyrë normale. Shpreh dëshirat dhe përcjell mesazhe në mënyrë normale dhe të kuptueshme nga personat e tjerë.		
b. Është i aftë të komunikojë verbalisht, por aftësitë komunikuese joverbale nuk janë kongruente me komunikimin verbal.		
c. Përdor një metodë komunikimi verbale dhe joverbale, të cilat kërkojnë vëmendje të madhe nga personat e tjerë. i aftë të komunikojë por kërkon gjithmonë aprovim nga personi dëgjues		
d. Shpreh vështirësi në shprehjen e mesazheve, kërkon interpretim. i aftë të kuptojë informacionin e dhënë.		
e. Komunikimi i limituar ose mungesë komunikimi. Mund të komunikohet me anë të shprehjeve joverbale apo metodave të tjera.		

Kategoria : KONTROLLI MBI DHIMBJEN	Po	Jo
a. Pa dhimbje, i aftë të menaxhojë vetë dhimbjen		
b. Përjeton dhimbje dhe pyet për mënyrën e trajtimit		
c. Përjeton dhimbje konstante, të përhershme, e cilën nuk mund ta menaxhojë apo durojë. Kërkon asistencë në kontrollin e saj.		
d. I aftë të tregojë për praninë e dhimbjes, por i paftë të specifikojë tipin dhe efektet e saj. Kërkon shumë ndërhyrje për kontrollin e dhimbjes.		
e. Nuk tregon asgjë rreth dhimbjes. Prania e dhimbjes vërtetohet nga sjelljet, ndryshimet e fytyrës apo të lëvizjes. Kërkon ndërhyrje komplekse.		

Kategoria : NDJESITË	Po	Jo
a. I pavarur në funksionin sensorial, ose e kompeson me senset e tjera.		
b. Përdor të gjitha shqisat gjatë përshtatjeve. Kërkon asistencë në kujdesin rutinë dhe përshtatje të mjedisit.		
c. Mungesë sensoriale. Kërkon asistencë		
d. Përshtatja e mjedisit nuk sjell të mira, kërkon drejtim dhe asistencë totale gjatë aktiviteteve.		
e. Kërkon mbështetje të vazhduar si pasojë e humbjes së aftësisë për të kuptuar përshkrimet, interpretuar dhe përshkruar.		

Kategoria : MEMORIA	Po	Jo
a. Memorie e saktë, e padëmtuar		
b. Vështirësi në rikujtimin e ngjarjeve, por mund të kompesohet nëpërmjet mbështetjes riorientuese për të qartësuar mendimet. Personi nuk duhet të shtrengohet apo të detyrohet.		

c. Vështirësi në riformimin e ngjarjeve. Kërkon ndërhyrje sociale dhe intrapersonale. Vlerësohet siguria personale.		
d. I paaftë të riformoje ngjarjet. Kërkon mbikqyrje të vazhdueshme dhe ndërhyrje direkte gjatë kujdesit personal. Kërkon një vlerësim dhe menaxhim të siguri së personale.		

Kategoria : ORIENTIMI	Po	Jo
a. Orientohet në kohë dhe hapësirë		
b. Paraqet raste të rralla të disorientimit. Kërkon mbikqyrje për të qartësuar mendimet.		
c. Kërkon orientim të rregullt dhe mbështetje psikologjike për të ruajtur funksionet.		
d. I paorientuar në kohë dhe hapësirë. Kërkon mbështetje të vazhdueshme.		
e. I paorientuar në kohë dhe hapësirë. Riorientim të vazhdueshëm. Vlerësim të riskut dhe menaxhim.		

Kategoria : HUMBJA , NDRYSHIMI DHE ADAPTIMI	Po	Jo
a. I aftë të identifikojë, të shpreh dhe të përshtatet me rrethanat.		
b. Po përshtatet emocionalisht dhe ka një imazh të mirë të veten. I aftë të fillojë ndërveprimet e personat e tjerë. Shprehet emocionalisht lirshëm.		
c. Nuk ka filluar ende të përshtatet dhe ka një imazh negative për veten. Shpreh dëshirën për mbështetje emocionale.		
d. Nuk është përshtatur ende. Gjendja emocionale e paqëndrueshme. Nuk pranon hapur nevojën për mbështetje emocionale apo ndihmë.		

Kategoria : SJELLJA	Po	Jo
a. Sjellje adekuate brenda kontekstit të kulturës individuale, marrëdhënieve sociale dhe vendndodhjes.		
b. Sjellje adekuate, por nevojë për pak asistencë.		
c. Sjellje adekuate por kërkon mbikqyrje për të paraprirë sjelljes dhe përgjigjeve.		
d. Paraqet vështirësi në shfaqjen e sjelljes së duhur brenda kontekstit. Kërkon mbikqyrje, këshilla dhe mbështetje.		
e. Kërkon mbikqyrje, menaxhim dhe ndërhyrje të vazhdueshme për të shmangur efektet negative gjatë bisedës		

Kategoria : TË AFËRMIT DHE PERSONAT QË KUJDESEN	PO	JO

a. Të afërmit ose pjesëtarë të tjere të familjes janë aktiv në kujdesin ndaj personit të moshuar.		
b. Familjarët dhe të afërmit janë mbështetës por jo aktiv.		
c. Të afërm dhe familjarë të distancuar.		

Kategoria : HIGJENA PERSONALE	Po	Jo
a. I paravur në realizimin e higjenës personale.		
b. I aftë për të kryer higjenën personale por kërkon mjetet e nevojshme. Lëkura në gjendje të mirë, nuk paraqet risk.		
c. Kërkon pak ndihmë në realizimin e higjenës. Lëkura në gjendje të mirë por paraqet risk për dëmtim. Kërkon pak asistencë gjatë banjove.		
d. Kërkon ndihmë për realizimin e higjenës. Lëkura në gjendje normale por në risk për dëmtim. Kërkon mbikqyrje të plotë gjatë banjove.		
e. I varur tërësisht prej personave të tjerë për të realizuar higjenën. Kërkon asistencë dhe mbikqyrje të vazhdueshme.		

Kategoria : VESHJA	Po	Jo
a. Vishet në mënyrën e duhur.		
b. Mund të bëj zgjedhje në bazë të mjedisit apo temperaturës së mjedisit. Kërkon pak ndihmë në mbylljen e butonave apo për të vepruar me shpejtë. Përdor ndihmesë për veshjen e këpucëve apo çorapeve.		
c. Është i aftë të zgjedh veshjet e veta, në bazë të mjedisit dhe temperaturës. i paaftë të vesh këpucët dhe corapet pa asistencë.		
d. Është i paaftë të bejë zgjedhje në veshje. Kërkon asistencë.		
e. Tërësisht i varur prej personave të tjerë për tu veshur.		

Kategoria : MOTIVIMI	Po	Jo
a. Është i motivuar të arrijë kryerjen e aktiviteteve të përditshme në mënyrë të pavarur.		
b. Ka një paaftësi që prek performancën e aktiviteteve ditore. Është i motivuar të përdor mjete ndihmëse në mjedis.		
c. Ka një paaftësi që prek performancën e aktiviteteve ditore. Është i motivuar të përdor mjete ndihmëse në mjedis, ndonjëherë kërkon inkurajim dhe siguri.		
d. Motivimi i ndryshueshëm. Kërkon inkurajim dhe mbështetje frekvente.		
e. Motivimi mungon për shkak të pranisë së sëmundjes.		

Kategoria : GJUMI	Po	Jo
a. Arrin të flejë normalisht.		
b. Ka një gjumë të mirë, por që ndryshon ndonjëherë prej stimujve të ndryshëm. Kërkon ndihmë për përshtatjen e mjedisit në mënyrë që të flejë normalisht.		
c. Bën një gjumë të qetë, që mund të ngacmohet nga stimuj të ndryshëm. Cilësia e gjumit nuk është e mirë dhe ndikohet nga mirëqenia emocionale dhe fizike. Ka një rutinë të caktuar.		
d. Ka një gjumë të çrregullt, të ndikuar nga gjendja emocionale dhe fizike. Nuk ka një rutinë, kërkon ndihmë gjatë natës dhe praninë e një personi për të asistuar aty.		
e. Gjumë të çrregullt. Pa rutinë. i disorientuar natën. Kërkon praninë dhe sigurinë e një personi tjetër.		

Kategoria : LËVIZSHMËRIA	Po	Jo
a. I pavarur me/ pa mjete ndihmëse. Eshtë i pavarur në hapa dhe në ngjitje/ zbritje të shkallëve.		
b. I aftë të ngrihet nga karrikja apo krevati pa ndihmën e ndokujt. Ecën me një mjet ndihmës ose asistencë. Alarmohet nga pengesat dhe rreziqet.		
c. I paaftë të ngrihet vetë nga krevati. Ecën me asistencë ose ndihmë. i alarmuar nga pengesat dhe rreziqet.		
d. I paaftë të ngrihet nga shtrati. Nuk mund të ec pa një mbështetje fizike. Kalon kohën më të madhe në karrike ose në shtrat. Ka risk të lartë të zhvillojë komplikacione për shkak të imobilitetit.		

Kategoria : URINIMI DHE ELIMINIMI i FECEVE	Po	Jo
a. Eliminon urinë dhe fece normalisht. Eshtë kontinent.		
b. Alarmohet nga nevoja për të urinuar apo defekuar. Mund të paraqes pak incontinëce. Por është i aftë të ndërrohet vetë. Kërkon asistencë nga një person që ta shoqërojë në tualet.		
c. Ka urgjencë urinimi dhe defekimi. i paaftë të menaxhojë higjenën pas eliminimit. Kërkon një plan për minimizimin e episodeve të incontinencës.		
d. Urgjencë eliminimi dhe defekimi. Kërkon asistencë të një personi që ta shoqërojë në tualet. Nuk i përgjigjet terapisë së incontinences.		
e. Humbje të ndjeshmërisë së urinimit dhe defekimit, humbje të tonusit të muskujve dhe / ose të statusit mendor. Paraqet inkontinencë.		

Kategoria : RISKU	Po	Jo
a. Eshtë i aftë të vlerësojë veten dhe situatën, të marrë vendime rreth riskut ndaj vetes dhe të tjerëve. ndihet i qetë në një grup social apo në mjedis.		

b. Është i aftë të vlerësojë vetën dhe situatën, të marrë vendime rreth riskut ndaj vetes dhe të tjerëve. Nuk ndihet i sigurt në një grup social dhe kërkon mbeshtetje.		
c. Është i shqetësuar për rreziqet ndaj sigurisë personale, por është i paaftë të marrë vendime ose të kryejë veprimin e duhur për të ruajtur sigurinë e vetes apo personave të tjerë.		
d. I shqetësuar për rreziqet rrethuesë, ka potencial të lartë të marrë vendime të pasigurta ose ka paaftësi të marrë vendime për të mbrojtur veten dhe personat e tjerë. Kërkon mbikqyrje të realizojë aktivitetet.		
e. Nuk është i shqetësuar për rreziqet e mjedisit, është i paaftë të marrë vendime. Nuk arrin të mbroj veten apo personat e tjerë. Nuk ndihet i qetë në një mjedis social		

Kategoria : USHQYERJA DHE KONSUMIMI I LËNGJEVE	Po	Jo
a. Ushqehet në mënyrë të pavarur. Arrin të zgjedh vetë ushqimet e nevojshme, në bazë të urisë apo të etjes.		
b. Me mbeshtetje është i aftë të identifikojë dhe të bëj zgjedhje rreth ushqimit dhe lëngjeve, në bazë të etjes apo urisë. Paraqet pak gjendje risku për ushqyerje të varfer.		
c. Me asistencë arrin të zgjedh ushqimet në bazë të gjendjes së urisë dhe etjes. Përdor mjete ndihmëse gjatë ngrenies dhe pirjes, duke kerkuar një person ta mbikqyr gjatë ushqyerjes. Është në risk për ushqyerje të keqe.		
d. Është i paaftë të identifikojë dhe të bëj zgjedhje për ushqimet dhe lëngjet që duhet të konsumojë. Kërkon asistencë të plotë gjatë pirjes apo ushqyerjes. Është në risk të lartë për ushqyerje të varfër.		
e. Është i paaftë të identifikojë dhe të bëj zgjedhje për ushqimet dhe lëngjet që duhet të konsumojë. Kërkon asistencë të plotë gjatë pirjes apo ushqyerjes. Është në risk të lartë për ushqyerje të varfer. i nënshtrohet programeve të ushqyerjes artificiale.		

Kategoria : FRYMËMARRJA	Po	Jo
a. Kryen aktivitetet në mënyrë të pavarur.		
b. Përjeton vështirësi në frymëmarrje. Është i aftë të bëj përshtatjet e duhura dhe të pavarura në trajtimet terapeutike, por kërkon ndihmë në përgatitjen e tyre.		
c. Përjeton vështirësi në frymëmarrje, është i shqetësuar së si mund ti përballojë këtë situatë. Ndonjëherë kërkon oksigjenoterapi dhe asistencë për përshtatje të mjedisit.		
d. Përjeton vështirësi në frymëmarrje. Nuk alarmohet për ti menaxhuar ato. Kërkon asistencë në trajtimin terapeutik dhe në përshtatjen e mjedisit për të përballuar vështirësitë.		
e. Përjeton vështirësi në frymëmarrje. Nuk alarmohet për ti menaxhuar		

këto situata. Ndonjëherë kërkon oksigjenoterapi të vazhduar dhe është i pa aftë ta kërkojë atë. Nevojitet asistencë e plotë në adaptimin e mjedisit, për të lehtësuar frymëmarrjen.		

Kategoria : EMOCIONI	Po	Jo
a. I aftë të shpreh emocionet lirshëm dhe në mënyrë të duhur.		
b. Bën përshtatje emocionale, i motivuar dhe i aftë të nis ndërveprimet me personat e tjerë. Shpreh emocionet lirshëm dhe në mënyrë të duhur.		
c. Nuk është përshtatur emocionalisht plotësisht ndaj rrethanave të jetës. Gjendja emocionale e ndryshueshme, shqetësohet nga stimuj të ndryshëm. i aftë të shpreh dëshirë për mbështetje emocionale.		
d. Nuk është përshtatur akoma emocionalisht. Gjendje emocionale e ndryshueshme, por nuk shqetësohet nga stimujt e jashtëm. Është i aftë të shpreh nevojën për mbështetje emocionale.		
e. Nuk është përshtatur ende, nuk shqetësohet nga ngacmuesit e jashtëm dhe nuk pranon mbështetje emocionale.		

VLERËSIMI I TENDENCËS PËR ANKTH TË PËRGJITHSHËM TE PACIENTËT E HOSPITALIZUAR DHE LIDHJA E TIJ ME HOSPITALIZIMIN

Anisa Marku

anisa31marku@gmail.com

Abstract

Introduction

General Anxiety Disorder (GAD) is a condition that makes individuals feel anxious about a wide range of situations and issues. In general, hospitalization is a situation associated with anxiety and insecurity. Increasing GAD awareness among patients and care providers brings early discovery and appropriate interventions that can reduce the severity of the symptoms, reduce disability, and improve the quality of life of patients.

Purpose of the study

Evaluation of general anxiety disorder in hospitalized patients and its connection to hospitalization.

Method

The study included 102 patients hospitalized during the data collection period, May 2017 at Vlora Regional Hospital. The data collection tool was a questionnaire about Patient Health State, the Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale.

Results

Average age of patients 58.6 years. Hospitalized female patients 51.96% versus 48.04% males. The largest number of female and male patients is diagnosed with diabetes mellitus, respectively 34.11% and 27.24%. 42.15% of them are mildly disturbed, 33.32% with moderate anxiety, 11.7% are considered uncommon anxiety and 9.8% with severe anxiety, score for each variable by 0-3 points. There was a strong statistical correlation between patient pathology and tendency

for generalized anxiety, $p = 0.0174$. Sinjifikanca also showed hospitalization for the first time with several other variables.

Conclusion

The tendency for GAD in hospitalized patients is present. Nurses who are in the unique position to be patient confidences during their hospitalization can play a major role in preventing additional medical consequences when they feel that their patients are anxious or depressed. Timely reporting of such observations can play a primary role in patient rehabilitation and chronic disease control.

Key words: General anxiety, GAD-7, patient, care, hospitalization, tendency.

HYRJE

Çrregullimi i ankthit të përgjithshëm (GAD) është një gjendje që i bën individët të ndihen të shqetësuar për një gamë të gjerë situatash dhe çështjesh, sesa një ngjarje specifike.

Njerëzit me GAD ndihen të shqetësuar shumë shpesh. Sapo të zgjidhet një mendim që i shqetëson, një tjetër mund të shfaqet në lidhje me një çështje tjetër.

Çrregullimi i përgjithshëm i ankthit mund të ndikojë te individë si fizikisht dhe mendërisht. Është normale që një individ të ndihet i shqetësuar nga koha në kohë, veçanërisht nëse jeta është e pasur me probleme e momente stresuese. Megjithatë, ankthi i tepruar dhe i

vazhdueshëm dhe shqetësimi që ndërhyt në aktivitetet e përditshme mund të jetë një shenjë e çrregullimit të ankthit të përgjithësuar. Është e mundur që të zhvillohet çrregullimi i ankthit të përgjithshëm si tek një fëmijë ashtu dhe tek një i rritur. Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit ka simptoma që janë të ngjashme me çrregullimin e panikut, rregullimin obsesiv-kompulsiv dhe llojet e tjera të ankthit, por ato janë të gjitha gjëndje të ndryshme.

Të jetuarit me çrregullim ankthi të përgjithësuar mund të jetë një sfidë afatgjatë. Në shumë raste, kjo gjëndje shoqërohet dhe me çrregullime të humorit. Në shumicën e rasteve, çrregullimi i ankthit të përgjithësuar përmirësohet me medikamente ose me psikoterapi. Bërja e ndryshimeve të jetesës, të mësuarit e aftësive të përballimit dhe përdorimi i teknikave të relaksimit gjithashtu mund të ndihmojnë. Ankthi është manifestimi i një emocioni, i karakterizuar nga një shqetësim fizik dhe psikologjik i përshkruar nga individët si një ndjenjë pashprese, nervozizmit dhe shqetësimit të tepruar [1-3].

Çrregullimet e ankthit janë çrregullimet psikiatrike më të zakonshme në Evropë, me një përhapje vjetore prej 12% në popullsinë e rritur evropiane dhe një mbizotërim të jetës prej 5%. Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit (GAD) u përfshi për herë të parë në edicionin e tretë të Manualit Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM) në vitin 1980 [4].

Që atëherë, përkufizimi i tij është modifikuar në DSM-III-R, DSM-IV dhe DSM-IV TR [5-8]. GAD është përcaktuar, me rishikimin e tekstit të edicionit të katërt të Manualit diagnostik dhe statistikor të çrregullimeve mendore (DSM-IV-TR), si ankth i tepruar dhe merak për disa ngjarje apo aktivitete për shumicën e ditëve gjatë të paktën në periudhën 6-mujore. Shqetësimi është i vështirë për t'u kontrolluar dhe shoqërohet me simptoma somatike të tilla si tensionim i muskujve, nervozizmi, vështirësitë në gjumë dhe

prishja e gjumit. Ankthi është shqetësues dhe prodhon dëmtime në fushat e rëndësishme të jetës së personit [9].

Prevalenca e GAD gjatë jetës u vlerësua në 2.8% në Europë [3,10,11].

Çrregullimi i përgjithshëm i ankthit ka një prevalencë aktuale në mjediset klinike nga 2.8% në 8.5% [12,13] dhe në popullatën e përgjithshme nga 1.6% në 5.0% [4,6]. Raporti i femrave tek meshkujt me çrregullim është rreth 2 deri në 1. Ky çrregullim ka ndoshta komfort më të lartë me një tjetër çrregullim mendor, të tilla si çrregullime depresive, fobi specifike dhe sociale, çrregullime paniku dhe çrregullime të lidhura me përdorimin e substancave [9]. Gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes, ekziston një rrezik në rritje që çrregullimi i ankthit të përgjithësuar të zhvillohet ose të përkeqësohet nëse ka ekzistuar. Psikoterapia mund të shmangë nevojën për farmakoterapi, por për ankth të rëndë (që mund të shoqërohet me rezultate të pafavorshme obstetrike, përfshirë lindjen e parakohshme), mund të jenë të nevojshme medikamentet pa dëmtim të nënes ose fëmijës [14].

Portugalia ka një përhapje vjetore të sëmundjeve mendore prej 22.9% më e lartë se vendet e tjera evropiane. Përveç kësaj, midis viteve 2008 dhe 2009, çrregullimet e ankthit ishin një nga çrregullimet më të zakonshme brenda popullsisë portugeze, me një prevalencë vjetore prej 16.5%. U zbulua gjithashtu se 33,6% pacientë me një çrregullim të rëndë psikiatrik në Portugali nuk morën asnjë lloj trajtimi [15]. Sipas një studimi në Gjermani, i publikuar në vitin 2016 deri në moshën 60 vjeç rezultoi se kishte një rritje të konsiderueshme të tendencës për ankth. [16]

Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit (GAD) karakterizohet nga një brengosje e tepruar dhe e papërshtatshme, e cila është e vazhdueshme dhe jo e kufizuar në rrethana të veçanta. Pacientët kanë simptoma ankthi fizike (të tilla si takikardi dhe dridhje) dhe simptomat kryesore psikologjike, duke përfshirë shqetësimin,

lodhjen, vështirësinë në përqëndrimin, nervozizmin dhe gjumin e shqetësuar. Një rishikim i kohëve të fundit i studimeve epidemiologjike 12 mujore në Europë tregon një prevalencë prej 1.7% deri 3.75% (duke qenë më e zakonshme në moshën e vjetër). Megjithatë, shumë nga ata që mund të përfitojnë nga trajtimi nuk njihen ose trajtohen, gjë që është zhgënjyese, pasi një spektër i gjerë i trajtimeve të bazuara në dëshmi është në dispozicion. [17]

Megjithëse shkaku i saktë i GAD nuk mund të specifikohet, ka grupe të popullsisë në rrezik më të madh me komorbiditet të lartë [10].

Mbështetur në një studim në Gjermani 7.4% e femrave dhe 4.2% e meshkujve në studim kishin ankth të rëndë [18], e evidentuar kjo tek të gjitha grupmoshat sipas gjinisë [19].

Ndërsa, sipas një studimi në njerëzit në moshën 45-64 vjeç vuajnë më shumë nga GAD (5.2%) në krahasim me grupet e moshës 30-44 (4.6%), 18-29 (3.2%) dhe 65+ (2.6%). [20]

Sipas një studimi pacientët me ulçer të këmbëve diabetike tregojnë nivele të larta të simptomave të depresionit dhe ankthit. Humbja e gjymtyrëve është padyshim një përvojë shkatërruese dhe disa studime kanë treguar se simptomat e ankthit dhe depresionit janë një reagim i zakonshëm pas një amputimi të gjymtyrëve të poshtme. [21]

Ndërsa një studim tjetër i cili analizonte tendencën për ankth të gjeneralizuar tek pacientët diabetik evidentoi se ishte present në 14% të pacientëve me diabet tip1 dh 2 dhe në një masë më të madhe tek femrat sesa tek meshkujt, përkatësisht 55.3% dhe 32.9% [22].

Prevalenca më e lartë ndodh në grupmoshat 45-59 vjeçare dhe ishte më e zakonshme tek femrat (7%) sesa tek meshkujt (4%). Parashikues të tjerë të rëndësishëm përfshijnë ndarjen, ose divorcimin, të papunët ose amvisat. [23,24]. GAD është një kusht i zakonshëm, që vlerësohet të ketë ndikim

deri në 5% të popullsisë në Mbretërinë e Bashkuar.

Pak më shumë gra preken nga meshkujt, dhe gjendja është më e zakonshme tek njerëzit nga mosha 35 deri në 59 vjeç. [25] Disa studime kanë sugjeruar që GAD të ketë ndikim negativ në aktivitetet e jetës së përditshme dhe në cilësinë e jetës së pacientit në lidhje me shëndetin dhe rezulton me mundësinë e uljes së produktivitetit të punës gjatë jetës, duke pasur kështu një barrë të konsiderueshme ekonomike [26-29]. Çrregullimet e ankthit karakterizohen nga shqetësimi i tepruar, shqetësimi dhe frika për ngjarjet e ardhshme, të tilla që ato të ndikojnë në funksionimin e çështjeve sociale dhe profesionale.

DSM-V identifikon disa forma ankthi brenda këtij spektri të bazuar në fenomenologji të dallueshme [30] duke përfshirë çrregullimin e ankthit të përgjithshëm (GAD), rregullimin e ankthit social (SAD), dhe çrregullimi i ankthit të panikut (PAD). Pothuajse një në tre individë zhvillon një çrregullim të spektrit të ankthit gjatë jetës së tij. [11]

Modeli më i zakonshëm është ankthi nga fobitë specifike (12.5%), e ndjekur nga çrregullimi i ankthit social (SAD 12.1%), çrregullimi i ankthit të përgjithshëm (GAD 5.7%), dhe çrregullimi i ankthit të panikut (PAD 4.7%) [11,31]

Një nga karakteristikat më të rëndësishme të çrregullimeve të ankthit është komponenti i tyre njohës. Ky komponent është ekspozuar në formën e përpunimit të informacionit të njëanshëm të situatave të reja sociale si dhe kërcënime specifike dhe të përgjithshme. Për shembull, ekspozimi i pacientëve me çrregullime të ankthit social në mjedise të zakonshme sociale shkakton rikthim në kujtimet negative të kaluara sociale. Kjo çon në interpretim dhe reagim negative ndaj ngjarjeve aktuale të këtyre individëve [32] si dhe individëve me rregullime të ankthit të panikut [33-35]

Ky shqetësim i tepruar në lidhje me stimujt dhe kërcënimet mund të shfaqin shmangie të përgjithshme dhe sjellje të sigurisë [36] Si pasojë e shmangies së

përgjithësuar, ekspozim i përsëritur ndaj ngjarjeve normale të jetës prodhon ndjenja të forta frike që vazhdojnë dhe mbajnë ankth për vite me radhë. [36,37,38] Dëmtimet në funksionet e ndryshme njohëse kanë qenë gjerësisht të eksploruara në çrregullimet më pak të përhapura të ankthit të tilla si: Çrregullimet Obsessive Compulsive [39] dhe rregullimet e stresit post-traumatike [40,41].

Shumica e studimeve mbi funksionet njohëse në çrregullimet e ankthit të panikut tregojnë dëmtime në kujtesën episodike verbale dhe funksionimin ekzekutiv, [42] humbje të vëmendjes [43] memorien verbale afatshkurtër [44] edhe memorien verbale afatgjatë dhe kujtesën vizuale [45].

Në pacientët me çrregullime të ankthit social, disa studime raportuan deficite në funksionet vigjilente, [45] ekzekutive dhe visuo-hapësinore [46].

Në dallim nga këto gjetje, studime të tjera nuk gjetën prova për këto dëmtime në pacientët me çrregullime të ankthit të përgjithshëm GAD [33,47].

Dëmtimet njohëse në pacientët me GAD janë të renditura të fundit. Disa studime në këtë zonë hulumtimi nuk kanë gjetur korrelacion midis deficiteve njohëse dhe GAD [44,48]. Subjektet me tipare të ankthit të lartë tregojnë shmangie më të lartë të reagimeve negative [49,50,51].

Çrregullimet e ankthit karakterizohen nga shqetësimi i tepruar, shqetësimi dhe frika për ngjarjet e ardhshme, të tilla që ato të ndikojnë në funksionimin e çështjeve sociale dhe profesionale.

DSM-V identifikon disa forma ankthi brenda këtij spektri të bazuar në fenomenologji të dallueshme [30] duke përfshirë çrregullimin e ankthit të përgjithshëm (GAD), çrregullimin e ankthit social (SAD), dhe çrregullimin e ankthit të panikut (PAD).

Pothuajse një në tre individë zhvillon një çrregullim të spektrit të ankthit gjatë jetës së tij [11]. Modeli më i zakonshëm është ankthi nga fobitë specifike (12.5%), e ndjekur nga çrregullimi i ankthit social

(SAD 12.1%), çrregullimi i ankthit të përgjithshëm (GAD 5.7%), dhe çrregullimi i ankthit të panikut (PAD 4.7%) [11,31]. Një nga karakteristikat më të rëndësishme të çrregullimeve të ankthit është komponenti i tyre njohës. Ky komponent është ekspozuar në formën e përpunimit të informacionit të njëanshëm të situatave të reja sociale si dhe kërcënime specifike dhe të përgjithshme. Për shembull, ekspozimi i pacientëve me çrregullime të ankthit social në mjedise të zakonshme sociale shkakton rikthim në kujtimet negative të kaluara sociale. Kjo çon në interpretim dhe reagim negativ ndaj ngjarjeve aktuale të këtyre individëve [32] si dhe individëve me çrregullime të ankthit të panikut [33,34,35]. Ky shqetësim i tepruar në lidhje me stimujt dhe kërcënimet mund të shfaqin shmangie të përgjithshme dhe sjellje të sigurisë [36]. Si pasojë e shmangies së përgjithësuar, ekspozim i përsëritur ndaj ngjarjeve normale të jetës prodhon ndjenja të forta frike që vazhdojnë dhe mbajnë ankth për vite me radhë [36,37,38].

Dëmtimet në funksionet e ndryshme njohëse kanë qenë gjerësisht të eksploruara në çrregullimet më pak të përhapura të ankthit të tilla si: Çrregullimet Obsessive Compulsive [39,40,41] dhe çrregullimet e stresit post-traumatike [42,43]. Shumica e studimeve mbi funksionet njohëse në çrregullimet e ankthit të panikut tregojnë dëmtime në kujtesën episodike verbale dhe funksionimin ekzekutiv [44] humbje të vëmendjes, [35] memorien verbale afatshkurtër dhe [45], memorien verbale afatgjatë [36] dhe kujtesën vizuale. [46] Në pacientët me çrregullime të ankthit social, disa studime raportuan deficite në funksionet vigjilente, ekzekutive dhe visuo-hapësinore, [14] në kujtesën verbale afatshkurtër dhe në shmangien e të mësuarit [45].

Në dallim nga këto gjetje, studime të tjera nuk gjetën prova për këto dëmtime në pacientët me çrregullime të ankthit të përgjithshëm [33,47] Dëmtimet njohëse në pacientët me GAD janë të renditura të

fundit. Disa studime në këtë zonë hulumtimi nuk kanë gjetur korrelacion midis deficiteve njohëse dhe GAD. [44,48] Subjektet me tipare të ankthit të lartë tregojnë shmangie më të lartë të reagimeve negative[49,50,51]

I ANKTHIT TË PËRGJITHSHËM LIDHUR ME FAKTORËT SOCIO-DEMOGRAFIKË

Çrregullimi i ankthit të përgjithshëm (GAD) është një çrregullim kronik dhe që mund të ketë pasoja të shtrenjta në shoqëri. Njerëzit me GAD jo vetëm që funksionojnë më pak në një nivel shoqëror, por edhe në punë dhe fusha të tjera të funksionimit. Gjithashtu, njerëzit me GAD shpesh vuajnë nga çrregullime të tjera, si p.sh. çrregullimi i madh depresiv dhe fobi sociale. Faktet e zakonshme të çrregullimit të ankthit të përgjithshëm janë të vështira për t'u gjetur, sepse (1) shumë profesionistë nuk arrijnë të diagnostikojnë këtë çrregullim, pasi simptomat e tij janë të ngjashme me çrregullimet e tjera mendore dhe (2) studimet përdorin pyetësorë të ndryshëm për të vlerësuar GAD, gjë që e bën të vështirë për të gjetur fakte të përgjithshme të çrregullimit të ankthit të përgjithshëm.

- ❖ Studime të kryera në SHBA evidentojnë se:
- Mosha mesatare e fillimit të çrregullimit të ankthit të përgjithshëm (GAD) është 32.7 vjeç.
- 4.1% e të rriturve amerikanë kanë përjetuar çrregullim të përgjithshëm të ankthit (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre. (2.8% meshkuj kundrejt 5.4% femra).
- 2.1% e të rriturve amerikanë kishin çrregullim të ankthit të përgjithshëm (GAD) gjatë 12 muajve të fundit. (1.3% meshkuj kundrejt 2.8% femra). Amerikanët vendas (6.3%) zhvillojnë GAD më shpesh sesa njerëzit e bardhë

(4.6%), Afroamerikanët (3.0%), Hispanikët (2.8%) dhe Aziatikët (1.9%).

- Njerëzit në moshën 45-64 vjeç vuajnë më shumë nga GAD (5.2%) në krahasim me grupet e moshës 30-44 (4.6%), 18-29 (3.2%) dhe 65+ (2.6%).
- Ata që janë të ve, të ndarë ose të divorcuar (6.8%) vuajnë më shpesh nga GAD në krahasim me njerëzit e martuar / që bashkëjetojnë (3.7%) dhe që nuk kanë qenë asnjëherë të martuar (3.3%).
- Njerëzit që kanë mbaruar arsimin e ulët (4.3%) vuajnë më shpesh nga GAD në krahasim me njerëzit me shkollim më të lartë (4.2%) dhe ata që nuk kanë mbaruar shkollën e mesme (3.7%).
- Personat me të ardhura më të larta vuajnë më pak nga GAD: \$ 70000 + në vit (2.9%) ndjekur nga \$ 35000- \$ 69999 (3.9%), \$ 20000- \$ 34999 (3.9%) dhe \$ 0- \$ 19999 (4.6%).
- Referuar vendbanimit të tyre, ata që jetojnë në zonat rurale vuajnë më shumë nga GAD (4.6%) në krahasim me njerëzit që jetojnë në zonat urbane (4.0%)[20].

GAD, gjithashtu është i pranishëm edhe në Evropë. Sipas disa studimeve të realizuara rezulton se:

- 2.3% e të rriturve holandezë kanë përjetuar çrregullim të ankthit të përgjithshëm (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre. (1.6% meshkuj kundrejt 2.9% femra)
- 1.2% e të rriturve holandezë kishin çrregullim të ankthit të përgjithshëm (GAD) në vitin 1998
- 4.5% e të rriturve norvegjezë kanë çrregullim ankthi të përgjithshëm (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre. (2.4% meshkuj kundrejt 6.1% femra)

- 1.9% e të rriturve norvegjez kishin çrregullim të ankthit të përgjithshëm (GAD) gjatë 12 muajve të fundit
 - 6.9% e të rriturve italianë kanë çrregullim të përgjithshëm të ankthit (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre (3.8% meshkuj kundrejt 9.5% femra).
 - 2.1% e të rriturve hungarezë kanë çrregullim të përgjithshëm të ankthit (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre (1.8% meshkuj kundrejt 6.8% femra)
 - 2.8% e të rriturve në Belgjikë, Francë, Gjermani, Itali, Spanjë dhe Holandë kishin çrregullim të përgjithshëm ankthi (GAD) të paktën një herë në jetën e tyre dhe 1.0% në vitin 2003 (2.0% burra vs. 3.6% femra).
 - Studimet në Holandë, Itali dhe Hungari përdorën kriteret DSM-III për të diagnostikuar GAD. Vendet e tjera kanë përdorur kriteret DSM-IV ose ICD-10. Sipas DSM-III dikush që vuan nga simptomat e GAD për vetëm 1 muaj plotëson kriteret, ndërsa për DSM-IV kjo nuk do të ishte e mjaftueshme (simptomat duhet të jenë të pranishme për të paktën 6 muaj). Kjo mund të ketë ndikuar në disa të dhëna të paraqitura.
 - ❖ Grupmosha e popullatës, gjithashtu duket se tregon një diferencim. Nga të dhënat e disa studimeve në Evropë rezultojnë se:
 - Njerëzit e moshës mbi 45 vjeç vuajnë më shumë nga GAD (6.9%) krahasuar me grupet e moshës 35-44 (5.9%), 25-34 (6.0%) dhe 15-24 (2.0%).
 - 10.3% e grave mbi 45 vjeç vuajnë nga GAD të paktën një herë në jetën e tyre në krahasim me 3.6% të meshkujve mbi 45 vjeç.
 - 7.2% e grave të moshës 35-44 vjeç vuajnë nga GAD të paktën një herë në jetën e tyre në krahasim me 4.6% të burrave të moshës 35-44 vjeç.
 - 7.1% e femrave në moshën 25-34 vjeç vuajnë nga GAD të paktën një herë në jetën e tyre, krahasuar me 4.7% të meshkujve në moshën 25-34 vjeç.
 - 2.5% e grave ndërmjet 15-24 vjeç vuajnë nga GAD të paktën një herë në jetën e tyre në krahasim me 1.5% të meshkujve ndërmjet 15-24 vjeç.
 - Gratë e moshuara kanë një shans më të lartë për të zhvilluar GAD në krahasim me gratë më të reja.
 - o Burrat në moshë më të re kanë një shans më të lartë për të zhvilluar GAD në krahasim me burrat e moshuar. Njerëzit e moshuar shqetësohen më shumë dhe për periudha më të gjata se sa të rinjtë [52].
- Po ashtu në Mbretërinë e Bashkuar femrat kanë më tepër tendencë për GAD se sa meshkujt (3.4% kundrejt 2.8%) [25]. Pikëzimi sipas instrumentit matës të përdorur referon dhe shkallën e GAD. Në vitin 2006, në Maj u krye një studim në New York, tek një numër i konsiderueshëm pacientësh, 89% e tyre të diagnostikuar me GAD u pikëzuan me mbi 10 pikë, ndërsa 82% e pacientëve jo të diagnostikuar me GAD u pikëzuan me më pak se 10 pikë. Mesatarja e pikëve ishte përkatësisht 14.7 dhe 4.9 [53]. Ndërsa prevalenca sipas gjinisë ishte më e lartë tek femrat sesa tek meshkujt me një diferencë të dukshme (9% femra, dhe 4% meshkuj) [54].

FAKTORËT E ANKTHIT TË PËRGJITHSHËM

Shumë studime sugjerojnë se faktorët mjedisorë janë të implikuar në zhvillimin e GAD. Megjithatë, shumica e hulumtimeve mbështetet në një konceptualizim të vjetër të GAD. Për më tepër, natyra e hartimeve

eksperimentale të përdorura në hulumtime kufizon përfundimin e tyre. Faktori i parë mjedisor i dokumentuar është ekzistenca e një ngjarje negative të jetës. Hulumtuesit vunë në dukje se prania e një ose më shumë ngjarjeve negative të jetës ishte e rëndësishme dhe duke u shfaqur në një mënyrë të papritur u shoqërua me një rritje të rrezikut për të zhvilluar GAD (p.sh. problemet familjare (p.sh. konflikte, abuzime).

Si faktorë të tjerë mjedisorë të identifikuar janë ndarja gjatë fëmijërisë, inversioni i rolit gjatë fëmijërisë, mungesa e ndërveprimeve shoqërore, kënaqësia e dobët e jetës etj. Qasja njohëse dhe sjellja është përdorur gjerësisht gjatë dy dekadave të fundit për të përcaktuar etiologjinë e GAD. Së pari, disa studime kanë vënë në dukje funksionin e shqetësimit, mendimet negative (p.sh. pacientët me GAD duket se zhvillojnë shqetësime të tepruara dhe janë të paafte për të parandaluar mendimet negative. Autorët e tjerë sugjeruan që një deficit i vëmendjes mund të jetë përgjegjës për shqetësim të tepruar. Së fundi, disa variabla njohës, siç janë intoleranca e pasigurisë, besimet e rreme rreth shqetësimit, orientimi negativ i problemeve dhe shmangie kognitive, janë sugjeruar që luajnë një rol përcaktues në zhvillimin e GAD.

Në mënyrë që të rifillojnë gjetjet empirike të disponueshme në literaturë, propozohet një model etiologjik që mbledh faktorët njohës, sjellës dhe mjedisorë të përfshirë në GAD. Ky model sugjeron që GAD është rezultat i një dobësie psikologjike të aktivizuar nga një tensionim që rezulton nga një ngjarje negative. Së fundmi, janë sjellë rekomandime në lidhje me hulumtimet e ardhshme në GAD dhe karakteristikat e tij qendrore, shqetësim të tepruar dhe të pakontrollueshëm.

Shkaku i saktë i GAD nuk njihet plotësisht, edhe pse ka të ngjarë që një kombinim i disa faktorëve luan një rol. Hulumtimet kanë sugjeruar që këto mund të përfshijnë:

- Hiper-aktiviteti në zonat e trurit që përfshijnë emocionet dhe sjelljen.
- Disekuilibër midis serotoninës dhe noradrenalinës.
- Gjenet e trashëguara – ka pesë herë më shumë mundësi për të zhvilluar GAD nëse është një i afërm me të tillë gjendje.
- Ekzistenca e përvojave stresuese ose traumatike, siç janë dhuna në familje, abuzimi i fëmijëve apo ngacmimet.
- Personaliteti i individit.
- Prania e një gjendje të rëndë shëndetësore afatgjatë, të tillë si artriti
- Abuzimi me drogën dhe alkoolin
- Gjinia femër: janë më të predispozuar sesa meshkujt [25].

SIMPTOMAT

Çrregullimi i ankthit të përgjithshëm (GAD), i cili prek 6.8 milion të rritur ose 3.1% të popullsisë së SHBA, karakterizohet nga një shqetësim i vazhdueshëm dhe i tepruar për një numër të gjërave të ndryshme. Individët me GAD e kanë të vështirë kontrollin e shqetësimit të tyre. Ata mund të shqetësohen më shumë se sa duket e garantuar për ngjarjet aktuale ose mund të presin më të keqen edhe kur nuk ka arsye të dukshme për shqetësim.

Njerëzit me çrregullim, të cilës i referohemi si GAD, përfshijnë ankth dhe shqetësim të tepruar, shpesh duke pritur më të keqen edhe kur nuk ka arsye të dukshme për shqetësim. Ata parashikojnë fatkeqësi dhe mund të jenë shumë të shqetësuar për paratë, shëndetin, familjen, punën ose çështje të tjera. GAD është diagnostikuar kur një person e ka të vështirë të kontrollojë shqetësimin për më shumë ditë se jo për të paktën gjashtë muaj dhe ka tre ose më shumë simptoma. GAD është diagnostikuar në të rriturit kur ata përfshijnë të paktën tre nga simptomat e mëposhtme për të paktën gjashtë muaj; Vetëm një simptomë kërkohet tek fëmijët.

GAD mund të shkaktojë simptoma psikologjike (mendore) dhe fizike. Këto ndryshojnë nga personi në person, por mund të përfshijnë: [55].

Simptomat psikologjike

- Ndjenjë shqetësimi
- Ndjesi frike
- Ndjenjë e vazhdueshme përbuzjeje
- Vështirësi në përqendrim
- Nervozizëm

Simptomat fizike

- Marrje mendsh
- Lodhje
- Palpitacione
- Dhimbje dhe tensionim të muskujve
- Dridhje trupore
- Djersitje e tepruar
- Dhimbje koke
- Pagjumësi [56]

DIAGNOSTIKIMI

Një individ mund të ketë GAD nëse:

- Shqetësimi ndikon dukshëm në jetën e përditshme, duke përfshirë punën dhe jetën shoqërore.
- Shqetësimi i pranishëm është jashtëzakonisht stresues.
- Shqetësim në përgjithësi për cdogjëjje dhe mendime se dicka e keqe mund të ndodhi.
- Shqetësimi është i pakontrollueshëm.
- Ndjesi shqetësimi pothuajse çdo ditë për të paktën gjashtë muaj.

Rreth 90 % e pacientëve që përgjigjen "po" në pyetjen: "Gjatë 2 javëve të kaluara a keni qenë të shqetësuar apo të tensionuar shihen si raste për t'u shqyrtuar nga mjeku [57].

Shkalla e diagnostikimit është e ulët, edhe pse ndodh shumë shpesh. Në përgjithësi, simptomat janë të pranishme 5-10 vjet para diagnostikimit. [58]

TRAJTIMI

Suksesi i trajtimit ndryshon. Disa mund t'i përgjigjen trajtimit pas disa javësh ose muajsh, ndërsa të tjerë mund të kenë nevojë më shumë se një vit. Trajtimi mund të jetë i komplikuar nëse njerëzit kanë më shumë se një çrregullim ankthi ose nëse vuajnë nga depresioni, abuzimi i substancave ose kushte të tjera bashkë-ekzistuese. Kjo është arsyeja pse trajtimi duhet të jetë i përshtatur posaçërisht për secilin individ.

❖ Trajtimi fillestar

Kujdes individual me këshillim nga mjeku për të mënjanuar shqetësimet e zakonshme dhe për ti përballuar sa më lehtë ose pjesëmarrja në grupe specifike që trajtojnë probleme të tilla.

Nëse këto trajtime fillestare nuk ndihmojnë, zakonisht ofrohet një trajtim psikologjik ose mjekim më intensiv:

Psikoterapia më e studiuar për ankth është terapia njohëse e sjelljes [59]. Kjo terapi, që u mëson pacientëve të zëvendësojnë mendimet pozitive për ato që nxisin ankth, zakonisht përfshin 6 deri në 12 seanca individuale në intervale javore. Pacientët shkruajnë mendimet dhe ndjenjat e tyre në ditar, duke vënë në dukje situatat në të cilat ndihen të shqetësuar dhe sjelljet që lehtësojnë ankthin. Ata gjithashtu luajnë skena rolesh dhe përgatisin përgjigjet ndaj ankthit.

Në një studim të kontrolluar të rastësishëm, 32 % e pacientëve në grup që morën terapi kognitive të sjelljes kishin përmirësim klinikisht të rëndësishëm në tre muaj dhe 42 % kishin përmirësim të dukshëm klinik në gjashtë muaj, ndërsa asnjë nga pacientët në grupin e kontrollit nuk kishte përmirësim të dukshëm në tre muaj [60]. Në një studim të kohëve të fundit që pasoi subjektet nga gjykimet më të hershme të rastësishme për 8 deri në 14 vjet, gjendja e gjysmës së pacientëve që kishin një përgjigje fillestare ndaj terapisë njohëse të sjelljes mbeti e përmirësuar ndjeshëm, afërsisht një e treta ende kishte

disa përmirësime, Dhe pjesa tjetër pati ankth dhe paaftësi të përsëritur [61].

Nga ana tjetër mund të zbatohet dhe terapia relaksuese, në të cilën pacienti imagjiron situata qetësuese për të nxitur relaksim muskullor dhe mendor. Një studim i randomizuar dhe i kontrolluar duke krahasuar terapi njohëse me terapinë relaksuese të aplikuar nuk ka treguar ndonjë ndryshim të dukshëm në normat e përmirësimit në një vit[62].

Futjet psikoterapeutike në terapi kognitive të sjelljes janë duke u përpjekur të përmirësojnë shkallën e përgjigjes, megjithëse efikasiteti i këtyre qasjeve të kombinuara është i pasigurt[59].

❖ Trajtimi psikologjik

Nëse një individ diagnostikohet me GAD, si fillim do të fillojë trajtimin psikologjik përpara mjekimit specifik.

➤ Terapia njohëse e sjelljes (CBT)

Terapia e sjelljes njohëse (CBT) është një nga trajtimet më efektive për GAD. Studimet e trajtimeve të ndryshme për GAD kanë gjetur se përfitimet e CBT mund të zgjasin më shumë se ato të mjekimit, por asnjë trajtim i vetëm nuk është më i mirë për të gjithë.

CBT ju ndihmon të kuptoni se si problemet, mendimet, ndjenjat dhe sjelljet tuaja ndikojnë tek njëra-tjetra.

CBT zakonisht përfshin takimin me një terapist të trajnuar dhe të akredituar posaçërisht për një sesion një-orësh çdo javë për tre deri në katër muaj të standardizuar sipas një manuali trajtimi.

➤ Terapia e ekspozimit

Një formë e CBT, terapi ekspozimi është një proces për reduktimin e përgjigjeve të frikës dhe ankthit. Në terapi, një person është i ekspozuar gradualisht në një situatë ose objekt të frikësuar, duke mësuar të bëhet më pak i ndjeshëm me kalimin e

kohës. Ky lloj i terapisë është gjetur të jetë veçanërisht efektiv për çrregullimet obsesiv-kompulsive dhe fobitë.

➤ Pranimi dhe Terapia e Angazhimit (ACT)

I njohur gjithashtu si ACT, kjo lloj terapie përdor strategji të pranimit dhe të vetëdijes (duke jetuar në momentin dhe duke përjetuar gjëra pa gjykim), së bashku me angazhimin dhe ndryshimin e sjelljes, si një mënyrë për të përballuar mendimet, ndjenjat dhe ndjesitë e padëshiruara. ACT jep aftësi për t'i pranuar këto përvoja, t'i vendosë ato në një kontekst tjetër, të zhvillojë qartësi më të madhe për vlerat personale dhe të angazhohet për ndryshimin e sjelljes.

➤ Terapia Dialektike e Sjelljes (DBT)

DBT përfshin terapi individuale dhe grupore për të mësuar ndërgjegjen, si dhe aftësitë për efektivitetin ndërpersonal, tolerimin e shqetësimit, rregullimin e emocioneve.

➤ Terapia ndërpersonale (IPT)

Shpesh i referuar si IPT, terapi ndërpersonale është një psikoterapi afatshkurtër mbështetëse që trajton çështjet ndërpersonale në depresion në të rriturit, adoleshentët dhe të rriturit më të rritur. IPT zakonisht përfshin 12 deri 16 seanca javore një-orëshe. Sesionet fillestare janë të përkushtuara për të mbledhur informacion rreth natyrës së depresionit të një personi dhe përvojës ndërpersonale.

➤ Desensitizimi dhe ripërpunimi i lëvizjes së syve (EMDR)

Nën kushte të caktuara, lëvizjet e syve duket se ulin intensitetin e mendimeve shqetësuese. Një trajtim i njohur si desensitizimi dhe ripërpunimi i lëvizjes së

syve, ose EMDR, duket se ka një efekt të drejtpërdrejtë në mënyrën se si truri përpunon informacionin. Në thelb, ajo ndihmon një person të shohë materiale shqetësuese në një mënyrë më pak shqetësuese.

EMDR duket të jetë e ngjashme me atë që ndodh natyrshëm gjatë gjumit të ëndërrimit ose REM (lëvizje të shpejtë të syve). Kërkimi shkencor ka krijuar EMDR si efektiv për çrregullimin e stresit post traumatik. Dhe mjekët gjithashtu kanë raportuar sukses duke e përdorur atë për të trajtuar sulme paniku dhe phobias [63].

➤ Relaksimi i aplikuar muskular

Zbutja e aplikuar fokusohet në zbutjen e muskujve në një mënyrë të veçantë gjatë situatave që zakonisht shkaktojnë ankth. Teknika duhet të mësohet nga një terapist i trajnuar, por në përgjithësi përfshin:

- Të mësuarit se si të kryhet relaksimi i muskujve.
- Praktikim i relaksimit të muskujve në situata që ju bëjnë të shqetësuar
- Ashtu si me CBT, terapia e relaksimit të aplikuar zakonisht do të thotë takim me një terapist për një sesion një orë çdo javë për tre deri në katër muaj.

❖ Trajtimi me medikamente

Pjesërisht për shkak se depresioni shpesh lidhet me çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, medikamentet antidepressantë shpesh përdoren si medikamente të linjës së parë për trajtimin e gjendjes së ankthit [64].

➤ Frenuesit selektiv të rimarrjes së serotoninës (SSRIs)

SSRI-të (paroxetine, sertraline) mund të merren në një afat të gjatë, por zakonisht fillohet me një dozë të ulët, e cila gradualisht rritet ndërsa trupi përshtatet me medikamentin shkaktuar kjo edhe nga

efektet anësore të mediakmenteve (dispepsi, anoreksi, pagjumësi etj)

➤ Frenuesit serotonin dhe noradrenaline reuptake (SNRIs)

Këto medikamente (venflaksine, duloksetine) tregojnë se kanë dhënë efektivitet në trajtimin e gjendjeve të tilla megjithëse efektet anësore janë të pranishme gjithsesi.

➤ Benzodiazepinat

Benzodiazepinat janë qetësues që ndonjëherë mund të përdoren si një trajtim afatshkurtër gjatë një periudhe veçanërisht të rëndë ankthi, sepse ato ndihmojnë në lehtësimin e simptomave brenda 30 deri në 90 minuta të marrjes së medikamentit.

1. Pjesërisht për shkak se depresioni shpesh lidhet me çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, medikamentet antidepressantë shpesh përdoren si medikamente të linjës së parë për trajtimin e gjendjes së ankthit.

➤ Medikamentet triciklike janë efektive për trajtimin e pacientëve të cilët kanë çrregullim të përgjithësuar të ankthit ose dhe depresionin [65].

Në një studim të randomizuar, përgjigja ndaj imipraminës ishte dukshëm më efektive se përgjigja ndaj placebo, me një përmirësim të simptomave që ishin më shumë se 50 % tetë javë [66]. Kur fillohen për herë të parë, agjentët triciklike mund të shkaktojnë nervozizëm dhe pagjumësi, dhe kështu trajtimi duhet të fillohet me gjysmën e dozës së zakonshme [67].

QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

Qëllimi i studimit

Qëllimi i studimit: vlerësimi i çrregullimit për ankth të përgjithshëm te pacientët e

hospitalizuar dhe lidhja e tij me hospitalizimin.

Objektivat specifike

- Te vlerësoj çrregullimin për ankth të përgjithshëm te pacientet e hospitalizuar në bazë të gjinisë.
- Vlerësimi i karakteristikave socio demografike të subjekteve në studim dhe të evidentoj nëse ato ndikojnë në çrregullimin për ankth të përgjithshëm.
- Te vlerësoj çrregullimin për ankth të përgjithshëm bazuar në diagnozat e pacientëve të hospitalizuar.
- Të vlerësoj aspekte të vecanta të çrregullimit për ankth të përgjithshëm, konkretisht:

- o Vlerësimi i nervozitetit, ankthit apo gjëndjes së pashpresë
- o Vlerësimi i aftësisë për të kontrolluar mendimet negative
- o Vlerësimi i nivelit të shqetësimit në përgjithësi.
- o Vlerësimi i aftësisë për t'u relaksuar.
- o Vlerësimi i aftësisë për t'u qetësuar.
- o Vlerësimi i tendencës për t'u mërzitur shpejt.
- o Vlerësimi i frikës se dikë e keq mund të ndodhi.

- Vlerësimi të shkallës së vështirësisë që problemet e mësipërme kanë në kryerjen e aktiviteteve të përditshme.

METODOLOGJIA:

Në studim u përfshinë 102 pacientë të hospitalizuar gjatë periudhës së mbledhjes së të dhënave. Pacientët e përfshirë i përkisnin disa reparteve të spitalit, me dominim të repartit të Kirurgjisë dhe Patologjisë.

LLOJI I STUDIMIT

Studimi është i tipit kros-sectional, cilësor dhe sasior. Të dhënat e studimit u

mbledhën në muajin Maj 2017, në Spitalin Rajonal të qytetit të Vlorës nëpërmjet një pyetësi anonim.

ð **Kriteret e përfshirjes:**∞ -Pacientë të hospitalizuar

ð **Kriteret e përjashtimit:**∞ -Pacientë të diagnostikuar me patologji të ndryshme por që paraqiteshin në spital për ekzaminim dhe që nuk hospitalizoheshin

INSTRUMENTI I MBLEDHJES SË TË DHËNAVE

Instrumenti i mbledhjes së të dhënave ishte pyetësi në lidhje me Gjendjen Shëndetësore të Pacientit, The Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale.(Aneksi 3). The Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale. (GAD7) është një instrument shumë funksional rreth vlerësimit dhe shkallës së ashpërsisë për ankth të përgjithshëm. [67,68].

Ai ka një strukturë unidimensionale që përputhet me strukturën origjinale të kriterëve diagnostikues DSM-IV-TR me të gjitha pikat që matin konceptin e njëjtë dhe në të njëjtin drejtim. Ai përbëhet nga shtatë situatë që i përgjigjen simptomave të bazuara në kriteret për GAD në Manualin Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore [5-8] duke përfshirë: (1) ndjenjën e nervozitetit, ankthit ose përbuzjes, (2) moskontrollimin e shqetësimit, (3) shumë shqetësim për gjëra të ndryshme, (4) vështirësi relaksimi, (5)shqetësim në një shkallë saqë nuk aarhet qetësimi, (6) mërzitjen shpejt në përgjithësi si edhe idenë që (7) dikë e keq mund të ndodhë.

Indeksi GAD-7 është marrë duke shtuar rezultatet nga pyetësi, pasi ka caktuar 0 në situatën më pak të rëndë, 3 në më të rëndë, dhe 1 dhe 2 në ato ndërmjetëse. Pikat e prera 5, 10 dhe 15 na lejojnë të klasifikojmë ankthin si jo / normal (0-4), i butë (5-9), i moderuar (10-14) dhe i rëndë (15-21). Në përgjithësi, kushdo që arrin 8 ose më tepër mund të konsiderohet se ka simptoma të ankthit të rëndësishëm.

Rezultati GAD-7 llogaritet duke përcaktuar rezultatet 0, 1, 2 dhe 3 në kategoritë e përgjigjeve: "fare", "disa ditë", "më shumë se gjysma e ditëve" dhe "pothuajse çdo ditë", Respektivisht, dhe duke shtuar së bashku rezultatet për shtatë situatat dhe duke përcaktuar shkallën e vështirësisë në jetën e përditshme të pacientë ve dhe duke përcaktuar rezultatin e pikëzimit.

Pikëzimi 5, 10 dhe 15 na lejojnë të klasifikojmë ankthin si jo / normal (0-4), i butë (5-9), i moderuar (10-14) dhe i rëndë (15-21). Në përgjithësi, kushdo që arrin 8 ose më tepër mund të konsiderohet se ka simptoma të rëndësishme të ankthit[69].

Shërbimet klinike

GAD-7 është pyetësor i shkurtër dhe i dobishëm në praktikën klinike .

GAD -7 është i përfunduar nga pacienti në pak minuta dhe mund të administrohet lehtë.

Vetë Psikometrike

Duke përdorur rezultatin e pragut prej 10, GAD-7 ka një ndjeshmëri prej 89% dhe një specifitet prej 82% Është e moderuar mirë në shqyrtimin e tre çrregullimeve të tjera të ankthit:

-çrregullim paniku (ndjeshmëria 74%, specifiteti 81%), çrregullimi i ankthit social (ndjeshmëria 72%, specifiteti 80%) dhe çrregullimi i stresit post-traumatik (ndjeshmëria 66%).

ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Analiza statistikore përfshiu llogaritjen e frekuencave, përqindjeve, frekuencave cumulative si dhe intervaleve të besimit 95%, të sipërm dhe të poshtëm.

Gjithashtu u llogaritën mesataret dhe deviacioni standart. Vlerat e $p < 0,05$ u konsideruan sinjifikative për të gjitha

variablat e marra në studim dhe për vlerësimin e lidhjes midis hospitalizimit dhe të ndencës për ankth të pacientët. Përpunimi statistikor u bë me programin statistikor Epi Info TM 7 softëare, version 7.1.3.10.

KONSIDERATA ETIKE

Për të realizuar qëllimin e këtij studimi u sigurua leja etike nga spitali ku u mbledhën si dhe konsenti i informuar me gojë për pjesë marrje në studim të çdo pacienti në kohën kur u realizua studimi (Aneksi 1 dhe Aneksi 2).

KUFIZIMET E STUDIMIT

Studimi kishte si qëllim vlerësimin e tendecës për ankth të gjenaralizuar te pacientët e hospitalizuar dhe lidhjen e ankthit me hospitalizimin.

Mostra e vogël e studimit si dhe natyra trasversale e tij bëjnë që studimi të ketë disa kufizime.

Vetë raportimi bën që përgjigjet e pacientëve mos të jenë plotësisht reale.

Megjithatë, pavarësisht nga kufizimet e tij studimi mund të japi të dhëna shumë të rëndësishme në lidhje me ankthin e pacientëve pasi përdorimi i një pyetësori të standartizuar si GAD na e mundëson këtë gjë.

REZULTATET

Në studim u përfshinë 102 pacientë, të përzgjedhur rastësisht në Spitalin Rajonal Vlorë, mosha mesatare 58.6 vjeç, $SD \pm 15.4036$, intervali moshor 17-88 vjeç. Mosha më e shpeshtë 55 vjeç, Tabela 1.

KARAKTERISTIKA SOCIO-DEMOGRAFIKE TË SUBJEKTEVE TË PËRFSHIRA NË STUDIM

Tabela 1. Karakteristika të moshës së subjekteve në studim

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Mosha	102	5978	58.6078	237.2704	15.4036	17	50	60	70	88	55

Tabela 2. Shpërndarja e subjekteve të përfshirë në studim sipas reparteve

Reparti	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Kirurgji	31	30.39%	30.39%	21.67%	40.29%
Patologji	59	57.84%	88.24%	47.66%	67.56%
ORL/Infektiv	12	11.76%	100.00%	6.23%	19.65%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nga tabela 2 vërejmë se pacientët e repartit të patologjisë përbëjnë 57.84% të popullatës së studimit, pacientët e repartit të kirurgjisë 30.39% ndërsa pacientët e ORL/infektiv përbëjnë 11.76%.

Tabela 3. Shpërndarja sipas gjinisë së pacientëve të përfshirë në studim

Gjinia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Femra	53	51.96%	51.96%	41.84%	61.96%
Meshkuj	49	48.04%	100.00%	38.04%	58.16%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nga tabela 3 shohim se në popullatën e studimit mbizotërojnë femrat me 51.96% kundrejt 48.04% meshkuj.

Tabela 4. Shpërndarja sipas statusit civil së pacienteve të përfshirë në studim

Statusi civil	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Beqar	8	7.84%	7.84%	3.45%	14.87%
I/e ve	3	2.94%	10.78%	0.61%	8.36%
Martuar	91	89.22%	100.00%	81.52%	94.49%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Duke iu referuar Tabelës 4, pacientët e martuar përbëjnë 89.22% të popullatës në studim, pra përqindjen më të

madhe. Pacientët beqar përbëjnë 7.84% të popullatës në studim dhe 2.94% të ve.

Tabela 5. Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit arsimor

Niveli arsimor	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
8/9 vjeçar	49	48.04%	48.04%	38.04%	58.16%
I lartë	10	9.80%	57.84%	4.80%	17.29%
I mesëm	43	42.16%	100.00%	32.44%	52.34%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nga tabela 5 vërehet se 48.04% e pacientëve janë me arsim 8/9 vjeçar dhe pjesa më e vogël, 9.80% me arsim të lartë, ndërsa me arsim të mesëm 42.16%.

Tabela 6. Shpërndarja e pacientëve sipas gjendjes së punësimit

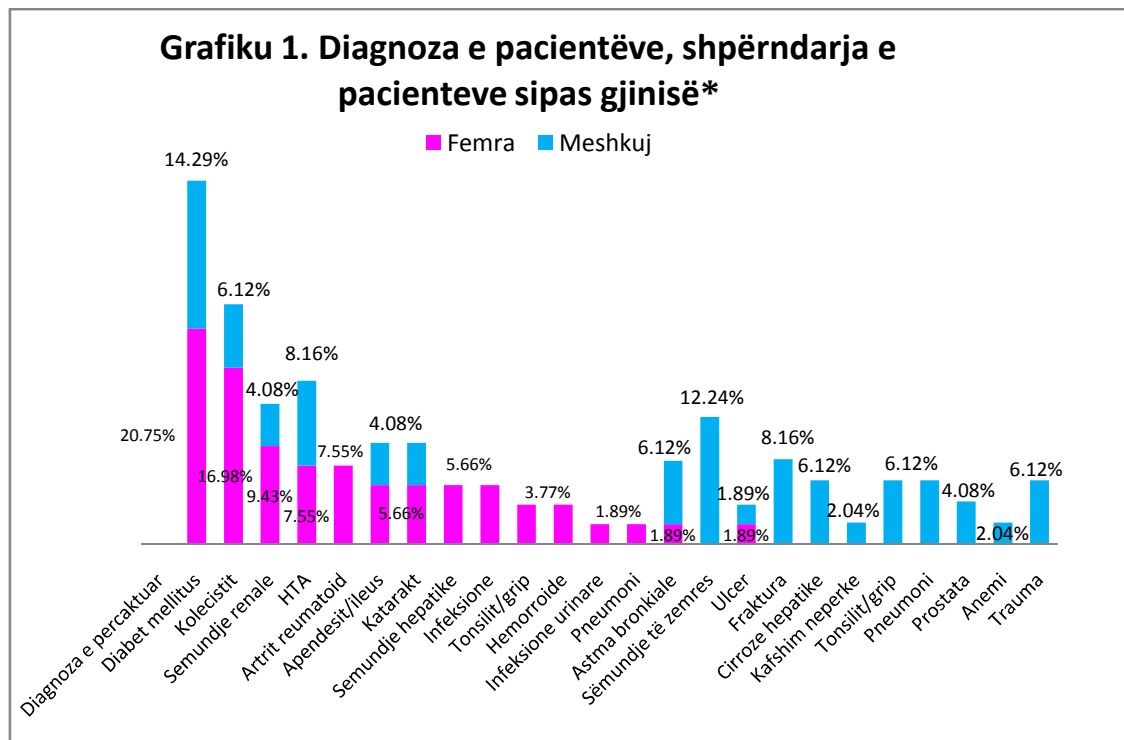
Gjendja e punësimit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Në punë	16	15.69%	15.69%	9.24%	24.22%
Pa punë	16	15.69%	31.37%	9.24%	24.22%
Pensioniste	46	45.10%	76.47%	35.22%	55.26%
Shtëpiake	24	23.53%	100.00%	15.69%	32.96%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nga tabela 6 vëhet re se pensionistët përbëjnë 45.10% të pacientëve që përfaqëson dhe përqindjen më të madhe, ndërsa pa punë dhe në gjendje punësimi janë 15.69% e tyre ndërkohë që 23.53% janë shtëpiak/e.

Tabela 7. Shpërndarja e pacientëve sipas vendbanimit

Vendbanimi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Fshat	28	27.45%	27.45%	19.08%	37.18%
Qytet	74	72.55%	100.00%	62.82%	80.92%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nëse i referohemi tabelës 7, 72.55% e pacientëve jetojnë në qytet ndërsa 27.45% në fshat.



* Vlera e $P=0.0174$. U evidentua lidhje e fortë statistikore midis patologjisë që vuanin pacientët dhe tendencës për ankth të gjeneralizuar.

Sipas grafikut1, femrat janë me diabet mellitus, kolecistit, sëmundje renale përkatësisht 20.75%, 16.98%, 9.43% ndërsa diagozat e tjera kanë më pak shpeshtësi tek kjo gjini.

Pjesa më e madhe e meshkujve janë me diabet mellitus, sëmundje zemre, përkatësisht 14.29%, 12.24%, ndërsa diagozat e tjera kanë më pak shpeshtësi tek kjo gjini.

Tabela 8. Shpërndarja e pacientëve sipas ditë qëndrimit në spital

Sa ditë keni qe jeni shtruar në spital	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 ditë	4	3.92%	3.92%	1.08%	9.74%
2 ditë	3	2.94%	6.86%	0.61%	8.36%
3 ditë	18	17.65%	24.51%	10.81%	26.45%
më shumë se 3 ditë	77	75.49%	100.00%	65.98%	83.47%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nëse i referohemi tabelës 8, pjesa më e madhe e popullatës në studim ishin të shtruar për më shumë se 3 ditë (75.49%)

ndërsa ata që kishin 1 apo 2 ditë shtruar kishin përqindjen më të vogël, përkatësisht 3.92% dhe 2.94% ndërsa 3 ditë 17.65%.

Tabela 9. Shpërndarja e pacientëve të studimit sipas hospitalizimit

Hera e parë që shtroheni?	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Po	37	36.27%	36.27%	26.98%	46.39%
Jo	65	63.73%	100.00%	53.61%	73.02%
TOTAL	102	100.00%	100.00%		

Nga tabela 9 shohim se 63.73% e pacientëve nuk ishin të shtruar për herë të parë në spital ndërsa 36.27% ishin të shtruar për herë të parë.

LIDHJA MIDIS TENDENCES PER ANKTH TE GJENERALIZUAR TE PACIENTEVE DHE KARAKTERISTIKAVE SOCIO-DEMOGRAFIKE

Tabela 10. Jeni ndjerë nervoz, ansioz apo i pa shpresë (F, n=53)

1.Jeni ndjerë nervoz,ansioz apo i pa shprese	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	11	20.75%	20.75%	10.84%	34.11%	0.039	0.0206
Fare (0)	5	9.43%	30.19%	3.13%	20.66%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	21	39.62%	69.81%	26.45%	54.00%		
Pothuajse çdo ditë (3)	16	30.19%	100.00%	18.34%	44.34%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Vihet re se 39.62% e femrave të popullatës në studim ndihen nervoze më shumë se gjysmën e ditëve ndërsa fare janë përgjigjur vetëm 9.43% e femrave me pikëzim përkatësisht 2 dhe 0 pikë, tabela 10

Tabela 11. Jeni ndjerë nervoz, ansioz apo i pa shpresë (M, n=49)

1.Jeni ndjerë nervoz,ansioz apo i pa shpresë	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditëqëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	17	34.69%	34.69%	21.67%	49.64%	> 0.05	> 0.05
Fare (0)	7	14.29%	48.98%	5.94%	27.24%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	21	42.86%	91.84%	28.82%	57.79%		
Pothuajse çdo ditë (3)	4	8.16%	100.00%	2.27%	19.60%		

TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Vihet re se 42,86% e meshkujve të popullatës në studim ndihen nervoz më shumë se gjysmën e ditëve ndërsa

pothuajse cdo ditë 8.16% e tyre pikëzimi i të cilëve është 2 dhe 3 pikë, tabela 11.

Tabela 12. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 1 për ankthin dhe hospitalizimit

Chi-square	Df	Probability
11.556	3	0.0091

U evidentua se ekziston lidhje statistikore midis hospitalizimit për herë të parë dhe

tendencës së pacientëve për ankth, nervozitet dhe gjendje pashprese.

Tabela 13. Nuk keni qenë e aftë për të kontrolluar/larguar mendimet negative (F, n=53)

2. Nuk keni qenë e aftë për të kontrolluar/larguar mendimet negative	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	22	41.51%	41.51%	28.14%	55.87%	0.27	0.42
Fare (0)	18	33.96%	75.47%	21.52%	48.27%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	10	18.87%	94.34%	9.44%	31.97%		
Pothuajse cdo ditë (3)	3	5.66%	100.00%	1.18%	15.66%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Nga tabela 13, vërejmë se pjesa më e madhe e femrave të popullatës në studim (41.51%) vetëm disa ditë nuk kanë qenë të afta për të kontrolluar mendimet

negative ndërsa 5.66% pothuajse cdo ditë, që përbën dhe përqindjen më të vogël me pikëzim përkatësisht 1 dhe 3 pikë.

Tabela 14. Nuk keni qenë i aftë për të kontrolluar/larguar mendimet negative (M, n=49)

2. Nuk keni qenë i aftë për të kontrolluar/larguar mendimet negative	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	22	44.90%	44.90%	30.67%	59.77%	22	0.42
Fare (0)	20	40.82%	85.71%	27.00%	55.79%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	3	6.12%	91.84%	1.28%	16.87%	3	

Pothuajse çdo ditë (3)	4	8.16%	100.00%	2.27%	19.60%	4	
TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Nga tabela 14, vërejmë se pjesa më e madhe e meshkujve të popullatës në studim (44.90%) vetëm disa ditë nuk kanë qenë të aftë për të kontrolluar mendimet më të vogël.

negative ndërsa 6.12% më shumë se gjysmën e ditëve, që përbën dhe përqindjen

Tabela 15. Keni qenë shumë e shqetësuar në përgjithësi (F, n=53)

3.Keni qenë shumë e shqetësuar në përgjithësi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	13	24.53%	24.53%	13.76%	38.28%	0.13	0.0001
Fare (0)	2	3.77%	28.30%	0.46%	12.98%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	28	52.83%	81.13%	38.64%	66.70%		
Pothuajse çdo ditë (3)	10	18.87%	100.00%	9.44%	31.97%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Tabela 15 eidenton se 52.83% e femrave kanë qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi më shumë se gjysmën e ditëve

ndërsa 24.53% e tyre janë përgjigjur disa ditë.

Tabela 16. Keni qenë shumë i shqetësuar në përgjithësi (M, n=49)

3.Keni qenë shumë i shqetësuar në përgjithësi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	13	26.53%	26.53%	14.95%	41.08%		
Fare (0)	6	12.24%	38.78%	4.63%	24.77%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	27	55.10%	93.88%	40.23%	69.33%		
Pothuajse çdo ditë (3)	3	6.12%	100.00%	1.28%	16.87%		
TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Nga tabela 16 vihet re 55.10% e meshkujve kanë qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi më shumë se

gjysmën e ditëve ndërsa disa ditë 26.53% e tyre.

Tabela 17. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 3 për ankthin dhe hospitalizimit

Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 3 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Chi-square	df	Probability
9.4934	3	0.0234

U evidentua një lidhje statistikore midis tendenës për të qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi dhe hospitalizimit për herë

të parë. Ata që ishin të hospitalizuar për herë të parë ishin më shumë të shqetësuar në përgjithësi, tabela 17.

Tabela 18. Vështirësi për tu relaksuar (F, n=53)

4.Vë shtirë si pë r tu relaksuar/rehatuar	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	27	50.94%	50.94%	36.84%	64.94%	0.47	0.0890
Fare (0)	7	13.21%	64.15%	5.48%	25.34%		
Më shumë se gjysmën e ditë ve (2)	12	22.64%	86.79%	12.28%	36.21%		
Pothuajse çdo ditë (3)	7	13.21%	100.00%	5.48%	25.34%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Nëse i referohemi tabelës 18, vështirësisë për t'u relaksuar, pjesa më e madhe e femrave të marra në studim, me një

përqindje prej 50.94% janë shprehur disa ditë dhe të pikëzuara me 1 pikë ndërsa të pikëzuara me 2 pikë janë 22.64%.

Tabela 19. Vështirësi për tu relaksuar (M, n=49)

4.Vështirësi për tu relaksuar/rehatuar	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	23	46.94%	46.94%	32.53%	61.73%		
Fare (0)	12	24.49%	71.43%	13.34%	38.87%		
Më shumë se gjysmën e ditë ve (2)	10	20.41%	91.84%	10.24%	34.34%		
Pothuajse çdo ditë (3)	4	8.16%	100.00%	2.27%	19.60%		
TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Nëse i referohemi tabelës 19, shpërndarjes sipas vështirësisë për t'u relaksuar tek meshkujt janë shprehur disa ditë pjesa më

e madhe e tyre, me një përqindje prej 46.94% ndërsa pothuajse çdo ditë 8.16%, me një pikëzim përkatësisht 1 dhe 3 pikë.

Tabela 20. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 4 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 4 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Chi-square	df	Probability
12.8014	3	0.0051

Rezulton se pacientët e shtruar për herë të parë kanë më tepër vështirësi për t'u relaksuar sesa ata që nuk ishin të hospitalizuar për herë të parë, tabela 20.

Tabela 21. Keni qenë shumë i shqetësuar sa nuk qetësoheni dot (F, n=53)

5.Keni qenë shumë i shqetësuar sa nuk qetësoheni dot	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	25	47.17%	47.17%	33.30%	61.36%	0.17	0.24
Fare (0)	12	22.64%	69.81%	12.28%	36.21%		
Më shumë se gjysmën e ditë ve (2)	13	24.53%	94.34%	13.76%	38.28%		
Pothuajse çdo ditë (3)	3	5.66%	100.00%	1.18%	15.66%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Nga tabela 21, vërejmë se 47.17% e femrave disa ditë kanë qenë shumë të shqetësuar sa nuk qetësoheni dot ndërsa 5.56% e tyre pothuajse çdo ditë.

Tabela 22. Keni qenë shumë i shqetësuar sa nuk qetësoheni dot (M, n=49)

5.Keni qenë shumë i shqetësuar sa nuk qetësoheni dot	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	30	61.22%	61.22%	46.24%	74.80%		
Fare (0)	11	22.45%	83.67%	11.77%	36.62%		
Më shumë se gjysmën e ditë ve (2)	5	10.20%	93.88%	3.40%	22.23%		
Pothuajse çdo ditë (3)	3	6.12%	100.00%	1.28%	16.87%		
TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Nga tabela 22 vërejmë se 61.22% e meshkujve disa ditë kanë qenë shumë

të shqetësuar sa nuk qetësohen dot ndërsa
6.12% e tyre pothuajse çdo ditë të

pikëzuar përkatësisht me 1 dhe 3 pikë.

Tabela 23. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 5 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 5 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë		
Chi-square	df	Probability
16.8575	3	0.0008

Nga analiza statistikore rezulton se ata
pacientë të hospitalizuar për herë të parë
kanë qenë më tepër të shqetësuar sa nuk

qetësohen dot në krahasim me ata që nk
ishin të hospitalizuar për herë të parë ,
tabela 23.

Tabela 24. Zemëroheni dhe mërztiteni shpejt (F, n=53)

6.Zemëroheni dhe mërztiteni shpejt	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	9	16.98%	16.98%	8.07%	29.80%	0.17	0.0003
Fare (0)	3	5.66%	22.64%	1.18%	15.66%		
Më shumë se gjysmë n e ditë ve (2)	29	54.72%	77.36%	40.45%	68.44%		
Pothuajse çdo ditë (3)	12	22.64%	100.00%	12.28%	36.21%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Nga tabela 24 vërejmë se 54.72% e
femrave të popullatës në studim
zemërohen shpejt më shumë se gjysmën e

dtëve ndërsa 5.66% nuk zemërohen fare
përkatësisht.

Tabela 25. Zemëroheni dhe mërztiteni shpejt (M, n=49)

6.Zemëroheni dhe mërztiteni shpejt	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	17	34.69%	34.69%	21.67%	49.64%		
Fare (0)	3	6.12%	40.82%	1.28%	16.87%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	23	46.94%	87.76%	32.53%	61.73%		
Pothuajse çdo ditë (3)	6	12.24%	100.00%	4.63%	24.77%		

TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Nga tabela 25 vërejmë se 46.94% e meshkujve disa ditë kanë qenë shumë të

shqetësuar sa nuk qetësohen dot ndërsa 12.24% e tyre pothuajse çdo ditë.

Tabela 26. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 6 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 6 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë		
Chi-square	df	Probability
12.8014	3	0.0051

Nga analiza statistikore rezulton se ata pacientë të hospitalizuar për herë të parë zemërohen dhe mërzhiten më shpejt se sa

ata pacientë që nuk janë të hospitalizuar për herë të parë, tabela 26.

Tabela 27. Keni pasur frikë se ndonjë gjë e keqe mund tu ndodhi (F, n=53)

7.Keni pasur frikë se ndonjë gjë e keqe mund tu ndodhi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P
Disa ditë (1)	22	41.51%	41.51%	28.14%	55.87%	0.48	0.47
Fare (0)	25	47.17%	88.68%	33.30%	61.36%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	4	7.55%	96.23%	2.09%	18.21%		
Pothuajse çdo ditë (3)	2	3.77%	100.00%	0.46%	12.98%		
TOTAL	53	100.00%	100.00%				

Shohim se 47.17% e femrave të popullatës në studim nuk e mendojnë se diçka e keqe mund tu ndodhi, dhe një përqindje

më e vogël mendojnë më shpesh se mund tu ndodhi diçka e keqe. Vetëm 3.77% e femrave e mendojnë pothuajse çdo ditë, tabela 27.

Tabela 28. Keni pasur frikë se ndonjë gjë e keqe mund tu ndodhi (M, n=49)

7.Keni pasur frikë se ndonjë gjë e keqe mund tu ndodhi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper	Vlera e P	Ditë qëndrimi Vlera e P

Disa ditë (1)	16	32.65%	32.65%	19.95%	47.54%		
Fare (0)	22	44.90%	77.55%	30.67%	59.77%		
Më shumë se gjysmën e ditëve (2)	7	14.29%	91.84%	5.94%	27.24%		
Pothuajse çdo ditë (3)	4	8.16%	100.00%	2.27%	19.60%		
TOTAL	49	100.00%	100.00%				

Shohim se 44.90% e meshkujve të popullatës në studim nuk e mendojnë se diçka e keqe mund tu ndodhi dhe një përqindje më e vogël mendojnë më shpesh

se mund tu ndodhi diçka e keqe. E mendon këtë pothuajse çdo ditë vetëm 8.16% e meshkujve të popullatës në studim, tabela 28.

Tabela29. Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 7 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë

Vlerësimi i lidhjes midis pyetjes 7 për ankthin dhe hospitalizimit për herë të parë		
Chi-square	df	Probability
1.7392	3	0.6283

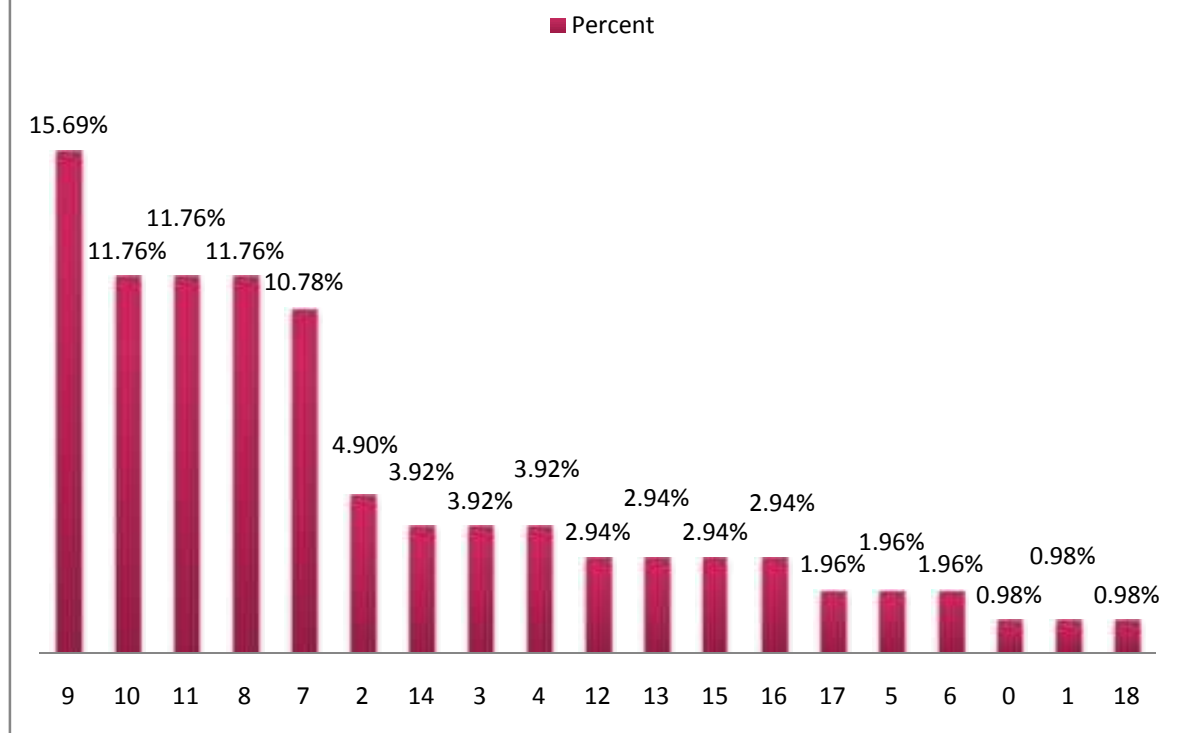
Nuk u evidentua lidhje statistikore midis pyetjes 7 të pyetësorit për ankthin dhe hospitalizimit, tabela 29.

Tabela 30. Pikëzimi i tendencës për ankth

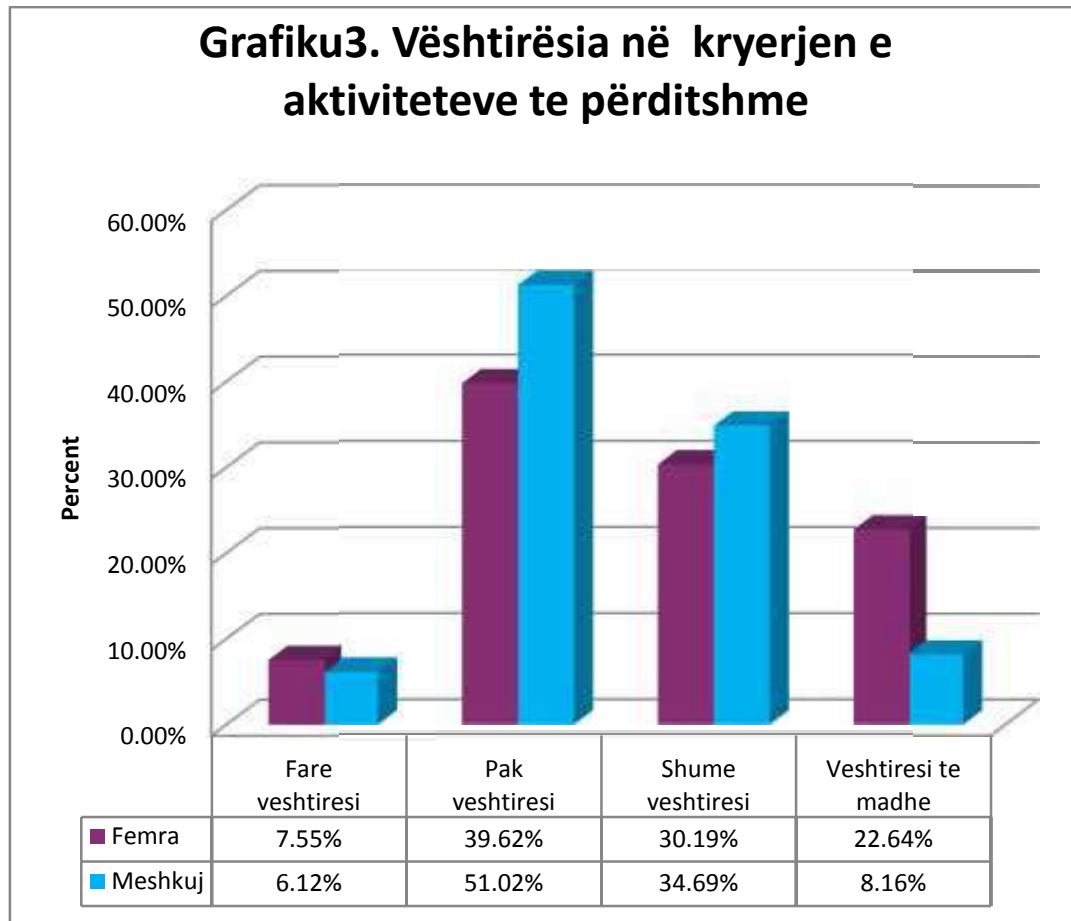
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25 %	Median	75 %	Max	Mode
Shuma e pikeve	102	925	9.0686	15.2329	3.9029	0	7	9	11	19	9

Nga tabela 30, shohim se mesatarja e tendencës për ankth te pacientët e hospitalizuar është 9.

Grafiku 2. Shpeshhtësia e tendencës për ankth në bazë të pikëzimit



Grafiku 2, tregon se pjesa më e madhe e pacientëve 15.69% kishin pikëzimin 9. Të pikëzuar me 10, 11, 8 pikë janë 11.76%, ndërsa me 0,1,18,19 pikë vetëm 0.98% e pacientëve.



Grafiku3. Në se ju keni zgjedhur ndonjë nga problemet e pyetësorit, sa ju veshtirë sojnë këto probleme në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, të kujdesesh për shtëpinë , ose të që ndrosh në shoqë rine e njerëzve të tjerë evidentohe se:

39.62% e femrave kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, ndërsa shumë vështirësi kanë referuar 30.19% e tyre. Nuk kanë fare vështirësi 7.55% dhe vështirësi të madhe 22.64%.

51.02% e meshkujve kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, ndërsa shumë vështirësi kanë referuar 34.69% e tyre. Kanë referuar fare vështirësi, 6.12% dhe vështirësi të madhe 8.16%.

DISKUTIMET

Në analizën finale u përfshinë 102 pacientë të hospitalizuar. Moshë mesatare e subjekteve në studim është 58.6 vjeç, $SD \pm 15.40$. Interval i moshës është [17-88] vjeç. Moshë më e shpeshtë e pacienteve të hospitalizuar është 55 vjeç, një moshë e cila tregon predispozitë të lartë për simptoma të ankthit të përgjithshëm, Tabela, 1. Sipas një studimi

në Gjermani, i publikuar në vitin 2016 deri në moshën 60 vjeç rezultoi se kishte një

rritje të konsiderueshme të tendencës për ankth[16].

Po sipas një studimi i cili studionte faktorët predispozues të ankthit rezultoi se

prevalenca më e lartë ndodh në grupmoshat 45-59 vjeçare[23,24].

Nga tabela 2 vërejmë se pacientët e repartit të patologjisë përbëjnë 57.84% të popullatës së marë në studim, pacientët e repartit të kirurgjisë 30.39% ndërsa pacientët e ORL/infektiv përbëjnë 11.76%.

Pacientët e hospitalizuar, femra mbizotërojnë me 51.96% kundrejt 48.04% meshkuj, tabela3.

Nuk u evidentua lidhje statistikore midis gjinisë dhe tendencës për ankth. Megjithatë femrat janë më të predispozuar se sa meshkujt. Mbështetur kjo në një studim në Gjermani në të cilin 7.4% e femrave dhe 4.2% e meshkujve në studim kishin ankth të rëndë [18], dhe mbi të gjitha e evidentuar tek të gjitha grupmoshat sipas gjinisë.[19] Ndërsa, sipas një studimi tjetër njerëzit në moshën 45-64 vjeç vuajnë më shumë nga GAD (5.2%) në krahasim me grupet e moshës 30-44 (4.6%), 18-29 (3.2%) dhe 65+ (2.6%)[20].

Përqindje të diferencuara tek femrat dhe meshkujt tregon dhe një studim në Mbretërinë e Bashkuar, sipas të cilit femrat më shumë sesa meshkujt kanë tendencë për ankth të gjeneralizuar. (3.4% kundrejt 2.8%) [25].

Sipas një studimi në New York, në 2006 prevalenca sipas gjinisë ishte më e lartë tek femrat sesa tek meshkujt me një diferencë të dukshme.(9% femra, dhe 4% meshkuj) [54].

Duke iu referuar statusit civil të pacientëve të hospitalizuar rezulton se 89.22% e tyre janë të martuar, 7.84% beqar/e (Tabela 4) Sipas një studimi në Shtetet e Bashkuara të Amerikës ata që janë të ve, të ndarë ose të divorcuar (6.8%) vuajnë më shpesh nga GAD në krahasim me njerëzit e martuar / që bashkëjetojnë (3.7%) dhe që nuk kanë qenë asnjëherë të martuar (3.3%) [20].

Ndërkohë në tabelën 5, e cila i referohet nivelit arsimor të subjekteve në studim vëmë re se 48.04% e popullatës në studim janë me arsim 8/9 vjeçar. Një studim i

kryer në SHBA evidentoi se njerëzit që kanë mbaruar arsimin e ulët (4.3%) vuajnë më shpesh nga GAD në krahasim me njerëzit me shkollim më të lartë (4.2%) dhe ata që nuk kanë mbaruar shkollën e mesme (3.7%).

Tabela 6 evidenton se pensionistët përbëjnë 45.10% të popullatës në studim që përfaqëson dhe përqindjen më të madhe. Janë papunësia, divorcimi ato që ndikojnë në një masë të konsiderueshme në tendencën për ankth të gjeneralizuar.

Të papunët përbënin një përqindje të konsiderueshme të pjesëmarrësve në studim. Nëse e lidhim këtë me një studim të kryer në SHBA personat me të ardhura më të larta vuajnë më pak nga GAD (2.9%), pra, niveli i të ardhurave ndikon dukshëm.[20]

Nga shpërndarja sipas vendbanimit 72.55% e popullatës në studim jetojnë në qytet ndërsa 27.45% në fshat, tabela 7. Rezulton se edhe vendbanimi ndikon në shfaqjen e simptomave të ankthit. Në SHBA, sipas një studimi u evidentua se ata që jetojnë në zonat rurale vuajnë më shumë nga GAD (4.6%) në krahasim me ata që jetojnë në zonat urbane (4.0%) [20].

Sipas grafikut1, femrat janë me diabet mellitus, kolecistit, sëmundje renale përkatësisht 20.75%, 16.98%, 9.43% ndërsa diagnozat e tjera kanë më pak shpeshtësi tek kjo gjini.

Pjesa më e madhe e meshkujve janë me diabet mellitus, sëmundje zemre, përkatësisht 14.29%, 12.24%, ndërsa diagnozat e tjera kanë më pak shpeshtësi tek kjo gjini.

Nga të dhënat e studimit u evidentua lidhje e fortë statistikore midis patologjisë që vuanin pacientët dhe tendencës për ankth të gjeneralizuar, vlera e $p=0.0174$. Ishin pacientët diabetikë ata që shfaqnin tendencë më të lartë për ankth tek të dy gjinitë. Pacientët me ulçer të këmbëve diabetike tregojnë nivele të larta të simptomave të depresionit dhe ankthit.

Humbja e gjymtyrëve është padyshim një përvojë shkatërruese dhe disa studime kanë treguar se simptomat e ankthit dhe depresionit janë një reagim i zakonshëm pas një amputimi të gjymtyrëve të poshtme. [21]

Ndërsa një studim tjetër i cili analizonte tendencën për ankth të gjeneralizuar tek pacientët diabetic evidentoi se ishte present në 14% të pacientëve me diabet tip1 dh 2 dhe në një masë më të madhe tek femrat sesa tek meshkujt, përkatësisht 55.3% dhe 32.9%. [22]

Nëse i referohemi shpërndarjes sipas ditëve të qëndrimit në spital pjesa më e madhe e popullatës në studim ishin të shtruar për më shumë se 3 ditë (75.49%), tabela 8.

Nga tabela 9 shohim se 63.73% e pacientëve nuk ishin të shtruar për herë të parë në spital ndërsa 36.27% ishin të shtruar për herë të parë, gjë e cila lidhet edhe me diagnozën që pacientët kishin. Duke qenë pjesa më e madhe pacientë diabetikë nuk ishte hera e parë për ta që hospitalizoheshin.

Variabli 1 që paraqet nëse 2 javët e fundit pacientët janë ndier nervoz, anksoz apo të pashpresë (Tabela 10) na paraqet se 39.62% e pacienteve femra, n=53, kanë tendencën më shumë se gjysmën e ditëve, vlerësimi 2 pikë kundrejt 9.43% që nuk e kanë fare këtë tendencë, vlerësimi 0 pikë.

Nëse i referohemi meshkujve, n=49 vihet re se 42,86% e meshkujve të popullatës në studim ndihen nervoz më shumë se gjysmën e ditëve, vlerësimi 2 pikë, ndërsa pothuajse çdo ditë 8.16% e tyre, vlerësimi 3 pikë, tabela 11.

Gjithashtu u evidentua se ekziston një lidhje statistikore, $p=0.0091$, midis hospitalizimit për herë të parë dhe tendencës së pacientëve për ankth, nervozitet dhe gjendje pashprese. Ishin pikërisht pacientët e hospitalizuar për herë të parë ata që referonin më tepër nevojizëm dhe ankth, tabela 12.

Variabli 2 që paraqet nëse 2 javët e fundit pacientët nuk kanë qenë të aftë për të

kontrolluar mendimet negative vëmë re se se pjesa më e madhe e femrave, n=53 të popullatës në studim (41.51%) vetëm disa ditë nuk kanë qenë të afta për të kontrolluar mendimet negative ndërsa 5.66% pothuajse çdo ditë, që përbën dhe përqindjen më të vogël, përkatësisht të pikëzuara me 1 dhe 3 pike, tabela 13. Çrregullimi i Përgjithshëm i Ankthit (GAD), i cili prek 6.8 milion të rritur ose 3.1% të popullsisë së SHBA, karakterizohet nga një shqetësim i vazhdueshëm dhe i tepruar për një numër të gjërave të ndryshme. Individët me GAD e kanë të vështirë kontrollin e shqetësimit të tyre. [55]

Nëse i referohemi meshkujve, n=49 vërejmë se pjesa më e madhe e meshkujve të popullatës në studim (44.90%) vetëm disa ditë nuk kanë qenë të aftë për të kontrolluar mendimet negative ndërsa 6.12% më shumë se gjysmën e ditëve, që përbën dhe përqindjen më të vogël, të pikëzuar përkatësisht me 1 dhe 2 pikë, tabela 14.

Ky shqetësim i tepruar dhe ekzistenca e negativitetit mund të shfaqin shmangie të përgjithshme dhe sjellje të sigurisë. [36]

Variabli 3 që paraqet nëse pacientët kanë qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi evidenton se 3.77% e pacienteve femra, n=53, pjesë e studimit janë me pikë zimin 0 ndërsa 52.83% e tyre janë me pikë zimin 2 (më shumë se gjysmën e ditëve).

Tek meshkujt, n=49 duket se kjo tendencë është më e lartë, përkatësisht me pikëzim 0 janë 12.24% 3 tyre dhe me pikëzim 2 janë 55.10%, tabela 16.

U evidentua një lidhje statistikore midis tendencës për të qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi dhe hospitalizimit për herë të parë. Ata që ishin të hospitalizuar për herë të parë ishin më shumë të shqetësuar në përgjithësi, vlera $p < 0.0234$, tabela 17.

Sipas kriterëve të diagnostikimit rreth 90 % e pacientëve që përgjigjen "pothuajse çdo ditë" në pyetjen: "Gjatë 2 javëve të kaluara a keni qenë të shqetësuar apo të tensionuar shihen si raste për t'u shqyrtuar nga mjeku. [57]

Variabli 4 që paraqet vështirësinë për t'u relaksuar, vëmë re se janë shprehur disa ditë pjesa më e madhe e femrave të mara në studim, me një përqindje prej 50.94% dhe të pikëzuara me 1 pikë ndërsa të pikëzuara me 2 pikë (22.64%), tabela 18.

Nëse i referohemi kësaj variable tek meshkujt janë shprehur disa ditë pjesa më e madhe e tyre, me një përqindje prej 46.94% ndërsa pothuajse çdo ditë 8.16%, me një pikëzim përkatësisht 1 dhe 3 pikë, tabela 19.

Diferencime të dukshme u gjetën në një studim në Gjermani. [16]

Nga analiza statistikore rezulton se pacientët e shtruar për herë të parë kanë më tepër vështirësi për t'u relaksuar sesa ata që nuk ishin të hospitalizuar për herë të parë, $P < 0.0051$, tabela 20.

Variabli 5 që paraqet nëse gjatë dy javëve të fundit *pacientët kanë qenë të shqetësuar sa nuk qetësohen dot* evidentohet se 47.17% e femrave disa ditë kanë qenë shumë të shqetësuar sa nuk qetësohen dot ndërsa 5.56% e tyre pothuajse çdo ditë, të pikëzuara përkatësisht me 1 dhe 3 pikë. Tek meshkujt me po të njëjtin pikëzim evidentohen përkatësisht 61.22% (disa ditë) dhe 6.12% pothuajse çdo ditë (tabela 21, tabela 22).

Nga analiza statistikore rezulton se ata pacientë të hospitalizuar për herë të parë kanë qenë më tepër të shqetësuar sa nuk qetësohen dot në krahasim me ata që nuk ishin të hospitalizuar për herë të parë, $p < 0.0008$, tabela 23.

Nëse i referohemi tabelës 24 që paraqet *zemërimin dhe mërzitjen e shpejtë* evidenton se nga popullata në studim 54.72% e femrave zemërohen shpejt më shumë se gjysmën e ditëve ndërsa 5.66% nuk zemërohen fare përkatësisht me pikëzim 2 dhe 0 ndërsa 46.94% e meshkujve disa ditë kanë qenë shumë të

shqetësuar sa nuk qetësohen dot ndërsa 12.24% e tyre pothuajse çdo ditë të pikëzuar me 1 dhe 3 pikë, tabela 25.

Ky variabël sipas një studimi në Gjermani rezultoi se evidentonte një diferencim jo shumë të madh tek meshkujt dhe femrat [19].

Nga analiza statistikore, $p < 0.0051$, rezulton se ata pacientë të hospitalizuar për herë të parë zemërohen dhe mërziten më shpejt se sa ata pacientë që nuk janë të hospitalizuar për herë të parë, tabela 26.

Nga shpërndarja sipas gjinisë, tabela 27, për variablën 7 evidentohet se 47.17% e femrave të popullatës në studim nuk e mendojnë se diçka e keqe mund tu ndodhi, me pikëzim 1 referojnë 41.51% e tyre dhe një përqindje më e vogël mendojnë më shpesh se mund tu ndodhi diçka e keqe. Vetëm 3.77% e femrave e mendojnë pothuajse çdo ditë, të pikëzuara me 3 pikë.

Tek meshkujt vërejmë se 44.90% nuk e mendojnë se diçka e keqe mund tu ndodhi, pikëzimi 0 pikë dhe një përqindje më e vogël mendojnë më shpesh se mund tu ndodhi diçka e keqe. E mendon këtë pothuajse çdo ditë vetëm 8.16% e meshkujve të popullatës në studim, të pikëzuar me 3 pikë, tabela 28.

Por, nuk u evidentua lidhje statistikore midis pyetjes 7 të pyetësorit për ankthin dhe hospitalizimit, tabela 29.

Përsa i përket aktivitetit të përditshëm duket se 39.62% e femrave kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, ndërsa shumë vështirësi kanë referuar 30.19% e tyre. Nuk kanë fare vështirësi 7.55% dhe vështirësi të madhe 22.64%

Ndërsa 51.02% e meshkujve kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, dhe shumë vështirësi kanë referuar 34.69% e tyre. Kanë referuar fare vështirësi, 6.12% dhe vështirësi të madhe 8.16%, grafiku 3.

KONKLUZIONE

- Si konkluzion mund të themi se ekziston tendenca për çrregullim ankthi të përgjithshëm tek pacientët e hospitalizuar.
- U evidentua se ekziston një lidhje statistikore midis hospitalizimit për herë të parë dhe tendencës së pacientëve për ankth, nervozitet dhe gjendje pashprese, $p=0.0091$.
- Ekziston një lidhje statistikore midis tendencës për të qenë shumë të shqetësuar në përgjithësi dhe hospitalizimit për herë të parë, $p=0.0234$
 - Nga analiza statistikore rezulton se pacientët e shtruar për herë të parë kanë më tepër vështirësi për t'u relaksuar sesa ata që nuk ishin të hospitalizuar për herë të parë, $p=0.0051$.
 - Rezulton se ata pacientë të hospitalizuar për herë të parë kanë qenë më tepër të shqetësuar sa nuk qetësohen dot në krahasim me ata që nuk ishin të hospitalizuar për herë të parë, $p=0.0008$.
 - Ata pacientë të hospitalizuar për herë të parë zemërohen dhe mërzhiten më shpejt se sa ata pacientë që nuk janë të hospitalizuar për herë të parë, $p=0.0051$.
- Si tek femrat ashtu edhe tek meshkujt duket se ekziston një lidhje midis sëmundjes dhe tendencës për ankth. Pacientët me diabet rezulton të jenë më të predispozuar përkatësisht 34.11% e femrave dhe 27.24% e meshkujve.
- Por, nuk u evidentua lidhje statistikore midis gjinisë dhe tendencës për ankth.
-
- Nga variablat vlerë suese në lidhje me tendencën për ankth të gjeneralizuar pikëzimin maksimal për ankth e kishte variabli mbi të ndjerin "*nervoz, anksioz apo pashpresë*" tek femrat me 30.19%, ndërsa tek meshkujt variabli *mërzhitem dhe zemërohem shpejt me* 12.24%. Këto janë dhe ndër simptomat kryesore të ankthit të gjeneralizuar.
- Femrat paraqesin po ashtu përqindje më të lartë në variablat që *ndihen shumë të shqetësuar në përgjithësi, kanë vështirësi për tu relaksuar si edhe mërzhiten shpejt*.
- Por, në një përqindje më të lartë kanë qenë meshkujt ata që *nuk ishin të aftë për të larguar mendimet negative, mendojnë se diçka e keqe mund të ndodhi dhe kanë qenë më tepër të shqetësuar sa nuk qetësohen dot. E thënë ndryshe, paraqesin përkatësisht 8.16% dhe 6.12% të tendencës për ankth të gjeneralizuar tek kjo gjini*.
- Përsa i përket pikëzimit total dhe nivelit të ankthit të pacientë ve rezulton se:
 - Pikëzimi 9 ka shpeshtësinë më të lartë që përbën dhe 15.69% të pikëzimit total.
 - Në të dyja gjinitë, 42.15% e tyre janë me ankth të butë, 33.32% me ankth të moderuar, 11.7% konsiderohen me ankth jo normal dhe 9.8% me ankth të rëndë, të pikëzuar për secilën variabël nga 0-3 pikë.
- Përsa i përket aktivitetit të përditshëm duket se:
 - 39.62% e femrave kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, ndërsa shumë vështirësi kanë referuar 30.19% e tyre. Nuk kanë fare vështirësi

7.55% dhe vështirësi të madhe 22.64%.

- o 51.02% e meshkujve kanë pak vështirësi në kryerjen e aktivitetit

të përditshëm, dhe shumë vështirësi kanë referuar 34.69% e tyre. Kanë referuar fare vështirësi, 6.12% dhe vështirësi të madhe 8.16%.

REKOMANDIME

Duke iu referuar rezultateve të studimit mund të themi se:

- Infermierët duhet të marrin në konsideratë tendencën për ankth të përgjithshëm tek pacientët e hospitalizuar.
- Janë pacientët e hospitalizuar për herë të parë, ata që kanë më tepër predispozitë prandaj edhe fokusi I infermirëve duhet të jetë më i madh.
- Kjo tendencë, gjithashtu është më e lartë tek pacientët me diabet mellitus. Sic e dimë, diabeti është një sëmundje që pacienti e ka bashkëudhëtare gjatë gjithë jetës, prandaj edhe është më tepër nën ndikimin e simptomave të ankthit.
- Simptomat duhet të identifikohen sa më herët në mënyrë që të shmanget një përkeqësim i gjendjes.
- Stafi infermior duhet të zotëroj një rol aktiv, në zbulimin,

- monitorimin, informacionin e trajtimit dhe vlerësimin e sëmundjes, duke i edukuar pacientët rreth natyrës së GAD
- Të bëhet ndjekja në vazhdimësi e pacientëve si edhe implementim i programeve të ndryshme të menaxhimit të ankthit në mënyrë të tillë që të kenë më pak vështirësi në aktivitetin e përditshëm.
- Edhe pse me ankth të butë pacientët kanë nevojë për konsultim me mjek specialist në mënyrë që të jenë sa më afër shqetësimeve të tyre që janë edhe simptoma të rëndësishme ankthi.
- Vetëmenaxhimi i ankthit.
 - Menaxhimi i sëmundjes ekzistuese.
 - Bashkëpunimi me grupe mbështetëse
 - Ndjekja e teknikave relaksuese

REFERENCA

1. Andrews G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, Craske MG, Heimberg RG, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):134–47. doi: 10.1002/da.20658.
2. Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD):
3. conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1011–23. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006.
4. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Quality Life*

- Outcomes. 2010;8:8. doi: 10.1186/1477-7525-8-8.
5. Weisberg RB. Overview of generalized anxiety disorder: Epidemiology, presentation, and course. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(2):4–9. doi: 10.4088/JCP.s.7002.01.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., Text Rev. Washington, DC. 2000.
10. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 9. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. p. 632.
11. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, Rejas J. The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:114. doi: 10.1186/1477-7525-10
12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
13. Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1734-1740.
14. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: implications for screening. *Arch Fam Med*. 1995;4:857-861
15. Cohen LS, Nonacs R, Viguera AC. The pregnant patient. In: Stern T, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF, eds. *The Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. 5th ed. St. Louis: Mosby, 2004:593-611.
16. De Caldas Almeida JM, Xavier M. [National epidemiological study of mental health] Lisbon: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2013.
17. Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7.
18. *Encyclopedia of Psychopharmacology* Stolerman, I.P. (Ed.) (2010)
19. Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W, Herzberg, P.Y., 2008. Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med. Care* 46, 266–274,
20. Loeffler, M., Engel, C., Ahnert P., Alfermann, D., Arelin, K., Baber, R., et al., 2015. The LIFE-Adult-Study: objectives and design of a population-based cohort study with 10,000 deeply phenotyped adults in Germany. *BMC Public Health* 15, 691.
21. Grant B.F., et al. Prevalence, correlates, co-morbidity, and

- comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.2
22. Anderson, RJ, Freedland, KE, Clouse, RE, Lustman, PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24:1069–1078
23. Jalenques, I, Tauveron, I, Albuissou, E, Lonjaret, D, Thieblot, P, Coudert, AJ. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in patients with type 1 and 2 diabetes. *Rev Med Suisse Romande*. 1993;113:639–646.
24. Hoge EA, Iykovici A, Fricchione GL. Generalized anxiety disorder: diagnosis and treatment. *BMJ*. 2012;345:1–6. doi: 10.1136/bmj.e7500.
25. (Yonkers KA, 2000) Dyck IR, Warschaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalized of anxiety disorder. *Brit J Psychiatr*. 2000;176:544–9. doi: 10.1192/bjp.176.6.544.
26. <http://www.nhs.uk/Conditions/Anxiety/Pages/Introduction.aspx>
27. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(Suppl 8):24–34.
28. Bereza BG, Machado M, Einarson TR. Systematic review and quality assessment of economic evaluations and quality-of-life studies related to generalized anxiety disorder. *Clin Ther*. 2009;31(6):1279–308. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.06.004.
29. Hoffman DL, Dukes EM, Wittchen HU. Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008;25(1):72–90. doi: 10.1002/da.20257.
30. Surtees PG, Wainwright NW, Khaw KT, Day NE. Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood. *Br J Psychiatry*. 2003;183:299–303. doi: 10.1192/bjp.183.4.299.
31. Rabe-Jablonska, J., and Bienkiewicz, W. (1994). Anxiety disorders in the fourth edition of the classification of mental disorders prepared by the American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-IV – options book. *Psychiatr. Pol.* 28, 255–268.
32. Porcelli, S., Fabbri, C., and Serretti, A. (2012). Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with antidepressant efficacy. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 22, 239–258. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.10.003
33. Grupe, D.W, and Nitschke, J. B. (2013). Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat. Rev. Neurosci.* 14, 488–501. doi: 10.1038/nrn3524
34. Gladsjo, J. A., Rapaport, M. H., McKinney, R., Lucas, J. A., Rabin, A., Oliver, T., et al. (1998). A neuropsychological study of panic disorder: negative findings. *J. Affect. Disord.* 49, 123–131.
35. Dupont, H., Mollard, E., and Cottraux, J. (2000). Visuo-spatial attention processes in panic disorder with agoraphobia: a pilot study using a visual target discrimination task. *Eur.*

- Psychiatry 15, 254–260. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00236-4
36. Lautenbacher, S., Sernal, J., and Krieg, J. C. (2002). Divided and selective attention in panic disorder. A comparative study of patients with panic disorder, major depression and healthy controls. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 252, 210–213. doi: 10.1007/s00406-002-0382-5
 37. Clark, D. M., and Wells, A. (1995). "A cognitive model of social phobia," in *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Vol. 1, eds R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, and F. Schneier (New York, NY: Guilford Press), 24
 38. Salkovskis, P. M., Clark, D. M., and Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behav. Res. Ther.* 29, 161–166. doi: 10.1016/0005-7967(91)90044-4
 39. Barloë, J. (2002). Antenatal anxiety, parenting and behavioural/emotional problems in children. *Br. J. Psychiatry* 181, 440–441; author reply 441. doi: 10.1192/bjp.181.5.440-a
 40. Greisberg, S., and McKay, D. (2003). Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clin. Psychol. Rev.* 23, 95–117. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00232-5
 41. Kuelz, A. K., Hohagen, F., and Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biol. Psychol.* 65, 185–236. doi: 10.1016/j.biopsycho.2003.07.007
 42. Muller, J., and Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in Obsessive Compulsive Disorder: a review. *J. Anxiety Disord.* 19, 1–28. doi: 10.1016/j.janxdis.2003.12.001
 43. Golier, J., and Yehuda, R. (2002). Neuropsychological processes in post-traumatic stress disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 25, 295–315, vi. doi: 10.1016/S0193-953X(01)00004-1
 44. Horner, M. D., and Hamner, M. B. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychol. Rev.* 12, 15–30. doi: 10.1023/A:1015439106231
 45. Airaksinen, E., Larsson, M., and Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction. *J. Psychiatr. Res.* 39, 207–214. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.06.001
 46. Asmundson, G. J., Stein, M. B., Larsen, D. K., and Walker, J. R. (1994). Neurocognitive function in panic disorder and social phobia patients. *Anxiety* 1, 201–207
 47. Boldrini, M., Del Pace, L., Placidi, G. P., Keilp, J., Ellis, S. P., Signori, S., et al. (2005). Selective cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder compared to panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr. Scand.* 111, 150–158. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00247.
 48. Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., and Pantelis, C. (1998a). Cognitive deficits in obsessive-compulsive disorder on tests of frontal-striatal function. *Biol. Psychiatry* 43, 348–357. doi: 10.1016/S0006-3223(97)00201-1
 49. Zalewski, C., Thompson, W., and Gottesman, I. I. (1994). Comparison of Neuropsychological test performance in PTSD, generalized anxiety disorder, and control Vietnam veterans. *Assessment* 1,

- 133–142. doi: 10.1177/1073191194001002003
50. Lovibond, P. F., Saunders, J. C., Weidemann, G., and Mitchell, C. J. (2008). Evidence for expectancy as a mediator of avoidance and anxiety in a laboratory model of human avoidance learning. *Q. J. Exp. Psychol. (Hove)*. 61, 1199–1216. doi: 10.1080/17470210701503229
51. Cremers, H. R., Veer, I. M., Spinhoven, P., Rombouts, S. A., and Roelofs, K. (2014). Neural sensitivity to social reëard and punishment anticipation in social anxiety disorder. *Front. Behav. Neurosci.* 8:439. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00439
52. Vriends, N., Michael, T., Schindler, B., and Margraf, J. (2012). Associative learning in flying phobia. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 43, 838–843. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.11.003
53. Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C., 2005. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445–452.
54. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32:50-55.
55. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety.* 2001;13:78-88.
56. <https://www.adaa.org/understanding-anxiety/generalized-anxiety-disorder-gad>
57. <http://www.nhs.uk/Conditions/Anxiety/Pages/Symptoms.aspx>
58. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.: DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994:435-6
59. Wittchen H-U, Boyer P. Screening for anxiety disorders: sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *Br J Psychiatry Suppl* 1998;34:10-17
60. Borkovec TD, Newman MG, Castonguay LG. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experientialtherapies. *CNSSpectr* 2003;8:382-389.
61. Butler G, Fennel M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:167-175
62. Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder?An 8-14 year follow-up of two clinical trials.
63. Ost L-G, Breitholtz E. Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2000;38:777-790
64. Kapczinski S, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:CD003592-CD003592
65. Rickels K, DeMartinis N, Garcia-Espana F, Greenblatt DJ, Mandos LA, Rynn M. Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder for discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1973-1979
66. Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder: a placebo

- controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. Arch Gen Psychiatry 1993;50:884-895
67. <http://www.nhs.uk/Conditions/Anxiety/Pages/Treatment.aspx>
68. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Arch Intern Med. 2006;166(10):1092–7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
69. Swinson RP. The GAD-7 scale was accurate for diagnosing generalised anxiety disorder. Evid Based Med. 2006;11(6):184. doi: 10.1136/ebm.11.6.184.
70. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med. 2007;146(5):317–25. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-0000423. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. Ann Intern Med. 2007;146(5):317–25. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-0000

PYETËSORI

Pyetësoni: ÇRREGULLIMI I PËRGJITHSHËM I ANKTHIT

Ky është një pyetësor për vlerësimin e çrregullimit të përgjithshëm të ankthit te pacientet e hospitalizuar. Pyetjet bazohen te shkalla me 7-pyetje e vlerësimit të ankthit; *The Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale*.

Të dhënat e mbledhura nga ky pyetësor do të shërbejnë për zhvillimin e një teme diplome për Master në Shkenca Infermirore.

Pyetësoni është anonim dhe ju në asnjë cast të studimit nuk jeni i identifikueshëm. Ju lutemi përgjigjuni sinqerisht.

Faleminderit për pjesëmarrjen tuaj.

Spitali _____ Pyetësoni nr. _____

Reparti _____

Seksioni 1. Të dhëna demografike

1. Mosha _____ vjec
2. Gjinia ☐ F ☐ M
3. Statusi civil ☐ Beqar ☐ Martuar ☐ Divorcuar ☐ E / I ve
4. Niveli arsimor ☐ 9⁸ vjecar ☐ I mesëm ☐ I lartë
5. Gjendja e punësimit ☐ Në punë ☐ Pa punë ☐ Shtëpiak/e
☐ Pensionist/e
6. Vendbanimi ☐ Fshat ☐ Qytet
7. Diagnoza e përcaktuar _____
8. Sa ditë keni që jeni shtruar ? ☐ 1 ditë ☐ 2 ditë ☐ 3 ditë ☐ më shumë se 3 ditë
10. Hera e parë që shtroheni ? ☐ Po ☐ Jo

Seksioni 2. Pyetje vlerësuese për ankthin				
	Fare	Disa ditë	Më shumë se gjysmën e ditëve	Pothuajse çdo ditë
Gjatë 2 javëve të fundit sa shpesh keni qenë i shqetësuar nga problemet e mëposhtme? (Përdorni për të treguar përgjigjen tuaj, vetëm një të mundshme për çdo pyetje)	(0)	(1)	(2)	(3)
1. Jeni ndjerë nervoz,anksioz apo i/e pashpresë				
2. Nuk keni qenë i /e aftë për te kontrolluar apo për të larguar mendimet negative				
3. Keni qenë shumë i shqetësuar në përgjithësi				
4. Vështirësi për tu relaksuar/rehatuar				
5. Keni qenë shumë i shqetësuar sa nuk qetësoheni dot				
6. Zemëroheni dhe mërzhiteni shumë shpejt				
7. Keni pasuar frikë se ndonjë gjë e keqe mund t'ju ndodhi				

Rezultati total — = — + — +

Nëse ju keni zgjedhur **ndonjë** nga problemet e pyetësorit, sa **ju vështirësojnë** këto probleme në kryerjen e aktivitetit të përditshëm, të kujdesesh për shtëpinë, ose të qëndroni në shoqërinë e njerëzve të tjerë.

Fare vështirësi	Pak vështirësi	Shumë vështirësi	Vështirësi të madhe

VLERËSIMI I SHKALLËS SË ANKTHIT NE LIDHJE ME SHTATËZANINË DHE LINDJEN TE GRATË SHTATËZANE

Çelestina Memaj

celestinamemaj@gmail.com

Abstrakt

Introduction and Purpose:

Pregnancy, birth and parenting are the most important events in a woman's life and are considered to be a biopsychosocial event. Pregnancy, birth and postpartum periods are periods of severe psychological and social changes in women life. Supporting the emotional well-being of women during the perinatal period is now known to be as important as the traditional focus on the mother's and child's physical health. It is recognized that nurses and midwives not only help on the birth of a child, but they also play an important role in the educational health and counseling of women, family and tire, and the general community, showing that this work extensively includes child care. The Objective of the Study was the identification of factors that affect the increase of the level of anxiety in pregnancy.

Methodology:

In this study took part 85 pregnant women which were following their pregnancy at the gynecological studio "Artemisia", Vlore. They randomly

completed a questionnaire in the studio environment. The study is of a cross-sectional, qualitative and quantitative type. The study data were collected from the period 20/06/2015 to 20/09/2016. The data collection tool was the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised Questionnaire (PRAQ-R)).

Results:

The average age of women is (28, $\pm$ 4.88). 60% of women participating in the study are worried about the pain that they may have during childbirth. 34% of them are worried about the fact that they may scream at birth due to the pain. A very strong statistical correlation was found between these two variables, $p = 0.0011$. Statistical correlation was also evidenced between the age of pregnancy per week and experience of pain at birth, $p = 0.01$.

Conclusions:

The results of this study underline the importance of counseling and continuous information of pregnant women by nursing staff and public health workers in order to promote birth as a normal life event.

Keywords:

Pregnancy, anxiety, birth, women.

HYRJE

Shtatezania, lindja dhe periudha pas lindjes janë periudha me ndryshime shumë të rëndësishme psikologjike dhe sociale

tek grate. Mbështetja e mirëqenies emocionale tëgruas gjatë periudhës perinatale njihet tani të jetë aq e rëndësishme sa dhe fokusi tradicional në

shendetin fizik tënenes dhe femijes. Evidencat e shumta në lidhje me zhhvillimine hershem të trurit dhe menyra se si femijet zhvillojnë mireqenien emocionale dhe të sjelljes brenda kontekstit të marrëdhënieve të tyre të hershme, ka theksuar rëndesinë e vecantë të krijimit të një lidhje të hershme me fetusin dhe përkujdesje të hershme.

Njihet që infermieret dhe mamite, jo thjeshtë ndihmojnë në lindjen e një femije por ato luajnë rol të rëndësishëm në edukimin shëndetësor dhe këshillimin e gruas, familjaret e tyre dhe komunitetin e gjerë duke treguar që kjo punë me gjerë perfshinë kujdesin për fëmijën.

Tranzicioni drejt prindërimit "fokusetohet në mënyrë të qartë në ndryshimet emocionale dhe sociale që ndodhin gjatë shtatzënisë dhe periudhës së menjëhershme pas lindjes, dhe pranon se kjo është një kohë e vështirë që përfshin të dy partneret, sigratë dhe burrat e bëjnë ndryshimin të konsiderueshëm psikologjike, dhe përshtatjen me role të reja.(1)

RISHIKIMI I LITERATURES

Dëshmitë e fundit shkencore referojnë se një numër i konsiderueshëm i grave përfshijnë problemet e përbashkëta të shëndetit mendor të tilla si ankthi dhe depresioni gjatë shtatzënisë. Gratë shtatzëna përfshijnë ndjenja të rënda të stresit, ankthit apo depresionit. Një studim transversal në të cilin u përfshinë 397 gratë shtatzëna të rekrutuar nga tre klinika antenatale evidentoi se ankthi gjatë shtatzënisë ishte i lidhur me depresionin antenatal. (raport shanset (OR) 1.36, 95% intervali i besueshmërisë (CI) 1.23 deri 1.5). Gratë shtatzëna me marrëdhënie të dobëta me partnerin dhe / statusit të ulët/të moderuar social-ekonomik kishin depression më të lartë antenatal (paralindjes) krahasuar me gratë me nivel ekonomik të lartë dhe marrëdhënia të mira me partnerin.(2)

Nderkohe që studime të tjera, përfshirë dhe studimin rishikim të literatures evidentoi dhe faktore të tjera që ishin të lidhura me ankthin gjatë periudhës së shtatzënisë.

Studimi evidentoi se obeziteti dhe ankthi gjatë periudhës perinatale janë të zakonshme dhe shoqërohen me rezultate të dobëta shëndetësore si për nënën dhe fëmijën. Pavarësisht se rreziqet shëndetësore të obezitetit dhe ankthit gjatë shtatzënisë janë të dokumentuara, studimi i lidhjes obezitet në shtatzëni dhe ankth tregoi se gratë me keto karakteristika paraqesin një grup që është më i vulnerabël ndaj ankthit dhe që ka nevojë për suport psikologjik. (3)

Frika nga lindja dhe preference për menyren e lindjes janë të ngjashme midis grave shtatzëna dhe jo shtatzëna duke sugjeruar që qëndrimi rreth shtatzënisë dhe lindjes të jetë formuar në moshën e rritur të hershme ose më shpejt. Informacioni pse disa gra të reja kanë frikë nga lindja dhe preferojnë ndërhyrjen cezariene mund të informoj punonjësit e shëndetit publik që të marrin iniciativë që të reduktojnë frikën dhe të promovojnë lindjen si një ngjarje normale jetësore. Studimi online në 752 gra amerikane që vlerësonin qëndrimet dhe preferencat e tyre rreth menyres së lindjes evidentoi që një e katërta e tyre preferonin lindjen cezariene për shkak të frikës nga lindja normale dhe ishte e lidhur me ndryshimet fizike që sillte zgjatja e moshës së shtatzënisë për lindjen normale kryesisht për gratë me të reja në moshë. Gjithashtu mungesa e informacionit ishte e lidhur me frikë dhe ankth nga lindja si dhe ndryshimet fizike të trupi të gruas si pasojë e shtatzënisë. (4)

Studimi përshkruan në të cilin u përfshinë 353 gra shtatzëna në moshë të re, në tremujorin e tretë të shtatzënisë, jo në rrezik të lartë për komplikacione të shtatzënisë, dhe që nuk kanë pasur një ndërhyrje cezariene të mëparshme raportojnë nivele të moderuara të frikës të grave nga lindje. Gratë shtatzëna që ishin më të reja, me nivel më të ulët arsimor, nuk janë të kënaqura me mbështetjen e burrave të tyre, dhe me një përvojë të mëparshme të abortit raportuan nivel më të lartë të frikës nga lindja. Vetë-efikasiteti i lindjes tek gratë shtatzëna, gjendja e ankthit dhe tiparet e ankthit ishin të

lidhura me frikën e lindjes. Studimi theksoi se Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të jetë të ndjeshëm ndaj çështjeve që mund të ndikojnë në nivelet e frikës nga lindja tek gratë shtatzëna ,duke përfshirë moshën, arsimimin dhe ndonjë abort të mëparshëm.(5)

ZHVILLIME EMOCIONALE DHE FIZIKE GJATE SHTATëZANISE

Shtatzania, lindja dhe prindërimi janë ngjarjet më të rëndësishme në jetën e një gruaje dhe janë konsideruar ngjarje biopsikosociale. Pasi një femër ka qenë shtatëzënë nuk ka më kthim mbrapa tek ana psikologjike para shtatëzanis. Dëshira për mëmësi duket se nuk bazohet vetëm në faktorët biologjik të trashëguar por edhe në identifikimin se cfarë është feminiteti, edhe pse nuk është e domosdoshme që një grua të ketë fëmijë për të arritur të ndjehet femër. Shtatëzania nga shkencëtar të ndryshëm social është parë si një detyrë zhvillimi ,një periudhë krize dhe një fazë kritike. Për shumë gra shtatëzania është gjithashtu një mundësi rritjeje dhe ripërpunimi i konceptit për veten.

Të gjitha gratë e përjetojnë shtatëzinën si emocionalisht dhe fizikisht. Ndryshimet neuroendokrine dhe biologjike që ndodhin gjatë shtatëzisë kanë efekte të thella psikologjike mbi nënat. Gjatë tremujorit të parë, ndjenjat e një gruaje janë të lidhura me ndryshimet fiziologjike (nauze, lodhje), ndërsa gjatë tremujorit të fundit ankthi në lidhje me lindjen që po afrohet bëhet emocioni mbizotërues. Statusi socio-ekonomik i një gruaje, numri i lindjeve të mëparshme, dhe tipi i personalitetit të saj mund të ndikojë në shkallën e këtyre emocioneve, si dhe aftësinë e saj për ti përballuar.

Përshtatja psikologjike normale në shtatëni dhe marrja e rolit të nënës janë dy fusha më pak të studiuara në obstetrikën moderne se sa përshtatja psikologjike . Dy studiues të rëndësishëm në këtë fushë janë Neton dhe Rubin. Në vitet 1950, Neton hulumtoi emocionet e nënës gjatë shtatëzisë dhe lindjes, dhe lidhjen e tyre me aspekte të tjera të jetës së grave. Në atë kohë, faktorët e

përgjithshme psikologjike që ndikonin lindjen fokusoheshin tek ndikimet shoqërore që pengonin gratë të pranorin lindjen si një funksion fiziologjik natyror. Neton gjeti se gratë që kishin ndjenja negative rreth shtatëzisë ishin më të prirura për të dëshiruar të kishin qenë burra dhe kishin më pak dëshirë mëmësore. Gratë që mendonin pozitivisht ndaj shtatëzënia kishin më shumë tendenca mëmësore dhe kishin më pak të ngjarë të dëshironin të kishin qenë meshkuj. Ajo gjithashtu vuri në dukje se gjatë shtatëzisë ndjenjat ndryshojnë nga refuzimi drejt pranimit. Pas lindjes , gratë që ndihen negativisht në lidhje me lindjen kishin më shumë gjasa që të mos pëlqejnë ushqyerjen me gji, të shmangnin qendrimin postnatal në spital, dhe të kenë më pak fëmijë. Në anën tjetër, gratë që kishin ndjenja pozitive pas lindjes ishin më të prirura për të shijuar ushqyerjen me gji dhe qendrimin në spital dhe të kenë më shumë fëmijë.

Disa studime kanë raportuar se gratë shtatzëna me nivele të larta të ankthit kanë më shumë të ngjarë të përjetojnë komplikime obstetrike. Të tjerë kanë demonstruar përmirësim të shpejt pas lindjes tek gratë me nivele të moderuara të ankthit. Vështirësia në interpretimin e shumë prej këtyre studimeve është dështimi i studiuesve për të bërë dallimin në mes ankthit, si një tipar i qëndrueshëm i personalitetit dhe ankthit, si një gjendje kalimtare emocionale. Kështu, elementet psikologjike që lidhen me shtatëzinën dhe që duket se ndikojnë shtatëzinën dhe lindjen e fëmijës përfshijnë personalitetin dhe disponimin emocional të gruas, backgroundin psiko-social të gruas, dhe ngjarjet jetësore që ndodhin gjatë shtatëzanisë.

Hulumtimi i Njutonit vuri në dukje se gratë që e kanë kryer lindjen në gjendje të pandërgjegjshme kanë më shumë gjasa që të ketë ndjenja negative për lindjen e fëmijës. Rishikimi që ajo ju ka bërë praktikave të lindjes në atë kohë tregoi se metodat farmakologjike të kontrollit të dhimbjes çuar në më shumë lindje operative vaginale dhe në foshnja me

depression në lindje. Neton u bë një mbështetës i zjarrtë i metodave të përgatitjes të lindjes të Dick dhe të qasjes të linjes natyrore jo me medikamente që kishte fituar popullaritet në vitet 1960. Ky ndikim dhe studimet e saj të përgjigjeve të grave në procesin e lindjes çoi atë në përfundimin se metodat psikologjike të lehtësim dhimbje ishin më të preferueshme sesa metodat farmakologjike, sepse ata theksuan nevojën për mbështetjen e vazhdueshme emocionale dhe fizike të gruas nga stafi i lindjes.

Rubin e përshkruan shtatzëninë si një kohë për riformulim të identitetit, një kohë për riorganizim të marrëdhënieve ndërpersonale, dhe një kohë të rritjes së madhe personale dhe maturimit. Gratë shtatzëna e rikthejnë vemendjen nga vetja, me një reduktim të mëvonshëm të vëmendjes dhe energjisë në dispozicion për detyra të tjera. Në vitin 1975, ajo paraqiti katër detyra të nënave të nevojshme për të përfunduar gjatë shtatzënisë, si një preiudhe për memesine. Këto detyra janë: (1) kërkon të jetë e sigurt për veten dhe fëmijën e saj gjatë shtatzënisë, dhe lindjes, (2) të sigurojë pranimin e fëmijës që ajo mban nga persona të rëndësishëm në familjen e saj, (3) të krijoj lidhje me fëmijën e saj të panjohur dhe (4) të mësoj të jap nga vetja. Detyra e sigurisë është e lidhur me përpjekjen për të mbrojtur fëmijën dhe veten nga rreziku. Kërkimi i kujdesit para lindjes dhe marrja e informacionit në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen pasqyrojnë punën për këtë detyrë.

Detyra e dytë është siguri i pranimit të shtatzënisë nga familja, është e

rëndësishme për shkak se ajo çon në pranimin e fëmijës nga anëtarët e rëndësishme të familjes të cilët do të kontribuojnë në rritjen e fëmijës. Dhënia nga vetja është detyra përfundimtar dhe shënon fillimin e sjelljes edukuese të nënës ndaj fëmijës së saj. Çdo detyrë është kryer gjatë shtatzënisë në mënyrë të veçantë nga vetë gruaja dhe formon atë që Rubin e quan matricën cilësor të mëmësisë. Jo të gjitha publikimet e Rubin janë të bazuara në rezultatet e hulumtimit dhe të dyja hulumtimet e Rubin dhe Njutonit përmbajnë pikpamje të forta frojdiane. Dunbar ka rekomanduar që "kur një punonjës shendeti ka konsultuar një grua shtatzënë ai fillimisht duhet të vlerësojë jo vetëm ndryshimet në trupin e saj, por edhe në mjedisin e saj dhe kapacitetin e saj për të përballuar stresin që këto ndryshime kanë shkaktuar. Thjesht duke pyetur: "Si ndiheni në lidhje me të qenit shtatzënë?" "shpesh do të nxjerrë të dhëna të mjaftueshme për të vlerësuar gjendjen emocionale të një gruaje. Përgjigja më e zakonshme për diagnozën e shtatzënisë është ambivalenca. Një studim i një kampioni të madh tek nënat shtatzëna dhe baballarët ka gjetur dy pikëpamje dominuese dhe të kundërta: afrimi i prindërimit do të thotë edhe kënaqësi ekzistenciale dhe kufizim i lirisë. Është e rëndësishme të theksojmë normalitetin e ndjenjave ambivalente në shtatzëni dhe tranzicionin në të qenit prind, sepse ajo merr shumicën e kohës së grave për tu përshtatur me ndryshimet në vetë-perceptim dhe në stilin e jetës.(6)(tabela 1).

Tabela 1. Çështjet psikologjike të shtatzënisë dhe lindjes

Tremujori i parë Ambivalencë Diskomfortet e fillimit të shtatzënisë Pritja e rezultateve testit diagnostik
Tremujori i dytë Levizja e bën fetusin një realitet Ndryshimet fizike e bëjnë shtatzënisë të dukshme Fillon procesi i lidhjes mëmësore Incidenca e ulët e problemeve fizike dhe emocionale
Tremujori i tretë Ndryshim i theksuar në imazhin e trupit dhe parehati Frika nga humbja e tërheqjes Frik, ankth, vulnerabilitet Preokupimi për lindjen Shqetësime për shëndetin e fëmijës Planet për kujdesin e fëmijëve dhe ndikimi në stilin e jetesës
Tremujori i tretë (pas lindjes) Duhet të shqyrtojë përvojën e lindjes Pranimi i realitetit dhe rezultati i lindjes Pranimi i gjinisë së foshnjes, pamjes, sjelljes Zgjedhja e ushqyerjes së fëmijës Rifillimi i aktivitetit seksual, planifikimi familjar

KEQPERSHTATJA ME SHTATEZANINE

Ankesat fizike të të përzierave , të vjellave , ndjeshmëria e gjirit, dhe lodhja e thellë janë të përbashkëta për shumë gra në tremujorin e parë të cilat mund të rrisin ndjenjat ambivalente dhe të zvogëlojnë eksitim fillestar. Ka gjithashtu tendencë për tu shqetësuar për veten dhe për sigurinë që inkurajon shumicën e grave për të kërkuar shërbime obstetrike. Gratë duhet të pranojnë idenë dhe realitetin e shtatzënisë para se të mund të pranojnë dhe të përgatiten për fëmijën që do të vijë. Megjithatë, nga konceptimi i momentit është konfirmuar, gruaja shtatzënë është një nënë. Pasi diskomforti i tremujorit të

parë të kalojë dhe nëna ndjen lëvizjen e parë të fetusit, fëmija bëhet një realitet. Nëna fillon ta shohi fëmijën si një identitet të veçantë nga vetja dhe fillon të ndjehet përgjegjëse për fëmijën dhe të mendojë për veten e saj në rolin e nënës.

Disa gra ndjehen pasive ose të varura dhe shumë të ndjeshme ndaj sjelljeve dhe komenteve të të tjerëve . Për shumicën e grave, ndjenja e ambivalencës e zakonshme për tremujorin e parë ka tendencë për të shkuar drejt ndjenjës së pranimit pasi shtatzënia zhvillohet. Në përfundim të tremujorit të dytë, gruaja shtatzënë është bërë e vetëdijshme për fëmijën brenda saj dhe fillon procesin e atashimit. Edhe pse ofruesit e kujdesit

shëndetësor përqëndrohen në fetus, gruaja shtatzënë në tremujorin e dytë ka një ndjenjë të rritur të qënies që jeton brenda saj, fetusin që do të jetë fëmija i saj. Kujdesi para lindjes për të tani është shumë më e përqëndruar tek fëmija se sa tek mirëqenia e saj. Nga fundi i shtatzënisë, gjendja emocionale e një gruaje është e ndryshme nga ajo në tremujorin e parë ose të dytë. Kolegët kanë kryer një studim me 282 gra dhe kanë gjetur se të gjitha gratë, në një farë mase, të përjetojnë një pranim / shmangie në konfliktin në lidhje me lindjen. Femrat duan që shtatzënia të përfundojë por frika e procesit të lindjes nxit ankthi. Shqetësimet e nënave të përqëndrohen si tek vetja dhe tek fëmija, dhe gratë të përjetojnë një vulnerabilitet të lartë si rezultat i ndryshimeve të mëdha fizike të tremujorit të tretë. Femrat shpesh verbalizojnë ankthin në lidhje me punën që po afrohet, lindjen, dhe shëndetin e foshnjave, si dhe shqetësimet në lidhje me aftësinë e tyre për të qenë nëna, për dashurinë dhe mbështetjen e partnerit të tyre. Disa gra përjetojnë pagjumësi dhe / ose ëndrra të frikshme. Shumica e pyetjeve për ofruesit e kujdesit shëndetësor përqëndrohen në procesin e lindjes dhe në periudhën pas lindjes.

Aftësia e një gruaje për të përballuar situata të reja dhe detyrat e shtatzënisë duket në lidhje me bilancin e përgjithshëm të streseve kaluara dhe pershtatja e nënës me procesin e shtatzënisë, lindjes dhe berjes prind. Obsetri duhet të jetë vigjilent për shenjat e keqpershtatjes së nënës me keto ndryshime. Cohen ka përshkruar sjelljet e shumta të nënave që ai rekomandon mjekut për gjatë periudhës para, gjatë, dhe pas lindjes (Tabela 2) (7).

Tabela 2. Faktorët etiologjikë që kontribuojnë në keqpershtatje

- Mungesa e figurës së nënës në jetën e gruas
- Konflikti kronike me nënën e vet ose të afërm të tjerë femra
- Lindjes së një fëmije me anomali apo vonesa mendore

- Mosmarrëveshje kronike martesore, veçanërisht në qoftë se fokusuar në riprodhim / rritjen e fëmijëve
- Përgatitja pak ose aspak për përvojën seksuale
- Mungesa e planeve për kujdesin e fëmijës pas lindjes
- Paaftësia për të identifikuar karakteristikat individuale të porsalindur

Ai paralajmëron obsetrin të jetë veçanërisht vigjilent për pacientët të cilët kanë vazhduar pranimin e gabuar ose mospranimin e shtatzënisë, një paaftësi për të zhvilluar një lidhje emocionale me fetusin, dhe një paaftësi për të kuptuar neonatin si një individ të veçantë. (7)

Keqpershtatja ka gjithashtu më shumë gjasa të ndodhë në prani të faktorëve psiko-sociale të rrezikut, të cilat mund të ndahen në faktorë socialë, faktorët psikologjikë, dhe sjelljet negative shëndetësore. Faktorët socialë që lidhen me rritjen e rrezikut përfshijnë të ardhura të ulëta, strehim të pamjaftueshëm, më pak se arsimin e shkollës së mesme, një ambient fizikisht i fuqishëm ose potencialisht toksik të punës.

Adoleshenca (më të rinj se 18 vjeç), barrierat e komunikimit dhe menyrat joadekuate ushqyese janë rreziqe të tjera sociale. Faktorët psikologjikë përfshijnë sistemet joadekuate mbështetje personale dhe mekanizmat përballuese, kundërtënie të tepruar në lidhje me shtatzëninë, duke jetuar në një mjedis abuziv, dhe ndjenjat e stresit kronik dhe ankthit.

Së fundi, pirja e duhanit, përdorimi i drogave ilegale, abuzimi me alkoolin, zgjedhje të varfër ushqimore, dhe ushtrimi i tepruar janë sjellje shëndetësore që e vendosin gruan në rrezik për një rezultat të kundërt shtatzënisë. Shkalla e rrezikut të lidhur me disa faktorë kërkon gjykim, sepse behen përjashtime nga këto klasifikime kategorike shpesh. (8)

Identifikimi i hershëm i një rreziku kërkon përgjegjshmeri që lejon vlerësimin e vazhdueshëm dhe monitorimin e

shtatzanise. Kuptimi I konflikteve emocionale te gruas dhe krijimin e një marrëdhënie pozitive midis ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe gruas në rrezik janë komponentet thelbësore të kujdesit para lindjes , dhe kjo është shpesh e vetmja mënyrë e suksesshme për të nxjerrë pajtueshmerine.

Disa gra kërkojnë vizita më të shpeshta apo më të gjatë , rregullimi i përmbajtjes së vizitave , dhe / ose ndjekja telefonike nga zyra e personelit të bartësit. Të tjerët mund të përfitojnë nga ndërhyrja përfshin një eko më shumë , me konsultime nga një punëtor social , psikolog , apo psikiatër .

Edhe pse pak studime janë në dispozicion në ndërhyrje dhe rezultatin , një qasje ku nena është aktive për përshtatjen e saj është shpesh më efektiv dhe ekonomik se sa një qasje ku nena nuk është aktive .

Të gjithë ofruesit e shërbimeve obstetrike duhet të përfshijnë vlerësimin e parandalimit psiko-sociale te rrezikut dhe shfaqjen në rutines së tyre para lindjes. Gratë dhe familjet e tyre duhet të përshtaten me një numër të ndryshimeve gjatë dhe pas shtatzënisë .(9)

Ndryshimet fiziologjike janë të mëdha dhe të vazhdueshme , që ndikojnë në imazhin e trupit, humorin , dhe nivelin e energjisë . Ndërveprimet dhe pritjet e të tjerëve të rëndësishme për të ndryshuar mund të jetë një burim i madh i fuqisë apo mosmarrëveshjeve .

Shoqëria paraqet shumë mesazhe kontradiktore të hapur dhe të fshehur rreth, lindjes dhe amësisë në grate shtatzënë. frika e fshehur, preokupimet, dhe ndjenjat e pasigurisë mund të shfaqen. Gratë shpesh ndihen të pambrojtura dhe të varura, sidomos gratë primipare që mungon përvoja e mëparshme me shtatzëninë dhe lindjen.(10)Ofriuesit duhet të njohin një shumëllojshmëri të gjerë të përgjigjeve emocionale. Një grua e ka përmbledhur shtatzëninë e saj në këtë mënyrë: ". Unë u ndjeva në të njëjtën kohë më shumë e rrezikuar dhe e fuqishme se kurrë" (11). Një gatishmëri për të dëgjuar shqetësimet e gruas shtatzënë, në lidhje me sigurimin e elementeve klinike të kujdesit para lindjes, është thelbësore.

MBESHTETJA EMOCIONALE GJATE SHTATEZANISE DHE LINDJES

Për të mbështetur gruan gjatë shtatzënisë dhe veçanërisht në lindje ka qenë një komponent thelbësor i mamisë për shekuj me radhë. Mbështetja është përcaktuar edhe si sjellje verbale dhe joverbal që përcjell dashuri dhe kuptim për të rritur aftësinë e individit për të përballuar. Aktivitetet e kujdesit mbështetëse përfshijnë masa rehatie fizike, mbështetje emocionale, udhëzime dhe informata .(12)Përparimet në teknologji obstetrik të vazhdojnë të përqëndrohen në mirëqenien e fetusit , mund të ketë një tendencë në mesin e profesionistëve të fokusohen në nevojat e fetusit më shume së ne shpenzimet e nënës.Hulumtuesit dhe ofruesit nuk duhet të harrojmë për rëndësinë e përfshirjes së një filozofie të kujdesen në shërbimet e ofruara për nënat dhe fëmijët. Shqyrtime dhe gjykime të kontrolluara të mbështetjes se zgjeruar gjatë shtatzënisë kanë treguar se rezultatet e mbështetje sociale dhe psikologjike janë përmirësuar.(13) Gratë që kanë marrë mbështetje gjatë shtatzënisë kishin më pak gjasa të ndihen të pakënaqur, nervoz, apo të shqetësuar; kishte pak ndjenja negative rreth lindjes që po afrohet; dhe ishin më të sigurt për lindjen e fëmijes. Gratë që ishin ndihmuar gjatë punës nga një layëoman quajtur doula (një fjalë greke që do të thotë 'gruas shërbëtori') kishin përjetuar më pak komplikime të lindjes.(14)

Efekti i një shoku mbështetës për problemet perinatale, kohëzgjatjen e lindjes, si dhe ndërveprimin nënë foshnje u studiua nga Sosa dhe associates(15) në një spital publik në Guatemalë. Gratë në grupin e kontrollit kishin marrë kujdesin rutinë. Gratë në grupin eksperimental marrë mbështetje të vazhdueshme nga një doula, i cili i drejtoi nënat e reja në detyrat e tyre të kujdesit foshnjore. Grupi eksperimental kishte punët në mënyrë të konsiderueshme më të shkurtër (8.8 kundrejt 19.3 orë), ishin zgjuar më vonë pas lindjes, dhe ndërvepruan më shumë me fëmijët e tyre sesa bëri grupin i kontrollit.

Mbështetja e vazhdueshme emocionale gjatë punës në një spital amerikan u studiua nga Kennell dhe bashkëpunetoret.(16) Katërqind e dymbëdhjetë gra të shëndetshme primipare ishin caktuar rastësisht në tri grupe. I pari ka marrë mbështetjen e vazhdueshme të një doula, grupi i dytë është monitoruar nga vëzhgues që s'bie në sy i cili mbante një regjistër të të gjitha kontakteve të personelit, por kurrë nuk foli me gratë shtatzena, dhe grupi i tretë ka shërbyer si kontroll. Mbështetja e vazhdueshme e lindjes kishte ulur normën e lindjeve cezariene (mbështetur grupin 8%, grupi vëzhgues 13%, grup kontrolli 18%) dhe reduktuan numrin e kërkesave për përdorimin e epidurales dhe oksitocin, kohëzgjatjen e lindjes, trajtimit të gjatë spitalor foshnjore, dhe semundjeve të nënës. Edhe një vëzhgues i pastërvitur që thjesht u ul në dhomë me gruan kishte një efekt pozitiv në lindje.

Infermieret janë një pjesë thelbësore e ekipit mbështetës të punës, por koha e tyre është e mbushur shpesh me aktivitete të tjera, të tilla si dokumentacion të gjerë, që kanë pak të bëjnë me mbështetjen e lindjes. Një studim ka matur sasinë e kohës të lindjes dhe ofrimit të kohës që infermierja kaloi pranë shtratit të angazhuar në kujdesin mbështetës e të gjitha aktivitetet e tjera dhe e gjeti atë të jetë 9.9% .(17)Një doula i trajnuar mund të jetë e përshtatshme për gratë që nuk kanë mbështetje apo partnerët e të cilëve janë më të rehatshme në rolin e dëshmitarit. Doula nuk ka për qëllim të zëvendësojë ose të atin ose infermierin por shërben për të shtuar mbështetjen e lindjes me trajnimin dhe përvojën e saj.

Në përmbledhje, mbështetja e punës fuqizon gratë; kjo e vë gruan, dhe procesin e lindjes në plan të parë. Një përmbledhje e literaturës tregon qartë një përfitim në drejtim të lindjeve fiziologjike dhe operacioneve cezariene. Imobilizimi dhe izolimi i grave në punë ka tendencë për të rritur frikën, dhimbjen dhe çon në rritjen e përdorimit të trajtimit farmakologjik të dhimbjes.(18) Rutinat spitalore që e ndalojnë ose kufizojnë personat të

mbështetin në lindje duhet të braktiset, dhe çdo grua duhet të lejohet të jete me shokët mbështetës sipas zgjedhjes së saj. Sfida, siç vuri në dukje me vend Kennell 19, është që të "kthehet në teknologji obstetrik vetëm kur është e nevojshme, duke u mbështetur në praktikën e mbështetjes së vazhdueshme të lindjes për të ndihmuar procesin e lindjes të ndjekur, kursin e saj natyrore normale."(20)

KOMPONENTE EDUKATIV TE PROCESIT PRENATAL

Nuk ka ndoshta asnjë rol tjetër po aq të rëndësishme apo të dobishme si ajo e edukatorit të grave dhe familjeve të tyre. Nga vizita e parë para lindjes e tutje, arsimi është një komponent i çdo takimi. Sasia e informacionit në dispozicion për gratë mund të jetë e madhe, sidomos për nënat për herë të parë. Një rregull i mirë është që të lejohet gruaja të jetë udhërrëfyes për atë që është e interesuar për të mësuar. Inkurajimi i saj për të kryer një bllok shënimesh dhe të shënoj ndonjë pyetje apo shqetësime kështu që ajo mund të diskutojë ato në çdo vizitë.

Edukimi shëndetësor gjatë shtatzënisë është i rëndësishëm sepse arsimi çon në vetë-kujdes më të mirë dhe për shkak se gratë sot duhet të marrin vendime të informuara në lidhje edhe me shëndetin e tyre dhe shëndetin e fetusit. Edhe pse shumica e profesionistëve të kujdesit shëndetësor obstetrike besojmë në rëndësinë e pandarë të arsimit, pak studime kerkimore rigoroze janë kryer në këtë fushë. Ato që ekzistojnë përqëndrohen në mësimin e tretë tremujore. Një studim i pyeti gratë private-publike dhe kujdesit në vizitën e parë prenatale për të treguar nivelin e tyre të interesit në 38 tema. zhvillimit të fetusit, të ushqyerit, vitaminave, dhe shenjat e rrezikut kanë mbajtur interesin më të madh për të gjithë klientët. Klientët publik të kujdesit, kur të shkojnë në spital, dhe testet mjekësore në shtatzëni, si tema me interes. Klientët private të kujdesit ishin të interesuar në stërvitje, në udhëtime, dhe menyrën e të ushqyerit. Sfida ndaj ofruesit është shumëllojshmëria e madhe e

nevojave: gra të ndryshme duan nivele të ndryshme të informacionit në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen në kohë të ndryshme dhe në sasi të ndryshme të detajuar. Hulumtimet kanë treguar se më shumë grua te marre informacion, më pak të shqetësuar bëhen, sidomos kur testet jorutine janë të urdhëruar. Shumica e grave preferojnë një telefonatë apo një vizitë zyre për të shqyrtuar rezultatet e të gjitha testeve.

Kush duhet të ofrojë arsim të gjerë të dëshiruar nga gratë? Koncepti i një qasje të ekipit të kujdesit shëndetësor modern dhe edukimit ka qenë i suksesshëm. Si njohuritë mjekësore dhe shëndetësore rriten në fushëveprimin dhe kompleksitetin, ai bëhet i pamundur për çdo një ofrues të përmbushur të gjitha nevojat e gruas shtatzënë. Një ekip i përbërë nga mjekë, infermiere-mami, praktikuesit infermiere, infermierë, punonjës socialë, psikologë, edukatorë lindjes, këshilltarët gjenetike, dhe terapistët fizike duhet të jenë mbledhur dhe të përdoret si ekip. Çdo zyrë ose klinikë duhet të vendosë se kush do të jetë përgjegjës për mësimdhënie rutinë që kërkohet në çdo tremujor të shtatzënisë. Kjo ndryshon në varësi të madhësisë së zyrës, vëllimi i pacientëve, preferencat e ofruesit, dhe sfond arsimor të stafit të zyrës.

KËSHILLIMI PRENATAL

Në mënyrë ideale, përgatitje për lindjen e fëmijës fillon para shtatzënisë gjatë një vizite paragykim. Organogenesis ndodh 17-56 ditë pas fekondimit, e cila i paraprin fillimin tradicionale të kujdesit para lindjes. këshillim paragykim është një mundësi e shkëlqyer për të siguruar kujdes primar me një fokus në këshillim.(21) paragykim duhet të jetë praktikë standarde çdo herë një ofrues të kujdesit shëndetësor sheh një grua te moshës riprodhuese. Çdo provim vjetor gjinekologjik ose vizitoni episodik është një mundësi për të vlerësuar nevojat e mësimdhënies dhe vlerësimin e rreziqeve. Komponentët e vizitës paragykim janë të listuara në Tabelën 3 dhe të përfshijë një

histori të detajuar mjekësor, një ekzaminim fizik dhe teste laboratorike. Këshilla për të nxitur sjellje të shëndetshme përfshin të ushqyerit dhe plotësim acid folik, seks të sigurtë, dhe shmangien e pirjes së duhanit, alkoolit, drogës ilegale dhe teratogens. Nevoja për hyrjen e hershme në kujdesin e paralindjes duket stresuese.

Tabela 3. Përbërësit e këshillim paragykimit

- Mjekësi / vlerësimi i rrezikut obstetrikal
- Shqyrtimi gjenetike / këshillimi
- Vaksinimi / status imunizimi
- Kuptimi fertilitetit / cikli menstrual
- Metoda e kontrollit të lindjes
- Ushtrimet
- Acidi folik / vitamina / ushqyerja
- Sëmundjet seksualisht të transmetueshme
- Cigaret / alkooli / abuzimi me drogen
- Ekspozimi ndaj faktoreve të jashtme
- Gatishmëria emocionale

Tremujori i parë

Është e rëndësishme të kujtojmë se vetëm 40% e të gjitha shtatzënieve janë planifikuar. Edhe kur një shtatzëni është planifikuar, shumë gra përfetojnë një ndjenjë normale të ngarkesës emocionale. Këto ndjenja, së bashku me sikletet e përbashkëta të tremujorit të parë, e bëjnë shumicën e grave të pranojnë të marri mësim dhe të lexojnë në shtëpi. Vizita e parë duhet të jetë e planifikuar të zgjasë 45 minuta deri në 1 orë për të akomoduar histori-marrjen, teste laboratorike, mësimin, dhe pyetjet. Informacioni mund të jepet në formë të shkruar, në një prezantim kasetë, ose direkt nga infermieret ose mjeku. Ajo që është mësuar se kur dhe nga kush ndryshon në varësi të përcaktimit. infermieret-mami të certifikuara ose infermiere është një profesionist ideal për të kryer vizitën e parë prenatale, sepse kjo është një vizitë me kohë intensive që është e fokusuar

kryesisht në mësimdhënie. Elementet thelbësore të arsimit të vizitës së parë janë për tu përgjigjur pyetjeve të gruas, duke theksuar rëndësinë e shmangies së faktoreve të jashtëm, dhe duke siguruar një kuptim të mevonshëm për emergjencën.

Tabela 4 jep një shembull të një liste të përdorur për të udhëhequr mësimin gjatë shtatzënisë. Klientë të rinj, sidomos primipare, do të duhet të shikonin planin tipike të vizitave të zyrës. Orari klasik vizita e rekomanduar nga Kolegji Amerikan dhe gjinekologëve për gratë me shtatzëni të pakomplikuara, është një vizitë çdo katër javë për 28 javët e para të shtatzënisë, çdo dy javë deri në 36 javë, dhe pastaj javore deri në fund. Mesatarisht një grua amerikane që ndjek këtë rekomandim është parë 13 herë nga ofruesi i saj i kujdesit shëndetësor. Gratë

me shtatzëni të ndërlikuara kërkojnë mbikqyrje më të afërt dhe janë parë në intervale të përcaktuara nga natyra dhe shkalla e problemit. Megjithatë, një numër autorësh kanë gjetur se reduktimin e numrit të vizitave nuk ka kompromis në rezultatin perinatal ose kënaqësinë e pacientit. Duke theksuar rëndësinë e vizitave të paralindjes, por duke lejuar fleksibilitet për nevojat e pacientit, sidomos në popullatën me rrezik të ulët, është i ndryshëm. Gratë shpesh kanë pyetje apo shqetësime që lindin në mes të vizitave të planifikuara. Ata duhet të largohen nga vizita e parë me lejen për të telefonuar për shqetësime dhe udhëzime të ndryshme. Ajo është gjithashtu e dobishme për të përfunduar vizitën e parë me referenca për disa literatura të shtatzënisë dhe lindjes.

Tabela 4. Lista e kontrollit Prenatal të mësimdhënies

Tremujorin e parë

- Zgjedhja e mjekut
- Frekuenca e vizitave
- Masa e toxoplasmose
- Shtimi I të ushqyerit / peshës / vitamina
- Kafeina / alkooli / duhani / abuzimi me substancat
- Puna / Ushtrimi / seksi / udhëtimi
- Testet gjenetike
- Shqetësime të zakonshme të shtatzënisë dhe masat ndihmëse
- Përdorimi i medikamenteve
- Numrat e telefonit të urgjencës / për të thirrur
- Lista e sugjeruar leximi apo bibliografi

Tremujorin e dytë

- Testimi rutinë
- Shqetësime të zakonshme të shtatzënisë dhe masat ndihmëse
- Shenjat paralajmëruese të lindjes së parakoeshme
- Rh Faktori (nëse aplikohen)

Tremujorin e tretë

- Ndryshimet në lëvizje të fetusit
- Shenjat dhe simptomat e lindjes
- Planë të lindjes / dhurimin e gjakut teknikë perineal masazh
- Opsionet e menaxhimit
- Ushqyerja e fëmijës
- Zgjedhja e një pediatre

- Kujdesi baze I te porsalindurit
- Berja synet
- Përgatitja e vëllait motres
- CPR fëmijës / sigurinë e fëmijës / vendi ne makinë
- Planifikimi familjar Postpartum

Pas vizitës së parë, shtatezania në tremujorin e parë përqendrohet në testimin dhe sjelljet shëndetësore. Opsionet gjenetike testimin dhe / ose rekomandim për një këshilltar gjenetik pas vizitës së parë do të varet nga mosha e gruas gjatë lindjes, historia familjare, historisë së kaluar obstetrike dhe preferencat personale. Përdorimi i recetës medikamentoze duhet të diskutohet në detaje me të gjithë pacientët. Sindromi fetal ,alkooli është shkaku kryesor i prapambetjes mendore e parandalueshme në Shtetet e Bashkuara sot. Për shkak se niveli minimal i sigurt i alkoolit gjatë shtatzënisë është i panjohur, udhëzimet e tanishme rekomandojnë që gratë të heqin dorë nga alkooli gjatë shtatzënisë dhe laktacionit. Pirja e duhanit është e lidhur me humbjen e pare te tremujorit te shtatzënisë, anomalitë placentare dhe lindja e bebit nën-peshë të ulët. Perdotimi i droges, sidomos kokainës, kanë qenë të lidhura me rezultate të shumta negative. Edhe pse shumë gra janë të vetëdijshëm për rreziqet e abuzimit me substancat, është e rëndësishme që gratë të këshillohen .

Tremujori I dytë

Shumë nga sikletet e tremujorit të parë pakësohen , tremujori I dytë bëhet një kohë ideale për shtatezanin. Për shkak se gratë ndjehen më mirë dhe janë më fizikisht aktiv në tremujorin e dytë, pyetjet në lidhje me stërvitjen, dietën dhe shtimin në peshë janë të zakonshme. Gratë kanë nevojë për informacion mbi klasat e lindjes, përgatitjes dhe duhet të inkurajohen për të regjistruar dhe për të filluar mësimin nga 20 deri 36 jave te shtatzënisë. Shenjat paralajmëruese te lindjes se parakohshme duhet të

shpjegohen për të gjitha gratë në tremujorin e dytë. Një studim zbuloi se pothuajse gjysma e grave të anketuara nuk e di se sa javë përbënin një shtatzëni të gjatë, dhe një e treta nuk e dini se foshnjat e lindura para kohe mund të ketë probleme të rëndësishme shëndetësore, duke parasysh shpenzimet e mëdha shoqërore të lindjes së parakohshme dhe lindjes, ky aspekt i edukimit para lindjes nuk duhet të neglizhohet.

Tremujori I trete

Per shkak të afrimit të datës së lindjes, gratë kanë pyetje dhe shqetësime në lidhje me lindjen, ofrimit të ndihmes , dhe periudhën pas lindjes. Të gjithë grave duhet tu jepet me shkrim dhe me udhëzime gojore që përfshijnë shenjat dhe simptomat e lindjes, kur është koha për të njoftuar ofruesin, dhe ku të shkoni për kontroll. Përzgjedhja e një pediatëre dhe përgatitje për një qëndrim 24- ose 48-orësh pas një vizite vaginale duhet të diskutohet. Shumë çiftet do të shkruanin një plan të lindjes për të përshkruar preferencat e tyre për lindje dhe ofrimit të stafit. Është e domosdoshme që ofruesi te diskutoje planin e lindjes në një vizitë para lindjes. Nëse ka ndonjë çështje të diskutueshme, një dialog mund të zhvillohet në mes çiftit dhe ofruesit. Kjo parandalon konfliktin në lindje, duke rezultuar në një përvojë të sigurt dhe të kënaqshme te lindjes për të dy familjen dhe ofrues.

Periudha Postpartum është ndoshta aspekti më i lënë pas dore e kujdesit moderne të lindjes. Kjo kohë kritike për nënat dhe foshnjat ka qenë më e ndjeshme në kujdesin shëndetësor. Në Shtetet e Bashkuara, lindja e hershme është bërë një politikë universale për gratë me rrezik të ulët, dhe hulumtimi ka treguar se ajo

mund të jetë i sigurt për disa gra. Megjithatë, ofruesit dhe studiuesit bien dakord se shqyrtimi për përshtatjen normale dhe anormale pas lindjes mund të pengohet nga programet e hershme të lindjes. Ripranimet e fëmijëve pas lindjes para 48 orë janë rritur; sëmundshmëria me e madhe është hyperbilirubinemia. Në Holandë, gratë vizitohen çdo ditë nga një profesionist të kujdesit shëndetësor për pesë ditë; në Mbretërinë e Bashkuar, gratë vizitohen për 10 ditë pas lindjes. Një vizitë zyre dy javë, para se të behet vizita tradicionale 6 jave pas lindjes mund të jetë e përshtatshme për ato gra në rrezik mjekësore ose psiko-social.

Edhe pse ndryshimet fizike dhe emocionale të shtatzënisë ndodhin gradualisht, ndryshimet që ndodhin postpartum janë të papritur dhe mund të jetë një burim i disekuilibrit në shumë gra (shih tabelën 1). Katër detyrat apo nevojat e periudhës pas lindjes janë përshkruar. E para është nevoja për restaurimin fizik të nënës. Së dyti, gratë duhet të bëhen të aftë në përkujdesjen për foshnjën. Vendosija e një marrëdhënie me të porsalindurit është i treti. Së fundi, stili i jetes dhe ndryshimet në marrëdhënie duhet të ndodhë që të lehtësojnë përfshirjen në lehtësimin familjarë këtyre detyrave kërkon kujdes fizik dhe edukim. Lodhje dhe shqetesimet fizike mund të komplikojnë procesin e mësimdhënies postpartum. Komponentët arsimore përfshijnë ndryshimet fiziologjike të nënës, kujdesin dhe të ushqyerit e të porsalindurit, zgjedhje kontrceptive, si dhe kur është e nevojshme për të thirrur ofruesin e kujdesit shëndetësor. Rifillimi i marrëdhënieve seksuale dhe ushtrimi janë shpesh tema që neglizhohen. Në vend të mbështetjes në listat kontrolluese fikse të mësimdhënies dhe klasave, është e rëndësishme që të pyeten gratë se çfarë informacioni ato kanë nevojë dhe dëshirë.

Shumë nëna kanë përshkruar ndjenjat e forta të dehjes dhe krenaris pas lindjes shoqëruar me një mungesë fillestare të dashurisë të vërtetë për fëmijën. Lehtësimi i lidhjes për të porsalindurin mbetet qëllimi kryesor i kujdesit pas lindjes.

Lidhja i referohet procesit menjëherë pas lindjes në të cilën nëna i jep foshnjës së saj. Kërkimi dhe teoria e lidhjes është e lidhur shpesh me punën e Klaus dhe Kennell në 1960s. Aktivitetet që lehtësojnë lidhjen përfshijnë kontaktin lëkurë-në-lëkurë, gjiri, respekt reciprok vizuale dhe prekëse. Deshmitë trgeojnë se politikat kufizuese janë të padëshirueshme dhe mund të cojnë në ndryshimin e sjelljes së nënës duke e bërë atë negative.

Lidhja me foshnjën është percaktuar si një marrëdhënie reciproke që është ndikuar nga variablat psikologjike të tilla si kohën dhe ritmin e vonësve. Koha nuk është e lidhur me efektet afatgjata mbi fëmijën, por fëmijët që vuajnë nga një mungesë e vazhdueshme e nënës janë në rrezik për dështim të lulëzojnë, të krijojnë zhvillimin emocional dhe njohës, dhe abuzimit. Çrregullime të marrëdhënies nënë-mitur janë raportuar në rreth 10% të të gjitha lindjeve dhe variojnë nga lidhja e vonuar ndaj fëmijëve. Në gratë primipare, rreth 40% kanë përvojë shpërndarje të butë dhe ndjenjat negative që të rritet gradualisht në forcë gjatë periudhës pas lindjes. Në çrregullime të rënda, nëna mund të shprehin indiferencë në foshnjës së saj dhe duke e lënë pas dore dhe / ose dështojnë për të bashkëvepruar me të. Çrregullime paraprake psikiatrike, faktorët kulturorë dhe sociale, e një nëne e një gruaje të papërshtatshme, e lindjes së vështirë, dhe prania e një anomalie kongjenitale mund të kontribuojnë në lidhjen e vonuar. Vonësia të lehta në lidhjen me foshnjën zakonisht zgjidhen në javët e para pas lindjes; disa gra mund të përfitojnë nga grupet mbështetëse ose këshilluese. Armiqësisë apo mendimet obsesionale ndaj fëmijës kërkojnë referimin e menjëhershme për psikoterapi, farmakologji të jetë e mundur, dhe, herë pas here, shtrimin në spital të përbashkët të nënës dhe infantit.

Depresioni gjatë lindjes ose pas lindjes është një kusht kalimtar që ndodhin gjatë 10 ditëve të para pas lindjes. Incidenca shkon nga 50-70%. Në mënyrë tipike, duke qarë, dhe paqëndrueshmëri emocionale janë përshkruar 3-4 ditë Postpartum dhe kulmin në ditën e katër

ose pesë. Lodhje, nervozizëm, një ndjenjë të realitetit ose depresionit, mungesa e dashurisë për të porsalindurin, dhe armiqësia ndaj babait janë raportuar gjithashtu.. Shumë gra multipare ankohen se kane përjetuar dëshpërim me secilën shtatzëni. Trajtimi është i bazuar në siguri dhe mbështetje. Gratë duhet të vlerësohen nëse simptomat përkeqësohen apo vazhdojnë më shumë se dy javë. Kontrollin e të gjitha rave postpartum me një mjet të vlefshme, të tilla si Edinburgh lehonisë, testi I depresionit, është rekomanduar Screening, dhe diskutimi i vazhdueshëm i rregullimit normale dhe anormale, të lejojë për ndërhyrje dhe strategji për të mbështetur kalimin e një gruaje në këtë fazë.(23)

Depresioni zakonisht paraqet 3-6 muaj pas lindjes. Incidenca e depresionit pas lindjes është 10-15%. Mund të ketë vazhduar, ose grua mund të raportojë një periudhë simptomatik pak para fillimit të dëshpërimit, ndryshueshmëri emocionale, ndjenja e fajit dhe të paaftësisë, anoreksi, dhe çrregullime të gjumit. Gratë mund të shqetësohen shumë dhe e përshkruajnë veten si nëna të këqija. Një histori personale apo të familjes e depresionit, mungesa e përkrahjes familjare apo sociale, dhe ndodhja e ngjarjeve të shumta të jetës të mëdha rreth kohës së lindjes predispozojnë gratë për depresionin pas lindjes. Trajtimi përfshin psikoterapi dhe ilaçet kundër depresionit. Depresioni zakonisht zgjat disa muaj, dhe gratë me këtë diagnozë kanë më shumë gjasa të përjetojnë episode depresioni në të ardhmen.(24)

6. PJESA STUDIMORE

Qëllimi i studimit

Qëllimi i studimit është vlerësimi i shkallës së ankthit në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen te gratë shtatzëne për të theksuar rolin edukimit shëndetësor dhe mbështetjen emocionale të infermierëve dhe mamive në parandalimin e depresionit postpartum.

Objektivi i studimit

Objektiviti i studimit është identifikimi i faktorëve që ndikojnë në rritjen e shkallës

së ankthit te gratë shtatzëne në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen me fokus dhimbjen e preceptuar prej tyre për procesin e lindjes.

Objektivat specifike

- Te vlerësoj karakteristikat sociodemografike të grave në studim.
- Moshën e shtatzënanise në javë të grave në studim,
- Numrin e lindjeve dhe të shtatzënanive të grave në studim.
- Të vlerësoj a ka lidhje midis karakteristikave socio-demografike të grave në studim dhe 10 pyetjeve vlerësuese të ankthit të pyetësorit.

6.2. METODOLOGJIA:

Në studim u përfshinë 85 Gratë shtatzëne që ndjekin shtatzëninë e tyre në studio gjinekologjike "Artemisia", Vlore të cilat nëmenyre të rastësishme plotësuan një pyetësor në ambjentin e studios.

6.3. LLOJI I STUDIMIT

Studimi është i tipit kros seksional, cilesor dhe sasior. Te dhenat e studimit u mbledhën në periudhën 20 / 06 / 2015 deri 20 / 09 / 2016 .

6.4. PERZGJEDHJA E KAMPIONIT

Gratë shtatzëne u përzgjedhën në mënyrë të rastësishme në studion gjinekologjike para ekos Obstetrikale, në momente pause gjate ekos morfologjike dhe mbas konfirmimit të shtatzënis.

∂ Kriteret e përfshirjes

- ∞ -Gratë shtatzëne pavaresisht nga mosha e shtatzënanise në javë

∂ Kriteret e përjashtimit:

- ∞ -Gratë jo- shtatzëne

6.5. INSTRUMENTI I MBLEDHJES SE TË DHËNAVE

Instrumenti i mbledhjes se të dhënave ishte pyetësori i vlerësimit të shkallës së ankthit në lidhje me shtatzëninë , rishikim(Pregnancy-Related

Anxiety Questionnaire-Revised (PRAQ-R)

(Pyetësi (instrumenti i përdorur) është formuluar, i bazuar gati plotësisht mbi literaturën bashkëkohore në vlerësimin e ankthit në lidhje me shtatzanis dhe lindjen (Pregnancy-Related

Anxiety Questionnaire-Revised (PRAQ-R)

.Vlerësime të tilla të ngjajshme kryhen në mënyre sistematike dhe për objektiva të caktuara si në nivel kombëtar dhe me gjerë për të vlerësuar shkallën e ankthit në shtatzani dhe lindje. Nëprmet pyetësorit mund të merren të dhëna lidhur me ankthin që kanë grata gjatë momentit të lindjes, apo për linjat gjatë shtatzanis. Ajo që vjen në theksohet është se nga pyetësi merren të dhëna se sa % e nënave mendojnë që femija e tyre mund të ketë ndonjë anomali apo mund të jetë shëndetligje.

Pyetësi përmbante komponentët e mëposhtëm :

- Të dhënat socio - demografike : gjinia, niveli arsimor, vendbanimi, shtatzania, numri i lindjeve.
- 10 pyetje, me përgjigje të mbyllura

Përkufizimi i ndryshorëve (variableve) të përfshirë në studim

a) Ndryshorët (variablet) e pavarur

Karakteristikat socio – demografike :

- Gjinia: sipas raportimit të subjekteve.
- Numri i lindjeve : Variabël i vazhduar i trajtuar si variabël kategorik.

b) Variablat e varura :

Janë 10 variabla (ndryshorë) , të cilat gjatë analizës statistikore u trajtuan si ndryshorë kategorik (nominal ose ordinal)

6.6. ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Analiza statistikore përfshiu llogaritjen e frekuencave, përqindjeve, frekuencave kumulative si dhe intervaleve të besimit 95% , të sipërme dhe të poshtme.

Gjithashtu u llogariten mesataret dhe deviacioni standart. Vlerë e $p < 0,05$ u konsideruan sinjifikative për të gjitha variablat e marra në studim. Përpunimi statistikor u bë me programin statistikor Epi InfoTM 7 softëare, version 7.1.3.10.

6.7. KONSIDERATA ETIKE

Për të realizuar qëllimin e këtij studimi u sigurua leja etike e drejtuesit të studios ku u mbledhën si dhe konsenti i informuar me gojë për pjesëmarrje në studim i çdo gruaje shtatzane që u bë pjesë e studimit (Aneksi 1).

6.8. KUFIZIMET E STUDIMIT

Studimi kishte si qëllimin vlerësimin e ankthit në lidhje me shtatzaninë dhe lindjen të grata shtatzane.

Mostra e vogël e studimit si dhe natyra transversale e tij bëjnë që studimi të ketë disa kufizime.

Veteraportimi bënte që përgjigjet e grave mos të jenë plotësisht reale.

Duhet të marrë në konsideratë dhe ndikimi që mund të ketë fakti që grata pjesëmarrëse ndjekin shtatzaninë e tyre në studion gjinekologjike ku u bë plotësimi i pyetësorit dhe mund të jenë lehtësisht të identifikueshme.

Megjithatë , pavarësisht nga kufizimet e tij studimi mund të japë të dhëna shumë të rëndësishme në lidhje me ankthin e grave shtatzane për shtatzaninë dhe lindjen si dhe faktoret shoqërore.

7. REZULTATET

Në studim u përfshinë në total 85 grua shtatzane. Moshë mesatare e subjekteve në studim ishte 28.8 vjeç, $SD \pm 4.88$. Karakteristika të moshës janë paraqitur në Tabelën 1.

KARAKTERISTIKA SOCIO-DEMOGRAFIKE TE GRAVE TE PERFSHIRA NE STUDIM

Tabela 1. Karakteristika te moshes se subjekteve ne studim

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
MOSHA	85	2448	28.8	23.8524	4.8839	20	25	28	32	45	25

Në tabelën e mësipërme paraqiten të dhënat për moshën e kampionit. Mund të themi që mosha mesatare e kampionit është 28.8. Ndërsa mosha më e madhe e kampionit është (max=45) dhe mosha më e vogël e kampionit është (min=20). Devijimi standart është 4.9 nëdrsa varianca është 23.8.

Tabela 2. Niveli arsimor i grave pjesemarrese ne studim (n=85)

Niveli Arsimor	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
9 vjecar	7	8.24%	8.24%	3.38%	16.23%
I larte	52	61.18%	69.41%	49.99%	71.56%
I mesem	26	30.59%	100.00%	21.05%	41.53%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë studim nga 85 që janë pjesëmarrëset 7 prej tyre janë me arsim 9 vjeçarë(8,24%), 52 janë me arsim të lartë(

61.18%) dhe 26 janë me arsim të mesëm (30.59%). Pra shumica e kampionit është arsimim të lartë.

Tabela 3. Statusi i punesimit i grave pjesemarrese ne studim (n=85)

Statusi i punesimit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Ne pune	46	54.12%	54.12%	42.96%	64.98%
Pa pune	27	31.76%	85.88%	22.08%	42.76%
Shtepiake	12	14.12%	100.00%	7.51%	23.36%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në tabelën e mësipërme paraqiten të dhënat për statusin e punësimit të pjesëmarrëseve në studim. Në këtë studim nga 85 që janë pjesëmarrëset 46 prej tyre

janë në punë(54,12%), 27 janë pa punë(31.76%) dhe 12 janë shtpiake(14.12%). Pra shumica e kampionit është në punë.

Tabela 4. Shpërndarja e grave pjesëmarrëse në studim (n=85), sipas vendbanimit

Vendbanimi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Fshat	17	20.00%	20.00%	12.10%	30.08%
Qytet	68	80.00%	100.00%	69.92%	87.90%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në tabelën e mësipërme paraqiten të dhënat për vendbnimin e pjesëmarrëseve. Tabela tregon se 17 (20%) e

pjesëmarrëseve jeton në fshat ndërsa shumica e pjesëmarrëseve 68 (80%) prej tyre jetonin në qytet.

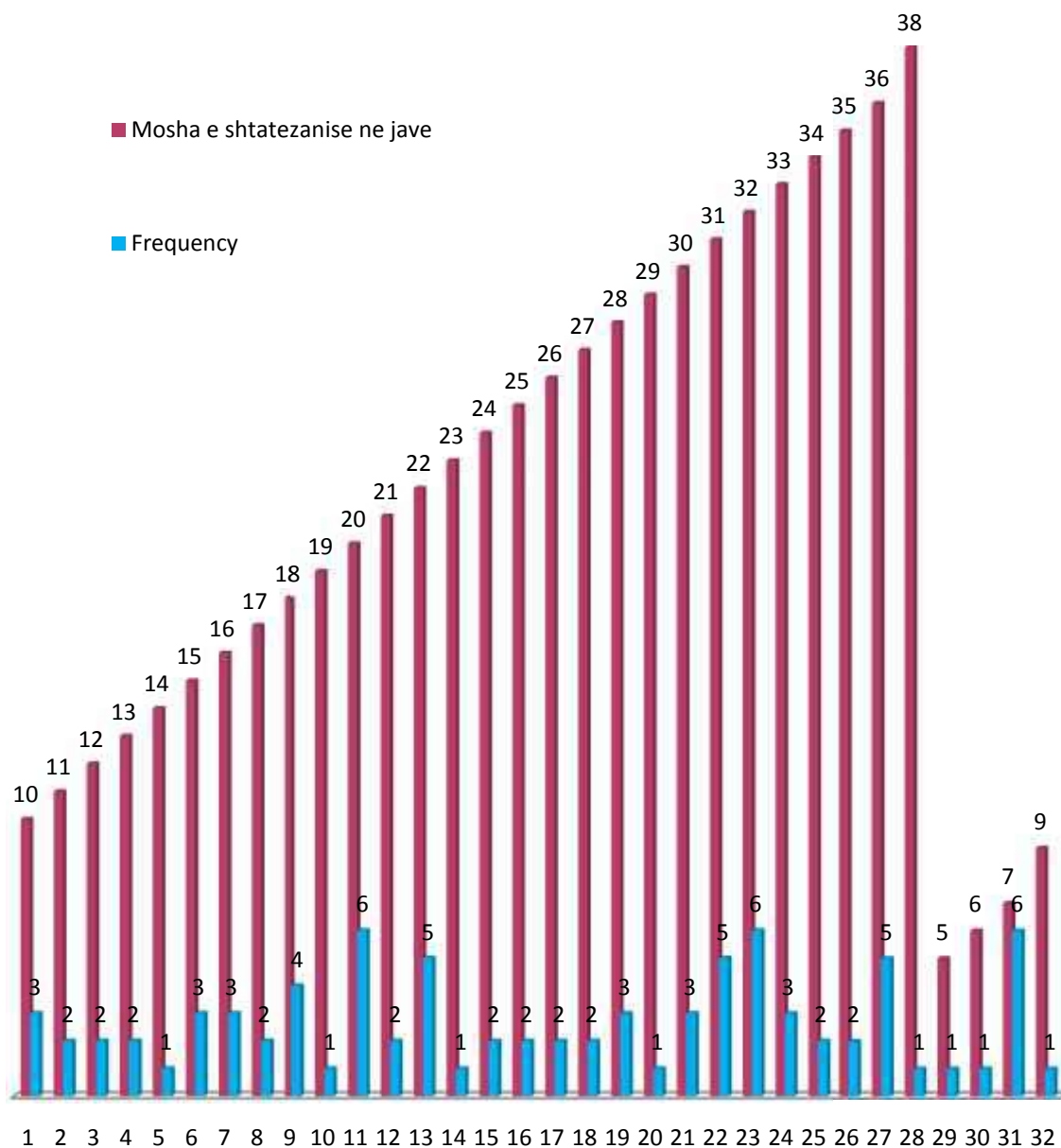
Tabela 5. Numri i shtatezanive të grave pjesëmarrëse në studim (n=85)

Shtatezania	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
>4	5	5.88%	5.88%	1.94%	13.20%
1	37	43.53%	49.41%	32.80%	54.72%
2	30	35.29%	84.71%	25.23%	46.41%
3	13	15.29%	100.00%	8.40%	24.73%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në tabelën e mësipërme paraqiten të dhënat descriptive për numrin e shtatëzanive të grave pjesëmarrëse në studim. Nga të dhënat e tabelës tregohet se 5.88% e pjesëmarrëseve kanë patur

katër ose më shumë shtatëzani , 43.53% e pjesëmarrëseve e kanë shtatëzanin e parë ndërsa 35.29% e kanë shtatëzaninë e dytë dhe 15.29% e pjesëmarrëseve e kanë shtatëzninë e tretë.

Grafiku 1. Shpërndarja e grave (n=85) sipas moshës së shtatzënisë në javë



Grafiku i mësipërm jep informacione për frekuencën e grave shtatzëne sipas javës së shtatzënisë. Nga grafiku duket që pjesa më e madhe e pjesëmarrëseve janë në javën e 7, 21 dhe 31 specifikisht nga gjashtë pjesëmarrëse janë në këto javë të shtatzënisë.

**PYETJE VLERESUESE (10 pyetje) TE PYETESORIT (PRAQ-R), PER TE
VLERESUAR SHKALLEN E ANKTHIT TE GRAVE SHTATEZANE , PJESE E
STUDIMIT NE LIDHJE ME SHTATEZANINE DHE LINDJEN**

Tabela 6. Pyetja 1

1.Kam frike se femija mund te kete hendikap mendor	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithmone	11	12.94%	12.94%	6.64%	21.98%
Kurre	29	34.12%	47.06%	24.18%	45.20%
Ndonjehere	18	21.18%	68.24%	13.06%	31.39%
Rralle	22	25.88%	94.12%	16.99%	36.52%
Shpesh	5	5.88%	100.00%	1.94%	13.20%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e parë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit kam frikë se fëmija mund të ketë hendikap mendor 12.94 % e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 34.12% i janë përgjigjur me kurrë , 21.18% i janë përgjigjur me

ndonjëherë, 25.88% i janë përgjigjur me rrallë dhe 5.88% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat më shumë nga pjesëmarrëset nuk kanë frikë se fëmija mund të ketë hendikap mendor.

STUDIMI I LIDHJES SE ANKTHIT ME KARAKTERISTIKAT SOCIODEMOGRAFIKE

Tabela 7. Lidhja midis Nivelit Arsimit * dhe Pyetjes 1 të PRAQ-R

Niveli Arsimit	Gjithmonë	Kurrë	Ndonjëherë	Rrallë	Shpesht	TOTAL
9 vjeçar	0	3	1	3	0	7
I lartë	11	15	10	16	0	52
I mesëm	0	11	7	3	5	26
TOTAL	11	29	18	22	5	85

Chi-square	df	Probabilit y
23.3996	8	0.0029

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 1 paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \leq 0.05$; $p=0.0029$. Grate me nivel me te larte arsimor paraqesin

shkalle me te larte ankthi krahasuar me grate qe kane nivel arsimor 9-vjecar ose te mesem.

Tabela 8. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 1 te PRAQ-R

Statusi i punesimit	Gjithmone	Kurre	Ndonjehere	Rralle	Shpesh	TOTAL
Ne pune	10	11	9	15	1	46
Pa pune	1	12	8	3	3	27
Shtepiake	0	6	1	4	1	12
TOTAL	11	29	18	22	5	85

Chi-square	df	Probability
16.9125	8	0.031

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 1 paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \leq 0.05$; $p=0.031$. Grate ne gjendje pune paraqesin shkalle me te larte ankthi krahasuar me grate pa pune ose shtepiake.

Te gjitha karakteristikat e tjera socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 1 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$.

Tabela 9. Pyetja 2

2.Kam frike se si do lindi femija	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithmone	15	17.65%	17.65%	10.23%	27.43%
Kurre	10	11.76%	29.41%	5.79%	20.57%
Ndonjehere	30	35.29%	64.71%	25.23%	46.41%
Rralle	19	22.35%	87.06%	14.03%	32.69%

Shpesh	11	12.94%	100.00%	6.64%	21.98%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e dytë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit kam frikë se si do lindi fëmija 17.65 % e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 11.76% i janë përgjigjur me kurrë , 35.29% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 22.35% i janë përgjigjur me rrallë dhe 12.94% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat më shumë nga pjesëmarrëset ndonjëherë kanë frikë se si do i lindi fëmija.

NiveliArsimor	Gjithmone	Kurre	Ndonjehere	Rralle	Shpesh	TOTAL
9 vjecar	1	3	1	2	0	7
I larte	14	1	19	14	4	52
I mesem	0	6	10	3	7	26
TOTAL	15	10	30	19	11	85

Chi-square	df	Probability
28.9097	8	0.0003

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 2 paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \leq 0.05$; $p=0.0003$. Grate me nivel me te larte arsimor paraqesin

shkalle me te larte ankthi krahasuar me grate qe kane nivel arsimor 9-vjecar ose te mesëm

Tabela 11. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 2 te PRAQ-R

P2Kam frike se si do lindi femija	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithmone	14	1	0	15
Kurre	2	6	2	10
Ndonjehere	16	11	3	30
Rralle	12	3	4	19
Shpesh	2	6	3	11
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
23.0824	8	0.0033

*Vihet re se lidhja midis statusit të punesimit dhe Pyetjes 2 paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \leq 0.05$; $p=0.0033$. Grate ne gjendje pune paraqesin shkalle me te larte ankthi krahasuar me grate pa pune ose shtepiake.

Te gjitha karakteristikat e tjera socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 2 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 12. **Pyetja 3**

Statusi i punesimit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Ne pune	46	54.12%	54.12%	42.96%	64.98%
Pa pune	27	31.76%	85.88%	22.08%	42.76%
Shtepiake	12	14.12%	100.00%	7.51%	23.36%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e tretë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit kam frikë që fëmija jonë mund të ketë probleme fizike 10.59 % e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 35.29% i janë përgjigjur me kurrë , 28.24% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 21.18% i janë përgjigjur me rrallë dhe 4.71% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat më shumë nga pjesëmarrëset nuk kanë frikë se fëmija mund të ketë probleme fizike.

Tabela 13. Lidhja midis Nivelit Arsimit * dhe Pyetjes 3 te PRAQ-R

P3Kamfrikeqefemijajonemundtekete problem fizik	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithemone	0	9	0	9
Kurre	3	17	10	30
Ndonjehere	2	13	9	24
Rralle	2	11	5	18
Shpesh	0	2	2	4
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
7.6976	8	0.4636

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 3 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.4636$.

Tabela 14 Lidhja midis Statusit të punesimit * dhe Pyetjes 3 të PRAQ-R

P3Kamfrireqefemijajonemundtekete problem fizik	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithemone	8	1	0	9
Kurre	14	10	6	30
Ndonjehere	11	9	4	24
Rralle	11	5	2	18
Shpesh	2	2	0	4
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
7.5835	8	0.4752

*Vihet re se lidhja midis statusit të punesimit dhe Pyetjes 3 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.4752$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 3 të pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 15. Pyetja 4

4.Jam e shqetesuar per dhimbjet qe do kem gjate lindjes	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithmone	28	32.94%	32.94%	23.13%	43.98%
Kurre	8	9.41%	42.35%	4.15%	17.71%
Ndonjehere	20	23.53%	65.88%	15.00%	33.97%
Rralle	7	8.24%	74.12%	3.38%	16.23%
Shpesh	22	25.88%	100.00%	16.99%	36.52%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e katërt të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit jam e shqetësuar për dhimbjet që do kem gjatë lindjes 32.94% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 9.41% i janë përgjigjur me kurrë, 23.53% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 8.24% i janë përgjigjur me rrallë dhe 25.88% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat më shumë nga pjesëmarrëset gjithmonë janë të shqetësuara për dhimbjet që do të kenë gjatë lindjes.

Tabela 16. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 4 te PRAQ-R

P4Jameshqetesuarperdhimbjetqedokemgjatelindjes	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithemone	2	15	11	28
Kurre	1	6	1	8
Ndonjehere	2	12	6	20
Rralle	0	5	2	7
Shpesh	2	14	6	22
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
3.1889	8	0.922

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 4 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.922$.

Tabela 17. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 4 te PRAQ-R

P4Jameshqetesuarperdhimbjetqedokemgjatelindjes	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithemone	18	8	2	28
Kurre	4	3	1	8
Ndonjehere	9	6	5	20
Rralle	4	2	1	7
Shpesh	11	8	3	22
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
3.9704	8	0.8598

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 4 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasip ≥ 0.05 ; $p=0.8598$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 4 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 18. Pyetja 5

5.Jam e shqetesuar qe nuk do te rifitoj linjen pas lindjes	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper

Gjithmone	13	15.29%	15.29%	8.40%	24.73%
Kurre	23	27.06%	42.35%	17.99%	37.79%
Ndonjehere	20	23.53%	65.88%	15.00%	33.97%
Rralle	17	20.00%	85.88%	12.10%	30.08%
Shpesh	12	14.12%	100.00%	7.51%	23.36%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e pestë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit jam e shqetësuar që nuk do të rifitoj linjat pas lindjes 15.29% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 27.06 % i janë përgjigjur me kurrë , 23.53% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 20.00% i janë përgjigjur me rrallë dhe 14.12% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat shumica e pjesëmarrëseve rrallë janë të shqetësuar që nuk do të rifitojnë linjat pas lindjes.

Tabela 19. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 5 te PRAQ-R

P5Jameshqetesuarqenukdoterifitojlinjenpaslindjes	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithmone	2	8	3	13
Kurre	4	14	5	23
Ndonjehere	0	13	7	20
Rralle	0	8	9	17
Shpesh	1	9	2	12
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
11.6656	8	0.1668

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 5 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasip ≥ 0.05 ; $p=0.1668$.

Tabela 20. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 5 te PRAQ-R

N5Jameshqetesuarqenukdoterifitojlinjenpaslindjes	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithmone	7	5	1	13
Kurre	11	10	2	23
Ndonjehere	13	3	4	20
Rralle	8	5	4	17

Shpesh	7	4	1	12
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
6.4879	8	0.5927

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 5 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.5927$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 5 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 21. Pyetja 6

6.Shpesh mendoj qe femija yne mund te jete shendetlig	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithemone	12	14.12%	14.12%	7.51%	23.36%
Kurre	21	24.71%	38.82%	15.99%	35.25%
Ndonjehere	19	22.35%	61.18%	14.03%	32.69%
Rralle	27	31.76%	92.94%	22.08%	42.76%
Shpesh	6	7.06%	100.00%	2.63%	14.73%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e gjashtë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit shpesh mendoj që femija ynë mund të jetë shëndetlig , 14.12% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 24.71 % i janë përgjigjur me kurrë , 22.35% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 31.76% i janë përgjigjur me rrallë dhe 7.06% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat shumica e pjesëmarrëseve rrallë mendojnë se femija i tyre mund të jetë shëndetligë.

Tabela 22. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 6 te PRAQ-R

P6Shpeshmendojqefemijaynemundtejeteshendetlig	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithemone	0	10	2	12
Kurre	2	13	6	21
Ndonjehere	0	8	11	19
Rralle	4	17	6	27
Shpesh	1	4	1	6
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
13.0884	8	0.1088

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 6 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.1088$.

Tabela 23. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 6 te PRAQ-R

P6Shpeshmendojqefemijaynemundtejeteshendetlig	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithemone	9	2	1	12
Kurre	10	8	3	21
Ndonjehere	8	7	4	19
Rralle	16	7	4	27
Shpesh	3	3	0	6
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
5.7747	8	0.6724

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 6 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.5927$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 6 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 24. Pyetja 7

7.Me shqeteson pamja ime jo shume terheqese tani qe jam shtatezan	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithmone	7	8.24%	8.24%	3.38%	16.23%
Kurre	31	36.47%	44.71%	26.29%	47.62%
Ndonjehere	19	22.35%	67.06%	14.03%	32.69%
Rralle	22	25.88%	92.94%	16.99%	36.52%
Shpesh	6	7.06%	100.00%	2.63%	14.73%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e shtatë të

pyetësorit. Pohimit të pyetësorit më shqetëson pamja ime jo shumë tërheqëse

tani që shtatëzan , 8.24% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 36.47% i janë përgjigjur me kurrë , 22.35% i janë përgjigjur me ndonjëherë, 25.88% i janë përgjigjur me

rrallë dhe 7.06% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat shumica e pjesëmarrëseve kurrë nuk shqetësohen për pamjen e tyre jo shumë tërheqëse tani që janë shtatëzan.

Tabela 25. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 7 te PRAQ-R

P7Meshqetesonpamjaimejoshumeterheqesetaniqej amshtatezan	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithmone	0	7	0	7
Kurre	4	20	7	31
Ndonjehere	0	11	8	19
Rralle	2	11	9	22
Shpesh	1	3	2	6
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probabili ty
10.2811	8	0.2459

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 7 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.2459$.

Tabela 26. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 7 te PRAQ-R

N7Meshqetesonpamjaimejoshumeterheqesetaniqej amshtatezan	Ne pune	Pa pune	Shtepia ke	TOTAL
Gjithmone	7	0	0	7
Kurre	16	8	7	31
Ndonjehere	11	7	1	19
Rralle	8	11	3	22
Shpesh	4	1	1	6
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
13.3702	8	0.0997

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 7 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.0997$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 7 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 27. Pyetja 8

8.Kam ankth per lindjen sepse perfaqeson nje pervoje qe se kam perjetuar me para	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Gjithmone	19	22.35%	22.35%	14.03%	32.69%
Kurre	31	36.47%	58.82%	26.29%	47.62%
Ndonjehere	8	9.41%	68.24%	4.15%	17.71%
Rralle	14	16.47%	84.71%	9.31%	26.09%
Shpesh	13	15.29%	100.00%	8.40%	24.73%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e tetë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit kam ankth për lindjen sepse përfaqëson nje pervoje qe se kam perjetuar me pare.

22.35% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 36.47 % i janë përgjigjur me kurrë , 9.41% i janë përgjigjur me ndonjëherë, 16.47% i janë përgjigjur me rrallë dhe 15.29% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh.

Tabela 28. Lidhja midis Nivelit Arsimit * dhe Pyetjes 8 te PRAQ-R

P8Kamankthperlindjensepseperfaqeson nje pervoj qe se kam perjetuar me para.	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithmone	0	12	7	19
Kurre	5	16	10	31
Ndonjehere	0	5	3	8
Rralle	2	9	3	14
Shpesh	0	10	3	13
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
8.3089	8	0.4039

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 8 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.4039$.

Tabela 29. Lidhja midis Statusit të punesimit * dhe Pyetjes 8 të PRAQ-R

P8Kam ankth për lindjen sepse përfaqeson një përvor që se kam përjetuar më parë	Ne punë	Pa punë	Shtepiake	TOTAL
Gjithmonë	11	6	2	19
Kurrë	14	11	6	31
Ndonjëherë	4	3	1	8
Rrallë	7	6	1	14
Shpesh	10	1	2	13
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
6.2477	8	0.6195

*Vihet re se lidhja midis statusit të punesimit dhe Pyetjes 8 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.6195$. Të gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 8 të pyetësorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 30. Pyetja 9

9.Jam e shqetësuar për faktin se mund të bërtas gjatë lindjes	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Gjithmonë	22	25.88%	25.88%	16.99%	36.52%
Kurrë	19	22.35%	48.24%	14.03%	32.69%
Ndonjëherë	14	16.47%	64.71%	9.31%	26.09%
Rrallë	18	21.18%	85.88%	13.06%	31.39%
Shpesh	12	14.12%	100.00%	7.51%	23.36%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e nëntë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit jam e shqetësuar për faktin që mund të bërtas gjatë lindjes 25.88% e pjesëmarrësve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 22.35 % i janë përgjigjur me kurrë , 16.47% i janë

përgjigjur me ndonjëherë, 21.18% i janë përgjigjur me rrallë dhe 14.12% e pjesëmarrësve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat shumë nga pjesëmarrësit gjithmonë janë të shqetësuar që mund të bërtasin gjatë lindjes.

Tabela 31. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 9 te PRAQ-R

P9Jameshqetesuarperfaktinsemundtebertasgjatelindjes	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Gjithmone	0	12	10	22
Kurre	1	14	4	19
Ndonjehere	2	7	5	14
Rralle	1	14	3	18
Shpesh	3	5	4	12
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
12.8223	8	0.1181

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 9 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.1181$.

Tabela 32. Lidhja midis Statusit te punesimit * dhe Pyetjes 9 te PRAQ-R

P9Jameshqetesuarperfaktinsemundtebertasgjateli ndjes	Ne pune	Pa pune	Shtepiake	TOTAL
Gjithmone	15	5	2	22
Kurre	8	7	4	19
Ndonjehere	7	5	2	14
Rralle	9	9	0	18
Shpesh	7	1	4	12
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probability
12.9185	8	0.1147

*Vihet re se lidhja midis statusit te punesimit dhe Pyetjes 9 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.1147$. Te gjitha karakteristikat e tjera

socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 9 te pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

Tabela 33. Pyetja 10

10.Jam e shqetesuar per shtimin e madh ne peshe gjate shtatezanise	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Loëer	95% CI Upper
Gjithmone	13	15.29%	15.29%	8.40%	24.73%
Kurre	24	28.24%	43.53%	19.00%	39.04%
Ndonjehere	20	23.53%	67.06%	15.00%	33.97%
Rralle	15	17.65%	84.71%	10.23%	27.43%
Shpesh	13	15.29%	100.00%	8.40%	24.73%
TOTAL	85	100.00%	100.00%		

Në këtë tabelë paraqiten të dhënat deskriptive për pyetjen e dhjetë të pyetësorit. Pohimit të pyetësorit jam e shqetësuar për shtimin e madhë në peshë gjatë shtatëzanisë 15.29% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 28.24% i janë përgjigjur me kurrë, 23.53% i janë përgjigjur me

ndonjëherë, 17.65% i janë përgjigjur me rrallë dhe 15.29% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh. Pra siç duket edhe nga të dhënat shumica e pjesëmarrëseve kurrë nuk janë të shqetësuar për shtimin e madhë në peshë gjatë lindjes.

Tabela 34. Lidhja midis Nivelit Arsimor * dhe Pyetjes 10 te PRAQ-R

P10Jam e shqetesuar pershtimin e madh ne peshe gjate shtatezanise	9 vjecar	I larte	I mases	TOTAL
Gjithmone	0	8	5	13
Kurre	5	13	6	24
Ndonjehere	1	11	8	20
Rralle	0	10	5	15
Shpesh	1	10	2	13
TOTAL	7	52	26	85

Chi-square	df	Probability
10.2156	8	0.2502

*Vihet re se lidhja midis nivelit arsimor dhe Pyetjes 7 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.2459$.

Tabela 35. Lidhja midis Statusit të punesimit * dhe Pyetjes 10 të PRAQ-R

P10Jameshqetesuarpershtiminemadhnepeshegjat eshtatezanise	Ne pun e	Pa pune	Shtepia ke	TOT AL
Gjithmone	9	2	2	13
Kurre	9	11	4	24
Ndonjehere	11	7	2	20
Rralle	8	3	4	15
Shpesh	9	4	0	13
TOTAL	46	27	12	85

Chi-square	df	Probabil ity
9.5176	8	0.3005

*Vihet re se lidhja midis statusit të punesimit dhe Pyetjes 6 nuk paraqitet statistikisht sinjifikante, pasi $p \geq 0.05$; $p=0.3005$. Te gjitha karakteristikat e tjera socio-demografike nuk paraqesin lidhje statistikisht sinjifikante me pyetjen 10 të pyetesorit, pasi $p \geq 0.05$

DISKUTIMI

Mostra e studimit përbëhej nga 85 gra (N=85), të cilët ndiqnin shtatzaninë e tyre tek studio Gjinekologjike "Artemisia" Vlorë. Mosha mesatare e kampionit është 28.8 vjeç, intervali moshor 20-45, Tabela 1.

Referuar Tabeles 2 veme re se 7 gra janë me arsim 9 vjeçarë (8,24%), 52 janë me arsim të lartë (61.18%) dhe 26 janë me arsim të mesëm (30.59%). Grate me nivel më të lartë arsimor paraqesin shkallë më të lartë ankthi krahasuar me grate që kanë nivel arsimor 9-vjecar ose të mesëm. Kjo është evidentuar edhe në studime të tjera ku pjesë me e madhe e mostres ishin gra me arsim të lartë që ndiqnin shtatzaninë e tyre në qendra shëndetësore. [25]

Në Tabelen 3 dhe 4 është paraqitur shpërndarja e grave në studimi përkatesisht sipas statusit të punesimit dhe vendbanimit. 54.12% e grave janë në punë dhe 80banojnë në qytet. Referuar Tabeles 5, përqindja me e madhe e grave 43.53% referojnë se kanë patur vetëm 1 shtatzani.

Grafiku 1 paraqet se mosha me e shpeshte e shtatzanise në javë ishte 7, 21 dhe 31.

Në Tabelen 6 janë paraqitur rezultatet e pyetjes 1 të pyetesorit „Kam frike se femija mund të ketë hendikap mendor” dhe vetëm 12 % e grave janë përgjigjur po. Sipas disa studimeve ka rezultuar që shumica e grave 56% janë përgjigjur që nuk kanë frikë se femija mund të ketë hendikap mendor.

Në tabelen 7 dhe 8 është paraqitur lidhja midis nivelit arsimor, statusit dhe Pyetjes 1 ku grate me nivel më të lartë arsimor paraqesin shkallë më të lartë ankthi krahasuar me grate që kanë nivel arsimor 9-vjecar ose të mesëm dhe grate në gjendje pune paraqesin shkallë më të lartë ankthi krahasuar me grate pa punë ose shtepiake. Duke krahasuar studimin me një studim në Tunizi (1970) ku shumica e grave ishte me arsim të mesëm dhe papunë ishin pikërisht këto gra që paraqesin shkallë më të lartë ankthi (26).

Në tabelën 9 janë paraqitur rezultatet e pyetjes 2 të pyetesorit “Kam frike se do të lindë femija dhe 12.94% e

pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me shpesh.

Në tabelën 12 në lidhje me pyetjen se e mendojnë ndonjëherë gratë se femija i tyre do të lindë me probleme fizike ,pjesa më e madhe e tyre janë shprehur se nuk e mendojnë kurrë, krahasuar me një studim

në Itali ku ishin pyetur rreth 270 gra dhe pjesa më e madhe e mendonin rrallë.(27)
Në tabelën 13 dhe 14 paraqitet lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes 3 ku nga studimi pjesa më e madhe e grave të cilat janë me arsim të lartë dhe në punë janë shprehur se nuk e mendojnë kurrë nëse fëmija i tyre do të lindë me probleme fizike. Sipas shumë studimeve të kryera në Itali pjesa më e madhe e grave që e mendonin shpesh se fëmija do të lindte me probleme fizike ishin me arsim të mesëm dhe të punesuara, vetëm 10% ishin me arsim të lartë.(28)

Në tabelën 15 në lidhje me pyetje janë të shqetësuara grat për dhimbjet që do të kenë gjatë lindjes pjesa më e madhe 32.94% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, krahasuar me një studim ku ishin intervistuar rreth 900 gra dhe pjesa më e madhe e tyre e mendonin rrallë.(29)
Në tabelën 16 dhe 17 paraqitet lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes 4 të pyetësorit ,ku nga studimi rezultoj pjesa më e madhe e grave të cilat janë me arsim të lartë dhe në punë janë shprehur se kanë frikë frikë gjithmonë nga dhimbjet që do të kenë gjatë lindjes. Sipas këtij studimi në Amerikë gratë shtatzëna që ishin më të reja , me nivel më të ulët arsimor, nuk janë të kënaqura me mbështetjen e burrave të tyre, dhe me një përvojë të mëparshme të abortit raportuan nivel më të lartë të frikës nga lindja(30)

Në tabelën 18 në lidhje me pyetjen “jam e shqetësuar që nuk do të rifitoj linjën pas lindjes, pjesa më e madhe e grave janë shprehur se nuk e shqetësohen kurrë 27.06 % i janë përgjigjur me kurrë, krahasuar me një studim ku janë intervistuar rreth 100 gra, pjesa më e madhe e tyre 35% shqetësoheshin për rritimin e linjave pas lindjes.

Në tabelën 19 dhe 20 paraqitet lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes 5 ku nga studimi pjesa më e madhe e grave të cilat janë me arsim të lartë janë shprehur se nuk e mendojnë kurrë që nuk do e rifitojnë peshën trupore pas lindjes dhe pjesa më e madhe që janë në punë e

mendojnë ndonjëherë. po edhe sipas studimit të lartë përmendur ky rezultat rezultoi.(31)

Në tabelën 21 në lidhje me pyetjen “keni frikë se fëmija mund të jetë shëndetlig “ pjesa më e madhe e tyre janë shprehur se e mendojnë rrallë, krahasuar me një studim ku ishin pyetur rreth 720 gra dhe pjesa më e madhe e tyre e mendonin ndonjëherë. Në tabelën 22 dhe 23 paraqitet lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes së 6 ,ku nga studimi pjesa më e madhe e grave të cilat janë me arsim të lartë dhe në punë e mendojnë rrallë që fëmija i tyre mund të jetë shëndetlig, por edhe sipas një studimit të kryer pjesa më e madhe e grave që ishin me arsim të lartë dhe në punë e mendonin rrallë që fëmija i tyre mund të ishte shëndetlig.(32)

Në tabelën 24 në lidhje me pyetjen e 7 të pyetësorit “Me shqetëson pamja ime jo shumë terheqese tani që jam shtatzënë” 36.47 % i janë përgjigjur me kurrë, krahasuar me një studim ku ishin intervistuar rreth 150 gra dhe pjesa më e madhe e tyre janë shprehur se i shqetëson pamja e jashtme. Në tabelën 25 dhe 26 paraqitet lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes së 7, ku pjesa më e madhe e grave të cilat janë me arsim të lartë dhe në punë janë shprehur se nuk i shqetëson kurrë pamja e jashtme gjatë shtatzënis. Edhe sipas disa studimeve pjesa më e madhe e grave ishin me arsim të lartë në punë dhe i shqetësointe pamja e jashtme.(33)

Në tabelën 27 janë paraqitur rezultatet e pyetjes 8 të pyetësorit “kam ankth për lindjen sepse përfaqëson një përvojë që se kam përjetuar më para“ dhe 22.35% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë dhe 36.47 % i janë përgjigjur me kurrë .Në tabelën 28 dhe 29 është paraqitur lidhja midis nivelit arsimor, statusit të punësimit dhe pyetjes 8 ku grat me nivel të lartë arsimi dhe në punë kurrë nuk kanë ankth për lindjen sepse nuk e kanë eksperiencë të pa përjetuar. Krahasuar me një studim në Amerikë ku shumica e grave me arsim të mesëm dhe në punë edhe pse e kishin përjetuar këtë përvojë kishin ankth në 30% të rasteve.(34)

Në tabelën 30 janë paraqitur rezultatet e pyetjes 9 të pyetësorit "Jam e shqetësuar për faktin se mund të bertas gjatë lindjes" dhe 25.88 % i janë përgjigjur me gjithëmonë dhe 22.35% i janë përgjigjur me kurrë, studime të ndryshme kanë nxjerr në përfundim se shumica ë gravë nuk janë të janë të shqetësuar që mund të bërtasin gjatë lindjes, shumica thotë që kanë lindjen e dytë dhe të tretë.

Në tabelën 33 janë paraqitur rezultatet e pyetjes 10 të pyetësorit "Jam e shqetësuar për shtimin e madh në peshe gjatë shtatzënisë" dhe 15.29% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë, 28.24 % i janë përgjigjur me kurrë. Në tabelën 34 dhe 35 është paraqitur lidhja midis nivelit arsimit, statusit të punësimit dhe pyetjes 10 ku grat me nivel të lartë arsimor nuk janë të shqetësuar kurrë për shtimin e madhë në peshë, kurse grat me nivel të mesëm ndonjëherë shqetësohen. Krahasuar me një studim në Amerikë si grat me nivel të lartë, të ulët dhe të mesëm rrallë shqetësohen për shtimin e madhë në peshë. (35)

9. KONKLUZIONE

Gjatë këtij studimi morrë pjesë 85 gra të cilat ndiqnin shtatzëninë e tyre pranë studios "Artemisa" Vlore.

Nga studimi imë unë konkludova që:

- Mosha mesatare e kampionit është 28.8 vjeç. Ndërsa mosha më e madhe e kampionit është (max=45) dhe mosha më e vogël e kampionit është (min=20).
- Grate me nivel më të lartë arsimor paraqesin shkallë më të lartë ankthi krahasuar me grate që kanë nivel arsimor 9-vjeçar ose të mesëm.
- 43.53% e grave referojnë se kanë patur vetëm 1 shtatzani.
- Pjesëmarrëset nuk kanë frikë se fëmija mund të ketë handicap mendor.
- Pohimit të pyetësorit kam frikë se si do lindi fëmija 35.29% shumica i janë përgjigjur me ndonjëherë.

- Pohimit të pyetësorit kam frikë që fëmija jonë mund të ketë probleme fizike 35.29% i janë përgjigjur me kurrë, 28.24% i janë përgjigjur me ndonjëherë.
- Jam e shqetësuar për dhimbjet që do kem gjatë lindjes 32.94% e pjesëmarrëseve i janë përgjigjur me gjithëmonë.
- Pohimit të pyetësorit jam e shqetësuar që nuk do të rifitoj linjat pas lindjes shumica e pjesëmarrëseve rrallë janë të shqetësuar 27.06 %.
- Shpesh mendoj që fëmija ynë mund të jetë shëndetlig 31.76% i janë përgjigjur me rrallë.
- Shumica e pjesëmarrëseve kurrë nuk shqetësohen për pamjen e tyre jo shumë tërheqëse tani që janë shtatzëna.
- Kam ankth për lindjen sepse përfaqëson një përvjeje që se kam përjetuar me parë shumica e pjesëmarrëseve janë përgjigjur me kurrë 36.47 %.
- Një nga pyetjet e pyetësorit është shqetësimi për faktin që mund të bertas gjatë lindjes, dhe ka studimi konkludon që shumica e pjesëmarrëseve gjithmonë janë të shqetësuar që mund të bërtasin gjatë lindjes.
- Jam e shqetësuar për shtimin e madhë në peshë gjatë shtatzënisë 28.24 % i janë përgjigjur me kurrë, 23.53% i janë përgjigjur me ndonjëherë.

10. REKOMANDIME

- Bazuar në rezultatet e studimit do të rekomandoja kryerjen e studimeve longitudinale me qëllim që rezultatet të jenë më të besueshme dhe të aplikueshme.
- Rekomandoj këshillimin para, gjatë shtatzënisë sidomos për sëmundjet

gjentike dhe përjetimin e shtatëzanisë si periudhë fiziologjike e jetës.

- Është shumë e rëndësishme për ndjekjen e shtatëzanisë vlerësimi i ankthit dhe deprisioni si faktorë parandalues të depresionit postpartum

11. REFERENCA

1. Maternal Emotional Wellbeing and Infant Development A Good Practice Guide for Midwives. ISBN 9781-8-70822-32-9 November 2012
2. Rëakarema M, Premji SS, Nyanza EC, Riziki P, Palacios-Derflinger L. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and health in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015 Sep 2;15:68.
3. Nagl M, Linde K, Stepan H, Kersting A. Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Nov 1;186:293-305.
4. Stoll K, Edmonds JK, Hall EA. Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Delivery Among Young American Women Before Childbirth: A Survey Study. *Birth*. 2015 Sep;42(3):270-6.
5. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie E. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*. 2015 Sep;31(9):865-70.
6. Stotland N: *Psychiatric Care*. At RT Barron, Lindheimer MD (eds) *Medical disorders during pregnancy*, p605 St. Louis, Mosby-Year Book, 1991).
7. Cohen RL: *Maladaptation to pregnancy*. *Semin Perinatol* 3:1, 1979.)
8. Elch, L, Miller, L, *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOEM.10415
9. Alehagen S, Eijma B, Lundberg U, Eijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005;26(3):153-65.
10. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28:111-118. [PubMed]
11. Chasnoff IJ, McGourty RF, Bailey GE, et al. The 4P's plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. *J Perinatol*. 2005;25:368-374. [PubMed]
12. Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN, Bassuk SS. Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *Amer J Psychiatry*. 1998;155:1561-1564. [PubMed]
13. Morgenstern J, Blanchard KA. Welfare reform and substance abuse treatment for welfare recipients. *Alcohol Res Health*. 2006;29:63-67. [PubMed]
14. Kline A, Bruzios C, Rodriguez G, Mammo A. Substance abuse needs assessment survey of recipients of Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Trenton, NJ: New Jersey Department of Health; 1998.
15. Bell B. An ounce of prevention: addressing birth defects related to folic acid, alcohol and tobacco: a high school curriculum. *J Extension*. 2001;39:6TOT4.
16. Missouri Department of Health and Senior Services. Focus... baby your baby. *Missouri Monthly Vital Stat*. 2002;36:1-6.
17. Visser S, Lesens C. Mental health in the United States: prevalence of diagnosis and medication treatment for attention deficit/hyperactivity disorder—United States 2003. *MMWR*. 2005;54:842-847. [PubMed]
18. Land G, Stockbauer JE. Smoking and pregnancy outcome: trends among black teenage mothers in Missouri. *Am J Public Health*. 1993;83:1121-1124. [PMC free article] [PubMed]
19. Goodwin RD, Keyes K, Simuro N. Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United

- States. *Obstet Gynecol.* 2007;109:875–883. [PubMed]
20. Flick LH. Cook CAL. Homan SM. McSweeney M. Campbell C. Parnell L. Persistent tobacco use in pregnancy and psychiatric disorder. *Am J Public Health.* 2006;96:1799–1806. [PMC free article] [PubMed]
21. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.
22. Gilman SE. Brelau J. Subramanian SV, et al. Social factors, psychopathology and maternal smoking during pregnancy. *Am J Public Health.* 2008;98:448–453. [PMC free article] [PubMed]
23. Kessler RC. Berglund P. Demler O. Jin R. Merikangas KR. Ealters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593–602. [PubMed]
24. Riolo SA. Nguyen TA. Greden JF. King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Amer J Public Health.* 2005;95:998–1008. [PMC free article] [PubMed]
25. Rich-Edwards JE. Kleinman K. Abrams A, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:221–227. [PMC free article] [PubMed]
26. Heurtin-Roberts S. Snoeden L. Miller L. Expressions of anxiety in African-Americans: ethnography and the epidemiological catchment area studies. *Cult Med Psychiat.* 1997;21:337–363. [PubMed]
27. Landrigan PJ. Trasande L. Thorpe LE, et al. The National Children's Study: A 21-year prospective study of 100,000 American children. *Pediatrics.* 2006;118:2173–2186. [PubMed]
28. Sæart MS. Sæanson JE. Hannon MJ. Detection of illicit substance use among persons with schizophrenia by radioimmunoassay of hair. *Psychiatric Serv.* 2003;54:891–895. [PubMed]
29. Bixo M. Sundstrom-Poromaa I. Bjorn I. Astrom M. Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:396–402. [PubMed]
30. Cook CAL. Flick LH. Homan SM, et al. PTSD in pregnancy: prevalence, risk and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004;103:710–717. [PubMed]
31. Clinton EJ. Presidential Executive Order 13045: Protection of Children from Environmental Health Risks and Safety Risks, 21 April, 1997: http://yosemite.epa.gov/oehp/ochpoe.b.nsf/content/ehattee_executiv.htm.
32. EPA. US Environmental Protection Agency Office of Chemical Safety and Pollution Prevention. *Aldicarb: Revised Acute Probabilistic Aggregate Dietary (Food and Drinking Water) Exposure and Risk Assessment Incorporating Revised FQPA Factor*. Washington, DC, 4 August, 2010.
33. Landrigan P.J., Trasande L., Thorpe L.E., Geynn C., Liroy P.J., and D'Alton M.E., et al. The National Children's Study: a 21-year prospective study of 100,000 American children. *Pediatrics* 2006; **118**: 2173–2186. | Article | PubMed | ISI
34. Spivey A. Children's health centers: past, present, and future. *Environ Health Perspect* 2007; **115**: A192–A194. | Article | PubMed | ISI
35. Eilborne-Davis P., Kirkland K.H., and Mulloy K.B. A model for physician education and consultation in pediatric environmental health—the Pediatric Environmental Health Specialty Units (PEHSU) program. *Pediatr Clin North Am* 2007; **54**: 1–13, vii. | Article | PubMed | ISI

PYETESORI

Pyetesor _____

Pyetjet e mëposhtme shërbejnë për të vlerësuar shkallën e ankthit në lidhje me shtatzëninë dhe lindjen. Pyetësi është anonim. Të dhënat e mbledhura do të shërbejnë për hartimin e një studimi për temë diplome Master Shkencor në Infermieri. Faleminderit për bashkëpunimin dhe pjesëmarrjen.

I .TE DHENA SOCIO-DEMOGRAFIKE;

Mosha _____

Niveli arsimor: ☐ 9 vjeçar ☐ I mesëm ☐ I lartë

Statusi i punësimit: ☐ Në punë ☐ Pa punë ☐ Shtëpiakë

Vendbanimi: ☐ Qytet ☐ Fshat

Shtatzënia : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ > 4

Mosha e shtatzënisë në javë: _____

Numri i lindjeve:: 1 2 3 4 > 4

II. 10 pyetjet e Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire-Revised (PRAQ-R)

1. Kam frikë se fëmija mund të ketë një handicap mendor ose mund të ketë demtime cerebrale.

☐ Asnjëherë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh ☐ Gjithëmonë

2. Kam frikë se si do lindi fëmija.

☐ Asnjëherë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh ☐ Gjithëmonë

3. Kam frikën që fëmija jone mund të ketë ndonjë problem fizik ose kam shqetësimin që fëmija mund të ketë ndonjë problem në aspektin e pamjes.

☐ Kurrë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh ☐ Gjithëmonë

4. Jam e shqetësuar për dhimbjet që do të kem gjatë kontraksioneve ose lindjes.

☐ Kurrë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh ☐ Gjithëmonë

5. Jam e shqetësuar që nuk do të rifitoj linjën pas lindjes.

☐ Asnjëherë ☐ Rrallë ☐ Ndonjëherë ☐ Shpesh ☐ Gjithëmonë

6. Shpesh mendoj që fëmija ynë mund të jetë shëndetlig ose të semuret shpesh.

☐ Kurre ☐ rralle ☐ ndonjehere ☐ shpesh ☐ gjithemone

7.Me shqeteson pamja ime jo shume terheqese tani qe jam shtatezane

☐ Kurre ☐ rralle ☐ ndonjehere ☐ shpesh ☐ gjithemone

8. Kam ankth per lindjen sepse perfaqeson nje pervojë qe se kam perjetuar me pare.

☐ Kurre ☐ rralle ☐ ndonjehere ☐ shpesh ☐ gjithemone

9. Jam e shqetësuar për faktin se s`mund të kontrolloj veten gjatë lindjes dhe mund të bertas.

☐ Kurre ☐ rralle ☐ ndonjehere ☐ shpesh ☐ gjithemone

10. Jam shume e shqetësuar për shtimin e madh në peshe gjatë shtatezanisë.

☐ Kurre ☐ rralle ☐ ndonjehere ☐ shpesh ☐ gjithemone

VLERËSIMI I STRESIT PARA PROVIMIT TE STUDENTËT

Denisa Marra

marradenisa@gmail.com

Abstract

Introduction

Stress is a feeling that is very common in everyday life and its factors are numerous. Stress before student examinations is a stress that is experienced in various forms and ways, directly affecting mental health in students. Pre-examination stress affects students in their performance in lessons and exams by causing confusion and loneliness to students for achieving results, causing stress discomfort and feeling desperate to them for the exam

Purpose of the study

The purpose of the study is to assess the tendency for stress before the exam

Method

In this study, 170 students attended the exam. The involved students were Bachelor students and concerned the Public Health Fund, which were randomly selected. The study was transversal type, conducted during April 2017. The data collection instrument was the questionnaire for assessing the degree of

stress related to the literature-based examination. Values of $p < 0.05$ were accepted as statistically significant.

Results:

The average age of students was 20.15, the 18-20 year old. The most common age was 19 years. Most of the students were women. No statistical link was found between the study year, the study program and the stress assessment questions. The same was noted for the lesson in the lessons and the level of stress, $p > 0.05$. There was a strong statistical correlation between gender stress assessment questions, $p < 0.05$.

Conclusion

The results of the study emphasize the importance of managing stress before exams and facilitating its symptoms. The stress trend for students before the exam is high and that female gender is more likely to be.

Keywords: Student, stress, exams, variables, assessment, management, gender

Hyrje

Koncepti i stresit është i vështirë për t'u përkufizuar, por sipas studimeve, stresi është një ndjenjë mërzie, tensioni, frike, dhe shqetësimi për të ardhmen. Ai ka një lidhje të ngushtë me frikën dhe në thelb ka frikën e papërcaktuar. Stresi dhe frika janë të lidhura ngushtë me njëra-tjetrën dhe ende nuk është aq i qartë dallimi që ekziston midis tyre. Psikologu Sigmund

Frojd ishte ai që, për herë të parë, u përpjekti të gjente dallimin midis tyre. Sipas tij, stresi lidhet me një gjendje psikologjike që nuk shoqërohet me vëmendje të veçantë ndaj objektit frikësues, ndërsa tek frika, vëmendja është tërësisht e përqendruar tek ky objekt. [21]

Stresi është një ndjenjë e vështirë për t'u përshkruar me fjalë, është i vështirë të

kuptohet edhe nga vetë individi e aq më pak kuptohet nga personat e tjerë, e për këtë mund të emërtohet vrasës i heshtur, sepse personi e ka të vështirë të tregojë gjendjen që përjeton në realitet. Ai ndjen një ngarkesë e shqetësim brenda vetes e nuk gjen fjalë të përshtatshme për të përshkruar këtë gjendje. Për këtë arsye, është mire dhe e nevojshme, që personi që përjeton stres të konsultohet me një psikolog, psikiatër e me persona që janë kompetentë. Mirëpo, edhe pse stresi nuk është një çrregullim që duket shumë nga jashtë, është po ai që e vështirëson punën, pengon për të parë anët pozitive të gjërave, dhe që e kufizon veprimin e personit.[21]

Stresi është një rrëmbyes i vëmendjes, ai mund të na shpërqendrojë nga gjërat që ne vlerësojmë më tepër dhe është një kufizues i jetës sonë. Është i mundimshëm dhe e bën individin të ndjehet i dërmuar. Stresi përcaktohet si një tmerr pa emër, pa formë dhe misterioz. Mund të jetë shprehje domethënëse e konflikteve të personalitetit.[23]

Stresi, është një term i përgjithshëm për disa çrregullime që shkaktojnë nervozizëm, frikë dhe kapërcim, është definuar si një ndjenjë emocionale e frikës ose e shqetësimit të shkaktuar nga kapja ose pritje e rezultateve negative. [24] Kjo ndjenjë është identifikuar si një nga barrierat më të rëndësishme në mjediset akademike, që ka shkaktuar efekte të ndryshme njohëse, afektive dhe sjelljeje në studentë dhe ka ndikuar në performancën e tyre arsimore. [25]

Deri më sot, janë studiuar disa forma të stresit në mjedisin e arsimit. Stresi mund të interpretohet si frika dhe / ose kapja e kërkimit të burimeve të informacionit gjatë provimeve. Megjithatë, pavarësisht nga prania e stresit gjatë provimit dhe fakti që stresi akademik ka penguar arritjen akademike të studenteve, para studimit aktual, asnjë hulumtim nuk ka ekzaminuar empirikisht prevalencën dhe korrelatet e konstruktit të stresit para provimit. [2][3][24][26][27][25][28]

Klasifikimi i stresit

1. Stresi i mbijetesës

Stresi i mbijetesës përbëhet nga lloji i reagimit të "luftës ose fluturimit". Kjo është një përgjigje e natyrshme nga të gjithë kafshët për çdo lloj rreziku. Kjo është e zakonshme midis kafsheve dhe njerëzve. Vetëm ndjenja e humorit dallon mes tyre. Por në kohë të rrezikshme, trupi do të reagojë natyrshëm me një shpërthim energjie për të mbijetuar në situata të rrezikshme (lufta) ose ikja nga ajo (fluturimi).

2. Stresi i brendshëm

Stresi i brendshëm është një nga llojet më të rëndësishme të stresit për të kuptuar dhe menaxhuar. Stresi i brendshëm është kur njerëzit e bëjnë veten të ndihen të stresuar. Kjo shpesh ndodh kur ata shqetësohen për gjërat që ata nuk ishin në gjendje të kontrollojnë situatën. Disa njerëz bëhen të varur nga lloji i mënyrës se perjetimit të situatave duke qenë nën stress dhe e shprehin duke nxituar, u tensjonuar dhe duke ndryshuar stilin e jetes. Ata ndiejnë stres për gjërat që nuk janë në të vërtetë stresuese.

3. Stresi mjedisor

Stresi mjedisor është një përgjigje ndaj gjërave përreth së cilës shkaktohet stres, të tilla si zhurma, akumulimi dhe presioni nga puna ose familja. Identifikimi dhe shmangia e këtyre mjedisëve do të ndihmonte në reduktimin e stresit.

4. Stresi i cili krijohet mbi një kohë të gjatë nga lodhja dhe puna jashtë orarit.

Mund të shkaktohet duke punuar shumë ose vështiresia e madhe në punë, në shkollë ose në shtëpi. Mund të jetë gjithashtu e shkaktuar nga mosinformimi i menaxhimit të mirë të kohës ose si të merrni kohë për pushim dhe relaksim.

Stresi mund të klasifikohet në tri lloje të tjera bazuar në kohën e përgjigjes. Ata janë:

1- Stres akut

Stresi akut është lloji më i zakonshëm i stresit. Është një reagim i menjëhershëm ndaj një sfide, ngjarjeje apo kërkese të re, dhe ajo shkakton

përgjigje luftimi ose fluturimi. Stresi i rëndë akut mund të çojë në probleme të shëndetit mendor, të tilla si çrregullime postraumatike të stresit ose çrregullime të stresit akut.

2- Stres episodik akut

Stresi episodik akut kur kemi episode te shpeshta te stresit kemi te bejme me stress akut episodik. Njerëzit të cilët shpesh janë nervoze, gjak nxehte dhe të shqetësuar vuajnë nga ky lloj i stresit.

3- Stres kronik

Stresi kronik eshte stressi akute i cili nuk ka zgjidhje dhe fillon të rritet gradualisht dhe zgjat për periudha të gjata kohore. Ky stres është i vazhdueshëm dhe çon në sëmundjet e zemrës, kancer, sëmundjet e mushkërive, aksidente, cirroza e mëlçisë dhe madje edhe shkaktari kryesor i vetëvrasje.

Tipet e stresit

Ka disa tipa të çrregullimit të stresit, ku bëjnë pjesë çrregullimi i panikut, çrregullimi obsesiv-kompulsiv, çrregullimi i stresit post-traumatik, çrregullimi i stresit social, fobitë specifike dhe çrregullimi i gjeneralizuar i stresit.

➤ Çrregullimi i panikut.

Njerëzit me këtë gjendje kanë ndjeshmëri të terrorizimit që shfaqet papritmas dhe përsëritet pa paralajmërim.

Simptomat tjerë të sulmit të panikut janë:

- djersitja,
- dhimbja në gjoks,
- palpitacionet (rrahjet e çrregullta të zemrës),
- ndjenja e mbytjes që mund ta bëjë personin të mendojë se po përjeton sulm në zemër ose se po çmendet.

➤ Çrregullimi obsesiv-kompulsiv.

Këta persona janë të rrënuar nga mendimet e vazhdueshme dhe frikët që i shtynë të bëjnë rituale dhe rutina të vazhdueshme. Mendimet

shqetësuese quhen obsesione (fiksime), ndërsa ritualet quhen kompulsione (detyrime). Një shembull është një person me frikë të pakuptueshme nga mikroorganizmat që vazhdimisht i lan duart.

➤ Çrregullimi i stresit post-traumatik.

Është një gjendje që mund të zhvillohet si pasojë e ndonjë ndodhie traumatike ose të tmerrshme, siç është abuzimi seksual, vdekja e papritur e një personi të afërt ose një katastrofë natyrore. Njerëzit me çrregullim të stresit post-traumatik shumë shpesh kanë mendime të gjata të frikshme dhe kujtime nga ngjarja dhe janë të prirë të shtangen emocionalisht.

➤ Çrregullimi social i stresit.

I quajtur ndryshe edhe fobia sociale, përfshin shqetësimin e tepruar dhe brejtjen e ndërjegjes për situatat e përditshme sociale. Shqetësimi zakonisht përqendrohet te frika e gjykimit nga të tjerët ose sjellja në një mënyrë që mund të shkaktojë siklet ose mund të çojë në tallje.

➤ Fobitë specifike.

Është një frikë intensive nga një objekt specifik ose situatë, si gjarpinjtë, lartësitë ose fluturimet. Niveli i frikës është zakonisht i papërputhshëm me situatën dhe mund ta detyrojë personin që të shmangë situatat e zakonshme, të përditshme.

➤ Çrregullimi i gjeneralizuar i ankthit.

Paraqet brengosje dhe tension të tepruar dhe jo real, madje edhe nëse ka shumë pak ose asgjë për ta provokuar stresin. [11][15]

Shkaktarët dhe simptomat

Shkaktari i saktë i çrregullimeve të stresit është i panjohur, ndërsa shkencëtarët mendojnë se janë pasojë e ndryshimeve në tru dhe stresit të jashtëm.

Simptomat

Simptomat varen nga lloji i çrregullimit të stresit, megjithatë ekzistojnë disa simptoma të përgjithshme:

- Ndjenja e panikut, frikës dhe shqetësimit
- Mendime të pakontrolluara obsesive
- Mendime të përsëritura të ndonjë përjetimi traumatik
- Ëndrra të këqija
- Sjelljet ritualiste, p.sh. larja e përsëritur e duarve
- Probleme me fjetje
- Duar dhe/ose këmbë të ftohta dhe të djersitura
- Frymëzënie
- Palpitacione
- Pamundësi për të qëndruar i/qetë
- Tharje goje
- Mpirje apo ndjesi shpimi gjilpërash në duar apo këmbë
- Nauze (mundim në lukth, ndjenjë se dëshironi të villni)
- Tension muskolor
- Marramendje

Siptomat specifike të stresit

Shenjat më karakteristike të stresit, nga shumë studiues, janë ndarë në katër grupe, të cilat janë: *shenjat fizike, emocionale, konjitive (njohjes) dhe të sjelljes*.

Shenjat fizike

Duke pasur parasysh, që stresi nuk është vetëm psikologjik por shkaktohet e shoqërohet edhe me reagime fiziologjike, mund të themi se njihen si shenja fizike të stresit; djersitja veçanërisht e shputave të duarve, e ballit dhe e pjesës së poshtme të krahëve. Shtimi i ritmit të frymëmarrjes, shpejtimi i rrahjeve të pulsit ose ndjesia sikur zemra po del nga vendi, mosmbushje mirë me frymë, vështirësi për t'u gëlltitur ose ndjesi mbytjeje, dhimbje gjoksi, dhimbje dhe fryrje barku, marramendje, nevojë e shpeshtë për të shkuar në tualet, dhimbje koke, dobësi, dridhërima ose afshe të nxehta, tendosje të muskujve, vështirësi në fjetje, zbehje në fytyrë.

Shenjat emocionale

Siç u tha mësipërm, frika është ndjesia kryesore që shoqërohet me stresin. Kur ajo fillon, merr formën e një orteku bore.

Frikërat e zakonshme që shoqërohen me stresin janë: frika e humbjes së kontrollit, frika se mos çmendet, frika se mos vdes papritur, frika mos refuzohem nga të tjerët, frika nga e ardhmja etj. Emocionet e tjera që shoqërohen me stresin përfshijnë, ndjesinë e nervozizmit, irritimin, dhe individi shoqërohet me ndjesinë sikur është jashtë vetes. Ndjenjat janë shumë të vakta dhe të turbullta.

Shenjat konjitive

Shumë gabime të ndryshme të të menduarit zakonisht shoqërojnë stresin. Më të zakonshmet janë; të menduarit herë pas here rreth situatave të frikshme, fokusimi i tepërt në detaje të vogla duke mos parë tablonë e përgjithshme, vështirësi në përqendrim, dyshime në aftësi, prirje për të ekzagjeruar problemet etj.

Shenjat e sjelljes

Tek shenjat e sjelljes përfshihen; shmangia e situatave që në të kaluarën na kanë bërë të ndjehemi në stres, mpirje emocionale, refuzim për të provuar përvoja të reja, të qenit i paaftë për të kryer disa detyra normale të jetës së përditshme për shkak të frikës ose stresit, përdorimi i drogave ose alkoolit në përpjekje për të përballuar stresin.

Individët që vuajnë nga stresi, kërkojnë siguri të plotë dhe të vazhdueshme për çfarëdo gjëje që ndodhë. Studiuesit theksojnë, se kur individi përjeton stres, ai priret të shmangë punën me të tjerët për të ruajtur vetëvlerësimin, pasi prania e të tjerëve dëmton vetë imazhin. Veç kësaj, stresi është parë jo vetëm si një shqetësim, por edhe si një kërcënim i madh për shëndetin e njeriut. Pasi ai në vetvete është një reaksion përballë rrezikut dhe se përmes tij del në pah dëshira e individit për mbijetesë.

Stresi është rrjedhojë e eksperiencave të shkuara, gjithashtu mund të shfaqet prej situatave, por mund të jetë edhe si tipar i personalitetit. Gjithashtu, konsiderohet edhe si emocion me pasoja të qenësishme motivacionale.[27][28]

Diagnostikimi dhe trajtimi

Nëse janë të pranishme simptomat e stresit, mjeku bën pyetje rreth historisë mjekësore dhe bën ekzaminime fizike. Pasi bëhen analizat, nëse nuk zbulohet ndonjë sëmundje fizike, atëherë mjeku mund t'ju udhëzojë te psikiatri apo psikologu, të cilët janë të specializuar për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve mendore. Ata shfrytëzojnë një intervistë të planifikuar dhe mjete ndihmëse për të shqyrtuar një person me stres.

Trajtimi

Terapia imagjinale

Imagjinata është një term që përfshin fotografi të brendshme, fantazitë dhe idetë që rrotullohen brenda mendjes sonë. Ekzistojnë tri metoda të zakonshme të përdorimit të imagjinatës si teknika të terapisë shëruese për çrregullime neurologjike siç është depresioni dhe stresi.

Këto tri metoda janë:

- I) Terapia ekspresive e cila është një proces shërimi duke përdorur një imagjinatë përmes formave të ndryshme të shprehjeve krijuese. Shembujt janë muzika, arti, drama dhe shkrimi.
- II) Psikoterapia (këshillimi) - Udhëhequr emocionalisht nepermjet imazheve (GAI, gjithashtu i njohur si katathym imaginative psikoterapia) shpesh përfshin disa ose të gjitha shqisat, në mendjen e dëgjuesit. Në këtë metodë, imagjinata luan një rol të rëndësishëm së bashku me diskutimet me terapistin dhe pacientin. Kjo metodë është një metodë e hershme tradicionale e terapisë që përdoret gjerësisht.
- III) Hipnoza është një teknikë që përfshin krijimin e imazheve të dyshimta në mendjen tonë për t'u çlodhur. Në këtë metodë, praktikuesi ndryshon

aktivitetin e trurit përmes komunikimit me mendjen e pavetëdijshme duke përdorur vizion ose teknika të shëndosha. Kjo është një mjet i dobishëm duke arritur një relaksim të thellë.

- Realiteti virtual

Realiteti virtual është një kompjuter i simuluar mjedisor 3D që e bën objektin praktikisht praninë si në një botë reale. Ka tre lloje të sistemit VR sipas Burdea dhe Coiffet [8]:

- a) Immersive: pikëpamja reale e përdoruesit do të zëvendësohet me imazhe të gjeneruara nga kompjuteri dhe pamje të ketyre imazheve ndryshojnë në bazë të pozicionit dhe orientimit të kokës së përdoruesit.
- b) Jo-Immersive: përdoruesit janë në gjendje të shikojnë në menyre virtuale por ata ende janë të vetëdijshëm për botën reale (dmth. shikimi i mjedisit virtual në një monitor).
- c) Hybrid: lejon përdoruesit të shohin botën reale me imazhe virtuale të mbivendosura mbi këtë pikëpamje. Ky lloj gjithashtu njihet si realitet i shtuar (AR). Në mënyrë që të mundësojë përdoruesit të zhyten plotësisht në botën virtuale 3D, teknologji të ndryshme në drejtim të softwareve dhe hardwareve duhet të merren parasysh. Ekzistojnë tre faktorë të rëndësishëm që duhet të jenë të konsiderueshëm në zhvillimin e një aplikimi VR, dmth.: lloji e ekranit, audio dhe bashkëveprimi. Këta faktorë janë të lidhura drejtpërdrejt me qeniet njerëzore që kanë për bazë 5 shqisave të tilla si vizuale, degjimi, shija, era dhe prekje.[8]. Në përgjithësi, niveli i realizmit në botën virtuale do rritet nëse aplikimi i VR mbulon më shumë shqisa. Shfaqen zakonisht aplikacionet e realitetit virtual

duke përdorur monitorë, projektorë apo edhe duke montuar kokën në ekran (HMD). Prania e sistemit të audios rrethuese do të bëjë mjedisin virtual më realiste për përdoruesit. Përsa i përket ndërveprimit, komponentet e aplikimit VR, pajisjet e hyrjes siç janë tastiera, miu dhe dorezat janë përdorur shpesh.

Aktualisht, është bërë një hulumtim i vazhdueshëm duke zhvilluar një teknikë të ndryshme për trajtimin e stresit duke përdorur realitetin virtual. Kjo teknikë i lejon pacientit të zhytet në një botë 3D në vend që t'i detyrojë ata të aplikojnë aftësitë e tyre imagjinare. Kjo teknikë kombinon zhytjen e shikimit realist së bashku me séanca audio si pjesë përbërëse e terapisë së stresit. Është parashikuar që aftësia për të zhytur në një botë të dëshiruar duke parë dhe përjetuar me sytë e hapur, së bashku me audio duke u luajtur me muzikë në sfond dhe efektet zanore mund të përmirësohen rezultatet e trajtimit të stresit më mirë se një rrymë e teknikës së imagjinatës së pastër.

• *Terapia e zerit*

Në të kaluarën, tingulli është përdorur si shërim në praktikën nga shumë fise në lashtësi. Shërimi i zërit është një teknikë që përdor muzikë dhe tingull si mjet terapeutik. Një proces i thjeshtë, jo invaziv që mund të sjellë mendjen, trupin dhe frymën në harmoni dhe balancë. Kjo është realizuar me tonin duke kënduar, ose duke përdorur instrumente të ndryshme tingulli.[10]. Arti i lashtë i shërimit me ane të tingullit po ri-shfaqet në të gjithë globin. Sipas shoqatës së terapisë muzikore amerikane, muzika është përdorur në gamë të gjerë si terapi (në spitale, shtëpi dhe te moshuarve dhe objekte rehabilitimi, shkolla, burgje, praktika private) në SHBA, pasi muzika mund të ketë vlera terapeutike kur pacientët dëgjojnë muzikë, shkruajnë tekste ose improvizojnë muzikë. Terapia muzikore tejkalon moshën, dallimet kulturore apo preferencat muzikore. Terapia muzikore është përdorur për të lehtësuar ankthin, të

zvogëlojë dhimbjen në pacientët e kujdesit kirurgjik dhe koronar si dhe marrjen e pranimit në të tre llojet e rehabilitimit pasgoditjes (terapi fizike, terapi profesionale dhe terapia e fjalës). Kështu, është e qartë që llojet e audios kanë ndikim të ndryshëm në lehtësimin e stresit dhe identifikimi i llojit më të mirë të audios aplikuar për seancat e terapisë së stresit.

Në dy dekadat e fundit është bërë një përparim i madhe në trajtimin e njerëzve me sëmundje mendore, duke përfshirë edhe trajtimin e stresit. Edhe pse trajtimi i saktë varet nga lloji i çrregullimit, një apo kombinimi i terapisë të mëposhtme mund të shfrytëzohet për shumicën e çrregullimeve të stresit:

- **Medikamentet:** Barnat që përdoren për reduktimin e simptomave të stresit janë anti-depresivët dhe barnat ankth-reduktues.
- **Psikoterapia:** Një formë e këshillimit trajton reagimin emocional ndaj sëmundjeve mendore. Është një proces ku profesionistët e shëndetit mendor u ndihmojnë njerëzve duke i dërguar nëpër strategji për të kuptuar dhe për të tejkaluar problemin e tyre.
- **Terapia e sjelljes kognitive (njohëse):** Gjatë kësaj forme të psikoterapisë, personi i sëmurë mëson ta njohë dhe të ndryshojë strukturat e mendimit dhe sjelljet që dërgojnë te ndjenjat e mundimshme.
- **Ndryshimet:** e ushqyerjes dhe ndryshimet e stilit jetësor.
- **Terapia relaksuese.**

Parandalimi

Stresi nuk mund të **parandalohet**, por ekzistojnë disa gjëra që mund t'i bëni për të kontrolluar ose minimizuar simptomat:

- Ndërpritni ose zvogëloni produktet që përmbajnë kafeinë (kafe, çaj, kokakola, pijet energjike dhe çokolatën).

- Gjatë përdorimit të barnave gjithmonë konsultohuni me mjekun ose farmacistin, sepse shumë substanca kimike mund të shtojnë simptomat e stresit

- Kërkoni ndihmë profesionale dhe mbështetje pas ndonjë përvoje traumatike ose shqetësuese. [12][13][14]

numri i të anketuarve që nuk kishin stres (3.5%) ose stres të ulët (11.8%) ishte mjaft i vogël. Megjithatë, është e rëndësishme të

KAPITULLI II

Rishikimi i literatures

Nje studim u realizua duke përfshire 11000 studentë të regjistruar në programe të ndryshme në një universitet kërkimor intensiv në Kuala Lumpur të Malajzisë. Duke përdorur tabelën e mostrimit të Krejcie dhe Morgan (1970) dhe për të marrë intervalin e besueshmërisë 95% (norma e gabimit prej 5%), 365 studentë dhanë mostrën për studimin e tanishëm. Nga 375 pjesëmarrës, 190 (50.7%) studentë ishin meshkuj dhe 185 (49.3%) studentë ishin femra. Sa i përket nivelit të studimit, 267 (71.2%) pjesëmarrës ishin studentë të nivelit bachelor, ndërsa 108 pjesa tjerë (28.8%) ishin studentë të nivelit master. Sa i përket madhësisë akademike të studentëve, janë studiuar 122 studentë, të cilët përbëjnë grupin më të madh me 32.5% të pjesëmarrësve. Shkencat e pastra më të mëdha akademike ishin artet, shkencat humane, shkencat shoqërore dhe arsimit (32.3%), të ndjekura nga shkencat e pastra (30.9%) dhe grupet e vogla të disiplinave të shkencave mjekësore (4.3%). Lidhur me nacionalitetin e studentit, studentët jo-malajzianë përbënin (68.5%) të pjesëmarrësve, ndërsa pjesa e mbetur (31.5%) e të anketuarve ishin malajzianë. Së fundi, mosha e pjesëmarrësve shkonin nga 18 në 42 vjeç, me një moshë mesatare prej 25 vjetësh.

Studimi gjithashtu përcaktoi nivelet e informacionit që kërkojnë stresin në shkallën sasiore lineare. Rezultatet e studimit treguan se segmenti më i madh i pjesëmarrësve (69.2%) u raportua se kishin përjetuar një nivel të butë të stresit, ndërkohë që niveli i moderuar dhe i rëndë i stresit ishte raportuar vetëm me 52 (13.9%) dhe 6 (1.6%). Përveç kësaj,

theksohet se 96.5% e të anketuarve kanë hasur në nivele të ndryshme (nivele të ulëta, të lehta, të moderuara dhe të rënda) të stresit. *Prandaj, stresi është një fenomen mbizotërues në mesin e studentëve.*

Gjinia dhe stresi: Rezultatet e studimit për vlersimin e stresit para provimit në lidhje me gjininë si variabël i pavarur treguan diferencën mesatare statistikisht të rëndësishme [$t(373) = 3.009$, $p < 0.05$] $M = 20.911$, $SD = 4.108$) dhe femra ($M = 22.188$, $SD = 4.109$) studentë në lidhje me rezultatet e tyre mbi "barrierat që lidhen me menyrën e të mesuarit". Përveç kësaj, diferenca mesatare e statistikisht e konsiderueshme [$t(373) = 2.474$, $p < 0.05$] është gjetur në mesin e studenteve meshkuj ($M = 11.181$, $SD = 2.715$) dhe femra ($M = 11.845$, $SD = 2.475$) në lidhje me rezultatet e tyre në "Barrierat e qasjes" në dimensionin e stresit. Dallimet e gjetura midis femrave dhe meshkujve pasdiplomike (program master) në vlerat mesatare të stresit nuk ishin statistikisht të rëndësishme. *Prandaj, gjinia duket të jetë një korelacion që shfaq stres.*

Shtetësia dhe stresi: Rezultatet e studimit nuk zbuluan lidhje të konsiderueshme statistikore për stresin para provimit, me variablën e mëparshme, kombësinë. *Prandaj, kombësia duket të mos jetë një korelacion që shfaq stres.*

Niveli i studimit dhe stresi: Rezultatet e studimit për vlerësimin e stresit para provimit në lidhje me nivelin e studimit si variabël i pavarur treguan diferencën mesatare statistikore [$t(373) = 2.277$, $p < 0.05$] Studentët e nivelit

bachelor ($M = 7.345$, $SD = 2.631$) dhe studentët e nivelit master ($M = 6.652$, $SD = 2.755$) në lidhje me rezultatet e tyre mbi stresin. *Dallimet e gjetura në mes të nxënësve të nivelit bachelor dhe nivelit master në vlerat e stresit mesatar nuk ishin statistikisht të rëndësishme*

Mosha dhe stresi: Rezultatet e studimit në lidhje me stresin dhe moshën si variabl i pavarur tregojë:

- a. një marrëdhënie statistikisht e rëndësishme por e dobët negative midis moshës dhe "barrierave që lidhen me të mesuarit" ($r = -0.135$, $p = 0.009$)
- b. një marrëdhënie statistikisht e rëndësishme, por e dobët negative ndërmjet moshës dhe "barrierave të shoqëruara me burimet e të mesuarit" ($r = -0.123$, $p = 0.017$)
- c. një marrëdhënie statistikisht e rëndësishme, por e dobët negative midis moshës dhe "barrierave afektive" ($r = -0.103$, $p = 0.047$).

Prandaj, mosha duket të jetë një korrelacion që shfaq stres. [1]

Nje tjetër studim nepermjet një rishikim sistematik u realizua tek studentët e mjekësisë të Amerikës së Veriut (2013) ku rezultojë se janë më shumë në depresion dhe stres se kolegët e tyre në Mbretërinë e Bashkuar. Qëllimi i këtij studimi ishte për të shqyrtuar prevalencën e stresit dhe shqetësimit psikologjik tek studentet në universitetet mjekësore në Mbretërinë e Bashkuar, Evropë dhe gjetkë në botën anglisht-folëse jashtë Amerikës së Veriut.

Kërkimet identifikuan 29 studimeve të pranueshme. Eshte rregjistruar prevalence e 7.7-65.5% për stres, 6.0-66.5% për depresion dhe 12.2-96.7% për shqetësimet psikologjike. Gama e gjerë të rezultateve pasqyruan cilësinë e ndryshueshme e studimeve. Pothuajse të gjithë ishin ndër-sektorial. Kishte shumë pak informacion për shkaqet apo pasojat e depresionit apo stresit [21]

Në një nga studimet e para, Melon (1996) deklaroi se studentët bëhen kaq të

shqetësuar para provimit sa ata nuk janë në gjendje t'i qasen logjikisht ose në mënyrë efektive problemit. [2]

Katër vjet më vonë, Kuhlthau (2000) zbuloi se stresi është një dukuri e natyrshme gjatë provimit mund të fillojë gjatë fazave të procesit të mesuarit.[3]

Në një studim tjetër, Dalrymple dhe Zweizig (2002) zbuluan se disa nga ndjenjat negative si zhgënjimi, stresi, tensioni dhe konfuzioni u raportuan nga pjesëmarrësit gjatë provimit. [4]

Dega (2003) zbuloi se pasiguria, zhgënjimi, dyshimi dhe stresi jenë emocione të zakonshme gjatë provimit.[29]

Në një hulumtim tjetër që u zhvillua në mesin e studentëve të diplomuar nga Young dhe Von Seggern (2003), stresi është raportuar si ndjenja më e përhapur negative gjatë provimit. [5]

Cheng (2004) tregoi se ndjenja negative si stresi ishte me të vërtetë faktorë të rëndësishëm të përfshirë në procesin e kryrjes se një provimi. [6]

Hyldegard (2006) në një mjedis të bazuar në grup dhe raportoi ekzistencën e stresit dhe frustrimit para, gjatë dhe pas provimit. [7]

Përveç kësaj, Chowdhury dhe Gibb (2009) zbuluan se pasiguria dhe stresi mund të ndodhin për shkak të një numri të madhe të provimeve dhe mund të krijohen gjithashtu për shkak të disa problemeve që lidhen me menyrën e të mesuarit dhe kryerjen e testit. Shqyrtimi i literaturës ekzistuese tregon një boshllëk në studimet empirike lidhur me prevalencën.[8]

Së fundi, në komentin e fundit mbi Stresin para Provimit, Parkut-Stamm et al. (2010) kanë vënë theksin në rolin e kujtesës së punës. Reaksionet e pakapshme të studentëve në kohën e stresit para provimit (p.sh., stresi dhe mendimet vetëshkatërruese) konkurrojnë me burimet e kujtesës së punës që kërkohen për të funksionuar me sukses në praktikë. Kjo çrregullim është më shumë studentë të shqetësuar gjatë një provimi. [30]

Informacionet dhe ndërhyrjet që mund të lehtësojnë stresin para provimit

Stresi i provimit është një grup përgjigjesh sjelljesh, fiziologjike dhe fenomenologjike që do të shfaqen së bashku me shqetësimet rreth pasojave të mundshme negative ose dështimit në një provim apo në kushte të tjera vlerësimi (Zeidnar, 1998).[9] Stresi i provimit është një karakteristikë që është e njohur në të gjithë botën dhe në të gjitha grupet socio-ekonomike 25- 30 % e studentëve që kanë vështirësi në të mësuar vuajnë nga stresi i provimit. Performanca akademike e studentëve me stres të lartë në provim është më e dobët se të tjerët, por nuk është e qartë se roli i stresit të provimit në performancën më të ulët në provim është shkak apo efekt (Cassady & Johnson 2002). [10]

Weams (2009). Stresi i provimit është studiuar nga këndvështrime të ndryshme deri më tani. Stresi i provimit vjen në fillim në formën e një eksitimi intensiv fizik ka për qëllim biologjik që ndërhyr me performancën e testeve. Edhe pse shuma mesatare që mund të ketë një efekt pozitiv. Në këtë perspektivë, stresi është pjesë e një sistemi në mënyrë që të konsiderohet i përgjegjshëm që individi ta përgatisë atë për të parashikuar rrezikun dhe për të pajisur për të shmangur dëmtimin [31]

Kirk & Clark, Ghasemzadeh, (2007). Në stres mund të vërehet një gamë e gjerë e simptomave fizike, këto simptoma përfshijnë tensioni i muskujve, lëvizjet e pavullnetshme dhe impulsiviteti, shqetësimi, lodhja, oreksi, frymëmarrja e shpejtë dhe rrahjet e zemrës. [13]

Këto ndryshime ndërveprojnë në funksionin njohës në një provim. Zydner (2011) ofron trajnim relaksimi për trajtimin e provokimeve të rënda. Në një qasje tjetër, një komponent kognitiv u shtua për të provuar stresin si merak dhe ishte i njohur si përgjegjësi kryesor për performancën e ulët në provime. Kjo komponentë njohëse e quan duke kërkuar automatikisht mënyrën e devijimit të

vëmendjes dhe mendimeve dhe impulseve vetëshkatërruese. [32]

Hagtvet (2001) Mendimet dhe njohuritë në lidhje me stresin e provimit janë renditur si më poshtë: vetëqëndrimi, vetëdije, vetëbesimi i ulët, interpretimi negativ i të dhënave të tyre, vetëvlerësimi, shqetësimet e vlerësimit, qëndrimet negative dhe pritjet e ulëta e suksesit në detyrat [11]. Kjo është në përputhje me qasjen e terapisë njohëse në trajtimin e stresit të provimit (Ergena, 2003). [12] Qëllimi kryesor i trajnimit të aftësive përballuese për zvogëlimin e stresit të testit tek është:

1. Hulumtimi i efikasitetit të trajnimit për relaksim në reduktimin e stresit para provimit tek studentet
2. Eksplorimi i efikasitetit të trajnimit të vetë-bisedimit për zvogëlimin e stresit para provimit tek studentët
3. Eksplorimi i efikasitetit të kombinuar të trajnimit për relaksim dhe vetë-bisedimit për reduktimin e stresit para provimit tek studentët
4. Krahasimi i sasisë së tre metodave të relaksimit, vetë-bisedimi dhe si kombinohen në uljen e stresit para provimit tek studentet [12]

Wern & Benson, (2006) kanë paraqitur një model tre-faktësh për stresin para provimit bazuar në teorinë dhe gjetjet e mëparshme. Ky model përbëhet nga:

1. Një agent kognitiv (idetë dhe njohuritë e lidhura),
2. Një faktor i sjelljes (sjelljet e shqetësuar që shoqërohen me moskryerjen në detyrë)
3. Një faktor fiziologjik-emocional (përgjigjet fiziologjike autonome). [33]

Hulumtimi i mëparshëm shqyrton uljen e mënyrave të stresit, shpesh ka përfituar nga praktikat mjekësore njohëse-sjellëse (Wachelka & Catz 2009, Sapp & Fawll 2004, Wessel & Mersch 2014). [14] [34] [36]

Wachelka & Catez (2009) kanë përdorur një mënyrë të vjetër për trajtimin e stresit para provimit tek studentët. Kjo qasje hibride përbëhet nga teknikat e relaksimit, imazhet udhëzuese, vetëmësimi dhe aftësitë e provimit. Rezultatet treguan se përfitimi nga këto metoda zvogëluan stresin e studenëve dhe përmirësuan ndjeshmërinë e tyre në çështjet akademike. Këto metoda mund të klasifikohen si aftësi të përgjithshme përballuese. Aftësitë e përballimit përfshijnë aftësitë jetësore që sot është një theks i fortë në trajnimin e tyre në sistemin arsimor. UNICEF 2003, përcakton aftësitë jetësore si sjellje. Ajo rrit aftësinë për t'u përshtatur dhe për t'u marrë me kërkesat dhe sfidat e jetës në mënyrë efektive. Në klasifikimin e aftësive jetësore, ata shpallën tre aftësi kryesore të përballimit që njëri prej tyre është aftësitë përballuese dhe menaxhimi personal. [34]

Repetti (2009) thotë: përballimi është përdorimi i strategjive kognitive-sjellëse për të reduktuar stresin dhe për të zhvilluar aftësitë mbrojtëse. Përballja është një koncept psikologjik dhe proces kontrolli dhe nevojat që vlerësohen përtej burimeve individuale dhe përfshin përpjekjet praktike dhe mendore të nevojshme për të kontrolluar konfliktin e brendshëm dhe të jashtëm ndërmjet tyre. Në këtë studim u krahasuan dy aftësi për të përballuar aftësitë e relaksimit dhe vetë-bisedimi për reduktimin e stresit që mund ta konsiderojmë relaksimin si strategji e përballimit dhe vetë-bisedimi si pjesë e qasjes problematike. Gjithashtu në këtë studim është përdorur një grup të kombinuar që janë trajnuar të dyja metodat në relaksim dhe biseda me të. [35]

Relaksimi është një aftësi që fokusohet në komponentën fiziologjike të stresit dhe qëllimi i saj është të çlirojë tensionin e muskujve, frymëmarrjen e parregullt dhe rrahjet e zemrës të shkaktuara nga prania e

stresit. Relaksimi ka disa metoda që në këtë hulumtim kanë përdorur teknikën e relaksimit progresiv të muskujve (Goldfried & Division 2004) [17]. Teknika relaksuese e muskujve progresive zvogëlon ashpërsinë e tensionit muskular kjo metodë mund të jetë e dobishme për të kontrolluar stresin që lidhet me zemërimin dhe ankthin. Jacobson besonte se kur trupi arrin ekuilibrin neuromuskular, mendja mund të jetë në paqe (Luka C, 1997, Perkthyer nga Gharache Daghi, 2001). [20]

Weems (2009) gjithashtu kanë rekomanduar stërvitje të relaksimit të muskujve dhe frymëmarrje të thellë për të zvogëluar zgjimin e nxitur nga stresi I provimit. Një tjetër aftësi përballuese për reduktimin e stresit të provimit është vetë-bisedimi. Kjo metodë do t'i ndihmojë studentët gjatë bisedës për të identifikoni besimet e paarsyeshme dhe për ti zëvendësuar me besime racionale (Ellis, 1985) [16]. Thelbi i metodës së vetë-bisedimit është përqendrimi në mendimet e mira që çojnë në sjelljen e dëshiruar dhe përqendrimi në sjelljen e papërshtatshme do të rezultojë në një opinion të kundërt. [16]

Chamorro-Premuzic (2008) prezantoi bisedimet negative të studenteve me ta si shkak kryesor i stresit para provimit të studentët [15]

Theodorakis (2008) identifikoi pesë funksione të dallueshme për të folur pozitivisht që janë: rritja e fokusit, rritja e vetëbesimit, vendosja e përpjekjeve, kontrollimi i reagimeve njohëse dhe emocionale dhe nxitja e ekzekutimit automatik. [37]

Studimet kanë treguar se përfitimi nga biseda me veten shkakton lehtësimin e mësimin dhe përmirësimin e performancës në praktikë rritjen e besimit dhe reduktimin e ankthit. [18] [19]

KAPITULLI III PJESA STUDIMORE Qellimi i studimit

Qellimi i studimit është vlerësimi i tendencës për Stres para provimit të studentët.

Objektivat specifike

- Të vlerësoj tendencën për stres të studentët në bazë të gjinisë.
- Vlerësimi i karakteristikave socio-demografike të subjekteve në studim dhe të evidentoj nëse ato ndikojnë në tendencën për stres.
- Të vlerësoj aspekte të vecanta të tendencës për stres, konkretisht:
 - Vlerësimi i stresit dhe shqetësimit para provimit
 - Vlerësimi i stresit dhe shqetësimit gjatë provimit
 - Vlerësimi i ndjenjës së mendimit të studentëve për rezultatin e provimit në lidhje me atë cfarë ata shkruajnë në test
 - Vlerësimi i sptomave të stresit para, gjatë dhe pas provimit
 - Vlerësimi i gjëndjes së vetbesimit të studentëve
 - Vlerësimi i optimizmit për veten
 - Vlerësimi i vështirësive për përqendrim
 - Vlerësimi i mendimeve negative në lidhje me veten dhe frikën nga rezultatet e provimeve
 - Vlerësimi i ndjenjës së ankthit dhe shqetësimit pas provimit

METODOLOGJIA

Përshkrimi i studimit:

Ky është një studim TRANSVERSAL. I realizuar gjatë periudhës PRILL 2017, në Fakultetin i Shëndetit Publik, në Univeritetin "Ismail Qemali" Vlorë.

Përshkrimi i popullatës së marrë në studim

Në këtë studim morën pjesë 170 student para kryrjes së provimit. Studentët e përfshirë ishin student të Bachelorit dhe i perkisnin Fakultetit të Shëndetit Publik.

∂ Kriteret e përfshirjes

∞ -Studentët e Bachelorit të Fakultetit të Shëndetit Publik

∂ Kriteret e përjashtimit:

∞ - Nuk u përfshin ata student që nuk ishin para provimit

Kufizimet e studimit

Studimi kishte si qëllim vlerësimin e tendencës për stres të studentët para kryrjes së provimit.

Mostra e vogël e studimit si dhe natyra trasversale e tij bëjnë që studimi të ketë disa kufizime.

Së pari rezultatet e studimit mund të mos përgjithësohen për të gjithë studentët.

Vetëraportimi bën që përgjigjet e studentve mos të jenë plotësisht reale.

Duhet të merrej në konsideratë dhe ndikimi që mund të ketë sezoni i provimit si dhe shkalla e vështërsisë së koeficientit të lëndës në tendencën e tyre për të shfaqur simptoma stresi.

Konsideratat etike

Për të realizuar qëllimin e këtij studimi u sigurua leja etike drejtuesëve të Fakultetit të Shëndetit Publik si dhe miratimi me gojë për pjesëmarrje në studim i çdo studenti pas informimit të tij për qëllimin e studimit (Aneksi 1, 2).

Përshkrimi i instrumentit matës (pyetësorit)

Për realizimin e këtij studimi kam përdorur 1 pyetësor.

Nëpërmjet pyetësorit u siguruan informacione në lidhje me nivelin e stresit Pyetësori ishte anonim.

Ky pyetësor përbëhet nga 2 pjesë:

- **Pjesa e parë:** Të dhënat personale të studentit
 - Moshë
 - Gjinia
 - Program i studimit
 - Viti I studimit
 - Statusi civil
 - Historiku me diagnozë mjeksore
 - Mesatarja e lëndëve
- **Pjesa e dytë:** Paraqiten të dhënat të cilat nxjerrin në pah nivelin e stresit të studentët para provimit përmes një shkalle pikëzimi Lincer

Plotësimi i pyetësorit u realizua në mënyrë vullnetare prej studentëve në Fakultetin e Shëndetit Publik
Instrument i mbledhjes së të dhënave ishte një pyetësori i cili u morë nga literaturë e gatshme

ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Analiza statistikore përfshiu llogaritjen e frekuencave, përqindjeve, frekuencave

kumulative si dhe intervaleve të besimit 95% , të sipërme dhe të poshtme.

Gjithashtu u llogariten mesataret dhe deviacioni standart. Vlerë e $p < 0,05$ u konsideruan sinjifikative për të gjitha variablat e marra në studim. Përpunimi statistikor u bë me programi statistikor Epi InfoTM 7 softëare, version 7.1.3.10.

PARAQITJA E REZULTATEVE

Ky studim është realizuar gjatë periudhës Prill 2017

Në studim u përfshinë 170 studentë të Fakultetit të Shëndetit Publik të përzgjedhur rastësisht në sezonin e provimeve, cikli i studimeve bachelor. Pjesa më e madhe e studentëve ishin femra, Tabela 2. Nuk u evidentua lidhje statistikore midis vitit të studimit dhe pyetjeve vlerësuese të stresit, $p > 0.05$. Edhe midis programit të studimit, Infermier i Përgjithshëm apo Mami nuk u evidentua lidhje statistikore. E njëjta gjë u evidentua edhe për mesataren në mësimet dhe nivelin e stresit, $p > 0.05$.

Karakteristika të përgjithshme

Tabela 1. Karakteristika të moshës, n=170

Tabela 1 tregon se moshë mesatare e studentëve ishte 20.15 vjeç, intervali 18-20 vjeç. Moshë më e shpeshtë 19 vjeç.

Tabela 2. Shpërndarja e studentëve sipas gjinisë

Gjinia	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
F	142	83.53%	83.53%	77.08%	88.77%
M	28	16.47%	100.00%	11.23%	22.92%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabelën 2 shohim që përqindja më e madhe e studentëve ishin femra, 83.53%.

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Moshë	170	3426	20.1529	2.722	1.6499	18	19	20	21	30	19

Tabela 3. Shpërndarja e studentëve sipas vitit të studimit

Viti i studimit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1	77	45.29%	45.29%	37.66%	53.10%
2	22	12.94%	58.24%	8.29%	18.94%
3	71	41.76%	100.00%	34.26%	49.56%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabelën 3 shohim që përqindja më e madhe e studentëve u perkisin vitit të parë dhe të tretë të vitit të studimit

Tabela 4. Shpërndarja e studentëve sipas statusit civil

Statusi civil	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Beqar	155	91.18%	91.18%	85.86%	94.98%
Martuar	15	8.82%	100.00%	5.02%	14.14%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabelën 4 shohim që përqindjen më të madhe të studentëve 91,18% ishin beqar

Tabela 5. Shpërndarja e studentëve sipas programit studimor

Programi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Infermier i Përgjithshëm	112	76.71%	76.71%	69.01%	83.30%
Mami	34	23.29%	100.00%	16.70%	30.99%
TOTAL	146	100.00%	100.00%		

Në tabelën 5 shohim që studentët që morën pjesë në studim studionin për infermieri të përgjithshme 76.71%

Tabela 6. Shpërndarja e studentëve sipas historikut me diagnozë mjekësore

Historik me diagnoze mjekësore	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
Yes	22	12.94%	12.94%	8.29%	18.94%
No	148	87.06%	100.00%	81.06%	91.71%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabelën 6 shohim që 87.06% e studentëve kishin një historik me diagnozë mjekësore

Tabela 7. Shpërndarja e studentëve sipas mesatares

Mesatarja	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper

4-4.9	3	1.76%	1.76%	0.37%	5.07%
5-5.9	6	3.53%	5.29%	1.31%	7.52%
6-6.9	20	11.76%	17.06%	7.34%	17.58%
7-7.9	38	22.35%	39.41%	16.33%	29.37%
8-8.9	47	27.65%	67.06%	21.07%	35.02%
9-10	19	11.18%	78.24%	6.86%	16.90%
nuk e di	37	21.76%	100.00%	15.81%	28.73%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabelen 7 shohim që përqindjen më të madhe prej 27.65% e studentëve e kishin mesataren 8-8.9

PYETJET VLERËSUESE PËR STRESIN

Tabela 8: Pyetja 1 vlerësuese për stresin

1.Gjate provimit ndihem i/e relaksuar	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1(pothuajse kurrë)	59	34.71%	34.71%	27.58%	42.37%
2(disa herë)	41	24.12%	58.82%	17.90%	31.26%
3(shpesh)	30	17.65%	76.47%	12.23%	24.22%
4 (pothuajse gjithmonë)	40	23.53%	100.00%	17.37%	30.63%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në tabel shohim se përqindja më e madhe e studentëve (34.71%) është shprehur se pothuajse kurrë ndihet i/e relaksuar gjatë provimit

Tabela 8.1 N1 Gjatë provimit ndihem i/e relaksuar * Gjinia

N1 Gjatë provimit ndihem i/e relaksuar	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	50	9	59
2 (disa herë)	29	12	41
3 (shpesh)	24	6	30
4(pothuajse gjithmonë)	39	1	40
TOTAL	142	28	170

Tabela 8.1.1

Chi-square	Df	Probability
10.8906	3	0.0123

Kemi ekzistencën e një lidhje të fort statistikore me $p=0.0123$ midis gjinis dhe shfaqes së stresit para provimit

Tabela 8.1 Kjo shikohet se nga 142 femra pjesëmarrse në studim 50 femra rezultojnë të jenë shprehur se asnjëherë nuk janë ndierë të relaksuar para provimit
Nga tabela shohim që gjinia femërore ka një predispozit më të madhe për shfaqen e stresit para provimit

Tabela 8.2: N1 Gjatë provimit ndihem i/e relaksuar * Statusi civil

N1 Gjatë provimit ndihem i/ e relaksuar	Beqar	Martuar	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	58	1	59
2 (disa herë)	35	6	41
3 (shpesh)	28	2	30
4 (pothuajse gjithmonë)	34	6	40
TOTAL	155	15	170

Tabela 8.2.1

Chi-square	df	Probability
7.5178	3	0.0571

Midis statusit civil dhe ndjesisë së relaksimit para provimit shikohet që nuk ekziston një lidhje e fort statistikore me $p=0.0571$

Tabela 8.2. Nga tabela shohim që beqarët kanë tendencë më shumë për stres para provimi përkatësisht 58 beqar janë shprehur se asnjë herë nuk janë ndierë të relaksuar para provimit kundrejt të martuarëve ku vetëm 1 është shprehur për këtë ndjesi

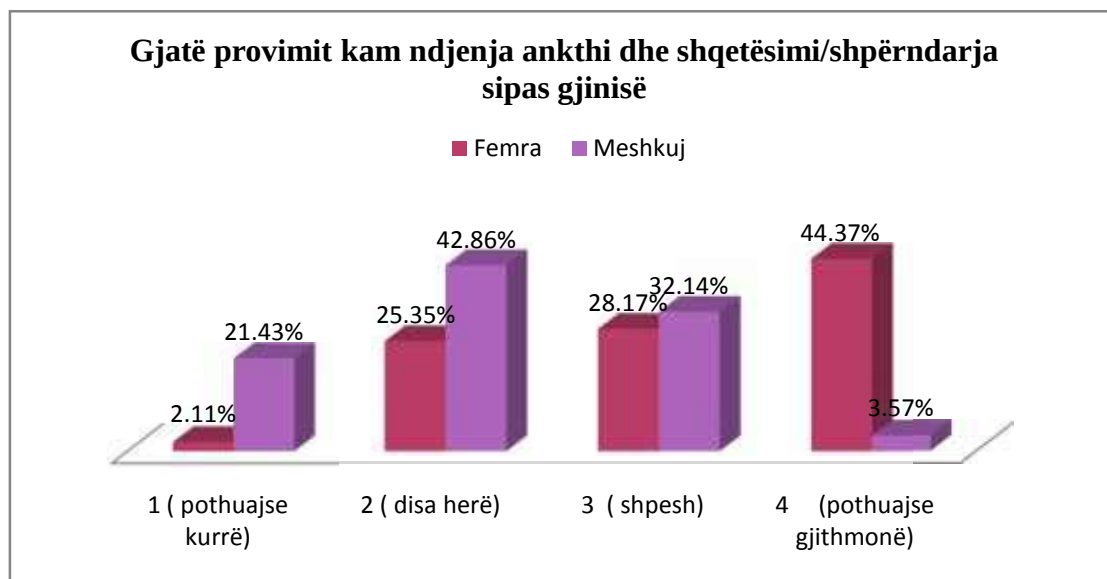
Tabela 9 : Pyetja 2 vlerësuese për stresin

2.Gjatë provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	9	5.29%	5.29%	2.45%	9.81%
2 (disa herë)	48	28.24%	33.53%	21.61%	35.64%
3 (shpesh)	49	28.82%	62.35%	22.15%	36.26%
4 (pothuajse gjithmonë)	64	37.65%	100.00%	30.34%	45.39%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

37.65% e studentëve raportuan se gjatë provimit kishin ndjenjën e ankthit dhe të shqetësimit pothuajse gjithmonë kundrejt

5.29% e studentëve të cilët raportuan se pothuajse kurrë nuk kishin ndjenjën e ankthit dhe shqetësimit

Grafiku 1.



Nga grafiku shohim se gjinia femërore (44.37%) ka më shumë predispozit për të shfaqur stres para provimeve, kundrejt gjinisë mashkullore (3.57%)

Tabela 9.1: N2 Gjatë provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi *Gjinia

N2 Gjatë provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	3	6	9
2 (disa herë)	36	12	48
3 (shpesh)	40	9	49
4 (pothuajse gjithmonë)	63	1	64
TOTAL	142	28	170

Tabela 9.1.1

Chi-square	df	Probability
29.4882	3	0.001

Lidhja statistikore me $p=0.001$ është një lidhje statistikor sinjifikante e fort ku gjinia luan rol të rëndësishëm për shfaqen

e ndjenjës së ankthit dhe shqetësimit para provimit te studentët

Tabela 9.1 Nga tabela shohim se gjinia femërore perkatësisht 63 femra raportuan se pothuajse gjithmonë e kishin ndjenjën e ankthit dhe shqetësimit para provimit kundrejt gjinis mashkullore me 12 individ që raportuan se ka ndjenjën e ankthit dhe shqetësimit vetëm disa herë

Tabela 10: Pyetja 3 vlerësuese për stresin

3.Mendimi për notën që do marrë ndikon në atë cka shkruaj në provim	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	22	12.94%	12.94%	8.29%	18.94%
2 (disa herë)	54	31.76%	44.71%	24.85%	39.33%
3 (shpesh)	49	28.82%	73.53%	22.15%	36.26%
4 (pothuajse gjithmonë)	45	26.47%	100.00%	20.01%	33.77%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Lidhur me ndikimin e të menduarit për notën në provim dhe atë cfarë shkruajnë, studentët raportuan se vetëm disa herë (31.76%) e kishin këtë mendim

Tabela 10.1: N3 Mendimi për notën që do marrë ndikon në atë cka shkruaj në provim * Gjinia

N3 Mendimi për notën që do marrë ndikon në atë cka shkruaj në provim	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	13	9	22
2 (disa herë)	47	7	54
3 (shpesh)	43	6	49
4 (pothuajse gjithmonë)	39	6	45
TOTAL	142	28	170

Tabela 10.1.1

Chi-square	Df	Probability
10.9913	3	0.0118

Midis gjinisë dhe mendimi për notën që do të marrë në provim ndikon në atë cfarë shkruaj është një lidhje statistikore sinjifative e fort me $p=0.0118$

Tabela 10.1 47 studente femra raportuan se disa herë e kanë pasur mendime në lidhje me mendimin e notës dhe ndikimi i saj në atë cfarë shkruajnë në provim kundrejt meshkujve ku vetem 9 prej tyre kanë raportuar se pothuajse asnjëherë nuk e mendojnë këtë gjë

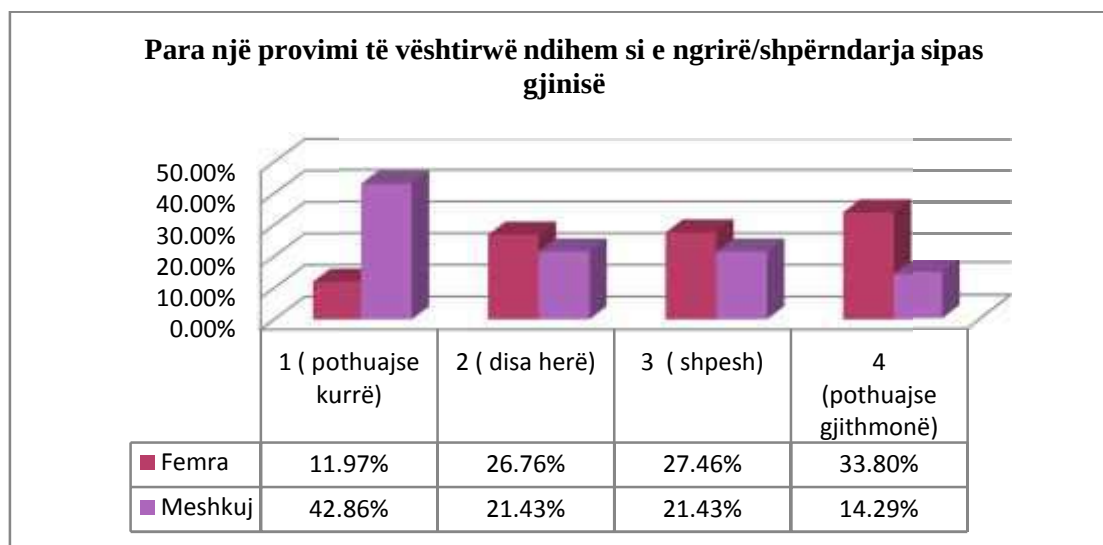
Tabela 11: Pyetja 4 vlerësuese për stresin

4.Para një provimi të vështirë ndihem si e ngrirë	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	29	17.06%	17.06%	11.73%	23.57%
2 (disa herë)	44	25.88%	42.94%	19.48%	33.15%
3 (shpesh)	45	26.47%	69.41%	20.01%	33.77%
4 (pothuajse gjithmonë)	52	30.59%	100.00%	23.76%	38.11%

TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Në këtë table shohim se 30.59% e studentëve ndihen pothuajse gjithmonë të ngrirë para një provimi të vështirë

Grafiku 2.



Nga grafiku 2 shohim se me pikëzim 4, 33.80% e femrave kanë tendenc për të shfaqur stress, kundrejt gjinisë mashkullore me 14.29%

Tabela 11.1: N4 Para një provimi të vështirë ndihem si e ngrirë * Gjinia

N4 Para një provimi të vështirë ndihem si e ngrirë	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	17	12	29
2 (disa herë)	38	6	44
3 (shpesh)	39	6	45
4 (pothuajse gjithmonë)	48	4	52
TOTAL	142	28	170

Tabela 11.1.1

Chi-square	df	Probability
16.5697	3	0.0009

Midis këtij variabli dhe gjinisë ekziston një lidhje statistikore e fort sinjifikative me $p=0.0009$

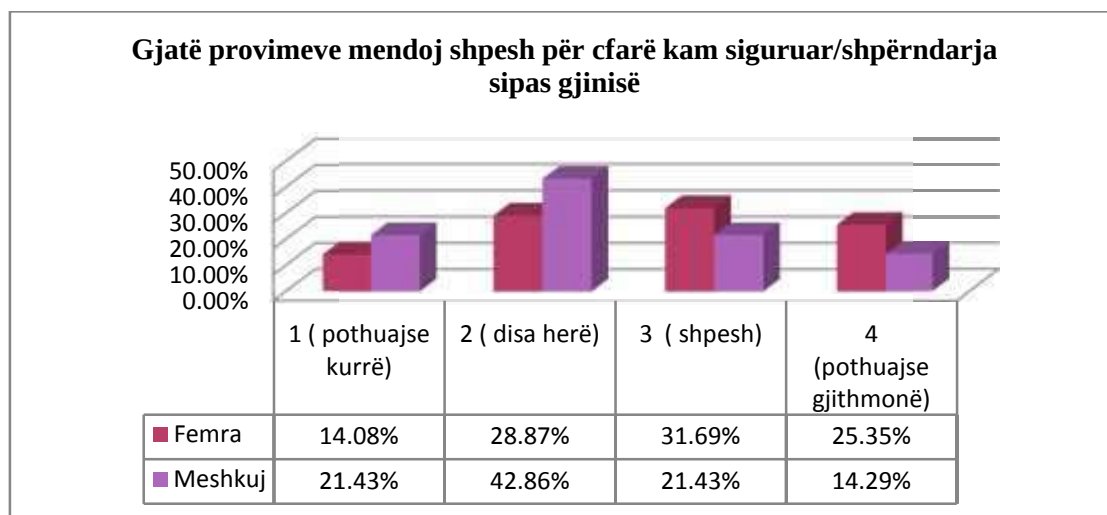
Tabela 11.1 Pothuajse gjithmonë para një provimi të vështirë ndihem si I ngrirë këtë gjë e kanë raportuar pjesa më e madhe e studentëve femra 48 kundrejt 12 studentë meshkuj që pothuajse asnjëherë para provimit ndihen kanfuz

Tabela 12: Pyetja 5 vlerësuese për stresin

5.Gjatë provimeve mendoj shpesh për cfarë kam siguruar	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	26	15.29%	15.29%	10.24%	21.60%
2 (disa herë)	53	31.18%	46.47%	24.30%	38.72%
3 (shpesh)	51	30.00%	76.47%	23.22%	37.49%
4 (pothuajse gjithmonë)	40	23.53%	100.00%	17.37%	30.63%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

31.18% e studentëve janë shprehur se vetëm disa herë e mendojnë shpesh gjatë provimit për atë cfarë ata kanë siguruar

Grafiku 3.



Grafiku 3 tregon se me pikëzim 3 % më të madhe e zë gjinia femërore me 31.69% dhe me pikëzim 2 % më të madhe e zë gjinia mashkullore me 42.86%

Tabela 12.1: N5 Gjatë provimeve mendoj shpesh për cfarë kam siguruar * Gjinia

N5 Gjatë provimeve mendoj shpesh për cfarë kam siguruar	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	20	6	26
2 (disa herë)	41	12	53
3 (shpesh)	45	6	51
4 (pothuajse gjithmonë)	36	4	40
TOTAL	142	28	170

Tabela 12.1.1

Chi-square	df	Probability
4.33	3	0.228

Shikojmë që ekziston një lidhje statistikore midis gjinisë dhe variablit, $p=0.228$

Tabela 12.1 Pjesa më e madhe e gjinisë femërore (45) është shprehur se shpesh herë gjatë provimeve mendoj për çfarë kam siguruar për shkollimin kundrejt pjesës më të madhe të meshkujve 10 që kanë raportuar se disa herë e mendojnë këtë gjë

Tabela 13: Pyetja 6 vlerësuese për stresin

6.Sa më shumë mesoj për provimet aq më shumë konfuz ndihem	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	30	17.65%	17.65%	12.23%	24.22%
2 (disa herë)	45	26.47%	44.12%	20.01%	33.77%
3 (shpesh)	47	27.65%	71.76%	21.07%	35.02%
4 (pothuajse gjithmonë)	48	28.24%	100.00%	21.61%	35.64%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Ne këtë table shohim që pothuajse gjithmonë 28.24% e studentëve ndihen konfuz sa me shumë që ata mësojnë

Tabela 13.1: N6 Sa më shumë mesoj për provimet aq më shumë konfuz ndihem *
Gjinia

N6 Sa më shumë mesoj për provimet aq më shumë konfuz ndihem	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	20	10	30
2 (disa herë)	37	8	45
3 (shpesh)	42	5	47
4 (pothuajse gjithmonë)	43	5	48
TOTAL	142	28	170

Tabela 13.1.1

Chi-square	df	Probability
8.6972	3	0.0336

Midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje statistikore sinjifikative me $p=0.0336$

Tabela 13.1 Sa më shumë mesojë aq më shumë ndihem konfuz 43 femra kanë raportuar se pothuajse gjithmonë e kanë këtë problem kundrejt gjinisë mashkullore ku pjesa më e madhe e meshkujve 10 kanë raportuar se pothuajse asnjë herë nuk kanë këtë gjë

Tabela 14: Pyetja 7 vlerësuese për stresin

7.Mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përqëndrimin	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper

1 (pothuajse kurrë)	24	14.29%	14.29%	9.37%	20.51%
2 (disa herë)	44	26.19%	40.48%	19.72%	33.52%
3 (shpesh)	48	28.57%	69.05%	21.88%	36.04%
4 (pothuajse gjithmonë)	52	30.95%	100.00%	24.06%	38.53%
TOTAL	168	100.00%	100.00%		

30.95% e studentëve janë shprehur se pothuajse gjithmonë mendimi që nuk kanë shkruar në provim ndikon në përqëndrimin e tyre kundrejt 14.29% e studentëve të cilët janë shprehur se pothuajse kurrë ky mendim nuk ndikon në përqëndrimin e tyre në provim

Tabela 14.1: N7 Mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përqëndrimin
* Gjinia

N7 .Mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përqëndrimin	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	16	8	24
2 (disa herë)	34	10	44
3 (shpesh)	40	8	48
4 (pothuajse gjithmonë)	50	2	52
TOTAL	140	28	168

Tabela 14.1.1

Chi-square	Df	Probability
12.1175	3	0.007

Midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.007$

Tabela 14.1 Pjesa më e madhe e gjinisë femërore është shprehur se pothuajse gjithmonë mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përqëndrim kundrejt pjesës më të madhe të gjinisë mashkullore që është shprehur se shpesh herë e mendojnë këtë gjë

Tabela 15: Pyetja 8 vlerësuese për stresin

8.Para një provimi të vështirë ndihem shumë nervoze	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	13	7.65%	7.65%	4.13%	12.72%
2 (disa herë)	33	19.41%	27.06%	13.75%	26.17%
3 (shpesh)	46	27.06%	54.12%	20.54%	34.39%
4 (pothuajse gjithmonë)	78	45.88%	100.00%	38.23%	53.68%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

45.88% e studentëve pothuajse gjithmonë ndihen shumë nervozë para një provimi të vështirë kundrejt 7.65% e studentëve që janë shprehur se pothuajse kurrë nuk ndihen nervoz para një provimi të vështirë

Tabela 15.1: N8 Para një provimi të vështirë ndihem shumë nervoze * Gjinia

N8 Para një provimi të vështirë ndihem shumë nervoze	F	M	TOTAL

1 (pothuajse kurrë)	4	9	13
2 (disa herë)	25	8	33
3 (shpesh)	38	8	46
4 (pothuajse gjithmonë)	75	3	78
TOTAL	142	28	170

Tabela 15.1.1

Chi-square	Df	Probability
36.8162	3	0.0001

Midis variablit dhe gjinisë ekziston një lidhje e fort sinjifikative me $p=0.0001$

Tabela 15.1 Pjesa më e madhe e femrave përkatësisht 75 kanë raportuar se pothuajse gjithmonë para një provimi të vështirë ndihen shumë nervoz kundrejt 9 meshkujve të clët kanë raportuar se pothuajse asnjëherë nuk ndihen nervoz para një provimi të vështirë

Tabela 16: Pyetja 9 vlerësuese për stresin

9.Edhe pse jam përgatitur mirë prapë ndihem nervoz	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	20	11.83%	11.83%	7.38%	17.68%
2 (disa herë)	43	25.44%	37.28%	19.07%	32.70%
3 (shpesh)	47	27.81%	65.09%	21.20%	35.21%
4 (pothuajse gjithmonë)	59	34.91%	100.00%	27.75%	42.61%
TOTAL	169	100.00%	100.00%		

Vetëm 34,91% e studentëve janë shprehur se pothuajse gjithmonë ndihen nervoz edhe pse janë përgatitur mirë për provim

Tabela 16.1: N9 Edhe pse jam përgatitur mirë prapë ndihem nervoz * Gjinia

N9 Edhe pse jam përgatitur mirë prapë ndihem nervoz	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	8	12	20
2 (disa herë)	34	9	43
3 (shpesh)	42	5	47
4 (pothuajse gjithmonë)	57	2	59
TOTAL	141	28	169

Tabela 16.1.1

Chi-square	Df	Probability
36.4925	3	0.0001

Lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje e fort statistikore me $p=0.0001$

Tabela 16.1 Pjesa më e madhe e femrave përkatësisht 57,42 janë shprehur se shpesh herë dhe pothuajse gjithmonë ndihen nervoz edhe pse janë përgatitur mire, kundrejt pjesës më të madhe të meshkujve 9,12 që janë shprehur se pothuajse asnjëherë dhe vetëm disa herë janë ndjerë nervoz para provimit edhe pse ishin përgatitur mire

Tabela 17: Pyetja 10 vlerësuese për stresin

10.Ndihem shumë në siklet akoma pa marrë rezultatet	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	13	7.65%	7.65%	4.13%	12.72%
2 (disa herë)	35	20.59%	28.24%	14.78%	27.45%
3 (shpesh)	54	31.76%	60.00%	24.85%	39.33%
4 (pothuajse gjithmonë)	68	40.00%	100.00%	32.58%	47.78%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

40.00% e studentëve raportuan se pothuajse gjithmonë ndihen në siklet akoma pa marrë përgjigjen e provimit kundrejt 7,65% e studentëve të cilët janë shprehur se pothuajse kurrë nuk ndihen në siklet për rezultatin e provimit

Tabela 17.1: N10 .Ndihem shumë në siklet akoma pa marrë rezultatet * Gjinia

N10 .Ndihem shumë në siklet akoma pa marrë rezultatet	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	8	5	13
2 (disa herë)	24	11	35
3 (shpesh)	48	6	54
4 (pothuajse gjithmonë)	62	6	68
TOTAL	142	28	170

Tabela 17.1.1

Chi-square	Df	Probability
14.2794	3	0.0025

Ekziston një lidhje statistikore midis gjinisë dhe variablit me $p=0.0025$

Tabela 17.1 62 prej femrave janë shprehur se pothuajse gjithmonë ndihen në siklet akoma pa marrë përgjigjen e provimit, kundrejt 11 prej meshkujve të cilët janë shprehur se disa herë e kanë këtë ndjesi

Tabela 18: Pyetja 11 vlerësuese për stresin

11.Gjatë provimit ndihem shumë i tensionuar	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	35	20.59%	20.59%	14.78%	27.45%
2 (disa herë)	44	25.88%	46.47%	19.48%	33.15%
3 (shpesh)	43	25.29%	71.76%	18.95%	32.52%
4 (pothuajse gjithmonë)	48	28.24%	100.00%	21.61%	35.64%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Vetëm 28.24% e studentëve janë shprehur se pothuajse gjithmonë ndihen shumë të tensionuar gjatë provimit

Tabela 18.1: N11 Gjatë provimit ndihem shumë i tensionuar * Gjinia

N11 Gjatë provimit ndihem shumë i tensionuar	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	18	17	35
2 (disa herë)	37	7	44
3 (shpesh)	39	4	43
4 (pothuajse gjithmonë)	48	0	48
TOTAL	142	28	170

Tabela 18.1.1

Chi-square	df	Probability
37.296	3	0.0001

Lidhja midis variablilit dhe gjinisë është një lidhje statistikore e fort me $p=0.0001$

Tabela 18.1 Nga tabela shohim se gjinia femërore($n=48$) ka prezencën e stresit më shumë se meshkujt($n=17$) ku femrat janë shprehur se pothuajse gjithmonë ndihen të tensionuar gjatë provimit, kundrejt meshujve që janë shprehur se pothuajse asnjëherë nuk janë të tensionuar gjatë provimit

Tabela 19: Pyetja 12 vlerësuese për stresin

12.Do të doja që provimet të mos më preknin kaq shumë	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	20	11.76%	11.76%	7.34%	17.58%
2 (disa herë)	41	24.12%	35.88%	17.90%	31.26%
3 (shpesh)	43	25.29%	61.18%	18.95%	32.52%
4 (pothuajse gjithmonë)	66	38.82%	100.00%	31.46%	46.59%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Pothuajse gjithmonë u shprehen vetëm 38.82% e studentëve për dëshirën që kishin për të mos u prekur aq shumë nga provimet

Tabela 19.1: N12 Do të doja që provimet të mos më preknin kaq shumë * Gjinia

N12 Do të doja që provimet të mos më preknin kaq shumë	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	10	10	20
2 (disa herë)	33	8	41
3 (shpesh)	37	6	43
4 (pothuajse gjithmonë)	62	4	66
TOTAL	142	28	170

Tabela 19.1.1

Chi-square	df	Probability
22.0155	3	0.0001

Ekziston një lidhje e fort statistikre sinjifikative midis gjinisë dhe variablit me $p=0.0001$

Tabela 19.1 Nga tabela shohim se gjinia femërore($n=62$) ka prezencën e stresit më shumë se meshkujt($n=10$) ku femrat janë shprehur se pothuajse gjithmonë do të dëshironin që provimet të mos i preknin kaq shumë, kundrejt meshujve që janë shprehur se pothuajse asnjëherë nuk e kanë këtë ndjesi

Tabela 20: Pyetja 13 vlerësuese për stresin

13.Kur punoj për provime të vështira nuk kam besim te vetja	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	38	22.35%	22.35%	16.33%	29.37%
2 (disa herë)	49	28.82%	51.18%	22.15%	36.26%
3 (shpesh)	40	23.53%	74.71%	17.37%	30.63%
4 (pothuajse gjithmonë)	43	25.29%	100.00%	18.95%	32.52%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Vetëm 28.82% e studentëve u shprehën se nuk kishin besim tek vetja kur kishin provime të vështira

Tabela 20.1: N13 Kur punoj për provime të vështira nuk kam besim te vetja * Gjinia

N13 .Kur punoj për provime të vështira nuk kam besim te vetja	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	25	13	38
2 (disa herë)	41	8	49
3 (shpesh)	35	5	40
4 (pothuajse gjithmonë)	41	2	43
TOTAL	142	28	170

Tabela 20.1.1

Chi-square	df	Probability
13.5178	3	0.0036

Ekziston një lidhje statistikore midis variablit dhe gjinisë me $p=0.0036$

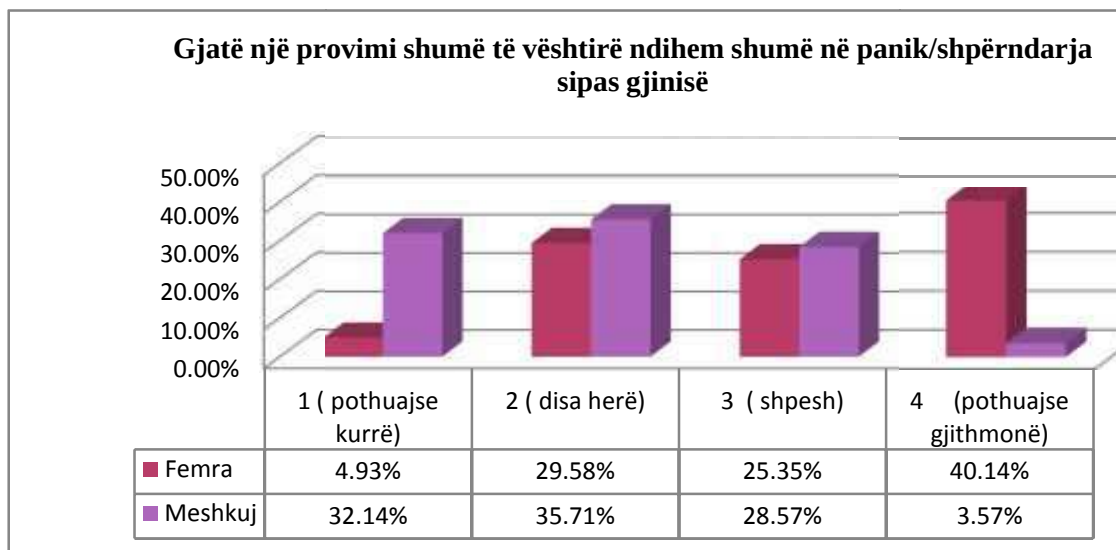
Tabela 20.1 Pjesa më e madhe e femrave përkatësisht 41 janë shprehur se disa herë dhe pothuajse gjithmonë nuk kanë besim tek vetja kur kanë provim të vështirë, kundrejt meshkujve ku pjesa më e madhe ($n=13$) është shprehur se pothuajse asnjëherë nuk e kanë këtë ndjesi

Tabela 21: Pyetja 14 vlerësuese për stresin

14.Gjatë një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	16	9.41%	9.41%	5.48%	14.83%
2 (disa herë)	52	30.59%	40.00%	23.76%	38.11%
3 (shpesh)	44	25.88%	65.88%	19.48%	33.15%
4 (pothuajse gjithmonë)	58	34.12%	100.00%	27.03%	41.77%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

34.12% e studentëve raportuan se pothuajse gjithmonë ndiheshin në panik gjatë një provimi të vështirë kundrejt 9.41% e studentëve që nuk e raportuan këtë ndjenjë

Grafiku 4.



Grafiku 4 na tregon se 40.14% e studentëve femra kishin më shumë predispozit për të shfaqur stres, kundrejt gjinisë mashkullore që ishin 3.57% e studentëve

Tabela 21.1: N14 Gjatë një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik * Gjinia

N14 Gjatë një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	7	9	16
2 (disa herë)	42	10	52
3 (shpesh)	36	8	44
4 (pothuajse gjithmonë)	57	1	58
TOTAL	142	28	170

Tabela 21.1.1

Chi-square	df	Probability
27.9522	3	0.0001

Lidhja midis variablilit dhe gjinisë është një lidhje e fort statistikore sinjifikative me $p=0.0001$

Tabela 21.1 57 femra janë shprehur se pothuajse gjithmonë ndihet në panik gjatë një provimi të vështirë, kundrejt 10 meshkujve që janë shprehur se disa herë janë ndjerë në panikë gjatë një provimi të vështirë

Tabela 22: Pyetja 15 vlerësuese për stresin

15.Dhënia e një provimi të vështirë më duket pune e madhe	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	17	10.00%	10.00%	5.93%	15.53%
2 (disa herë)	48	28.24%	38.24%	21.61%	35.64%
3 (shpesh)	52	30.59%	68.82%	23.76%	38.11%
4 (pothuajse gjithmonë)	53	31.18%	100.00%	24.30%	38.72%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

31.18% e studentëve u shprehen se pothuajse gjithmonë dhënia e një provimi të vështirë iu dukej një punë e madhe

Tabela 22.1: N15 Dhënia e një provimi të vështirë më duket pune e madhe * Gjinia

N15 Dhënia e një provimi të vështirë më duket pune e madhe	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	10	7	17
2 (disa herë)	37	11	48
3 (shpesh)	43	9	52
4 (pothuajse gjithmonë)	52	1	53
TOTAL	142	28	170

Tabela 22.1.1

Chi-square	df	Probability
17.2119	3	0.0006

Lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje e fort statistikore me $p=0.0006$

Tabela 22.1 52 femra janë shprehur se pothuajse gjithmonë dhënia e një provimi u duket një punë e madhe, kundrejt 11 meshkujve që janë shprehur se disa herë dhënia e një provimi u duket një punë e madhe

Tabela 23: Pyetja 16 vlerësuese për stresin

16.Gjatë provimit mendoj shpesh për pasojat e dështimit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	30	17.65%	17.65%	12.23%	24.22%
2 (disa herë)	59	34.71%	52.35%	27.58%	42.37%

3 (shpesh)	39	22.94%	75.29%	16.85%	30.00%
4 (pothuajse gjithmonë)	42	24.71%	100.00%	18.42%	31.89%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

Disa herë u shprehën 34.71% e studentëve për mendimin e pasojave të dështimit gjatë provimit

Tabela 23.1: N16 Gjatë provimit mendoj shpesh për pasojat e dështimit * Gjinia

N16 Gjatë provimit mendoj shpesh për pasojat e dështimit	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	20	10	30
2 (disa herë)	46	13	59
3 (shpesh)	34	5	39
4 (pothuajse gjithmonë)	42	0	42
TOTAL	142	28	170

Tabela 23.1.1

Chi-square	df	Probability
16.1872	3	0.001

Midis variablilit dhe gjinisë ka një lidhje statistikore me $p=0.001$

Tabela 23.1 Si meshkujt ($n=13$)edhe femrat ($n=46$) pjesa më e madhe e tyre janë shprehur se disa herë gjatë provimit mendojnë për pasojat e dështimit

Tabela 24: Pyetja 17 vlerësuese për stresin

17.Para provimit kam rrahje të forta zemre	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	14	8.24%	8.24%	4.58%	13.43%
2 (disa herë)	45	26.47%	34.71%	20.01%	33.77%
3 (shpesh)	47	27.65%	62.35%	21.07%	35.02%
4 (pothuajse gjithmonë)	64	37.65%	100.00%	30.34%	45.39%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

37.65% e studentëve raportuan se pothuajse gjithmonë kishin rrahje të forta zemre para provimit, kundrejt 8.24% estudentëve të cilët nuk e kishin këtë shqetësim

Tabela 24.1: N17 Para provimit kam rrahje të forta zemre * Gjinia

17 Para provimit kam rrahje të forta zemre	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	5	9	14
2 (disa herë)	33	12	45
3 (shpesh)	40	7	47

4 (pothuajse gjithmonë)	64	0	64
TOTAL	142	28	170

Tabela 24.1.1

Chi-square	df	Probability
39.3705	3	0.0001

Midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.0001$

Tabela 24.1 64 femra nga 142 në total janë shprehur se pothuajse gjithmonë para provimit kanë rrahje të forta të zemrës, kundrejt pjesës më të madhe të meshkujve ($n=12$) që janë shprehur se vetëm disa herë para provimit kanë pasur rrahje të forta të zemrës

Tabela 25: Pyetja 18 vlerësuese për stresin

18.Pas provimit përpiqem të mos shqetësohem për rezultatin	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	15	8.82%	8.82%	5.02%	14.14%
2 (disa herë)	49	28.82%	37.65%	22.15%	36.26%
3 (shpesh)	49	28.82%	66.47%	22.15%	36.26%
4 (pothuajse gjithmonë)	57	33.53%	100.00%	26.48%	41.16%
TOTAL	170	100.00%	100.00%		

33.53% e studenteve u shprehën se pothuajse gjithmonë përpiqeshin që të mos shqetësoheshin pas provimit për rezultatin e tij, kundrejt 8.82% e studentëve që u shprehën se nuk shqetësoheshin për rezultatin e provimit pas kryerjes së testit

Tabela 25.1: N18 Pas provimit përpiqem të mos shqetësohem për rezultatin * Gjinia

18 Pas provimit përpiqem të mos shqetësohem për rezultatin	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	10	5	15
2 (disa herë)	36	13	49
3 (shpesh)	40	9	49
4 (pothuajse gjithmonë)	56	1	57
TOTAL	142	28	170

Tabela 25.1.1

Chi-square	df	Probability
15.8055	3	0.0012

Midis variablit dhe gjinisë ka lidhje statistikore me $p=0.0012$

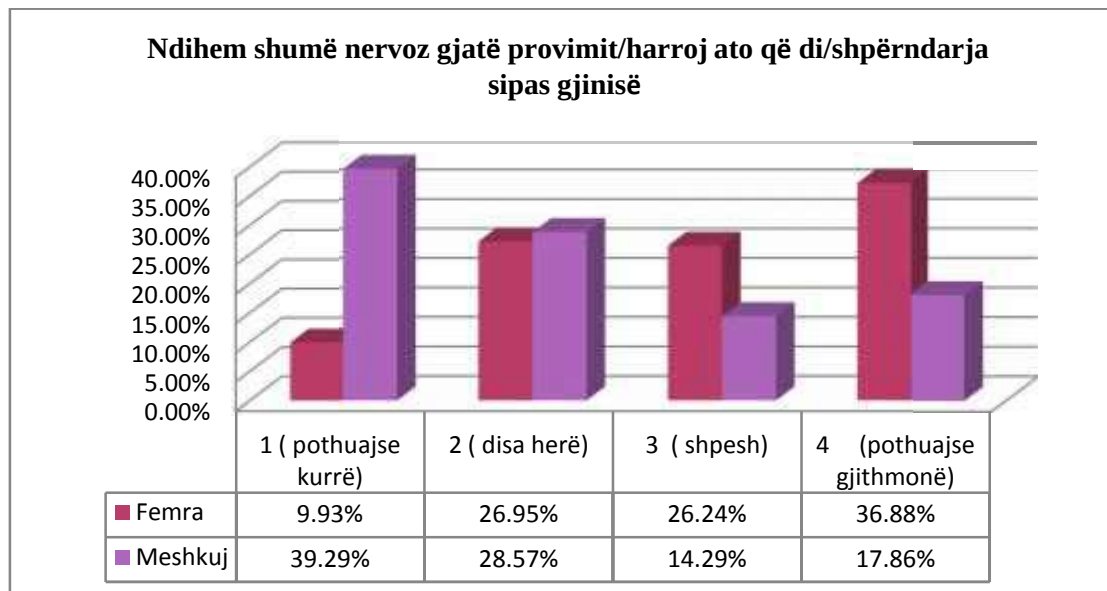
Tabela 25.1 56 femra nga 142 në total janë shprehur se pothuajse gjithmonë para provimit përpiqen të mos shqetësohen për rezultatin, kundrejt pjesës më të madhe të meshkujve ($n=13$) që janë shprehur se vetëm disa herë para provimit janë përpjekur të mos shqetësohen për rezultatin e testit

Tabela 26: Pyetja 19 vlerësuese për stresin

19.Ndihem shumë nervoz gjatë provimit/harroj ato që di	Frequency	Percent	Cum. Percent	95% CI Lower	95% CI Upper
1 (pothuajse kurrë)	25	14.79%	14.79%	9.81%	21.06%
2 (disa herë)	46	27.22%	42.01%	20.67%	34.59%
3 (shpesh)	41	24.26%	66.27%	18.01%	31.44%
4 (pothuajse gjithmonë)	57	33.73%	100.00%	26.65%	41.39%
TOTAL	169	100.00%	100.00%		

Vetëm 33.73% e studentëve raportuan se pothuajse gjithmonë ndiheshin shumë nervoz sa që harronin ato çfarë kishin mësuar

Grafiku 5



Nga grafiku 5 shohim se gjinia femërore përkatësisht 36.88% kanë tendenc për të shfaqur stres, kundrejt gjinisë mashkullore me 17.86%

Tabela 26.1: N19 Ndihem shumë nervoz gjatë provimit harroj ato që di * Gjinia

N19 Ndihem shume nervoz gjate provimit harroj ato qe di	F	M	TOTAL
1 (pothuajse kurrë)	14	11	25
2 (disa herë)	38	8	46
3 (shpesh)	37	4	41
4 (pothuajse gjithmonë)	52	5	57
TOTAL	141	28	169

Tabela 26.1.1

Chi-square	df	Probability
17.5149	3	0.0006

Lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje e fort statistikore sinjifikative me $p=0.0006$

Tabela 26.1 Pothuajse gjithmonë harronin ato që dinin për shkak se ndiheshin shumë nervoz raportuan 52 femra, kundrejt 11 meshkuj që raportuan se pothuajse asnjëherë kjo gjë nuk iu kishte ndodhur

DISKUTIMI

Në analizën finale u përfshin 170 studentë të Fakultetit të Shëndetit Publik të përzgjedhur rastësisht në sezonin e provimeve, cikli i studimeve bachelor.

Duke iu referuar Tabeles 1 vëmë re se moshë mesatare e studentëve ishte 20.15 vjeç, intervali I moshës ishte [18-20] vjeç. Moshë më e shpeshtë 19 vjeç.

Nuk u evidentua lidhje statistikore midis vitit të studimit dhe pyetjeve vlerësuese të stresit, $p>0.05$. Edhe midis programit të studimit, Infermier i Përgjithshëm apo Mami nuk u evidentua lidhje statistikore. E njëjta gjë u evidentua edhe për mesataren në mësim dhe nivelin e stresit, $p>0.05$.

Nëse I referohemi Tabelës 2 shohim që përqindja më e madhe e studentëve ishin të gjinisë femërore, 83.53%, kundrejt gjinisë mashkullore, 16.47%. Nga studimi nxorëm që gjinia femërore kishte një predispozitë më të madhe për të prekur nga stesi para provimit Prevalenca e Stresit varion në bazë të gjinisë, etnicitetit dhe moshës. Gjiniya femërore ka rrezik më të lartë për stres krahasuar me gjinin mashkullore, gjithashtu grupet minoritare dhe adultet e moshës 45-64 vjeç kanë gjasa më të larta se cdo grupmoshe tjetër për të prekur nga stesi (Stephanie Faris, George Krucik, 2012).

Në tabelën 3 shohim që përqindja më e madhe e studentëve pjesëmarrës në studim

u perkisin vitit të parë, 45.29% dhe vitit të tretë, 41.76% të programit studimor bachelor. Ndërkohë në Tabelen 4 e cila I refetohet shpërndarjes së studentëve sipas

statusit civil shohim se 91,18% student ishin beqar dhe 8.82% ishin të martuar. Shpërndarja sipas programit studimor Tabela 5 shohim se 76.71% e studentëve studionin për Infermieri të Përgjithshme dhe 23.29% e studentëve studionin për Infermieri Mami. Në Tabelën 6 shohim që 87.06% e studentëve kishin një historik me diagnozë mjekësore dhe 12.94% e studentëve nuk kishin një diagnozë mjekësore. Në tabelen 7 shohim që përqindjen më të madhe 27.65% e studentëve e kishin mesataren 8-8.9

Një nga faktorët favorizues të shfaqjes së stresit janë ndryshimet e rëndësishme në jetën e individëve si dhe ngjarje stresuese si mund të jenë divorci, ose kujdesi për persona të afërt dhe kujdesi për persona të semur. Ndërkohë që ngjarje pozitive, si martesë, punësimi mund të parandalojnë instalimin e stresit dhe individit në keto raste mund ta kalojë situatën vetëm me mërzitje të lehta (NAMI, 2000).

Variabli 1 që paraqet *Gjatë provimit ndihem i/e relaksuar*, vlerësuesin 1 të tendencës për stres, pjesë e studimit (Tabela 8) na paraqet se 34.71% ($n=59$) kanë tendencën për stres kundrejt 23.53% ($n=40$) që nuk e kanë këtë tendencën për stres para provimit. Sipas gjinisë (Tabela 8.1) evidentohet se gjinia femërore ka predispozitë më të madhe për të shfaqur stres (50) kundrejt gjinis mashkullore ($n=9$). Kemi ekzistencën e një lidhje të fort statistikore me $p=0.0123$ midis gjinis dhe shfaqjes së stresit para provimit (Tabela 8.1.1). Sipas statusit civil (Tabela 8.2) shohim që beqarët kanë tendencë më shumë për stres para provimit ($n=58$) me

pikëzim 1 kundrejt të martuarëve ($n=1$) që është shprehur për këtë ndjesi. Midis statusit civil dhe ndjesisë së relaksimit para provimit (Tabela 8.2.1) shikohet që nuk ekziston një lidhje e fort statistikore me $p=0.0571$. Rezultatet janë të ngjashme me një tjetër studim transversal ku tregohet se gjinia femërore është më e prekur se gjinia mashkullore [1]

Variabli 2 që paraqet *Gjatë provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi*, vlerësuesin 2 të tendencës për stres, pjesë e studimit (Tabela 9) na paraqet se me pikëzim 4 ishin 37.65% ($n=64$) e studentëve dhe me pikëzim 1 ishin 5.29% ($n=9$) e studentëve. Për sa I përket gjinisë shikojme se gjinia femërore ($n=63$) dhe me pikëzim 4 ka një predispozitë më të madhe për stress kundrejt gjinis mashkullore që u referua vetem 1 student me pikëzimin 4 (Tabela 9.1). Lidhja statistikore me $p=0.001$ është një lidhje statistikor sinjifikante e fort ku gjinia luan rol të rëndësishëm për shfaqjen e ndjenjës së ankthit dhe shqetësimit para provimit te studentët (Tabela 9.1.1). Një studim I ngjashem ishte realizuar me 2002 ku tregohet se gjinia ishte e lidhur fort me ndjenjën e ankthit dhe e shqetësimit para provimit te studentët. [4]

Variabli 3 që paraqet *Mendimi për notën që do marrë ndikon në atë cka shkruaj në provim* vlerësuesin 3 të tendencës për stres, vëmë re se me pikëzim 4 ishin 26.47% ($n=45$) e studentëve dhe me pikëzim 1 ishin 12.94% ($n=22$) (Tabela 10). Nëse I referohemi pot ë njejtës variable po me shpërndarje sipas gjinisë (Tabela 10.1) vëmë re se me pikëzim 2 ishin 47 femra dhe po me të njëjtin pikëzim ishin 7 meshkuj. Midis gjinisë dhe mendimi për notën që do të marrë në provim ndikon në atë cfarë shkruaj është një lidhje statistikore sinjifative e fort me $p=0.0118$ (Tabela 10.1.1). Një rezultat të tillë e paraqesin disa studime te kryera me parë ku tregohet se stresi ndikon në performancën e studentit para dhe gjatë provimit. [5] [6] [7] [8] [29]

Variabli 4 që paraqet *Para një provimi të vështirë ndihem si e ngrirë* vlerësuesin 4 të tendencës për stres (Tabela 11) shohim se

me pikëzim 4 janë 30.59% ($n=52$) student dhe me pikëzimin 1 janë 17.06% ($n=29$) student. Përsa I përket gjinis (Tabela 11.1) shikohet se me pikëzim 4 janë 48 dhe me pikëzim 1 janë 17 femra, kundrejt gjinis mashkullore ku me pikëzim 4 janë 4 dhe me pikëzim 1 janë 12 student meshkuj, kjo gjë tregon se midis këtij variabli dhe gjinisë ekziston nje lidhje statistikore e fort sinjifikative me $p=0.0009$ (Tabela 11.1.1). Studime të ngjashme janë kryer ku tregohet shfaqja e stresit përmes siptomave të tij. [4] [30] [29]

Variabli 5 që paraqet *Gjatë provimeve mendoj shpesh për cfarë kam siguruar* vlerësuesin 5 të tendencës për stres (Tabela 12) vëmë re se me pikëzim 2 janë 31.18% ($n=53$) dhe me pikëzim 3 janë 30.00% ($n=50$) student. Po me të njëjtin variabël po sipas shpërndarjes së gjinisë shohim se me pikëzim 2 janë 41 femra dhe 12 meshkuj dhe me pikëzimin 3 janë 45 femra dhe 6 meshkuj nga kjo gjë shohim se nuk ekzistonë një lidhje statistikore sinjifikative $p=0.228$. Një studim tjetër për këtë variabël ka rezultuar të jetë sinjifikative edhe pse në studimin që kam kryer kjo gjë nuk u pa. [8]

Variabli 6 që paraqet *Sa më shumë mësojë për provimet aq më shumë konfuz ndihem* vlerësuesin 6 të tendencës për stres (Tabela13), shohim se me pikëzim 4 janë 24.28% ($n=48$) dhe me pikëzim 1 janë 17.65% ($n=30$). Sipas gjinisë me pikëzim 4 janë 43 femra dhe 10 meshkuj, dhe me pikëzim 1 janë 20 femra dhe 5 meshkuj (Tabela 13.1). Kjo tregon se midis gjinis dhe variablit ka një lidhje statistikore sinjifikative me $p=0.0336$ (Tabela13.1.1). Krahsuar me një studim i realizuar më parë ku tregohet se nuk kishte një lidhje statistikore midis variablit dhe shfaqes së stresit. [1]

Variabli 7 që paraqet *Mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përqendrimin* vlerësuesin 7 të tendencës për stres (Tabela 14), vëmë re se me pikëzim 4 ishin 30.95% ($n=52$) dhe me pikëzim I ishin 14.29% ($n=24$) student. Po me të njëjtën variabël po sipas gjinisë me pikëzim 4 kemi 50 femra dhe 2 meshkuj si

dhe me pikëzim 1 kemi 16 femra dhe 8 meshkuj (Tabela 14.1) Kjo tregon se midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.007$ (Tabela 14.1.1). Rezultatet janë të ngjashme me studime të kryera më parë ku tregohet se një manifestim i stresit është edhe mungesa e përqendrimit gjatë kryerjes së provimit. [5] [6] [7] [29]

Variabli 8 që paraqet *Para një provimi të vështirë ndihem shumë nervoze* vlerësuesin 8 të tendencës për stres (Tabela 15), evidenton se me pikëzim 4 janë 45.88% ($n=78$) e studentëve dhe me pikëzim 1 janë 7.65% ($n=13$) e studentëve të marë në studim. Nga shpërndarja sipas gjinisë (Tabela 15.1) shohim se me pikëzim 4 që tregon tendencën më të lart për të shfaqur stres e kanë femrat sepse janë 75 studente femra kundrejt 3 student meshkuj. Kjo tregon se midis variablit dhe gjinisë ekziston një lidhje e fort sinjifikative me $p=0.0001$ (Tabela 15.1.1).

Variabli 9 që paraqet *Edhe pse jam përgatitur mirë prapë ndihem nervoz* vlerësuesin 9 të tendencës për stres (Tabela 16), evidenton se me pikëzim 4 janë 34.91% ($n=59$) dhe me pikëzim 1 janë 11.83% ($n=20$). Sipas gjinisë (Tabela 16.1) shikojme se gjinia femërore ka tendencë më të lart për stress sesa gjinia mashkullore kjo shikohet sepse me pikëzim 4 ishin gjithësej 57 studentet femra të raportuara kundrejt 2 student të gjinis mashkullore. Nga kjo gjë shihet se lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje e fort statistikore me $p=0.0001$ (Tabela 16.1.1). Krahsuar me studimet e kryera më parë shikojmë se rezultatet janë pothuajse të njëjta ku tregohet se pasiguria dhe stresi mund të ndodhin edhe si shkak e numrit të madhe të provimeve [7] [8]

Variabli 10 që paraqet *Ndihem shumë në siklet akoma pa marrë rezultatet* vlerësuesin 10 të tendencës për stres (Tabela 17), vëmë re se me pikëzim 4 janë 40.00% ($n=68$) e popullatës në studim dhe me pikëzim 1 janë 7.65% ($n=13$) e popullatës. Shpërndarja sipas gjinis tregon se gjinia femërore me pikëzim 4 është me e predispozur për stres ($n=62$) kundrejt

gjinisë mashkullore ($n=6$) (Tabela 17.1). Ekziston një lidhje statistikore midis gjinisë dhe variablit me $p=0.0025$ (Tabela 17.1.1). I njëjti rezultat është parë edhe tek studimet e kryera më parë. [7] [5] [29]

Variabli 11 që paraqet *Gjatë provimit ndihem shumë i tensionuar* vlerësuesin 11 të tendencës për stres (Tabela 18), vëmë re se me pikëzim 4 janë 28.24% ($n=48$) e popullatës në studim dhe me pikëzim 1 janë 20.59% ($n=35$) e popullatës. Shpërndarja sipas gjinis tregon se gjinia feërore me pikëzim 4 është me e predispozur për stres ($n=48$) kundrejt gjinisë mashkullore ($n=0$) (Tabela 18.1). Kjo tregon se lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje statistikore e fort me $p=0.0001$ (Tabela 18.1.1). Ky rezultat është i ngjashëm me një studim i kryer nga Hyldegard (2006) ku tregohet përjetimi i stresit te studentët para, gjatë dhe pas provimit. [7]

Variabli 12 që paraqet *Do të doja që provimet të mos me preknin kaq shumë* vlerësuesin 12 të tendencës për stres (Tabela 19), vëmë re se me pikëzim 4 janë 38.82% ($n=66$) e popullatës në studim dhe me pikëzim 1 janë 11.76% ($n=20$) e popullatës. Shpërndarja sipas gjinis tregon se gjinia feërore me pikëzim 4 është me e predispozur për stres ($n=62$) kundrejt gjinisë mashkullore ($n=4$) (Tabela 19.1). Kjo tregon se ekziston një lidhje e fort statistikore sinjifikative midis gjinisë dhe variablit me $p=0.0001$

Variabli 13 që paraqet *Kur punoj për provime të vështira nuk kam besim te vetja* vlerësuesin 13 të tendencës për stres (Tabela 20), vëmë re se me pikëzim 4 janë 25.49% ($n=43$) e studentëve në studim dhe me pikëzim 1 janë 22.35% ($n=38$) e studentëve. Sipas gjinisë shikojme se gjinia femërore ($n=41$) me pikëzim 4 është më shumë në stress se gjinia mashkullore ($n=2$) (Tabela 20.1). Kjo tregon se kemi një lidhje statistikore midis variablit dhe gjinisë me $p=0.0036$ (Tabela 20.1.1). Ky rezultat është parë edhe në studimin e kryer nga Parkut-Stamm (2010). [30]

Variabli 14 që paraqet *Gjatë një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik*

vlerësuesin 14 të tendencës për stres (Tabela 21), vëmë re se me pikëzim 4 janë 34.12% (n=58) e studentëve në studim dhe me pikëzim 1 janë 9.41% (n=16) e studentëve. Sipas gjinisë shikojme se gjinia femerore (n=57) me pikëzim 4 është më shumë në stres se gjinia mashkullore (n=1) (Tabela 21.1). Kjo tregon se lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje statistikore e fort me $p=0.0001$ (Tabela 21.1.1). Ky rezultat është I ngjashëm me një studim i kryer më parë ku tregohet përjetimi I stresit te studentët para, gjatë dhe pas provimit. [7]

Variabli 15 që paraqet *Dhënia e një provimi të vështirë më duket punë e madhe* vlerësuesin 15 të tendencës për stres (Tabela 22), tregon se me pikëzim 4 kemi 31.18% (n=53) e studentëve dhe me pikëzim 1 kemi 10.00% (n=17) e studentëve. Sipas gjinisë shikojme se gjinia femerore (n=52) me pikëzim 4 është më shumë në stres se gjinia mashkullore (n=1) (Tabela 22.1). Kjo tregon se lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje statistikore e fort me $p=0.0006$ (Tabela 22.1.1).

Variabli 16 që paraqet *Gjatë provimit mendoj shpesh për pasojat e dështimit* vlerësuesin 16 të tendencës për stres (Tabela 23), tregon se me pikëzim 4 kemi 24.71% (n=42) e studentëve dhe me pikëzim 1 kemi 17.65% (n=30) e studentëve. Sipas gjinisë shikojme se gjinia femerore (n=42) me pikëzim 4 është më shumë në stres se gjinia mashkullore (n=0) (Tabela 23.1). Kjo tregon se lidhja midis variablit dhe gjinisë është një lidhje statistikore e fort me $p=0.001$ (Tabela 23.1.1). Një rezultat I ngjashëm është bërë së fundi, nga Parkut-Stamm (2010) mbi Stresin para Provimit, ku ka vënë theksin në rolin e stresit para provimit dhe mendimet vetëshkatërruese. Ky çrregullim është më shumë tek studentë të shqetësuar gjatë një provimi. [30]

Variabli 17 që *Para provimit kam rrahje të forta zemre* vlerësuesin 17 të tendencës për stres, vëmë re se me pikëzim 4 ishin 37.65% (n=64) e studentëve dhe me pikëzim 1 ishin 8.24% (n=14) (Tabela 24). Nëse I referohemi po të njëjtës variable po me shpërndarje sipas gjinisë (Tabela 24.1) vëmë re se me pikëzim 4 ishin 64 femra dhe po me të njëjtin pikëzim ishin 0 meshkuj. Kjo tregon se midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.0001$. Ky rezultat është I ngjashëm me disa studime të kryera më parë.[4][5] [29]

Variabli 18 që *Pas provimit përpiqem të mos shqetësohem për rezultatit* vlerësuesin 18 të tendencës për stres, vëmë re se me pikëzim 4 ishin 33.53% (n=57) e studentëve dhe me pikëzim 1 ishin 8.82% (n=15) (Tabela 25). Nëse I referohemi po të njëjtës variable po me shpërndarje sipas gjinisë (Tabela 25.1) vëmë re se me pikëzim 4 ishin 56 femra dhe po me të njëjtin pikëzim ishin 1 meshkuj. Kjo tregon se midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.0012$ (Tabela 25.1.1). Ky rezultat është I ngjashëm me një studim I kryer nga nga Hyldegard (2006). [7]

Variabli 19 që *Ndihem shumë nervoz, gjatë provimit/harroj ato që di* vlerësuesin 19 të tendencës për stres, vëmë re se me pikëzim 4 ishin 33.73% (n=57) e studentëve dhe me pikëzim 1 ishin 14.79% (n=25) (Tabela 26). Nëse I referohemi po të njëjtës variable po me shpërndarje sipas gjinisë (Tabela 26.1) vëmë re se me pikëzim 4 ishin 52 femra dhe po me të njëjtin pikëzim ishin 5 meshkuj. Kjo tregon se midis gjinisë dhe variablit ka një lidhje të fort statistikore sinjifikative me $p=0.0012$ (Tabela 26.1.1). Ky rezultat është I ngjashëm me një studim I kryer nga Hyldegard (2006). [7]

KONKLUZIONE

- Nga ky studim nxorëm se kemi një tendenc në rritje për të pasur stres te studentët para provimit
- Gjinia femërore ishte gjinia që kishte më shumë predispozitë për të prekur nga stresi
- Sipas statusit civil beqarët ishin ata të cilët kishin përjetime stresi para provimit kundrejt të martuarëve të cilët nuk e shfaqeshin shumë këtë gjë
- Mesatarja e lëndëve e studentëve nuk kishte ndonjë ndikim në shfaqjen e stresit
- Gjithashtu për të gjitha variablat e studiuar gjinia femërore kishte më shumë tendenc për stres kundrejt gjinisë mashkullore
- Nga variablat vlerësuese të stresit pikëzimin maksimal për stres e kishin pothuajse të gjitha variablat vlerësuese për stresin
- Për variablin gjatë provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi, pyetje vteësuese për stresi shohim se gjinia femërore (44.37%) me pikëzim 4 ka më shumë predispozitë për të shfaqur stres para provimeve, kundrejt gjinisë mashkullore (3.57%) po me të njejtin pikëzim.
- Për variablin para një provimi të rëndë ndihem si i/e ngrirë, pyetje vteësuese për stresi shohim se me pikëzim 4, 33.80% e femrave kanë tendenc për të shfaqur stres, kundrejt gjinisë mashkullore me 14.29% po me të njejtin pikëzim
- Për variablin gjatë provimeve mendoj shpesh për cfarë kam siguruar nga shkollimi im shohim se me pikëzim 3 % më të madhe e zë gjinia femërore me 31.69% dhe me pikëzim 2 % më të madhe e zë gjinia mashkullore me 42.86%
- Për variablin gjatë një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik shohim se 40.14% e studentëve femra kishin më shumë predispozitë për të shfaqur stres, kundrejt gjinisë mashkullore që ishin 3.57% e studentëve (pikëzimi 4)
- Për variablin ndihem shumë nervoz gjatë provimit sa që I harroj ato që di shohim se gjinia femërore përkatësisht 36.88% kanë tendenc për të shfaqur stres, kundrejt gjinisë mashkullore me 17.86% (pikëzimi 4)

REKOMANDIME

- Nisur nga rezultatet e mara nga studimi im do të rekomandoja kryerjen e studimeve të tjera në gjithë vendin për të vlerësuar shkallën e stresit para provimit te studentët
- Rekomandoj për drejtuesit e Fakultetit të Shëndetit Publik:
 - o të mundësojnë krijimin e aktiviteteve të ndryshme menaxhuse për të reduktuar stresin para provimeve te studentët
 - o të rishikohen koeficientët për secilën lëndë për të parë shkallën e vështirësisë tek studentët
 - o të mirë përcaktojnë distanca midis provimeve
- Rekomandoj për studentët:
 - o të kryejnë aktivitete shlodhëse gjatë provimeve
 - o të konsultohen me një psikolog për të shprehur ndjenjat e tyre

REFERENCA

- 1- Erfanmanesh, M., Abrizah, A. and Karim, N.H.A 2012. Development and validation of the Information Seeking Stress Scale. *Malaysian Journal of Library & Information Science*. Vol. 17, no. 1: 21-39
- 2- Mellon, C. A. 1996. Library stress: A grounded theory and its development. *College & Research Libraries*, Vol. 47, no. 2: 160-165.
- 3- Kuhlthau, C. C. 2000. *Seeking meaning: A process approach to library and informationservices*. Norwood, NJ: Ablex.
- 4- Dalrymple, P. W. and Zweizig, D. L. 2002. Users' experience of information retrieval systems: An exploration of the relationship between search experience and affective measures. *Library & Information Science Research*, Vol. 14, no. 2: 167-181.
- 5- Young, N. J. and Von Seggern, M. 2003. General information seeking in changing times: A focus group study. *Reference & Users Services Quarterly*, Vol. 41, no. 2: 159-169.
- 6- Cheng, Y. 2004. *Thoughts, feelings, and actions: Quantitative comparisons of interactions and relationship among three factors in college students' information seeking*. PhD thesis. Indiana: Indiana University.
- 7- Hyldegard, J. 2006. Collaborative information behavior: Exploring Kuhlthau's Information Search Process model in a group-based educational setting. *Information Processing & Management*, Vol. 42, no. 1: 276-298
- 8- Chowdhury, S. and Gibb, F. 2009. Relationship among activities and problems causing uncertainty in information seeking and retrieval. *Journal of Documentation*, Vol. 65, no. 3: 470-499
- 9- Zeidner, M. (1998). Test anxiety. The state of the art. New York: Plenum Press Zinnser, N., Bunker, L., & Williams, J. M. (2006). Cognitive techniques for building confidence and enhancing performance. In J. M. Williams (Ed.), *Applied sport psychology: Personal*
- 10- Cassady, S. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test stress and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 27, 270-295
- 11- Hagtvet, K. A., Man, F., & Sharma, S. (2001). Generalizability of self-related cognition in test stress. *Personality and individual differences* 31, 1147-1171
- 12- Ergene, T. (2003). Effective interventions on test stress reduction. *School Psychology International*, 24, 313-328
- 13- Kirk, H., and Clarke, S. A. (2007). *Cognitive therapy behavior: a practical guide to treatment of mental disorders* (translated by Habibollah Ghasemzadeh) Vol 1. Tehran : Arjmand
- 14- Wessel, I., & Mersch, P. (2009). A cognitive-behavioral group treatment for test stress adolescents. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 149-160
- 15- Chamorro-Premuzic, T., Ahmetoglu, G., & Furnham, A. (2008). Little more than personality: Dispositional determinants of test stress (the Big Five, core self-evaluations, and self-assessed intelligence). *Learning and Individual Differences* 18, 258-263
- 16- Ellis, B. (2009). *Becoming a master student*. Rapid City, SD: College Survival, Inc

- 17- Goldfried, M., & Davison, G. (2004). *Clinical behavior therapy*. New York: Wiley-Inter science
- 18- Zeidner, M. (2006). *Test stress. The state of the art*. New York: Plenum Press Zinnser, N., Bunker, L., & Williams, J. M. (2006). Cognitive techniques for building confidence and enhancing performance. In J. M. Williams (Ed.), *Applied sport psychology: Personal*
- 19- Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Mpompaki, S., & Theodorakis, Y. (2009). Mechanisms underlying the self-talk-performance relationship: The effects
- 20- Luke C Ward, Brian (2001) *Stress Management* (translated by Mehdi Gharache daghi) Tehran: Peykan (Date of publication in main language, 1997).
- 21- Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Medical Education* 2014; 48(10): 963-979
- 22- Yamaguchi S, Wu SI, Biswas M, Yate M, Aoki Y, Barley EA, Thornicroft G. Effects of short-term interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: a systematic review. *J Nerv Ment Dis.* 2013 Jun;201(6):490-503. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829480df .
- 23- Davis-McCabe C. CALM: Two years on - students' experience of the CALM approach. *Association for University and College Counselling Journal.* 2009;
- 24- Van Kampen, D. J. 2003. *Library stress, the information search process and doctoral use of the library*. PhD thesis. Florida: University of Central Florida.
- 25- Erfanmanesh, M. 2011. Use of multidimensional Library Stress Scale on education and psychology students in Iran. *Library Philosophy & Practice*, Paper 563: 10p. Available at: <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1594&context=libphilprac>
- 26- Onwuegbuzie, A. J., Jiao, Q. C. and Bostick, S. L. 2004. *Library stress: Theory, research, and applications*. Lanham, Md.; Oxford: Scarecrow Press.
- 27- Bostick, S. L. 1992. The development and validation of the Library Stress Scale. PhD thesis. Michigan: Wayne State University
- 28- Karim, N. H. A. and Ansari, N. 2011. Examining the effects of gender, nationality and bibliographic instruction on library stress. *Malaysian Journal of Library & Information Science*, Vol. 16, no. 2: 141-154.
- 29- Ben Omran, A. I. 2003. *Library stress and internet stress among graduate students of a major research university*. PhD thesis. Pittsburg: University of Pittsburgh.
- 30- Nahl, D. and Tenopir, C. 2010. Affective and cognitive searching behavior of novice endusers of a full-text database. *Journal of the American Society for Information Science & Technology*, Vol. 47, no. 4: 276-286.
- 31- Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009;7:79. doi: 10.1186/1741-7015-779. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/79>.
- 32- Ridge D, Emslie C, White A. Understanding how men experience, express and cope with mental distress: where next? *Sociol Health Illn.* 2011 Jan;33(1):145-59. doi:

- 10.1111/j.1467-9566.2010.01266.x
- 33- Göritz A. Incentives in Web studies: Methodological issues and a review. *International Journal of Internet Science*. 2006
- 34- Sethi S, Campbell AJ, Ellis LA. The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and stress. *Journal of Technology in Human Services*. 2009 Aug 31;28(3):144–160. doi: 10.1080/15228835.2010.508317.
- 35- Botella C, Gallego MJ, Garcia-Palacios A, Guillen V, Baños RM, Quero S, Alcañiz M. An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010 Aug;13(4):407–21. doi: 10.1089/cyber.2009.0224.
- 36- Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*. 2014 Sep 6;327(7414):557–60. doi: 10.1136/bmj.327.7414.557.<http://europepmc.org/abstract/MED/12958120>.
- 37- Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester, England: Wiley-Blackwell; 2008.

PYETËSORI

Pyetjet e më poshtme shërbejnë për të vlerësuar stresin te studentët para provimit. Pyetëtori është anonim. Të dhënat e mbledhura do të shërbejnë për hartimin e një studimi për temë diplome Master Shkencor në Infermieri.

Faleminderit për bashkëpunimin dhe pjesëmarrjen.

PYETËSORI PËR VLERËSIMIN E STRESIT PËR PROVIMET TE STUDENTËT

Ky është një pyetësor anonim që vlerëson nivelin e stresit të studentëve para provimeve tuaja të mëposhtme. Ju lutem vendosni një nga të alternativat që përfaqëson më mirë atë që ju ndjeniu faleminderit!

Moshë _____

Gjinia: F ☐ M ☐

Vitet: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Bachelori ☐ Master ☐

Statusi civil: Beqar ☐ Martuar ☐

Historik me diagnozë mjekësore: Po ☐ Jo ☐

Mesatarja juaj _____

1	Gjate provimit ndihem i/e relaksuar	Pothuajse kurrë (1)	Disa here (2)	Shpesh (3)	Pothuajse gjithmonë (4)
2	Gjate provimit kam ndjenja ankthi dhe shqetësimi				
3	Mendimi për notën që do marr ndikon në atë që do shkruaj në provim				
4	Pas një provimi të rëndë ndihem si e rëngur				
5	Gjate provimeve mendoj shpesh për atë që kam shkruar në shkollimin tim				
6	Sa më shumë mesazj për provimet aq më shumë konfuz ndihem				
7	Mendimi që nuk kam shkruar në provim ndikon në përmendur në të gjitha provimet				
8	Pas një provimi të rëndë ndihem shumë nervoz				
9	Edhe pse jam përgatitur mirë për provimin , propo ndihem nervoz				
10	Ndihem shumë në siklet akoma pas marrë rezultateve				
11	Gjate provimit ndihem shumë i tensionuar, kam stomakun shumë të rëndë				
12	Do të dëshiroja që provimet të mos më preknin kurrë shumë				
13	Kur punoj për provime të vështira , nuk kam shumë besim te vetja				
14	Gjate një provimi shumë të vështirë ndihem shumë në panik				
15	Dhënia e një provimi të vështirë më duket punë shumë e madhe				
16	Gjate provimit mendoj shpesh për pasojat e dështimit				
17	Pas provimit kam frikë të fortë të zemrës				
18	Pas provimit , përpiqem që të mos shqetësohem për rezultatin por është më e fortë se mua				
19	Ndihem shumë nervoz gjate provimit sa që i bërrnj nje gjitha ato që më				

FAKTORËT QË NDIKOJNË DUHANPIRJEN DHE PARANDALIMIN E TIJ

Oltjona Arapaj

olaarapaj@gmail.com

Abstract

The World Health Organization (WHO) attributes more than 4 million deaths per year to tobacco and is expected to increase up to 10 million deaths per year by 2020. Moreover, it is now a growing public health problem in the developing world.

Purpose

To assess the spread of smoking to high school students in Vlora and to identify the factors that stimulate smoking and their attitudes towards it.

Method

This study was conducted using questionnaires divided into two parts among 120 high school students in the city of Vlora. The selection of the students was randomly made.

Results

The study found that most teenagers have started using tobacco at the age of 14 to 15 at 18%. Approximately 43% of the students were of the average level of tobacco use. 95.8% of young people consider the problematic

smoking and 95% of them are aware of the risks of smoking.

Conclusions

This study concluded that the highest smoking projection was in males by 68%. The factors that have stimulated youth smoking are:

Parents - Teenagers tend to imitate their parents. They prefer to do what grows do.

Society - Friends compel them to smoke. Often, they feel the need to be part of a group of friends.

Emotional Pressure - Teenagers smoke to escape from the pressures of modern lifestyle. They end up taking this bad habit to get out of emotional or even depression.

Fashion - It's also in vogue to smoke. Many teenage boys and girls feel very happy when they smoke.

Rebellion - The rebellious stance obliges adolescents to smoke. If they are forced by adults not to smoke, they will do exactly the opposite.

Key words: Tobacco, Health Policies, Schools, Research

Hyrje

Pirja e duhanit është një nga shkaqet kryesore të vdekjes së parandalueshme, përgjegjëse për mbi 5 milionë vdekje në vit . Aktualisht, më shumë se 1 miliard njerëz pijnë duhan, me mbi 80% që jetojnë

në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme[1].Megjithatë, vendet janë në faza të ndryshme të epidemisë së duhanit . Shumë vende kanë arritur rënie të ndjeshme në pirjen e duhanit dhe

sëmundjeve të lidhura me duhanin nëpërmjet zbatimit të programeve të kontrollit të duhanit, ndërsa të tjerë po përjetojnë rritje në prevalencën e duhanit. Përpjekjet e kontrollit të duhanit kanë evoluar me kalimin e kohës pasi që provat janë rritur për të mbështetur përdorimin e qasjeve të ndryshme. Metodatat e përdorura më së shumti në bazë popullore kanë përfshirë taksat në rritje, edukimin publik përmes fushatave të medias masive dhe paralajmërimeve shëndetësore, kufizimeve të marketingut të duhanit dhe futjen e ambienteve të brendshme pa tym.

Duhani është shkaku më i madh i parandalueshëm i vdekjes në botë sot, duke vrarë deri gjysmën e njerëzve që e përdorin atë. Më shumë se një miliard njerëz në mbarë botën aktualisht pijnë duhan - rreth një e katërta e të rriturve - dhe përdorimi i duhanit aktualisht vret më shumë se pesë milionë njerëz në mbarë botën çdo vit. Përdorimi i duhanit vazhdon të rritet në vendet në zhvillim për shkak të rritjes së qëndrueshme të popullsisë së bashku me përpjekjet e marketingut agresiv të industrisë së duhanit. Nëse trendet aktuale vazhdojnë, duhani do të vrasë më shumë se tetë milionë në vit deri në vitin 2030. Deri në fund të këtij shekulli, duhani mund të vrasë një miliard njerëz. Vlerësohet se më shumë se tre të katërtat e këtyre vdekjeve do të jenë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.

Përdorimi i duhanit është një faktor rreziku për gjashtë nga tetë shkaqet kryesore të vdekjes në botë. Pirja e duhanit shkakton kancer të mushkërive, laringut,

veshkave, fshikëzës, stomakut, zorrës së trashë, zgavrës së gojës dhe ezofagut, si dhe bronkit kronik, sëmundje kronike obstruktive pulmonare, sëmundje ishemike të zemrës, goditje në tru, abort dhe lindje e parakohshme, defekte të lindjes dhe infertilitetit. Kjo rezulton në vuajtjet e parandalueshme të njeriut dhe humbjen e shumë viteve të jetës produktive. Përdorimi i duhanit gjithashtu shkakton dëm ekonomik për familjet dhe vendet për shkak të pagave të humbura, produktivitetit të reduktuar dhe rritjes së kostove të kujdesit shëndetësor.

Aktualisht janë rreth 1.3 miliard duhanpirës në botë, kryesisht që jetojnë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Nëse nuk e lënë, pothuajse gjysma e tyre do të vdesin para kohe nga sëmundjet e lidhura me duhanin, duke përfshirë kancerin e mushkërive, sëmundjet e zemrës dhe sëmundjen pulmonare obstruktive kronike. Duhani vrau 100 milionë njerëz gjatë shekullit të njëzetë dhe aktualisht shkakton rreth 6 milionë vdekje çdo vit, duke përfshirë mbi 600 000 vdekje në mesin e jo-duhanpirësve që i atribuohen ekspozimit ndaj tymit të duhanit të dorës së dytë. Globalisht, duhani është përgjegjës për 12% të të gjitha vdekjeve mashkullore dhe 6% të të gjitha vdekjeve femra. Për shkak të rritjes së popullsisë dhe aktiviteteve agresive të marketingut të kompanive të duhanit, vdekjet e lidhura me duhan parashikohet të rriten, duke u rritur nga 6 milion vdekje në rreth 12 milion vdekje në vit për periudhën 2025-2050. [2]

pasurisë dhe grupeve profesionale. Katër studimet e mëposhtme shikojnë efektin e të ardhurave në pirjen e duhanit në vende të ndryshme. Për shembull, një studim raporton një marrëdhënie të kundërt midis të ardhurave dhe pirjes së duhanit në Francë dhe në Mbretërinë e Bashkuar [3]. Të dhënat nga Studimi Botëror i Shëndetit tregojnë se pirja e duhanit ishte në mënyrë disproporcionale të meshkujt më të varfër në shumicën e dermuesve të vendeve. Në identifikimin e praktikave për pirjen e

Kapitulli 1 : Prevalenca e duhanpirjes në BE dhe kontributi i saj në pabarazitë shëndetësore.

1.1 Marrëdhënia ndërmjet prevalencës së duhanpirjes dhe statusit socio-ekonomik

Hulumtimet tregojnë një marrëdhënie mjaft të qëndrueshme midis prevalencës së duhanpirjes dhe statusit socio-ekonomik, duke përdorur masat e të ardhurave,

duhanit u vu re se meshkujt me të ardhura të ulta kanë 2.5 herë më shumë gjasa të jenë duhanpirës se burrat më të pasur. Për gratë, studimi tregoi një model më të ndryshëm: në 20 shtete gratë më të varfra kishin një prevalencë më të lartë të pirjes së duhanit sesa gratë më të pasura, por në nëntë vendet gratë më të pasura kishin një prevalencë më të madhe sesa gratë më të varfra. Nikolau (2009) zbuloi se të ardhurat ishin të lidhura pozitivisht me pirjen e duhanit, pra pirja e duhanit është më e shpeshtë në grupet me të ardhura më të larta, tek femrat, por jo tek meshkujt në Itali, Spanjë, Portugali dhe Greqi. Një numër i vogël i studimeve raportojnë të dhëna kombëtare, me gjetje të kundërta. Disa raportojnë një marrëdhënie të kundërt mes të ardhurave të ulëta dhe pirjes së duhanit, dhe niveleve më të larta të fillimit të pirjes së duhanit në gratë me të ardhura të ulëta [4]. Dy studime në Britaninë e Madhe panë efektin e të ardhurave në veprimtarinë e ndërprerjes së pirjes së duhanit dhe gjetën se duhanpirësit në vështirësi financiare kishin më pak gjasa të ishin të suksesshem në ndërprerjen e duhanit [5]. Në menyre të ngjashme, raporti francez Observatoire Regional de la Sante (2009) zbuloi se ndërprerja e pirjes së duhanit ishte më e lartë në ata me pozita menaxhuese dhe profesionale krahasuar me të papunët.

1.2 Marrëdhënia midis prevalencës së duhanpirjes dhe gjinisë.

Një numër studimesh nxjerrin në pah dallimet në evolucionin e epidemisë së pirjes së duhanit në aspektin e demografisë, me disa rezultate kontradiktore. Disa studime raportojnë gjetjet që tregojnë një ngushtim të hendeut në normat e pirjes së duhanit midis meshkujve dhe femrave. Për shembull, Departamenti i Shëndetit në Mbretërinë e Bashkuar (2010) raportoi një rënie të prevalencës së duhanpirjes tek meshkujt, ndërsa një burim tjetër raportoi një rritje në prevalencën e pirjes së duhanit nga femrat edhe pse përqindja e përgjithshme e duhanpirësve të përditshëm

po zvogëlohej [6]. Një arsye e mundshme për hendeun gjinor mund të jetë fuqizimi i grave, por një studim nuk gjeti lidhje të qarta midis barazisë gjinore në shoqëri dhe raportit gjinor të pirjes së duhanit [7].

1.3 Marrëdhënia midis prevalencës së duhanpirjes dhe grupeve të tjera socio-demografike

Ekzistojnë dëshmi të kufizuara në lidhje me grupet e tjera socio-demografike dhe prevalencës së duhanpirjes. Dy studime nga Britania e Madhe tregojnë një përhapje më të lartë dhe vështirësi në ndërprerjen e pirjes së duhanit në mesin e grupeve minoritare, megjithëse variacionet në grupet etnike duket të jenë kryesisht të nxitura nga variacionet në pirjen e duhanit midis grave [8]. Pakicat e tjera në rrezik gjenden në mesin e popullatave romë në Evropë, udhëtarët e karvanëve në Mbretërinë e Bashkuar, amerikanët vendas në SHBA dhe australianët indigjenë në Australi. Për shembull, ata që jetojnë në karvanët në Britaninë e Madhe kanë më shumë se dyfishin e probabilitetit për të pirë duhan se popullsia e përgjithshme, dhe përqindja e alkoolit të përditshëm, përdoruesve të drogës dhe duhanpirësve është më e lartë në mesin e adoleshentëve romë në Vilnius (Lituani) dhe Ventspils krahasuar me popullsinë e përgjithshme të të njëjtës moshë [9]. Studimet Australiane raportojnë norma më të larta të pirjes së duhanit në nënat australiane vendase krahasuar me nënat austro-indigjenë. Një studim zbulon se prevalenca e pirjes së duhanit është afërsisht dy herë më e lartë në nënat me status të ulët socio-ekonomik, sesa në mesin e atyre me status të lartë socio-ekonomik [10].

Kapitulli 2 : Mjediset urbane dhe pirja e duhanit të rinjtë

Dallimet në prevalencën e pirjes së duhanit dhe mënyrën se si të rinjtë e shohin dhe angazhohen me produktet e duhanit ndryshojnë jo vetëm nga faktorët individualë dhe socialë, por ekziston gjithashtu që pabarazitë në mjedisin urban ndikojnë në përdorimin e duhanit. Është e

njohur se lagjet luajnë një rol në formësimin e sjelljeve individuale shëndetësore dhe kjo është e vërtetë për pirjen e duhanit. Duke shqyrtuar ndryshimet në normat e pirjes së duhanit sipas lagjeve brenda qyteteve, mundëson identifikimin dhe studimin e zonave në rrezik duke bërë të mundur ekzaminimin e proceseve që formojnë pabarazitë në sjelljen e pirjes së duhanit. Lagjet mund të përshkruhen si nga përbërja e tyre ashtu edhe nga atributet e njerëzve që jetojnë në to, që kontribuojnë në strukturën e përgjithshme shoqërore të komunitetit. Lagjet gjithashtu luajnë një rol kontekstual përmes shërbimeve dhe strukturës fizike të ofruar në to. Hulumtimet e mëparshme në lidhje me produktet e duhanit janë fokusuar në dallimet në shitjen dhe shfaqjen e duhanit në burimet tregtare në lagjet e ndryshme.

2.1 Faktoret që ndikojnë në pirjen e duhanit tek të rinjtë

2.1.1 Ndikimet sociale

Adoleshentët dhe të rinjtë janë shumë të ndjeshëm ndaj ndikimeve sociale. Nëse e shohin përdorimin e duhanit si një sjellje normale, sepse miqtë ose anëtarët e familjes përdorin duhanin, të rinjtë kanë më shumë gjasa të provojnë veten e tyre. Adoleshentët dhe të rinjtë vlerësojnë shumë miqësitë e tyre dhe duan të përshtaten me grupin e tyre. Çfarë bëjnë shokët e tyre dhe sidomos ajo që udhëheqësit e grupeve të tyre sociale mund të kenë një ndikim të fuqishëm në atë që bëjnë ata. Të rinjtë, miqtë e të cilëve pijnë duhan, kanë më shumë gjasa të pijnë duhan.

2.1.2 Ndikimet fizike

Nikotina është po aq e varur nga heroina dhe kokaina. Për shkak se ata janë të ndjeshëm ndaj nikotinës, adoleshentët mund të ndjehen të varur nga duhan më shpejt se të rriturit. Ekzistojnë gjithashtu prova se gjenetika mund ta bëjë më të vështirë për disa të rinj të lënë duhanin sapo të kenë filluar.

2.1.3 Ndikimet mjedisore

Adoleshentët dhe të rinjtë janë të ndjeshëm ndaj asaj që shohin dhe dëgjojnë në botën rreth tyre. Nëse ata janë të ekspozuar ndaj imazheve që i paraqesin duhanpirësit si të ftohtë, tërheqës, rebelë, argëtues, të rrezikshëm ose karakteristika të tjera që admirojnë, të rinjtë mund të duan të pinë duhan. Imazhe të tilla shpesh gjenden në ekranet reklamuese në dyqanet e komoditeteve dhe në dyqanet e tjera që shesin duhanin. Komunitetet që lejojnë shitjen e cigareve dhe produkteve të tjera të duhanit pranë shkollave kanë norma më të larta të përdorimit të duhanit të të rinjve sesa komunitetet që kanë zona pa duhan përreth shkollave. Nëse vendosen brenda komuniteteve të tyre, këto imazhe i inkurajojnë ata të shohin pirja e duhanit si një pjesë normale e sjelljes së të rriturve.

2.1.4 Filmat

Për shumë vite, kompanitë e duhanit i kanë paguar studiot që produktet e tyre të shfaqen në filma. Edhe pse kjo praktikë nuk lejohet, filmat për të rinjtë, madje edhe disa filma për fëmijët, mund të përfshijnë imazhe të karaktereve që përdorin duhanin. Këto imazhe janë të fuqishme, sepse mund të bëjnë që pirja e duhanit të duket si një aktivitet normal, i pranueshëm, madje edhe tërheqës. Të rinjtë mund të shikojnë edhe yjet e filmave, si në ekranin e tyre dhe mund të duan të imitojnë sjelljet që shohin. Me kalimin e kohës, numri i imazheve të përdorimit të duhanit në filma ka rënë. Por filmat ende përmbajnë mijëra imazhe të përdorimit të duhanit që provohen për të inkurajuar të rinjtë për të filluar pirjen e duhanit. Në vitin 2010, pothuajse një e treta e filmave me çmim më të lartë për të rinjtë ato me vlerësime G, PG, ose PG-13 - përmbanin imazhe të përdorimit të duhanit.

2.2 Pse të rinjtë fillojnë të pijnë duhan

Shumica e fëmijëve në shkollën fillore dhe në pjesën e hershme të shkollës së mesme kurrë nuk kanë provuar një cigare.

Shumica do t'ju thonë se kurrë nuk do të pijnë duhan. Por, kur të rriten, disa do të bëhen më të hapur për idenë e pirjes së duhanit. Kompanitë e cigareve i formojnë fushatat e tyre reklamuese për të portretizuar duhanpirësit si të ftohtë, sexy, të pavarur, argëtues, tërheqës dhe të gjallë në skajet e imazheve që i bëjnë thirrje shumë adoleshentëve. Si rezultat, ata e provojnë pirjen e duhanit dhe shumë njerëz behem narkomen. Vetëm 5 për qind e duhanpirësve të moshës së mesme besojnë se ata ende do të pijnë duhan pesë vjet pas diplomimit, por nuk e kuptojnë se sa e vështirë mund të jetë. Hulumtimet tregojnë se pas tetë vjetësh, 75 për qind e atyre duhanpirësve ende do të përdorin një formë të duhanit.

Duhanpirësit e rritur filluan pirjen e duhanit para se të mbushnin 18 vjeç dhe shumë ishin të varur në moshat edhe më të reja. Pra, pse fëmijët fillojnë pirjen e duhanit në moshe të re ?

- 1) Prindërit e tyre janë duhanpirës.
- 2) Presioni i shokëve - miqtë e tyre i inkurajojnë ata të provojnë cigare dhe të mbajnë pirjen e duhanit.
- 3) Ata e shohin pirjen e duhanit si një mënyrë për të ngritur krye dhe duke treguar pavarësinë.
- 4) Ata mendojnë se të gjithë të tjerët janë duke pirë duhan dhe se duhet.
- 5) Reklamimi i duhanit synon adoleshentët.
- 6) Çmimi është i drejtë - në vendet ku taksat e ulëta të duhanit kanë mbajtur çmimin poshtë, është më e lehtë për fëmijët të marrin duhan.

2.3 Sjellja e të rinjve ndaj duhanpirjes

Mënyra më efektive për të reduktuar prevalencën e të rinjve dhe të rriturve të duhanit është parandalimi i inicimit dhe përparimit të sjelljes së duhanit në një moshë të re. Është e rëndësishme të shqyrtohen ndikimet që vazhdojnë të inkurajojnë të rinjtë për të eksperimentuar me produktet e duhanit. Këto presione përbëjnë një kombinim të shumë faktorëve dhe nuk sigurojnë krijimin e ndërhyrjeve

që janë të suksesshme për të gjitha grupet në të gjitha mjediset. Inicimi i të rinjve për pirjen e duhanit është një kombinim i forcave shoqërore, mjedisore dhe individuale që luajnë një rol të rëndësishëm në formësimin e shumë sjelljeve dhe qëndrimeve të adoleshentëve. Pirja e duhanit prindëror është një faktor i rëndësishëm rreziku për eksperimentimin me produktet e duhanit; Ajo gjithashtu luan një rol të madh në formimin e qëndrimeve dhe besimeve të adoleshentëve ndaj pirjes së duhanit. Jo vetëm që fëmijët janë të ekspozuar ndaj rreziqeve të shëndetit përmes duhanit të dorës së dytë, por ka edhe prova të forta që lidhin statusin e pirjes së duhanit prindëror me rrezikun e fillimit të duhanit të hershëm dhe një gjasë më të madhe se ky episod fillestar do të çojë në pirjen e duhanit të rregullt [11]. Qëndrimet prindërore janë gjithashtu të rëndësishme, si fëmijët dhe në lidhje me sjelljen pozitive dhe negative. Të rriturit të cilët në mënyrë aktive e dekurajojnë pirjen e duhanit dhe t'i bëjnë fëmijët e tyre të vetëdijshëm se do të ndëshkohen nëse kapen duke bërë kështu, u japin atyre një pasojë të menjëhershme negative për veprimet e tyre. Kjo është më e fuqishme se përballja me adoleshentët me pasoja afatgjata negative shëndetësore, të cilat shpesh nuk e bëjnë faktor në vendimmarrjen e tyre.

2.4 Këshilla për të folur me të rinjtërreth parandalimit të duhanit

Pirja e duhanit është e magjepsur në filma dhe shfaqje televizive, por prindërit janë ndikuesit më të rëndësishme në jetën e fëmijëve të tyre.

- ❖ Tregojuni fëmijëve tuaj sinqerisht dhe drejtpërdrejt që nuk dëshironi që ata të pinë duhan.
- ❖ Jepni atyre mesazhe të qarta dhe të qëndrueshme në lidhje me rreziqet e pirjes së duhanit.
- ❖ Filloni të flisni me fëmijët tuaj rreth pirjes së duhanit kur ata janë 5 ose 6 vjeç dhe vazhdoni gjatë viteve të shkollës së mesme.

Shpjegoni rreziqet shëndetësore të pirjes së duhanit, si dhe aspektet e pakëndshme fizike (si fryma e keqe, dhëmbët dhe thonjtë e zverdhur). Shumë fëmijë fillojnë të pijnë duhan në moshën 11 vjeçare dhe disa janë të varur nga mosha 14 vjeçare.

- ❖ Vendosni një shembull të mirë për fëmijët tuaj duke mos pirë duhan. Prindërit që pinë duhan kanë më shumë gjasa të kenë fëmijë që pinë duhan.
- ❖ Nëse je një prind që pi duhan, gjëja më e mirë që mund të bësh është ta lini. Bisedoni me fëmijët tuaj se sa e vështirë është të lini duhanin dhe sa më e lehtë do të ishte nëse nuk do të kishit filluar pirjen e duhanit në radhë të parë. Në ndërkohë, mos pini duhan rreth fëmijëve tuaj dhe mos lejoni kurrë që ata të kenë ndonjë nga cigaret tuaja.
- ❖ Vendosni një politikë kunder duhanit në shtëpinë tuaj. Mos lejoni që dikush të pi duhan brenda në çdo kohë.
- ❖ Sigurohuni që ngjarjet që i ndjekin fëmijët tuaj janë pa tym.
- ❖ Mbështetni shkollat pa duhan dhe insistoni që programet shëndetësore të shkollave të përfshijnë edukimin për parandalimin e përdorimit të duhanit.
- ❖ Zbuloni nëse fëmijët tuaj kanë ndonjë shok që pi duhan. Bisedoni me fëmijët tuaj rreth mënyrave për të refuzuar një cigare.
- ❖ Bëni disa pyetje dhe zbuloni pse fëmija juaj është duhanpires; Ai ose ajo mund të dëshirojë të pranohet nga një grup shokësh ose të kërkojë vëmendjen tuaj. Flisni për atë se çfarë ndryshimesh mund të bëhen në jetën e fatit tuaj për ta ndihmuar atë ose të ndalojë pirjen e duhanit.
- ❖ Ndërsa flisni me fëmijën tuaj për pirjen e duhanit, tregoni se ai ose ajo ndoshta është i varur nga

nikotina. Industria e duhanit shpenzon miliarda dollarë çdo vit për të siguruar që produktet e tyre janë aq tërheqëse. Kërkojini fëmijës tuaj të mendojë se si janë manipuluar dhe përdorur nga kompanitë e duhanit. Ky realizim i bën shumë duhanpirësit adoleshentë të zemëruar dhe mund të ndihmojnë t'i motivojnë ata për ta la lënë.

2.5 Ndërhyrjet parandaluese të rinjve për pirjen e duhanit

Ndërhyrjet për të parandaluar fillimin e pirjes së duhanit të rinjve janë përqëndruar tradicionalisht në katër fusha kryesore [12].

- Rregullimi legjislativ dhe fiskal (p.sh. ligjet për qasje dhe taksat)
- Teknikat e komunikimit masiv (p.sh. fushata mediatike, marketing, televizion, radio, media sociale, internet dhe reklama të shtypura)
- Ndërhyrjet në mjedise të veçanta (p.sh. shkollat, vendi i punës, në shtëpi dhe në kujdesin parësor)
- Ndërhyrjet e komunitetit (komponentët e politikave dhe programeve që ofrohen në komunitetin lokal).

2.6 Kush është më shumë i riskuar në përdorimin e duhanit?

- Faktorët e rrezikut demografik këtu janë disa karakteristika demografike që mund të ndikojnë në modelet e përdorimit të duhanit në mesin e popullatës amerikane. Kompanitë e duhanit kanë investuar miliarda dollarë në duhanin e marketingut (në vitin 2006 ata shpenzuan 34 milionë dollarë çdo ditë në marketing). Shumë popullata me norma më të larta të përdorimit të duhanit janë vënë në shënjestër në mënyrë specifike nga fushatat e marketingut për të inkurajuar përdorimin e duhanit. Këtu janë

disa statistika kryesore për të kujtuar:

- Mosha
- Normat e duhanit janë më të larta në mesin e të rriturve të moshës 22-44 (22%) dhe më e ulët në mesin e të rriturit më të vjetër se 65 (7.9%).
- Shumica e njerëzve (pothuajse 100%) e të rriturve që janë duhanpirës të përditshëm kanë filluar përdorimin e duhanit nga të rriturit e rinj.
- Gjendja social-ekonomike
- Individët që punojnë në klasë, të ardhura të ulëta dhe kanë nivele të ulëta arsimore kanë përqindjet më të larta të sjelljes së duhanit. Kjo është pjesërisht për shkak të marketingut në shënjestër të kësaj popullatë nga kompanitë e duhanit.
- Shkalla e pirjes së duhanit në mesin e individëve që janë të pastrehë është 70% .
- Raca
- 31.5% e të rriturve në Amerikë dhe të Alaskë pijnë duhan më shumë se çdo grup tjetër racor apo etnik.
- Mbi 45,000 amerikanë afrikanë vdesin nga sëmundjet e lidhura me duhan çdo vit. Kjo është barra më e lartë e sëmundjes së lidhur me duhanin e çdo grupi amerikan.
- Afrikano-amerikanët kanë më shumë gjasa për të pirë cigare me mente
- Individët që përjetojnë diskriminim racor mund të kenë më shumë gjasa të pijnë duhan, pjesërisht, për shkak të shqetësimit të shkaktuar nga këto përvoja.
- Zona Gjeografike
- Në zonat rurale, prevalenca e përdorimit të duhanit është rreth tri herë më shumë se ajo e zonave urbane.

Kapitulli III : Industria e duhanit

3.1 Ulja e çmimeve

Kompanitë e duhanit ulin çmimet përmes kuponave dhe promovimeve të tjera në mënyrë që konsumatorët të mund të blejnë produktet e tyre. Adoleshentët janë veçanërisht të ndjeshëm ndaj çmimeve. Në vitin 2008, prodhuesit e cigareve shpenzuan rreth 10 miliardë dollarë për të prodhuar produktet e tyre. Pjesa më e madhe e këtyre shpenzimeve nga \$ 6 - \$ 7 ishte përdorur për të paguar shkurtimet e çmimeve nëpërmjet kuponave, shitjeve dhe dhuratave. Në mënyrë të ngjashme, prodhuesit e duhanit pa tym shpenzuan rreth \$ 3 nga çdo \$ 4 prej buxhetit të tyre të marketingut prej 547 milionë dollarë për të mbajtur çmimet e ulëta.

3.2 Shmangia e taksës së duhanit

Shqyrton shmangien e taksave dhe veprimtaritë e evazionit fiskal që synojnë shmangien e taksave mbi produktet e duhanit nëpërmjet mjeteve ligjore dhe të paligjshme, dhe shqyrton studimet e përcaktuesve dhe shtrirjes së këtyre aktiviteteve. Gjithashtu diskuton masat për të luftuar evazionin fiskal, në veçanti Protokollin për eliminimin e tregtisë së paligjshme të produkteve të duhanit, të miratuara nga WHO FCTC.

1. Shmangia e taksave dhe evazoni fiskal, sidomos kontrabanda në shkallë të gjerë e produkteve të duhanit, minojnë efektivitetin e politikave të kontrollit të duhanit dhe zvogëlojnë përfitimet shëndetësore dhe ekonomike që rrjedhin nga këto politika.

2. Ndërsa tatimi mbi produktet e duhanit dhe diferencat e çmimeve krijojnë stimuj për evazion fiskal, faktorë të tjerë, siç janë niveli i lartë i korrupsionit, mungesa e angazhimit për të trajtuar tregtinë e paligjshme dhe administrata jo efektive e administratës tatimore, luajnë një rol të barabartë ose më të madh.

3. Tregtia e paligjshme ndonjëherë ka përfshirë përfshirjen e kompanive të duhanit.

4. Përvoja nga shumë vende demonstroi se tregtia e paligjshme mund të adresohet me sukses, madje edhe kur rrit taksat e duhanit dhe çmimet, duke rezultuar në rritjen e të ardhurave tatimore dhe reduktimin e përdorimit të duhanit.

5. Zbatimi i masave të forta për të kontrolluar tregtinë e paligjshme të duhanit do të rriste efektivitetin e taksave dhe çmimeve të duhura të duhanit dhe politikave të forta të kontrollit të duhanit në zvogëlimin e përdorimit të duhanit dhe shëndetin e tij dhe pasojat ekonomike.

3.3 Blerja e lehtë e produkteve të duhanit

Një numër ligjesh kufizojnë shitjet e produkteve të duhanit në personat e rinj. Por ka më pak mbikëqyrje në internet. Ndërsa shumica e faqeve thonë se blerësit duhet të jenë të paktën 18 vjeç, hulumtimi zbuloi se 15 dhe 16-vjeçarët ishin në gjendje të vendosnin me sukses porositë. Përafërsisht 8 nga 10 prej këtyre të rinjve morën urdhrin e tyre 1 nga 10 në kohën e dorëzimit të produktit të duhanit.

3.4 Marketing me pakice

Kompanitë e duhanit përdorin shumë mjete marketingu dhe reklamimi në dyqanet që shesin prodhimet e duhanit. Edhe vendet ku prodhimet e duhanit janë shitur mund të ndikojnë në përdorimin e duhanit nga të rinjtë. Për shembull, më shumë cigare shiten në dyqanet e komoditeteve sesa në çdo lloj tjetër dyqani. Për shumë vite, industria e duhanit i ka ofruar shitësve shpërblime financiare dhe ulje kur ato shesin vëllime të mëdha të produkteve të tyre. Disa dyqane dhe stacionet e benzinës vendosin produkte duhani në ose pranë sporteleve të arkës - një vend i dukshëm që mund të shkaktojë impulsione e blerjes.

3.5 Ndikimi i Informacionit në Kërkesën e Produkteve të Duhanit

Shqyrton provat mbi ndërgjegjësimin e rreziqeve shëndetësore të përdorimit të duhanit në HIC (vende me ardhura të larta) dhe LMIC (vende me të ardhura të ulta dhe të mesme) dhe në rolin e praktikave të industrisë së duhanit në ndikimin e kësaj ndërgjegjësimi. Gjithashtu diskuton studimet e ndikimit të përpjekjeve për shpërndarjen e informacionit, duke përfshirë fushatat masovike anti-duhan, me bazë në shkollë. Programet e edukimit, etiketat paralajmëruese të fotografive dhe ndërhyrjet e paketimit - nga autoritetet e shëndetit publik.

1. Kuptimi i papërshtatshëm i ndikimit të pirjes së duhanit dhe përdorimit të tij në shëndet, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulëta dhe me të ardhura të mesme, ofron një arsytim ekonomik për ndërhyrjet për shpërndarjen e informacionit mbi natyrën e varur dhe të dëmshme të produkteve të duhanit.

2. Praktikave të dezinformimit të industrisë së duhanit kanë kontribuar drejtpërdrejt në dështimet e informacionit që lidhen me njohuritë e papërsosura të konsumatorëve për rreziqet e sëmundjeve dhe varësisë.

3. Fushata masive e reklamimit dhe zbatimit të masave të anti-duhanit janë efektive në përmirësimin e të kuptuarit për pasojat shëndetësore të përdorimit të duhanit, mbështetjen e ndërtimit të politikave të kontrollit të duhanit, forcimin e normave sociale kundër përdorimit të duhanit dhe reduktimin e konsumit të duhanit tek të rinjtë dhe të rriturit.

4. Programet e arsimit të duhanit me bazë në shkollë, kur zbatohen si pjesë e programeve të kontrollit të duhanit, mund të përmirësojnë njohuritë, të kontribuojnë në denormalizimin e përdorimit të duhanit dhe të ndihmojnë në parandalimin e përdorimit të duhanit. Dëshmitë në zhvillim sugjerojnë se programet e bazuara në shkollë mund të jenë po aq efektive për të reduktuar përdorimin e duhanit tek të rinjtë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, ku njohuritë për rreziqet e përdorimit të

duhanit janë më të ulëta në krahasim me vendet me të ardhura të larta.

5. Etiketat e mëdha të paralajmërimit të shëndetit në paketimet e duhanit janë efektive në rritjen e njohurive të duhanpirësve, duke nxitur interesin e tyre për të dalë nga puna dhe uljen e prevalencës së pirjes së duhanit. Këto paralajmërime mund të jenë një mjet veçanërisht i efektshëm për të informuar fëmijët, të rinjtë dhe popullatën e ulët të leximit për pasojat shëndetësore të pirjes së duhanit.

6. Paketimi i thjeshtë (i standardizuar) (dmth. Pa logo, ngjyrat, dizenjot ose imazhet e stilizuara, ose ndonjë gjuhë tjetër përshkruese) zvogëlon tërheqjen e produkteve të duhanit, rrit ndjeshmërinë e paralajmërimeve shëndetësore, minimizon keqkuptimin e konsumatorëve për dëmet e duhanit, dhe ka kontribuar në një rënie në përdorimin e duhanit në Australi, vendi i parë që zbaton paketimin e thjeshtë.

7. Gjendja e informacionit rreth dëmeve të përdorimit të duhanit është subjekt i erozionit të mundshëm me kalimin e kohës (konsumim) dhe duhet të rimbushet dhe mirëmbahet

3.6 Përdorimi i Mediave për Promovimin e Produkteve

Industria e duhanit përdor mediat për të promovuar produktet e saj tek të rinjtë. Këtu janë disa nga kanalet që përdor. Mediat dixhitale .Shumë kompani të cigareve përdorin faqet e internetit për të promovuar produktet e tyre. Disa prej këtyre faqeve shfaqin video, lojëra, kupona dhe konkurse që mund t'i bëjnë thirrje të rinjve. Ndërkohë, disa të rinj po përdorin kanale të rrjeteve sociale (Facebook, Twitter, forume diskutimi, borde mesazhesh dhe video në YouTube) .

3.6.1 Revistat

Reklamat e duhanit nuk lejohen në TV ose në tabela. Por ato ende mund të gjenden në revistat kryesore të synuara për të rriturit dhe shumë të rinj i lexojnë këto. Këto reklama shpesh sugjerojnë se përdorimi i

duhanit mund të ju bëjë sexy, popullor, elegant dhe të ftohtë.

3.7 Ndikimi i taksës dhe çmimit në kërkesën për produktet e duhanit

1. Një trupë e konsiderueshme kërkimore, e cila është akumuluar gjatë shumë dekadave dhe nga shumë vende, tregon se rritja e ndjeshme e akcizës dhe çmimi i produkteve të duhanit është mjet i vetëm më efektiv për reduktimin e përdorimit të duhanit.

2. Rritjet e konsiderueshme në taksat dhe çmimet e duhanit zvogëlojnë përdorimin e duhanit duke parandaluar përdoruesit potencialë nga përdorimi i tyre dhe duke reduktuar konsumin midis përdoruesve aktualë.

3. Përdorimi i duhanit nga të rinjtë në përgjithësi është më i përgjegjshëm ndaj ndryshimeve në taksat dhe çmimet e produkteve të duhanit sesa nga përdorimi i duhanit nga të moshuarit.

4. Kërkesa për produktet e duhanit është së paku aq e përgjegjshme dhe shpesh më e përgjegjshme ndaj çmimeve në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, siç është në vendet me të ardhura të larta.

3.8 Ndikimi i industrisë së duhanit, komunikimet e marketingut për përdorimin e duhanit

Përshkruan format e shumta të komunikimit të marketingut të duhanit dhe shqyrton zbatimin global të ndërhyrjeve të politikave të drejtuara drejt këtyre aktiviteteve. Gjithashtu mbulon studimet ekonometrike të ndikimit të reklamave të duhanit dhe ndalimin e reklamave, duke ofruar dëshmi të reja mbi ndikimin e ndalimeve të reklamave në nivel global dhe në LMIC. Ai gjithashtu diskuton studimet kryq seksionale dhe gjatësore të reagimit të konsumatorëve ndaj reklamave të duhanit dhe ndikimin e iniciativave të tjera të marketingut të duhanit, si sponsorizimi, promovimi i çmimeve dhe marketingu përmes platformave të reja të komunikimit siç janë interneti dhe mediat sociale.

1. Kompanitë e duhanit angazhohen në një shumëllojshmëri të gjerë të aktiviteteve të marketingut, duke filluar nga reklamimi tradicional, promovimi dhe sponsorizimi tek teknikat e reja të marketingut në arenën digjitale. Këto aktivitete të marketingut kanë potencial të ndikojnë në popullsitë kyçe, si të rinjtë dhe gratë, veçanërisht në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme, të cilët mund të jenë veçanërisht të ndjeshëm ndaj këtyre përpjekjeve.

2. Pësia e provave nga lloje të shumta studimesh të kryera nga hulumtuesit nga një sërë disiplinash dhe përdorimi i të dhënave nga shumë vende tregon që ekziston një marrëdhënie shkakësore ndërmjet aktiviteteve të marketingut të ndërmarrjeve të duhanit dhe përdorimit të duhanit, përfshirë marrjen dhe vazhdimin e përdorimit të duhanit në mesin e njerezve të rinj .

3. Në vendet me të ardhura të larta, politikat gjithëpërfshirëse për të ndaluar aktivitetet e marketingut të kompanive të duhanit janë efektive në reduktimin e përdorimit të duhanit, por ndalimet e pjesshme të marketingut kanë pak ose aspak efekt.

4. Politikat gjithëpërfshirëse për të ndaluar aktivitetet e marketingut të kompanive të duhanit çojnë në zvogëlime më të mëdha të përdorimit të duhanit në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme sesa në vendet me të ardhura të larta.

3.9 Dizajnimi dhe Administrimi i Taksave mbi Produktet e Duhanit

Shqyrton politikat dhe administrimin e taksës së duhanit, duke përfshirë edhe implikimet e rritjes së taksave për të ardhurat nga taksat e duhanit. Ai shpjegon llojet e taksave të produkteve të duhanit dhe efektet diferenciale mbi çmimin, zëvendësimin e produkteve, diferencimin e produktit dhe shmangien e taksave.

1. Qeveritë kanë arsye të ndryshme për tatimin e produkteve të duhanit, duke përfshirë gjenerimin e të ardhurave dhe përmirësimin e shëndetit publik duke zvogëluar përdorimin e duhanit.

Megjithëse masat e çmimeve dhe taksave janë ndër masat bazë të zvogëlimit të kërkesës së FCTC të OBSH-së, të cilat janë ndër të paktat të zbatuara.

2. Pothuajse të gjitha qeveritë taksojnë produktet e duhanit, duke aplikuar një sërë taksash të ndryshme dhe duke përdorur struktura të ndryshme tatimore. Më shumë mbështetje në taksat e larta, të ngjashme dhe të veçanta për produktet e duhanit do të kenë më shumë ndikim në shëndetin publik.

3. Për shkak të përqindjes së ulët të tatimit në çmimet e shitjes me pakicë të cigareve dhe mos elasticitetit relativ të kërkesës për produktet e duhanit, rritja e taksave të duhanit do të sigurojë të ardhura më të larta.

4. Një numër vendesh i kushtojnë një pjesë të të ardhurave të taksës së duhanit për promovimin e shëndetit dhe / ose kontrollin e duhanit. Pjesa dedikuar të ardhurave nga taksat e duhanit që përfshin programet e kontrollit të duhanit ose promovimin e shëndetit (p.sh. rezerva) rrisin ndikimin e shëndetit publik .

5. Një sistem efektiv i taksave është ai që është i mirë-dizajnuar dhe administruar. Një sistem i dizajnuar mirë përcakton normat e përshtatshme të taksave për të arritur objektivat e shëndetit publik dhe të ardhurat. Një sistem i administruar mirë siguron pajtueshmërinë e lartë tatimore dhe minimizon shmangien e taksave dhe evazionit.

3.10 Shpenzimet ekonomike të përdorimit të duhanit, me fokus në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme

Ofron një kuadër për vlerësimin e kostove direkte dhe indirekte të përdorimit të duhanit, duke përfshirë koston e sëmundjes, paaftësisë, vdekjes së parakohshme dhe harxhimin e konsumit dhe investimeve.

1. Kostot ekonomike të përdorimit të duhanit janë të konsiderueshme dhe përfshijnë kosto të rëndësishme të kujdesit shëndetësor për trajtimin e sëmundjeve të shkaktuara nga përdorimi i duhanit dhe

produktiviteti i humbur që rezulton nga morbiditeti dhe vdekshmëria që mund të shkaktohet nga duhani.

2. Në vendet me të ardhura të larta, shpenzimet e kujdesit shëndetësor gjatë jetës janë më të mëdha për duhanpirësit sesa për ata që nuk pijnë duhan.

3. Dëshmia mbi kostot ekonomike të përdorimit të duhanit në vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme është e kufizuar por në rritje; Gjithëpërfshirja e këtyre studimeve ndryshon shumë brenda dhe anembanë vendeve, ashtu si vlerësimet e kostos ekzistuese.

4. Trendet e kaluara dhe aktuale në përdorimin e duhanit, së bashku me përmirësimet në sistemet e kujdesit shëndetësor dhe qasjen në kujdesin shëndetësor, sugjerojnë se kostot ekonomike të përdorimit të duhanit në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme kanë gjasa të rriten ndjeshëm në vitet e ardhshme.

5. Pjesa e kostove ekonomike që i atribuohen duhanit ndryshon ndjeshëm midis vendeve, duke reflektuar dallimet në rolin e qeverisë në sigurimin e kujdesit shëndetësor.

3.10.1 Rritja e duhanit dhe prodhimi i produkteve të duhanit

Përshkruan rritjen e duhanit në mbarë botën, duke përfshirë rolin në rritje të LMICs në bujqësinë e duhanit, studimet e rasteve për përpjekjet për të siguruar jetës alternative për fermerët e duhanit dhe prodhimin e cigareve nga grupi i të ardhurave të vendit. Gjithashtu diskuton ndryshimet në hartimin dhe prodhimin e cigareve me kalimin e kohës, dhe studimet e përpjekjeve për rregullimin e produkteve të duhanit, si ndalimi i produkteve të caktuara të duhanit, zvogëlimi i mandateve të përbërësve dhe përpjekjet për të ulur varësinë ose apelimin dhe për të kufizuar përhapjen e markës.

1. Në vitin 2013, dhjetë vende përbënin pjesën më të madhe të prodhimit të fletës së duhanit në botë (80%); Vetëm Kina prodhoi më shumë se 40% të fletës së duhanit në botë. Duhani po rritet gjithnjë e

më shumë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme dhe shumë prej këtyre vendeve eksportojnë një pjesë të madhe të fletës së duhanit në botë.

2. Në të kaluarën, qeveritë kanë kërkuar të kontrollojnë çmimin dhe sasinë në tregun e gjetheve të duhanit përmes kuotave dhe kufizimeve të çmimeve dhe të ofrojnë asistencë teknike për kultivuesit e duhanit së bashku me prodhuesit e tjerë bujqësorë.

Edhe pse shumica e vendeve me të ardhura të larta kanë zvogëluar ose eliminuar subvencionet për rritjen e duhanit, shumë vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme ende sigurojnë mbështetje për sektorin e rritjes së duhanit.

3. Shumica dërmuese e punëtorëve në zinxhirin e prodhimit të duhanit janë fermerët e duhanit që bëjnë punë shumë intensive në fermat e vogla familjare, të cilat janë gjithnjë e më të vendosura në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Në të kundërt, prodhimi i cigareve - faza me vlerë më të lartë të zinxhirit - është shumë e mekanizuar dhe e dominuar nga disa korporata të mëdha shumëkombëshe të bazuara kryesisht në vendet me të ardhura të larta.

4. Rritja e duhanit është relativisht fitimprurëse, por bujqësia e kulturave të tjera ka potencial të jetë sa më e dobishme se rritja e duhanit. Alternativat për rritjen e duhanit kanë tendencë të jenë shumë specifike për një vend apo rajon.

5. Rreth 25 milionë të rinj aktualisht konsumojnë cigare. Megjithatë normat e pirjes së duhanit të cigareve janë më të larta tek djemtë se te vajzat, dallimi në normat e pirjes së duhanit midis djemve dhe vajzave është më i ngushtë se sa mes meshkujve dhe femrave. Nivelet e pirjes së duhanit në mesin e vajzave i afrohen ose madje i tejkalojnë normat e grave në të gjitha rajonet botërore.

6. Në mbarë botën, rreth 13 milionë të rinj dhe 346 milionë të rritur përdorin produkte duhani pa tym.

7. Ekspozimi i tymit të dorës së dytë mbetet një problem i madh. Në shumicën e vendeve, rreth 15% -50% e popullsisë është e ekspozuar ndaj tymit të dorës së

dytë; Në disa vende ekspozimi i tymit të dorës së dytë ndikon deri në 70% të popullsisë.

8. Çdo vit, rreth 6 milionë njerëz vdesin nga sëmundjet e shkaktuara nga përdorimi i duhanit, duke përfshirë rreth 600,000 nga ekspozimi i tymit të dorës së dytë. Barra e sëmundjes nga duhani po përqëndrohet gjithnjë e më shumë në LMIC.

Kapitulli IV: Politikat për ti dhënë fund epidemise se duhanit

4. Politikat dhe programet

Ka politika dhe programe efektive që parandalojnë të rinjtë nga përdorimi i duhanit.

4.1 Programet

Shumë shtete dhe komunitete kanë programe për të parandaluar përdorimin e duhanit nga të rinjtë. Ato më efektive kombinojnë disa elementë; Përfshijnë kurrikulën e bazuar në shkollat e mesme; Ndikojnë te njerëzit në punë, në shtëpi, në shkollë, në mjediset e kujdesit shëndetësor dhe në vendet publike.

4.2 Politikat

Politikat janë shumë efektive sepse ato mund të ndryshojnë mjedisin në mënyrë që të zgjedhësh një jetë pa duhan. Qeveria dhe subjektet private kanë realizuar një numër të politikave që janë efektive në parandalimin e përdorimit të duhanit te të rinjtë.

Këtu janë disa politika të provuara për të punuar më mirë:

- Bërja e produkteve të duhanit më pak të përballueshme.
- Kufizimi i marketingut të duhanit.
- Ndalimi i pirjes së duhanit në vende publike - të tilla si vendet e punës, shkollat, qendrat e kujdesit ditor, spitalet, restorantet, hotelet dhe parqet.
- Kërkimi të kompanitë e duhanit që të etiketojnë paketimet e duhanit me një paralajmërim të madh shëndetësor.

4.2.1 Politikat e shkollave pa duhan

Shumica e rretheve të shkollave anembanë Shteteve të Bashkuara kishin adoptuar një politikë ose rregullore që lidhej me pirjen e duhanit në fund të viteve 1980 dhe "miratimi i aktit federal të ProChildren të vitit 1994 nxiti shumicën e shkollave të krijojnë politika shpesh të lidhura me duhanin [13]. Akti i Pro-Fëmijëve i vitit 1994 ndalonte pirjen e duhanit në mjediset të financuara nga qeveria federale dhe ofronte "arsim, bibliotekë, kujdes ditor, kujdes shëndetësor dhe shërbime të zhvillimit të fëmijërisë së hershme për fëmijët"[14]. Akti i 1994 u autorizua nga Akti "No Child Left Behind" të vitit 2001 (Qendra e Ligjit për Shëndetin Publik në Kolegjin Ligjor të William Mitchell, 2010). Në 1994, kirurgu i përgjithshëm publikoi raportin e parë që shqyrtoi parandalimin e përdorimit të duhanit tek të rinjtë duke marrë parasysh vitet e hulumtimeve të kryera në një shumëllojshmëri të gjerë të programeve të bazuara në shkollë. Rezultatet në këtë raport treguan sukses të qëndrueshëm në zvogëlimin e përdorimit të duhanit në popullatën e nxënësve të shkollave të mesme si rezultat i këtyre programeve [15]. Adoloshentët kalojnë pjesën më të madhe të kohës së tyre çdo ditë, ekuivalent me rreth një të tretën e orëve të tyre të zgjimit, në një mjedis shkollor në të cilin ata janë të ekspozuar ndaj faktorëve të rrezikut që lidhen me pirjen e duhanit.

4.2.2 Ndikimi i politikave pa duhan

1. Politikat gjithëpërfshirëse pa tym ulin ekspozimin ndaj tymit të dorës së dytë; Pajtuueshmëria me këto politika është gjithësisht e lartë dhe mbështetja publike për ta është e fortë.
2. Politikat gjithëpërfshirëse pa tym në vendet e punës zvogëlojnë sjelljet aktive të pirjes së duhanit duke përfshirë konsumimin e cigareve dhe prevalencën e duhanpirjes.
3. Studime rigoroze empirike (kryesisht nga vendet me të ardhura të larta) duke përdorur tregues objektivë ekonomikë, zbulojnë se politikat pa tym nuk kanë

pasoja negative ekonomike për bizneset, duke përfshirë restorantet dhe baret, me një efekt të vogël pozitiv që vërehet në disa raste. Gjetjet nga hulumtimet ekzistuese të kryera në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme janë përgjithësisht në përputhje me ato nga vendet me të ardhura të larta.

4. Në mbarë botën industria e duhanit është pengesa më e madhe për të miratuar politika gjithëpërfshirëse pa tym, shpesh duke argumentuar, përkundër dëshmimeve të forta për të kundërtën, që politikat pa tym dëmtojnë bizneset.

5. Përfitimet e tjera ekonomike të politikave pa duhan për bizneset përfshijnë rritjen e produktivitetit të punëtorëve, kursimet e kujdesit shëndetësor, uljen e kostove të pastrimit dhe mirëmbajtjes dhe uljen e kostove të sigurimit.

4.2.3 Efektet shëndetësore të përdorimit të duhanit

Shumë të rinj nuk i marrin parasysh efektet afatgjata të shëndetit që lidhen me përdorimin e duhanit kur fillojnë përdorimin e produkteve të duhanit. Çdo produkt i duhanit ka një listë të efekteve negative të shëndetit që lidhen me përdorimin e tij.

4.2.3.1 Efektet shëndetësore të cigareve

Pirja e duhanit mund të dëmtojë pothuajse çdo organ të trupit të njeriut. Ca (kanceri) i lidhur me pirjen e duhanit përfshin: Ca e fshikëzes, zorrës së trashe, rektumit, ezofagut, laringut, heparit, pankreasit, stomakut, dhe mushkërive [16]. Pirja e duhanit është lidhur me pothuajse 90% të të gjitha rasteve të kancerit të mushkërive. Pirja e duhanit është një faktor rreziku për bronkitin kronik dhe sëmundje të tjera të mushkërive. Mund të përkeqësojë simptomat e astmës dhe të rrisë rrezikun e sëmundjeve të zemrës (Instituti Kombëtar për abuzimin e drogës, 2009). Pasojat shëndetësore të pirjes së duhanit gjatë adoleshencës përfshijnë reduktimin e funksionit të mushkërive dhe diagnozën e astmës në popullatën e prekshme [17]. Ajo gjithashtu mund të çojë në aterosklerozën

e hershme abdominale aortale, e cila është një sëmundje në të cilën pllakat ndërtohen brenda arterieve. Tym i dorës së dytë (SHS) është gjithashtu një problem serioz. SHS është "kombinimi i tymit të dhënë nga një produkt i djegur dhe tymi i nxjerrë nga një duhanpirës" [18]. Ajo përmban një përzierje prej më shumë se 7,000 kimikate të dëmshme. Të paktën 69 kimikate të zbuluara në SHS njihen se shkaktojnë kancer, dhe nuk ka nivel të sigurt të ekspozimit ndaj tij. Problemet e tjera shëndetësore që kanë qenë të lidhura me SHS: përfshijnë sëmundjet e zemrës, sindromën e papritur të vdekjes së foshnjave (SIDS), infeksionet e veshëve si dhe sulmet e astmës (Instituti Kombëtar i Kancerit, 2011). Në Shtetet e Bashkuara, në fund të fundit rezulton në afërsisht 46,000 vdekje të sëmundjeve të zemrës dhe 3,400 vdekje nga kanceri i mushkërive në mesin e të rriturve që nuk pijnë duhan çdo vit [19]. Gjatë 50 viteve të fundit në këtë vend, 2.5 milion jo duhanpires kanë vdekur si rezultat i ekspozimit ndaj SHS [20].

4.2.4 Ekspozimi i duhanit dhe pasojat e shëndetit

Bazohet në shumë burime të të dhënave, duke përfshirë Raportin Global të OBSH-së mbi trendet në përhapjen e duhanit, 2015, Raporti Global i OBSH-së: Vdekshmëria që mund t'i atribuohet duhanit, Instituti Kombëtar i Kancerit - Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve të Duhanit dhe Shëndeti Publik: Një Perspektivë Globale, si dhe të dhëna nga Anketa Globale e Duhanit dhe Anketa Globale për Duhanin e të Rriturve.

1. Ka rreth 1.1 miliard duhanpirës në botë, dhe rreth 4 në 5 duhanpirës jetojnë në LMICs (vendet me të ardhura të ulta dhe të mesme).

2. Progresi i konsiderueshëm është bërë në zvogëlimin e pirjes së duhanit në shumicën e rajoneve. Prevalenca e përgjithshme e duhanit po zvogëlohet në nivel global, por numri i përgjithshëm i duhanpirësve në mbarë botën ende nuk është në rënie, kryesisht për shkak të

rritjes së popullsisë. Nëse nuk merren masa më të forta, nuk ka gjasa që bota të arrijë objektivin e reduktimit global prej 30% të vendeve anëtare të OBSH deri në vitin 2025.

3. Globalisht, më shumë se 80% e duhanpirësve në botë janë burra. Dallimet në prevalencën midis duhanpirësve meshkuj dhe femra janë veçanërisht të larta në Azinë Juglindore dhe në rajonet e Paqësorit Perëndimor dhe në LMIC.

4. Globalizimi dhe migrimi i popullsisë po kontribuojnë në një ndryshim të peizazhit të duhanit dhe produktet jo tradicionale po fillojnë të dalin brenda rajoneve dhe popullatave ku përdorimi i tyre nuk kishte qenë më parë një shqetësim.

5. Rreth 25 milionë të rinj aktualisht konsumojnë cigare. Megjithëse normat e pirjes së duhanit të cigareve janë më të larta në mesin e djemve sesa vajzave, dallimi në normat e pirjes së duhanit midis djemve dhe vajzave është më e ngushtë se ajo midis burrave dhe grave. Nivelet e pirjes së duhanit në mesin e vajzave i afrohen ose madje i tejkalojnë normat e grave në të gjitha rajonet e botës.

4.2.5 Humbjet që lidhen me duhanin

Përdorimi i duhanit është shkaku kryesor i sëmundjeve të parandalueshme dhe vdekjes së parakohshme në Shtetet e Bashkuara. Ajo vret mbi 480,000 individë në Shtetet e Bashkuara çdo vit [21]. Kjo është e barabartë me një nga pesë vdekjet në vend. Çdo vit, pirja e duhanit të cigareve "është vlerësuar të kushtojë Shtetet e Bashkuara 96 miliardë dollarë në shpenzimet e drejtpërdrejta mjekësore dhe 97 miliardë dollarë në produktivitetin e humbur" [22]. Numri i të rriturve në Florida që vdesin çdo vit nga pirja e duhanit e tyre është 32.300 [23]. Nëse pirja e duhanit vazhdon me ritmin e tanishëm midis të rinjve në Shtetet e Bashkuara, 5.6 milionë njerëz nën moshën 18 vjeçare "parashikohen të vdesin para kohe nga një sëmundje e lidhur me pirjen e duhanit" [24]. Kjo paraqet përafërsisht një në çdo 13 qytetarë të Shteteve të Bashkuara që janë 17 vjeç ose më të rinj të

gjallë sot. Shpenzimet vjetore të kujdesit shëndetësor në Florida të shkaktuara direkt nga pirja e duhanit janë 8.64 miliardë dollarë. Pjesa e mbuluar nga programi shtetëror Medicaid është 1.51 miliardë dollarë. Për banorët e Floridës, barrën e taksave shtetërore dhe federale nga shpenzimet qeveritare të shkaktuara nga pirja e duhanit është e barabartë me 791 dollarë për familje. Humbjet e produktivitetit të shkaktuara nga pirja e duhanit në Florida janë të barabarta me \$ 8.32 miliardë (Fushata pa Duhan për Fëmijë, 2015). Këto shuma monetare nuk përfshijnë kostot shëndetësore që janë shkaktuar nga ekspozimi ndaj SHS, zjarreve të shkaktuara nga pirja e duhanit, përdorimi i duhanit pa tym, ose pirja e duhanit dhe puro. Kostot shtesë, siç janë humbjet e produktivitetit në vendin e punës dhe dëmtimet ndaj pronës, mund të jenë gjithashtu rezultat i përdorimit të duhanit. Në Florida, më shumë vdekje janë shkaktuar nga përdorimi i duhanit sesa përdorimi i alkoolit, virusi i mungesës së imunitetit të njeriut (HIV), përdorimi ilegal i drogës, dëmtimet e automjeteve motorike, vrasjet dhe vetëvrasjet e kombinuara [25].

4.3 Ndikimi i shëndetësisë në rregulloren e duhanit

Ligjet pa tym ndihmojnë duhanpirësit për të zvogëluar pirjen e duhanit ose të lënë ambientet pa tym. Ato mbrojnë jo-duhanpirësit, ulin përdorimin e duhanit në duhanpirësit e vazhdueshëm me 2-4 cigare në ditë dhe ndihmojnë duhanpirësit që duan ta lënë atë. Konsumi i cigareve për frymë në Shtetet e Bashkuara është midis 5% dhe 20% më i ulët në shtete me ligje gjithëpërfshirëse pa tym se në shtetet pa ligje të tilla. Pirja e duhanit në disa vende të industrializuara vlerësohet të ketë ulur prevalencën e duhanpirjes në mesin e punëtorëve me një mesatare prej 3.8%, duke zvogëluar konsumin mesatar të duhanit me 3.1 cigare në ditë midis punëtorëve që vazhdojnë të pijnë duhan dhe reduktojnë konsumin total të duhanit në mesin e punëtorëve, mesatare prej 29%

. Njerëzit që punojnë në mjedise me politika pa tym kanë pothuajse dy herë më shumë gjasa të lënë duhanin, sesa ato në punishte pa politika të tilla, dhe njerëzit që vazhdojnë të pijnë duhan ulin mesataren e tyre ditore me gati katër cigare në ditë . Pasi u miratua legjislacioni gjithëpërfshirës i duhanit në Irlandë, rreth 46% e duhanpirësve raportuan se ligji i kishte bërë ato më shumë gjasa ta linin; Në mesin e atyre që e kanë lënë, 80% kanë raportuar se ligji i ka ndihmuar ata për ta lënë dhe 88% kanë raportuar. [26].

4.3.1 Ligjet pa duhan ulin simptomat respiratore.

Për shkak të rënies së menjëhershme të niveleve të ndotjes dhe ekspozimit të duhanit pas përdorimit të ligjeve pa tym , përmirësimet në shëndetin e frymëmarrjes u vunë re shumë shpejt. Në Skoci, punëtorët e barit raportuan një rënie prej 26% të simptomave të frymëmarrjes dhe punëtorët e bareve me astme kishin ulur inflamimin e rrugëve të frymëmarrjes brenda tre muajve pasi u miratua legjislacioni gjithëpërfshirës pa tym . Në Kaliforni, banakierë raportuan një reduktim prej 59% të simptomave të frymëmarrjes dhe një reduktim prej 78% në simptomat e acarimit shqisor brenda tetë javësh pas zbatimit të ligjit që kërkonte që keto bare të mos kishin tym [27].

4.3.2 Ligjet pa duhan zvogëlojnë sëmundjet e zemrës

Edhe ekspozimi i ulët ndaj tymit të duhanit të dorës së dytë ka një efekt klinikisht të rëndësishëm në rrezikun e sëmundjeve kardiovaskulare . Mjediset pa tym zvogëlojnë pothuajse menjëherë incidencën e sulmit në zemër të popullatës së përgjithshme, madje edhe në muajt e parë pas zbatimit [28]. Disa studime kanë konfirmuar ulje në pranimet në spitale për sulme në zemër pasi u miratua legjislacioni gjithëpërfshirës pa tym. Për më tepër, shumë prej këtyre studimeve, të kryera në zona subnacionale (shtete / provinca dhe qytete) ku ligjet pa tym nuk

ishin miratuar në nivel kombëtar, tregojnë jo vetëm ndikimin e ligjeve të tilla, por edhe përfitimin e mundshëm të miratimit të pirjes së duhanit.

4.3.3 Ligjet pa duhan pritet të zvogëlojnë kanserin e mushkërive

Për shkak të vonësës së gjatë në mes të ekspozimit të duhanit të dorës së dytë dhe të zhvillimit të kancerit të mushkërive, të dhënat e plota nuk janë ende në dispozicion në lidhje me rënien e pritshme të kancerit të mushkërive pas zbatimit të politikave pa tym. Midis 1988 dhe 2004, një periudhë gjatë së cilës shteti i Kalifornisë zbatoi legjislacionin gjithëpërfshirës pa tym, normat e kancerit të mushkërive dhe bronkitit ranë katër herë më shpejt në Kaliforni se sa në pjesën tjetër të Shteteve të Bashkuara, megjithëse të paktën disa prej kësaj rënie mund të rezultojnë nga rënia e mprehtë e përhapjes së pirjes së duhanit me përvojë në Kaliforni krahasuar me pjesën tjetër të vendit që filloi në fillim të viteve 1980 [29].

4.5 Ndikimi i punësimit në kontrollin e duhanit

Shqyrton çështjet e punësimit në lidhje me duhanin, duke dhënë një pasqyrë të punësimit të lidhur me duhanin (duke u fokusuar në punët që janë drejtpërdrejtë të varura nga duhani) dhe tendencat në punësim .

1. Miratimi i teknologjive të reja të prodhimit dhe përmirësimi i teknikave të prodhimit, së bashku me ndryshimin nga pronësia shtetërore në pronësi private në shumë vende, ka reduktuar punësimin si në sektorët e prodhimit të duhanit ashtu edhe në ato të prodhimit.

2. Në pothuajse të gjitha vendet, politikat kombëtare të kontrollit të duhanit nuk do të kenë efekt pozitiv mbi punësimin e përgjithshëm, sepse çdo humbje e vendeve të punës në duhan do të kompensohet nga fitimet e vendeve të punës në sektorë të tjerë.

3. Në pak vende që varen shumë nga eksporti i fletës së duhanit, politikat

globale të kontrollit të duhanit mund të çojnë në humbje të vendeve të punës, por këto humbje pritet të jenë të vogla, graduale dhe nuk do të ndikojnë në prodhimin aktual të fermerëve të duhanit në këto vende.

4.6 Si ndikojnë mediat sociale në përdorimin e duhanit?

1. Mediat e lajmeve përfaqësojnë një burim kyç të informacionit shëndetësor për publikun e gjerë. Më e rëndësishmja, ato shërbejnë si një mekanizëm inkuadrimi për çështjet që lidhen me kontrollin e duhanit. Si rezultat, lajmet janë një qëllim i shpeshtë i aktivitetit të palëve të interesuara në të dyja anët e çështjeve të lidhura me duhanin. Megjithatë, vetëm një pjesë e vogël e hulumtimit të kontrollit të duhanit i është kushtuar çështjeve të mediave të deritanishme.

2. Lajmet që mbështetin kontrollin e duhanit vendosin axhendën për ndryshime të mëtejshme në nivel komuniteti, shtetëror dhe kombëtar. Përkundër kësaj, përpjekjet e organizuara të avokimit të mediave në emër të çështjeve të kontrollit të duhanit mbeten një fushë e pa shfrytëzuar e veprimtarisë brenda shëndetit publik.

3. Çështjet kyçe që mbulojnë lajmet përfshijnë duhanin e dorës së dytë, politikën e duhanit dhe efektet shëndetësore të pirjes së duhanit. Lajmet e lidhura me duhanin shpesh tregojnë se shumica e tyre favorizojnë përparimin e kontrollit të duhanit, duke përfshirë edhe pjesët e opinionit. Studime të tjera kanë treguar që industria e duhanit është e suksesshme në sigurimin e mbulimit të qëndrueshëm për çështje të përzgjedhura.

4. Studimet në shkallë të gjerë ende duhet të ndërmerren për hetimin e shoqatave midis mbulimit të lajmeve të lidhura me duhanin dhe qëndrimet, sjelljet dhe rezultatet e lidhura me përdorimin e duhanit. Këto studime përballen me sfida në ndarjen e efekteve të mbulimit të lajmeve nga ato të ndërhyrjeve apo ndryshimeve të politikave që ato përshkruajnë. Hulumtimet tregojnë prova

potenciale për një ndikim të tillë, duke përfshirë një rënie të konsumit të cigareve për banori pas mbulimit me lajme të raportit të Kirurgjisë së Përgjithshme të vitit 1964 mbi pirjen e duhanit dhe shëndetit, një marrëdhënie midis mbulimit të lajmeve dhe ndërprerjeve të lidhura me duhanin dhe një lidhje midis mbulimit të lajmeve të përpjekjet për kontrollin e duhanit dhe përhapja e ulët e pirjes së duhanit të adoleshentëve.

5. Reklamimi i paguar i duhanit ka tendencë të shtypë osjetë zvogëlojë mbulimin e lajmeve të çështjeve të lidhura me duhanin, veçanërisht në revista. Megjithatë, ndalimi i reklamimit të duhanit që shoqëron ratifikimin e Konventës Kuadër të Organizatës Botërore të Shëndetësisë mbi Kontrollin e Duhanit mund të dëmtojë aftësinë e industrisë së duhanit për të ushtruar kontrollin redaktues mbi përmbajtjen e botuar.

4.7 Rreziku i shendeitit në pirjen e duhanit

4.7.1 Depresioni

Në mesin e pacientëve që kërkojnë trajtim të ndërprerjes së duhanit, 25-40% kanë një histori të çrregullimeve të mëdha depresive. Depresioni ka treguar të parashikojë norma më të ulta të ndërprerjes së duhanit [30]. Merrni parasysh fillimin ose rifillimin e psikoterapisë ose farmakoterapisë për simptomat e depresionit tek pacientët të cilët deklarojnë se depresioni filloi ose u intensifikua kur ndaluan përdorimin e duhanit. Terapia njohëse e sjelljes dhe ilacet kundër depresionit janë gjetur për të përmirësuar normat e ndërprerjes së duhanit për ata me një histori të çrregullimit të madh depresiv ose simptomat e depresionit. Për një duhanxhi me një histori të depresionit që aktualisht po merr antidepressantë, është e rëndësishme të theksohet se disa nivele antidepressive do të rriten me ndërprerjen e pirjes së duhanit.

4.7.2 Ankthi

Individët mund të raportojnë ndjenja të ankthit pasi ata kanë filluar përdorimin e duhanit. Ankthi rritet kur nivelet e nikotinës zvogëlohen, duke bërë që njerëzit të duan të kenë më shumë nikotinë për t'i qetësuar. Çrregullimi i ankthit shoqëror shoqërohet me varësinë e nikotinës, rrezikun e rritur të përdorimit dhe uljen e suksesit të ndërprerjes së duhanit. Kjo është veçanërisht e vërtetë kur ankthi social ka ekzistuar para se individi të fillojë përdorimin e duhanit. Format e tjera të ankthit kanë tendencë të ndodhin pasi përdorimi i duhanit është iniciuar. Individët me ankth shoqëror kanë më shumë gjasa të angazhohen në pirjen e duhanit të rëndë dhe kanë më pak gjasa që të lënë me sukses në krahasim me individët pa ankth social, depresion dhe çrregullime të tjera të përdorimit të substancave.

4.7.3 Trauma

- Individët me një diagnozë si çrregullim të stresit post-traumatik (PTSD) kanë shkallë më të lartë të pirjes së duhanit (45%) në krahasim me individët pa diagnozë të shëndetit mendor (23%)[31].
- Individët me PTSD gjithashtu kanë një periudhë më të shkurtër ndërprerjeje para rikthimit.
- Abuzimi seksual i fëmijëve është i lidhur me përdorimin e hershëm të cigareve të vajzat adoleshente edhe kur ndikimet familjare kontrollohen. Gjetjet e tjera që trauma mund të ndikojë në përdorimin e duhanit:
- Për të rinjtë që jetojnë në familje ushtarake, një numër më i madh i shpërndarjeve familjare shoqërohen me nivele më të larta të përdorimit të duhanit gjatë gjithë jetës.
- Pas uraganeve të vitit 2004, Departamenti i Punonjësve të Shëndetësisë në Florida demonstroi rritjen e përdorimit të duhanit kur ata kishin PTSD të mundshme nga përvoja. 4% kishin probabilitet PTSD, dhe prej kësaj, 50% kishin rritur përdorimin e duhanit.

4.7.4 Abuzimi dhe varësia e substancave

Përdorimi i duhanit është i lidhur ngushtë me zhvillimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave dhe me çrregullime më të rënda të përdorimit të substancave. Nikotina ndikon në të njëjtën rrugë të sistemit nervor si alkooli, opioidet, kokaina dhe marihuana. Përdorimi i duhanit pengon shërimin e funksionit të trurit në mesin e pacientëve, truri i të cilëve është dëmtuar nga përdorimi kronik i alkoolit. Nëse dikush është aktivisht duke përdorur alkool dhe drogë, ato kanë më pak gjasa që të heqin dorë nga përdorimi i duhanit. Megjithatë normat e përdorimit të duhanit përgjithësisht kanë rënë në vitet e fundit, Përdorimi ditor nuk ka rënë për individët me çrregullim të përdorimit të substancave.

4.8 Roli i profesionisteve shëndetësorë në kontrollin e duhanit

1. Nxitja dhe mbështetja e anëtarëve të tyre për të qenë model duke mos përdorur duhan dhe duke nxitur një kulturë pa duhan.
2. Të vlerësojë dhe të trajtojë modelet e konsumit të duhanit dhe qëndrimet e kontrollit të duhanit të anëtarëve të tyre nëpërmjet anketimeve dhe futjen e politikave të përshtatshme.
3. Lokalet dhe aktivitetet të jenë pa duhan dhe të inkurajojnë anëtarët e tyre që të bëjnë të njëjtën gjë.
4. Përfshirja e kontrollit të duhanit në axhendën e të gjitha kongreseve dhe konferencave shëndetësore.
5. Këshillimi i anëtarëve të tyre që në mënyrë rutinë t'i kërkojnë pacientët dhe klientët për konsumimin e duhanit dhe ekspozimin ndaj tymit të duhanit, duke përdorur metoda të bazuara në dëshmi dhe praktikatat më të mira, të japin këshilla se si të lënë duhanin dhe të sigurojnë ndjekjen e duhur të qëllimeve të tyre të ndërprerjes.
6. Të ndikojnë në institucionet shëndetësore dhe qendrat arsimore për të përfshirë kontrollin e duhanit në kurrikulat e profesionistëve të tyre shëndetësor, përmes edukimit të vazhdueshëm dhe programeve të tjera të trajnimit.

7. Të marrin pjesë në mënyrë aktive në Ditën Botërore të Duhanit çdo 31 Maj.

8. Ndalojnë shitjen ose promovimin e produkteve të duhanit në mjediset e tyre, dhe inkurajojnë anëtarët e tyre që të bëjnë të njëjtën gjë.

9. Të mbështesin qeveritë në mënyrë aktive në procesin që çon në nënshkrimin, ratifikimin dhe zbatimin e Konventës Kuadër OBSH-së për Kontrollin e Duhanit.

4.9 Mjediset pa tym

Ka një gamë të gjerë vendesh dhe institucionesh ku është e mundur të ndalosh pirjen e duhanit.

Kjo përfshin:

- Objektet e kujdesit shëndetësor
- Objekte arsimore të ndryshme nga universitetet
- Universitetet
- Objektet qeveritare
- Zyra të brendshme
- Restorante
- Bare
- Vende punë të tjera të brendshme.

4.10 Ndikimet e pirjes së duhanit në shendet

• Pirja e duhanit është një faktor kryesor i rrezikut për vdekshmërinë e parakohshme në Rajonin Evropian të OBSH, duke shkaktuar rreth 1.6 milion vdekje në vit [32].

• Kjo shkakton gjysmën e të gjithë duhanpirësve afatgjatë të vdesin para kohe nga sëmundjet që lidhen me pirjen e duhanit.

• Kjo rezulton në gjysmën e të gjithë fëmijëve që fillojnë të pijnë duhanin duke vdekur para kohe nga një sëmundje e lidhur me pirjen e duhanit.

• Kjo është një shkaktar kryesor i sëmundshmërisë, me duhanpirësit mesatarisht duke humbur të paktën 10 vite të cilësisë së jetës.

• Pritet që deri në vitin 2030 pirja e duhanit do të vrasë 10 milionë njerëz globalisht në vit, gjysma prej të cilëve do të jenë të moshës ndërmjet 35 dhe 69 vjeç.

• Vdekjet e lidhura me pirjen e duhanit gjithashtu përbëjnë një pjesë të madhe të boshllëkut gjinor në vdekshmërinë e gjetur në vendet europiane (zakonisht 40 deri 60%).

• Është një faktor i rëndësishëm në zhvillimin dhe ruajtjen e pabarazive shëndetësore në nivel të popullsisë.

• Banka Botërore vlerëson se nëse numri i duhanpirësve të rritur do të përgjysmohet deri në vitin 2020, do të kishte 200 milionë më pak vdekje të lidhura me duhanin në mbarë botën deri në vitin 2050.

4.10.1 Ventilimi dhe dhomat e duhura të duhanit nuk janë efektive

Pirja e duhanit kudo në një ndërtesë rrit ndjeshëm përqëndrimin e tymit të duhanit të dorës së dytë, madje edhe në pjesë të ndërtesës ku njerëzit nuk pinë duhan. Ndarja fizike e duhanpirësve nga jo-duhanpiresit duke lejuar pirjen e duhanit vetëm në dhoma të caktuara të duhanit redukton ekspozimin ndaj tymit të duhanit të dorës së dytë vetëm për rreth gjysmën dhe siguron vetëm mbrojtje të pjesshme. Shoqëria Amerikane e Ngrohjes dhe Ftohëjes dhe Inxhinierët e Ajrit të Kondicionuar në vitin 2005 arriten në rezultat që ligjet gjithëpërfshirëse pa tym janë mënyra e vetme efektive për të eliminuar rreziqet që lidhen me përdorimin e duhanit dhe se teknikat e ventilimit nuk duhet të mbështeten në rreziqet për kontrollin e shëndetit nga tymi i duhanit të dorës së dytë. Deklarata e kësaj pozite përputhet me gjetjet e tjera që ventilimi dhe dhomat e duhura të duhanit nuk parandalojnë ekspozimin ndaj tymit të duhanit të dorës së dytë.

4.10.2 Paralajmërimet shëndetësore

Vlerësimi i paralajmërimeve për pakon e cigareve bazohet në përmasat e paralajmërimit, si dhe në karakteristikat dhe përmbajtjen e tij, duke përfshirë nëse janë ndaluar termat mashtruese. Grumbullimi i informacioneve mbi madhësinë e paralajmërimeve si përqindje të zonave kryesore të paraqitjes së paketave, ndalimi i kushteve mashtruese

dhe përfshirjen e karakteristikave të mëposhtme:

- Përfshirja në ligj që urdhëron paralajmërime të veçanta shëndetësore;
- Paralajmërimet për shëndetin shfaqen në pako individuale, si dhe në çdo paketim dhe etiketim të jashtëm të përdorur në shitjen me pakicë;
- Përshkrimet e efekteve specifike të dëmshme të përdorimit të duhanit në shëndet;
- Paralajmërimet janë të mëdha, të qarta, të dukshme dhe të lexueshme (p.sh. ngjyrat specifike dhe madhësitë e shkronjave janë të mëdha);
- Paralajmërimet shëndetësore të shkruara në të gjitha gjuhët kryesore të vendit;
- Paralajmërime shëndetësore përfshijnë një foto.

4.10.3 Numri i vdekjeve epidemike të duhanit

- 100 milionë të vdekur në shekullin e 20-të
- Aktualisht 5.4 milion vdekje çdo vit

Përveç nëse merret masa urgjente:

- ❖ Deri në vitin 2030, çdo vit do të ketë më shumë se 8 milionë vdekje
- ❖ Deri në vitin 2030, më shumë se 80% e vdekjeve të duhanit do të jenë në vendet e zhvilluara
- ❖ Një miliard vdekje të parashikuara gjatë shekullit të 21-të [33]

KAPITULLI V : Konventa Kuadër për Kontrollin e Duhanit

Konventa Kuadër e OBSH-së për Kontrollin e Duhanit (WHO FCTC) u miratua nga Asambleja Botërore e Shëndetësisë në maj të vitit 2003 dhe që nga prilli i vitit 2014 është ratifikuar nga 178 vende . OBSH synon të mbrojë gjeneratat e tanishme dhe të ardhshme nga pasojat shkatërruese shëndetësore, sociale, mjedisore dhe ekonomike të konsumit të duhanit dhe ekspozimit ndaj tymit të duhanit . Që nga viti 2012, 79% e palëve

raportuan për forcimin e legjislacionit ekzistues ose miratimin e legjislacionit të ri të kontrollit të duhanit pas ratifikimit të Konventës. Përveç kësaj, më shumë se gjysma e palëve në FCTC të OBSH-së raportojnë se kanë zhvilluar dhe zbatuar strategji, plane dhe programe të kontrollit të duhanit, siç kërkohet në nenin 5.1 të Konventës . FCTC e OBSH përshkruhet si një traktat i bazuar në prova, duke nënkuptuar se ekzistojnë prova të konsiderueshme kërkimore se zbatimi i masave të përfshira në Konventë do të rezultojë në rezultate të tilla si ulja e përdorimit të duhanit dhe ekspozimi ndaj tymit të përdorur (SHS) , Duke zvogëluar në fund të fundit vdekshmërinë dhe vdekshmërinë e lidhur me duhanin.

Traktati ka një objektiv të veçantë për shëndetin publik për reduktimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë për shkak të përdorimit të duhanit. Megjithatë, gjatë gjithë procesit ka vonesa kohore nga ratifikimi i FCTC i OBSH-së, shpallja e legjislacionit të kontrollit të duhanit në përputhje me Traktatin dhe zbatimi aktual dhe zbatimi i ligjit. Ekziston gjithashtu një vonesë kohore nga zbatimi i politikave derisa ndryshimet e sjelljes në përdorimin e duhanit (dmth. Ndërprerja ose mos-inicimi i të rinjve) shihen në një shkallë të madhe brenda një vendi. Ekziston edhe vonesa kohore ndërmjet ndryshimit të sjelljes dhe rritjes së përfitimeve shëndetësore. Ndër duhanpirësit që kanë lënë, zvogëlimi i rrezikut të kancerit mund të zgjasë rreth një çerek shekulli, me përfitimin më të menjëhershëm shëndetësor duke u reduktuar rrezikun e sëmundjeve të zemrës. Në nivelin e popullsisë, reduktimi i vdekshmërisë së përgjithshme mund të fillojë të shfaqet rreth një çerek shekulli pas zbatimit të politikave të kontrollit të duhanit dhe të arrijë ndikim të plotë në rreth gjysmë shekulli (4). Megjithatë, zbatimi i politikave pa tym ka treguar se ka më shumë efekte të menjëhershme shëndetësore në popullatë, duke përfshirë reduktime të konsiderueshme në infarktin

akut miokardi (AMI). Kjo do të diskutohet më thellë brenda gazetës.

Një rishikim i tanishëm i literaturës tregon se Neni 8 i OBSH i FCTC, për mbrojtjen nga ekspozimi ndaj tymit të duhanit, është një nga nenet më gjerësisht të zbatuara dhe të studiuara të Konventës. Ekziston edhe një literaturë mbi efektin e politikave pa tym mbi prevalencën e përdorimit të duhanit. Megjithatë, provat më të gjera janë në lidhje me efektet shëndetësore të politikave pa tym, duke përfshirë reduktimin e sulmeve akute në zemër nga zbatimi i këtyre politikave. Ky vështtrim synon të mbulojë efektet shëndetësore të politikave pa tym në përputhje me nenin 8 të FCTC të OBSH.

Masat e statusit socioekonomik (SES) për individët, komunitetet dhe zonat ku ata jetojnë kanë treguar gjatë dallimet në prevalencën e pirjes së duhanit tek të rriturit (Barnett et al. 2005). Kjo nuk është për t'u habitur, pra, që normat rinore duhanit pasqyrojnë këto trende. Individët që jetojnë në lagjet më të ulëta socio-ekonomike (SE) kanë më shumë gjasa të jenë duhanpirës pa marrë parasysh gjininë dhe përkatësinë etnike sesa njerëzit me status më të lartë. Faktorët përbërës të njerëzve brenda klasave shoqërore ndryshojnë shumë si dhe mjedisi në të cilin jetojnë. Qasja në produktet e duhanit është vetëm një faktor mjedisor që ka qenë në qendër të hulumtimit dhe kontrollit të qeverisë. Rritja e aksesit ndaj produkteve të duhanit është e lidhur me inicimin e pirjes së duhanit tek të rinjtë përmes marketingut brenda dyqaneve dhe normalizimit të produkteve të duhanit (McCarthy et al 2009, Pokorny et al).

Me futjen e paketës së politikave të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) mbi Kontrollin e Duhanit (FCTC) dhe MPOWER (Monitoro, Mbro, Ofro, Paralajmëro, Zbato, Rrit), politikat e kontrollit të duhanit janë duke u zbatuar në mbarë botën.

MPOWER është një paketë politike që synon të ndihmojë në zbatimin e ndërhyrjeve efektive në nivel vendi në uljen e kërkesës për duhan, siç është

ratifikuar nga Konventa Kuadër e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO) mbi Kontrollin e Duhanit.

Modeli i OBSH MPOWER ka identifikuar gjashtë politikat kryesore të kontrollit të duhanit më të rëndësishëm, efektiv dhe të bazuar në dëshmi:

- ✓ Monitorimi i politikave të përdorimit të duhanit dhe parandalimit
- ✓ Mbrojtja e njerëzve nga tymi i dorës së dytë
- ✓ Ofrimi i ndihmës për njerëzit që duan ta nderpresin
- ✓ Paralajmërim për rreziqet e duhanit
- ✓ Zbatimi i ndalimeve për reklamim, promovim dhe sponsorizim
- ✓ Rritja e taksave mbi duhanin [34]

5.1 Shqipëria

Ky ligj hyn në fuqi më 30 maj 2007 duke kufizuar pirjen e duhanit në hapësira publike të mbyllura dhe duke nxjerrë jashtë ligjit reklamën e duhanit, megjithëse masa thuhet se është zbatuar keq në vend deri në vitin 2013. Që nga viti 2013 ligji është zbatuar dhe duhani është rreptësisht i ndaluar në hapësira publike të mbyllura, përfshirë baret, klube, restorantet etj. Nëse ndonjë nga baret, restorantet etj kapen duke i lejuar një konsumatori tymin, ata gjobiten me 2200 euro dhe personi që pi duhan me 350 euro. [35]

5.2 Argjentina

Që nga 1 qershor 2011 ndalimi i pirjes së duhanit në të gjithë Argjentinën ndalon pirjen e duhanit në vendet e punës, të gjitha hapësirat publike, shkollat, spitalet, muzetë dhe bibliotekat, teatrot dhe të gjithë transportin publik. Megjithatë, pirja e duhanit lejohet ende në ballkone, tarraca. Ligji gjithashtu përfshinte ndalimin e reklamimit dhe sponsorizimit të duhanit. Gjoka e thyerjes së ligjit është e barabartë me 250 deri në 1.000.000 paketat e cigareve më të shtrenjta në treg. [36]

5.3 Australi

Në Australi, ndalimet për pirjen e duhanit përcaktohen në baza shtetërore. Në rend kronologjik nga shteti:

Australia e Jugut: Pirja e duhanit ndalohet nga janari i vitit 1999. [13] Ndalohet në të gjitha vendet publike të mbyllura që nga nëntori i vitit 2007.

Australia perëndimore: Nga janari i vitit 2005 me një kufizim total të plotë të pirjes së duhanit në të gjitha hapësirat publike të mbyllura duke filluar nga korriku 2006. [37]

Tasmania: Ndalimi total i pirjes së duhanit të brendshëm që është në fuqi që nga janari 2006. Nga janari i vitit 2008, rregulloret u zgjeruan për të përfshirë pirjen e duhanit në makinat me pasagjerë nën moshën 18 vjeç.

Queensland: Ndalimi i plotë i pirjes së duhanit që nga korriku i vitit 2006. Pirja e duhanit është e ndaluar në të gjitha baret, klubet, restorantet dhe vendet e punës, hapësira komerciale në natyrë , vende publike në natyrë .

Territori i Australisë Kapitale: Një kufizim për pirjen e duhanit në vendet publike të mbyllura ka qenë në fuqi që nga dhjetori 2006.

Victoria: Një kufizim për pirjen e duhanit në vendet e mbyllura publike ka qenë në fuqi që nga korriku i vitit 2007. Është gjithashtu e ndaluar në një makinë ku ka një person nën moshën 18 vjeçare, që nga janari 2010. Pirja e duhanit ende është e lejuar në të gjitha zonat e ngrënies dhe pijes duke siguruar që ajo është 25% jashtë bareve .Dhoma të caktuara të Crown Casino ende lejonin pirjen e duhanit në zona të mbyllura, duke siguruar që ajo të ketë një sistem të duhur ventilimi.

New South Wales: Një kufizim për pirjen e duhanit në të gjitha zonat e mbyllura të restoranteve, klubeve dhe pubeve të licencuara hyri në fuqi në korrik 2007. Nga 1 korriku 2009, pirja e duhanit në një makinë me një fëmijë nën moshën 16 vjeç është në kundërshtim me ligjin. Akti i Shëndetit Publik (Tobacco) 2008 krijon një vepër të re të pirjes së duhanit në një makinë me një fëmijë nën moshën 16 vjeç

në automjet. Një gjobë 250 \$ zbatohet për shoferin dhe çdo udhëtar që shkel ligjin. Kjo zbatohet nga Policia NSW.

Territori i Veriut: Disa kufizime mbi pirjen e duhanit në zonat e mbyllura të restoranteve, klubeve dhe pubeve të licencuara hynë në fuqi më 2 janar 2010.

Ishulli i Norfolkut: Pirja e duhanit është e ndaluar në të gjitha ndërtesat qeveritare, autobusë turne, taksi dhe fluturime për në dhe nga ishulli. Nuk ka ligj për pirjen e duhanit në restorante, por shumë prej tyre janë duhanpirës, megjithatë, ata shpesh kanë një dhomë të dedikuar për pirjen e duhanit për njerëzit që dëshirojnë të pijnë duhan. Pirja e duhanit është e lejuar në të gjitha baret dhe lokalet e licencuara. Vendpushimet dhe motelet kanë dhoma për pirjen e duhanit dhe zona për duhanpirësit.

5.4 Austria

Ligji austriak kufizon ose ndalon pirjen e duhanit në disa zona:

Pirja e duhanit është e ndaluar në të gjitha hapësirat publike të mbyllura, me përjashtime të caktuara për ngrënie dhe për pije. Pirja e duhanit në vendin e punës mund të lejohet nëse asnjë punonjës nuk punon në hapësirat e mbyllura.

Ligji i janarit 2009 urdhëron që të gjitha restorantet, bare, disko dhe pijetore më të mëdha se 50 m² duhet të jenë jo-duhanpirës ose të vendosin dhoma të veçanta të duhanit. Poshtë 50 m² pronari mund të zgjedhë ose të bëjë krijimin e një vend të pirjes së duhanit apo jo-duhanit. Ligji parashikon një fazë të gjatë tranzicioni që përfundon në korrik të vitit 2010. Ndalimi i pirjes së duhanit që prej atëherë ka qenë subjekt i polemikave, pasi rregullat janë injoruar gjerësisht nga pronarët e bareve dhe nuk janë zbatuar në mënyrë aktive nga autoritetet. Duhanpirëset kundër pirjes së duhanit pretendojnë se kanë paraqitur 18,000 raporte me autoritetet për bizneset që nuk janë në përputhje me hyrjen e ndalimeve, për pak efekt.

Pirja e duhanit u ndalua në trena dhe stacione hekurudhore kur Gjermania

paraqiti një ndalim të ngjashëm të duhanit në vitin 2007.

Prej majit 2018 pirja e duhanit do të ndalohet në të gjitha restorantet, baret, diskot pa përjashtime. Vetëm hotelet do të lejohen të kenë një dhomë të duhanit pa shërbim.[38]

5.5 Belgjikë

Në2005 ; Kompanitë duhet të kenë zbatuar planet e duhanit për të dekurajuar pirjen e duhanit.

Janar 2006: Ndalohet pirja e duhanit në zonën e punës.

Janar 2007: Pirja e duhanit ndalohet në restorante dhe bare, përveç atyre që shërbejnë "ushqime të lehta" (p.sh. ushqime të ftohta, pizzas dhe ushqime të ngrohta që shërbejnë me bukë në vend të patateve franceze) dhe kanë më pak se 30% . Bare të vogla gjithashtu nuk përfshihen në rregullore. Bare më të mëdha, të tilla si vendet e koncerteve, duhet të zbatojnë rregulloret edhe pse përvoja fillestare ishte e ndryshueshme.

Shtator 2008: Pirja e duhanit nuk lejohet më në shkolla.

Korrik 2011: Më 15 mars 2011, Gjykata Kushtetuese e Belgjikës vendosi që diskriminimi midis bareve që shërbejnë ushqim dhe atyre që nuk shërbejnë ushqim (dhe kazinove) e ka shtrembëruar konkurrencën dhe se si pasojë, përjashtimi i pjesshëm duhet të përfundojë në korrik 2011, në baret, restorantet dhe kazinotë të Belgjikës pa përjashtim. [39]

5.6 Brazil

Pirja e duhanit në Brazil

Pirja e duhanit në Brazil është e ndaluar në të gjitha hapësirat publike të mbyllura përveç zonave të caktuara të duhanit. Që nga 15 dhjetori 2011, Ligji Federal 12546 (neni 49) ndalon pirjen e duhanit në hapësirat e mbyllura në të gjithë vendin, duke përfshirë restorantet dhe baret. Që nga 3 dhjetori 2014, Brazili ka ndaluar pirjen e duhanit në të gjitha vendet private dhe publike të brendshme, duke përfshirë restorante, bare dhe klube nate . Në vitin 2017, një hulumtim u botua në Brazil se

ligjet pa tymi të zbatuara rezultuan në një reduktim të sasisë së sulmeve në zemër të mirëpritur në spitale. Pas një viti e gjysmë, numri i vdekjeve të shkaktuara nga sulmet në zemër u ul nga 12% .

Në Brazil, moshë ligjore për shitje dhe konsumimi i duhanit është 18. Reklamimi i duhanit është i kufizuar në postera në dyqane, [35] dhe është e ndaluar në televizion dhe radio. Të gjitha paketat e cigareve përmbajnë reklama kundër pirjes së duhanit dhe paralajmërimeve të qeverisë për efektet negative të mundshme të shëndetit të duhanit.[40]

5.7 Kanada

Pirja e duhanit në Kanada

Në Kanada, pirja e duhanit të brendshëm kufizohet nga të gjitha territoret dhe provincat dhe nga qeveria federale kanadeze. Që nga viti 2010, ndalimet e pirjes së duhanit në secilën prej këtyre juridiksioneve janë kryesisht të qëndrueshme, pavarësisht nga zhvillimi i veçantë i legjislacionit nga secili. Ndalimi i pirjes së duhanit të qeverisë federale zbatohet vetëm për qeverinë federale dhe për bizneset e rregulluara federalisht, siç janë aeroportet. Në Ontario dhe Alberta, pirja e duhanit është e ndaluar në të gjitha vendet e punës përveç zonave të caktuara. Dhomat e duhanit janë në dispozicion në hotele dhe motele të zgjedhur në shumicën e juridiksioneve. Komunitetet individuale kanë akte nënligjore që kufizojnë vendin ku mund të pinë duhan. Në disa qytete kanadeze, piratet e duhanit tani janë ndaluar në pronat në pronësi të bashkisë duke përfshirë parqet publike. Manitoba, Nova Scotia, Newfoundland dhe Labrador, Alberta dhe Ontario kanë ndaluar pirjen e duhanit edhe brenda automjeteve me fëmijë nën moshën 16 vjeç. [41]

5.8 Kinë

Pirja e duhanit në Republikën Popullore të Kinës

Bashkia e Shangait zgjeroi ndalimin e pirjes së duhanit nga spitalet në kopshtet, shkollat, bibliotekat dhe stadiumet, që nga 1 marsi 2010 [40] dhe kishte tentuar të

kufizonte pirjen e duhanit në restorantet për Ekspozitën Botërore të 2010, por përputhja në restorante ishte thuajse e dobët dhe zbatimi i dobët. Në vitin 2015, bashkia e Shangait përmirësoi ndalimin e pirjes së duhanit duke shtuar hotele, zyra dhe restorante. Që nga marsi 2017, Shanghai zgjeroni ndalimin e pirjes së duhanit duke zbatuar në të gjitha vendet publike dhe duke shtuar disa zona në natyrë. Në Provincën Guangdong, komunat e Guangzhou dhe Jiangmen kufizuan pirjen e duhanit në vende publike në vitin 2007, por ligji nuk zbatohet në mënyrë efektive. Më 1 qershor 2015, Pekini miratoi një ligj të ri që ndalon pirjen e duhanit në hapësira publike siç janë restorantet dhe baret, zyrat, qendrat tregtare, transportin publik dhe aeroportet. Ata që thyjnë ligjin do të gjobiten me 200 juanë (32 dollarë) dhe do të "emërohen dhe të turpërohen" në një faqe të qeverisë pas tre herë. Bizneset që lejojnë pronaret ta ndizen mund të gjobiten deri në 10,000 juan (\$ 1,600) dhe mund të heqin licencat e tyre për shkelje të përsëritura. Ligji i ri gjithashtu çan reklamat. [42]

5.9 Kroacia

Më 22 nëntor 2008, parlamenti kroat miratoi legjislacionin [48] që ndalon pirjen e duhanit në institucionet publike si spitalet, klinikat, shkollat, fidanishtet dhe universitetet me shkelje të dënueshme deri në 1000 kuna (140 euro). Një përjashtim i dukshëm në ligj janë repartet psikiatrike në spitalet e Kroacisë. Ligji shkoi edhe më tej në maj të vitit 2009 kur duhej ndaluar pirja e duhanit në të gjitha hapësirat publike të mbyllura, duke përfshirë baret, restorantet dhe kafenetë. Ndalimi i pirjes së duhanit zbatohet në të gjitha zonat publike ku jo-duhanpirësit mund të pësojnë duhan të dorës së dytë duke përfshirë hapësira të hapura publike si stadiumet sportive, arena, teatrot e hapura, stacionet e tramvajit dhe të autobusëve etj. Më 10 shtator 2009, rregulloret që kufizonin pirjen e duhanit në baret dhe kafenetë në Kroaci u shfuqizuan pjesërisht për një periudhë deri më 9 prill 2010,

njoftoi media lokale. Pronarët me objekte që janë deri në 50 metra katrore që përmbushin kushte shumë të rrepta tani do të jenë në gjendje të zgjedhin nëse do të lejojnë pirjen e duhanit. Një nga kushtet është një sistem i ventilimit që është në gjendje të ndryshojë ajrin e brendshëm të paktën 10 herë në orë. Deri në mars 2010, vetëm 16 (nga 16,000) institucione në të gjithë Kroacinë kishin përmbushur kushtet duke lejuar pirjen e duhanit. Institucionet më të mëdha do të duhet të përfshijnë një zonë të caktuar dhe veçmas të venteluar [43].

5.10 Francë

Pirja e duhanit është e ndaluar në të gjitha vendet publike (stacionet, muzetë, etj); Ekziston një përjashtim për dhoma të duhanit të veçantë që përmbushin kushte strikte, si më poshtë. Megjithatë, një përjashtim i veçantë u bë për kafenetë dhe restorantet, klubet, kazinotë, bare etj. Deri më 1 janar 2008 edhe pse qeveria franceze lejoi një ditë reflektimi në Ditën e Vitit të Ri. Sondazhet e opinionit tregojnë se 70% e njerëzve mbështesin ndalimin. Megjithatë, një tregim i vitit 2009 nga Time Magazine sugjeroi se disa duhanpirësë po shpërfillnin me forcë ndalimin e pirjes së duhanit për shkak të zbatimit të dobët.

Sipas rregulloreve të reja, dhomat e duhanit janë të lejuara, por i nënshtrohen kushteve shumë të rrepta: ata mund të zënë më së shumti 20% të hapësirës totale të objektit dhe madhësia e tyre nuk mund të jetë më shumë se 35 m²; Ata duhet të pajisen me ventilim të veçantë që zëvendëson volumin e plotë të ajrit dhjetë herë në orë; Presioni i ajrit të dhomës së duhanit duhet të jetë vazhdimisht më i ulët se presioni në dhomat e afërta; Ata duhet të kenë dyer që mbyllen automatikisht; Nuk mund të ofrohet shërbim në dhomat e duhanit; Dhe personeli i pastrimit dhe mirëmbajtjes mund të hyjë në dhomë vetëm një orë pasi që është përdorur së fundi për pirjen e duhanit.

Institucionet me shenjën "Tabac" vijnë brenda të njëjtave rregulla strikte. Kjo

shenjë do të thotë vetëm se ata janë të licencuar nga shteti për të shitur prodhimet e duhanit.

Më parë, sipas rregullave të mëparshme të zbatimit të ligjit të Évin 1991, restorantet, kafeteritë etj. Thjesht duhej të siguronin seksione për pirjen e duhanit të cilat në praktikë shpesh nuk ishin të ndara mirë. Në qendrat më të mëdha, pjesët e duhanit dhe të duhanit mund të jenë dhoma të ndara, por shpesh ato ishin vetëm zona brenda të njëjtës dhomë.

Një sfidë ligjore kundër rregullave të reja u paraqit para Conseil d'État në vitin 2007, por u refuzua. [44]

5.11 Itali

Që nga viti 2005 është e ndaluar të pihet duhan në të gjitha hapësirat publike, përfshirë bare, kafene, restorante dhe disko. Sidoqoftë, lejohen dhoma të veçanta për duhan. Në zona të tilla ushqimi mund të shërbehet, por ato u nënshtrohen kushteve strikte: ato duhet të ventilohen veçmas, me shkallë të lartë të zëvendësimit të ajrit; Presioni i tyre i ajrit duhet të jetë vazhdimisht më i ulët se presioni në dhomat përreth; Ata duhet të pajisen me dyer automatike rrëshqitëse për të parandaluar përhapjen e tymit në zonat pa duhan; Ata mund të zënë më së shumti 50% të institucionit. Vetëm 1% e të gjitha institucioneve publike kanë vendosur të krijojnë një dhomë të duhanit. Pirja e duhanit është gjithashtu e ndaluar në të gjitha vendet e mbyllura të punës - kjo përfshin edhe trenat dhe stacionet nëntokësore. Në të vërtetë, lejohet të pijë duhan jashtë, që do të thotë se meqënëse Italia ka një mot me diell më shumë se gjysmën e vitit, njerëzit ende mund të pinë duhan në restorante dhe bare për sa kohë që ulen në tryezat e jashtme dhe ligji i lejon.[45]

5.12 Holandë

Pirja e duhanit e duhanit është e ndaluar me ligj në të gjitha ndërtesat publike dhe në transportin publik. Në platformat e trenit zonat e kufizuara të duhanit nuk zbatohen. Që nga 1 janari 2004 çdo

punonjës ka të drejtë të punojë në një mjedis pa tym. Legjislacioni i duhanit thotë se punëdhënësit janë të detyruar të marrin masa për të siguruar që punonjësit janë në gjendje të kryejnë punën e tyre pa u shqetësuar apo prekur nga tymi nga të tjerët. Më 1 janar 2008 Aeroporti i Amsterdamit Schiphol u bë aeroporti i parë europian plotësisht pa tym [citim i nevojshëm]; Megjithatë, që nga gushti i vitit 2008, duhani është lejuar në dhoma të caktuara të duhanit. Që nga 1 korriku 2008, ligji i tymit ka aplikuar edhe në të gjitha hotelet, restorantet, baret dhe kafenetë në Holandë. Dhoma të veçanta të duhanit janë të lejuara në objektet e mikpritjes për aq kohë sa nuk ka ushqim apo pijepërtë shërbyer . Të gjitha format e reklamimit, promovimit ose sponsorizimit të duhanit janë të ndaluara. Pirja e kanabisit (duke përfshirë hashishin) në kafe lejohet për aq kohë sa nuk është e përzier me duhan. Në vitin 2010 qeveria e re foli kundër efekteve të ligjit pa tym mbi bizneset e vogla hotelierike. Ligji u injorua gjerësisht me statistikatat që tregonin se rreth 41% e bare dhe disko kishin ngatërruar atë. Rreth 3.000 nga 5,500 bare në Holandë janë të punësuar vetëm nga pronari.

Që nga 1 janari 2017, dhomat e duhanit nuk do të lejohen më në sallën e bashkisë dhe ndërtesa të tjera komunale të Amsterdamit dhe brenda një distance prej 20 metrash të këtyre ndërtesave.[46]

5.13 Portugali

Ligji portugez 37/2007 (në fuqi që nga 1 janari 2008) rregullon aspekte të ndryshme të konsumit, shitjes dhe kontrollit të duhanit në Portugali dhe liston një numër të madh të hapësirave të mbyllura ku nuk lejohen pirja e duhanit, duke përfshirë raste të dukshme si shkollat, spitalet dhe teatro. Ligji thekson se përjashtimet në rregullin pa duhan mund të bëhen në rastet, ndër të tjera, të ngrënies së mbyllur (p.sh. restorantet, kafenetë dhe baret) që nuk frekuentohen nën moshën 18 vjeçare nëse zona e duhanit është fizikisht e ndarë nga Jo-pirja e duhanit ose ku sistemet e

ventilimit dhe nxjerrjes së ajrit të drejtuara drejt jashtme janë efektive deri në pikën e parandalimit të hyrjes së tymit në zonën e pirja e duhanit dhe se në rastin e objekteve me sipërfaqe më të madhe se 100 metra katrore Se 40% (nëse janë të ndara fizikisht) ose 30% përndryshe mund të përcaktohen si zonë e duhanit. Në fakt, restorantet janë pothuajse gjithnjë pa tym, siç janë shumica e kafeneve, tregëtia e të cilëve është kryesisht për ushqim, ndërsa në bare ligji injorohet nga konsumatorët dhe pronarët e bareve. Një studim i publikuar në vitin 2011 nga Ministria e Shëndetësisë tregoi 90% të pajtueshmërisë me ligjin në institucione me një ndalim të përgjithshëm të pirjes së duhanit, por vetëm 50% pajtueshmëri në stabilimentet ku pirja e duhanit është e lejuar pjesërisht ose tërësisht . [47]

5.14 Rumania

Pirja e duhanit është e ndaluar në "vende të brendshme publike" siç janë shkollat, ndërtesat e zyrave dhe institucionet publike, edhe pse në kushte të caktuara mund të vendosen zona të posaçme të duhanit. Spitalet, trenat të udhëtarëve dhe metroja e Bukureshtit, ndër të tjera, janë plotësisht pa tym. Që nga viti 2011, bare dhe restorante mund të përcaktohen ose si pa tym ose ekskluzivisht për duhanpirësit. Më 15 dhjetor 2015, parlamenti rumun miratoi një ligj që ndalonte pirjen e duhanit në zonat publike. Ligji, i cili hyri në fuqi në mars 2016, ndalon pirjen e duhanit në çdo mjedis të mbyllur për përdorim publik, duke përcaktuar një mjedis të mbyllur si një që ka të paktën dy mure. [48]

5.15 Zvicer

Asambleja Federale Zvicerane miratoi një ligj për mbrojtjen kundër duhanit të përdorur në vitin 2008, i cili hyri në fuqi më 1 maj 2010. Ndalon pirjen e duhanit në zonat e mbyllura, të qasshme për publikun dhe në dhomat që janë vende punë për disa persona. Ekzistojnë përjashtime për bare dhe restorante, të cilat mund të lejojnë pirjen e duhanit në dhoma të ndara, të

ventiluara ose në objekte më të vogla se 80 metra katrorë. 10 kantonë (Jura, Aargau, Obwalden, Nidwalden, Zug, Schwyz, Glarus, Schaffhausen, Thurgau, Appenzell Innerrhoden) kanë imponuar vetëm kufizimet e mandatuara kombëtare, ndërsa 16 (Gjenevë, Vaud, Neuchâtel, Valais, Fribourg, Bernë, Solothurn , Basel-City, Basel-Land, Zürich, Uri, Ticino, Graubünden, St. Gallen, Luzern, Appenzell Ausserrhoden) duke imponuar ligje më të rrepta duke mos përjashtuar objektet më të vogla se 80 metra katrorë. Gjatë 16 kantoneve megjithatë lejojnë dhoma të veçanta të duhanit me 7 (Bern, Solothurn, Zürich, Uri, Ticino, Graubünden, St. Gallen) që lejojnë shërbimin.[49]

5.16 Turqi

Pirja e duhanit në Turqi

Turqia aktualisht kufizon pirjen e duhanit në zyrat qeveritare, vendet e punës, bare, restorante, kafene, qendra tregtare, shkolla, spitale dhe të gjitha format e transportit publik, përfshirë trenat, taksitë dhe anijet. Ndalimi i ligjit të ndaluar nga duhani i Turqisë përfshin dispozita për shkelësit, ku secili që kapi pirjen e duhanit në një zonë të caktuar pa tym përballet me një gjobë prej 83 lirash (~ 35 / \$ 47 / £ 30) dhe pronarët e bareve që nuk e zbatojnë ligjin mund të gjobiten nga 560 liras për një vepër të parë deri në 5.600 lira.

Pirja e duhanit u kufizua fillimisht në vitin 1997 në ndërtesat publike me më shumë se katër punëtorë, si dhe në avionë dhe autobusët publikë.

Më 3 janar 2008, Turqia miratoi një ligj që ndalonte pirjen e duhanit në të gjitha hapsirat e brendshme përfshirë bare, kafene dhe restorante. Ai gjithashtu kufizon pirjen e duhanit në stadiume sportive dhe kopshtet e xhamive, spitaleve dhe shkollave. Ndalimi i pirjes së duhanit hyri në fuqi më 19 maj 2008; Megjithatë, baret, restorantet dhe kafenetë u përjashtuan deri në mes të korrikut 2009. Më 19 korrik 2009, Turqia shtypi kufizimet e brendshme të duhanit për të

përfshirë baret, restorantet, dhe kafenetë e fshatit .[50]

Kapitulli 6 : Zhvillimi i studimit

6.1. Metodat për fazen e sondazheve

Kjo metode e ndihmon studiuesin përtëmarrënjë veshtrim të përgjithshëm të nxënësve përpërdorimin e duhanit sinjë faktor i demshem për shendetin e tyre . Janëmarrënë sondazhe nxenëstë shkollave të mesme.

6.2. Përse sondazhet e hulumtimit?

Sondazhet janë fleksibel në trajnimin e një sere problemesh që lidhen me qëndrimet, prespektivat dhe bindjet e pjesëmarrësve duke mundësuar pyetësor me shkrim. Si një metode e grumbullimit të të dhënave, sondazhet janë të dobishme kur dikush ka nevojë për të mbledhur të dhëna sasiore nga një grup i madh njerezish. Sondazhi u preferua sinjë metode për grumbullimin e të dhënave në këtë studim për shkak të faktit se shumë pyetje mund të kerkohen dhe të ishte e mundur përtëpërfshire një grup në sondazh brenda një periudhe të shkurtër kohore.

6.3. Instrument i vrojtimit

Instrument i vrojtimit favorizohet nga shumënjërez që bejnë hulumtime. Ai i ofron përdoruesve efektshmeri në grumbullimin e të dhënave në mënyrë të strukturuar dhe të menaxhueshme. Rezultatet janë të lehta për tu analizuar pasi të kenë përfunduar. Kjo ka disa avantazhe sepse sasia e të dhënave të mbledhura kerkon kohe më të pakët dhe instrumenti e lehtëson identifikimin e të dhënave sasiore. Gjithashtu nuk identifikohen të anketuarit dhe ruan kontrollin e temës dhe ceshtjen për diskutim. Pyetësori u krijua nga unë dhe u testua në 120 studentët shkollave të mesme të zgjedhur në mënyrë rastësore.

6.4. Qëllimi i ankëtës

Qëllimi i studimit është të përcaktoj nivelet e aksesueshmerisë të duhanipirjes nga nxënësit e shkollave të mesme ,përtë identifikuar faktoret që

ndikojnë në përdorim e duhanipirjes Sondazhi është i ndare në dy pjesë.

Pjesa e parë trajton të dhënat demografike të të anketuarve. Pjesa e dytë kerkon informacione në lidhje me konsumimin e cigares .

6.5. Zhvillimi i fazes së sondazhit

Anketat u dorezuan dorazi tek të gjithët e anketuarit që ishin në dispozicion gjatë kohës së grumbullimit të të dhënave në shkollat e mesme.

Kapitulli 7: Studim Rasti

Përshkrimi i Pjesëmarrësve të Anketave

Në përpjekjet për të nxjerrë të dhëna e përshkruara të anketuarve, një numër i pyetjeve u është kërkuar që të identifikojnë veten si mashkull ose femër dhe moshën e tyre. Më pas janë pyetur për nivelin e tyre të eksperiencës në përdorim e duhanit. Më poshtë ofrohet një pasqyrë e informacionit bazë që përshkruan të anketuarit.

Analiza e të dhënave

Popullimi : Nxënës të arsimit të mesëm
Zgjedhja : 120 nxënës të shkollave të mesme të Vlorës

Variabli i interesit : Densiteti i pirjes së duhanit mes të rinjve

Qëllimi: Identifikimi i përhapjes së fenomenit të duhanit dhe i faktorëve që influencojnë në të.

Të dhënat janë përpunuar me programin statistikor SPSS 19.

Metodat tabelare dhe grafikët në formë drejtkëndeshi, qarku apo në formë vije janë përdorur për të paraqitur shpërndarjen e nxënësve sipas karakteristikave të caktuara.

Për të pasqyruar ndryshimet midis klasifikimeve të ndryshme është përdorur probabiliteti i shpërndarjes Hi-katror, vlera $p < 0.05$ e të cilit tregon ndryshime të rëndësishme statistikore midis klasave që krahasohen.

Nga analiza e zgjedhjes së studimit tonë mund të bejmë paraqitjen e përgjithshme si më poshtë.

**Analiza e zgjedhjes prej 120 nxenësish.
Shpërndarja e nxenësve sipas moshës
dhe gjinisë.**

Nga analiza e të dhënave të databases mbi moshen dhe gjininë e nxenësve në studim është ndertuar Tabela 1.

Gjinia	Mosha (vjec)				
	14-15	16-17	18-19	20-21	Total
Femër	3	15	18	2	38
%	8%	40%	47%	5%	100%
Mashkull	19	41	20	2	82
%	23%	50%	24%	3%	100%
Total	22	56	38	4	120
%	18%	47%	32%	3%	100%

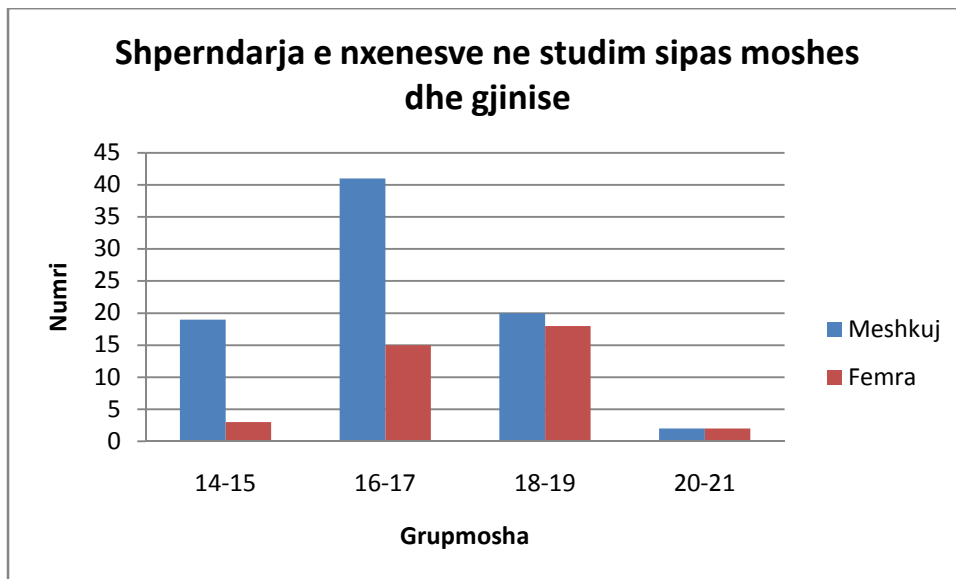
Tabela 1.Shpërndarja e nxenësve sipas moshes dhe gjinisë.

Nga **Tabela 1.** shihet se nxenësit në studim i përkasin disa klasave të ndryshme të moshes, 18% janë të moshes 14-15 vjec, 47% të moshes 16-17 vjec, 32 % të moshes 18-19 vjec, 3% moshes 20-21 vjec.

Nga analiza sipas gjinise ,shihet se nga 120 nxenës,38 ose afro 32% e tyre janë femra dhe 82 ose 68% janë meshkuj.

Gjithashtu,shihet se si te femrat dhe te meshkujt e përfshire në studim numrin me të madh e përbejnë grupmoshat 16-17 dhe 18-19 vjec.

Ketë shpërndarje moshash e paraqet me qartë edhe grafiku i meposhtëm:



Grafiku 1

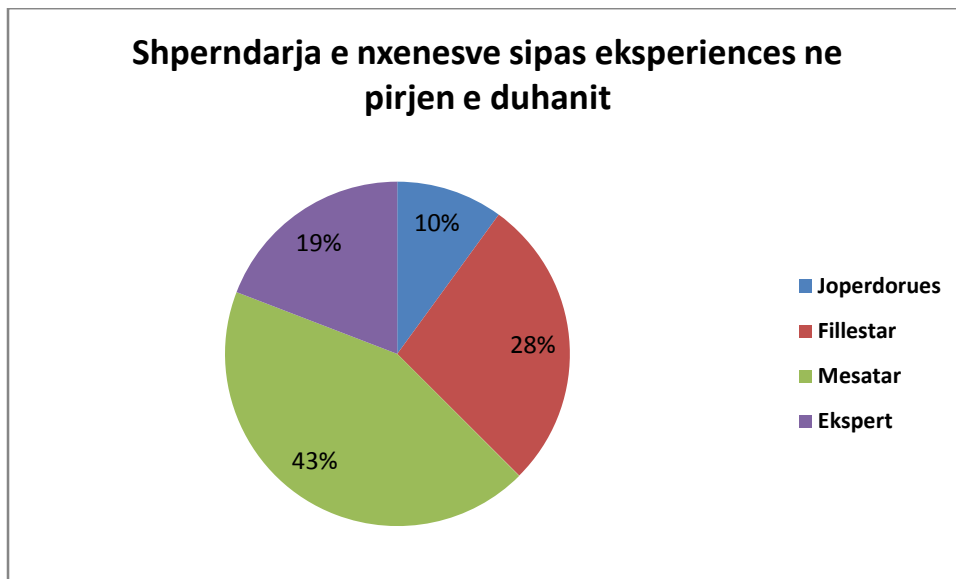
Eksperiencia në pirjen e duhanit	Femra	Meshkuj	Totali
Jopërdorues	9	3	12
Fillestar	9	24	33
Mesatar	12	40	52
Ekspert	8	15	23
Totali	38	82	120

Tabela 2.Shpërndarja e nxenësve sipas experiences në përdorimin e duhanit.

Nga **Tabela. 2**, shihet se nga 120 nxenës ,12 nxenës ose 10% e tyre janë jopërdorues të duhanit, 33 nxenës ose 28 % janë fillestare ,52 ose 43% janë mesatare në pirjen e duhanit dhe 23 ose

19 % janë ekspertë.Pra 90 % e nxenësve janë përdorues të duhanit në nivele të ndryshem.

Kjo jepet edhe nga grafiku i mëposhtëm:



Grafiku 2

Përgjigjet mbi informacionin mbi duhanin dhe rreziqet e tij.		
Sa shpesh keni degjuar apo parë mesazhe antiduhan në televizion, radio, tabela, postera, gazeta, etj.	Numri	%
Asnjëherë	1	0.83
Ndonjëherë	56	46.67
Shumë	63	52.50
A mendoni se keni marrë informacionin e duhur rreth përdorimit të duhanit dhe rreziqeve të tij?	Numri	%
JO	6	5.00
PO	114	95.00
Gjatë 12 muajve të fundit a keni marrë pjesë		

në ndonjë aktivitet apo veprimtari kundër duhanit në shkollë e komunitet?	Numri	%
Asambleja e shkollës ose foles të ftuar	9	7.50
Keshillim antiduhan	1	0.83
Keshillim për ndalim të pirjes	11	9.17
Konkurse	3	2.50
Ngjarje në komunitet jashtëshkolle	8	6.67
Nuk kam marre pjese në asnjë	74	61.67
Produkte të medias	14	11.67

Tabela 3. Shperndarja e nxënësve sipas informimit nga mediat e ndryshme mbi demet e përdorimit të duhanit.

Nga të dhenat e **Tabeles 3**, shihet se të rinjtë në përgjithësi janë të informuar mbi duhanin dhe demet e tij. Keshtu vetëm 1 nxenës deklaroi se nuk ka marre asnjë informacion mbi duhanin dhe demet e tij. 63 nxenës ose 53% e tyre kanë marre shumë informacion nga mjetet e ndryshme të informimit, 56 ose 47% e nxënësve kanë marre ndonjëherë informacion mbi duhanin nga mjetet e ndryshme të informimit.

Megjithatë, 95% e tyre shprehet se e ka marre informacionin e duhur dhe vetëm 5% pohon se nuk e ka marre gjithe

informacionin e duhur mbi duhanin dhe demet e tij.

Lidhur me informimin në 12 muajt e fundit, nxenësit deklarojnë në 74 raste ose 62% e numrit të tyre se nuk kanë marre pjese në asnjë aktivitet me veprimtari antiduhanit. 14 nxenës, ose 12% janë informuar nga mediat, 11 nxenës, ose 9% kanë marre pjese në keshillim për ndalim të pirjes së duhanit, 9 nxenës ose 7.5% e tyre kanë marre pjese në aktivitet të asamblese së shkollës dhe vetëm 8 nxenës ose 7% e tyre kanë marre pjese në ngjarje në komunitet.

Pergjigjet mbi duhanin dhe rreziqet e tij.		
Në përgjithësi do të thoni se pirja e duhanit është:	Numri	%
Aspak problematike	4	3.33
Moderuar	70	58.33
Shumë problematike	46	38.34
A duhet të zbatohen rreptësisht politikat antiduhan në vendet publike të brendshme ose të jashtme?	Numri	%
JO	2	1.68
PO	117	98.32
A mendoni se duhani demton shëndetin?	Numri	%
JO	5	4.17
PO	115	95.83

Tabela 4.Mendimi i përgjithshëm mbi duhanin.

Nga analiza e mendimit që kanë nxënësit mbi duhanin dhe rreziqet e tij mund të themi se:46 nxënës ose 39% e tyre e vleresojnë shumë problematike pirjen e duhanit ,70 nxënës ose 58% e tyre e vleresojnë të moderuar pirjen e duhanit

dhe 4 nxënës ose 3% e tyre e vleresojnë aspak problematike pirjen e duhanit.

Gjithashtu,pjesanme e madhe e nxënësve 114,ose 98% e tyre mendojnë se duhen zbatuar rreptësisht politikat

antiduhan në vendet publike dhe vetëm 2% mendojnë të kundërtën.
Lidhur me demtimin e shëndetit, 115 nxënës ose 96% e tyre mendojnë se ai demton shëndetin, vetëm 4% e tyre mendojnë të kundërtën.

Përgjigjet mbi gjendjen në shkollën tuaj.		
Në ambientet e shkollës tuaj a lejohet pirja e duhanit në zonat e brendeshme ...?	Numri	%
Gjithmonë e lejuar	4	3.33
Kurrë nuk lejohet	103	85.83
Lejohet në disa raste dhe disa vende	13	10.84
A ka rregull kundër duhanit në shkollën tuaj?	Numri	%
Ekziston dhe imponohet ndonjëhere	26	21.66
Ekziston dhe zbatohet rreptësisht	69	57.50
Ekziston por nuk zbatohet	16	13.34
Nuk ka rregull	9	7.50

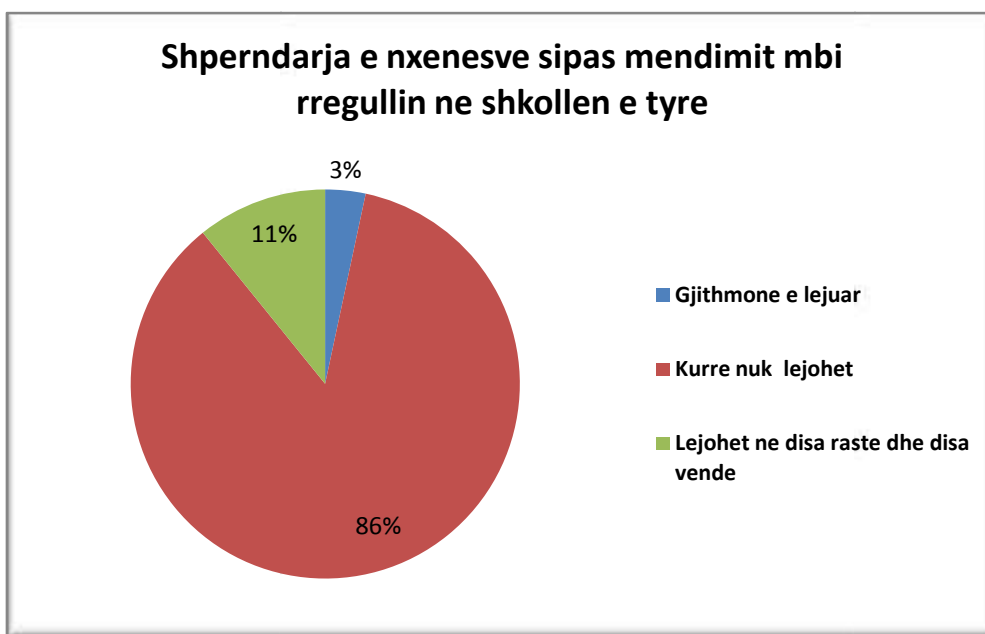
Tabela 5. Gjendja në shkollën tuaj.

Nga analiza e përgjigjeve të dhëna nga nxënësit mbi gjendjen në shkollat e tyre në lidhje me rregullin e vendosur për duhanpirjen kemi:

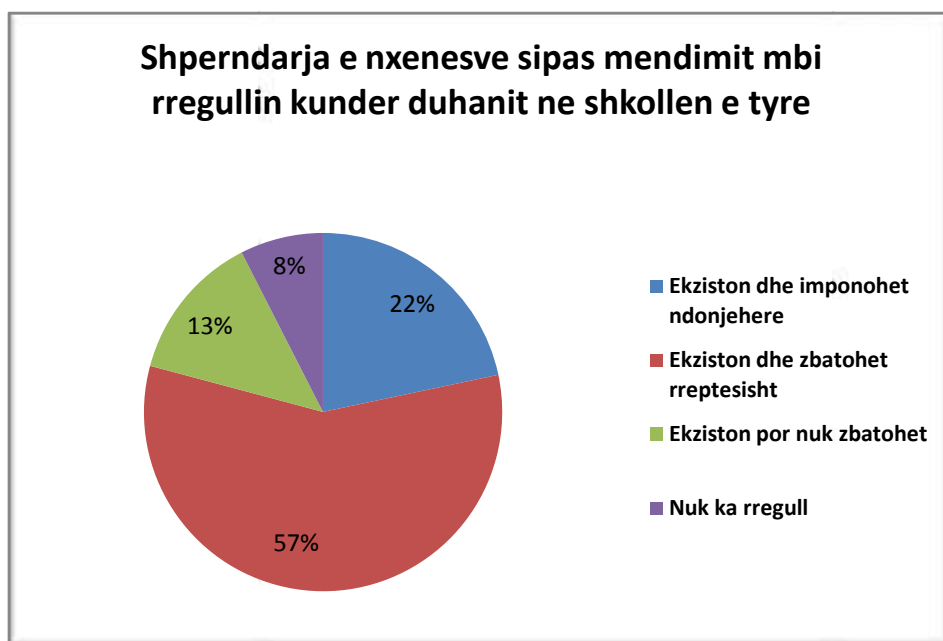
Në pjesën më të madhe të rasteve 103 nxënës ose 86% e totalit pohojnë se në shkollat e tyre kurrë nuk lejohet duhani, 11% pohojnë se lejohet me raste dhe në disa vende të caktuara dhe vetëm

3% pohojnë se në shkollën e tyre lejohet pirja e duhanit gjithmonë. Gjithashtu 58% e nxënësve theksojnë se ekziston një rregull në shkollë dhe zbatohet rreptësisht, 22% pohojnë ekzistencën e

rregullit por e imponuar, 13% pohojnë se rregulli ekziston por nuk zbatohet dhe vetëm 8% pohojnë se nuk dinë të ketë ndonjë rregull në shkollën e tyre.



Grafiku 3

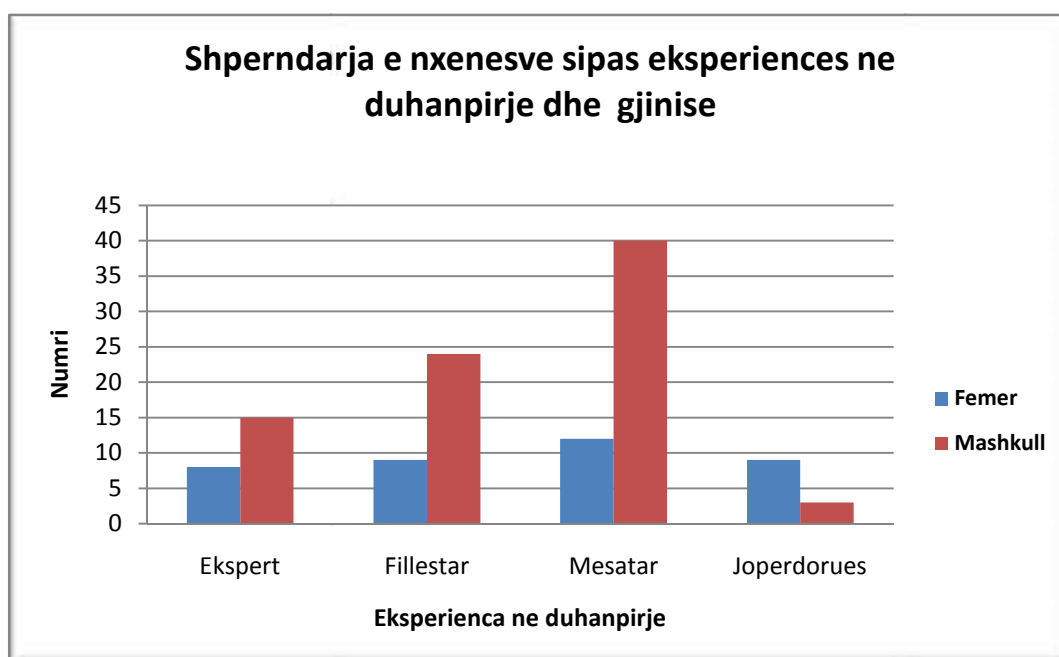


Grafiku 4

Analiza e duhanpirësve.

Eksperienca	Gjinia		Totali
	Femër	Mashkull	
Ekspert	8	15	23
	6.67	12.50	19.17
Fillestar	9	24	33
	7.50	20.00	27.50
Jopërdorues	9	3	12
	7.50	2.50	10.00
Mesatar	12	40	52
	10.00	33.33	43.33
Total	38	82	120
	31.67	68.33	100.00
Chi-Square $p = 0.0056$			

Tabela 6. Eksperienca në përdorimin e duhanit sipas gjinise



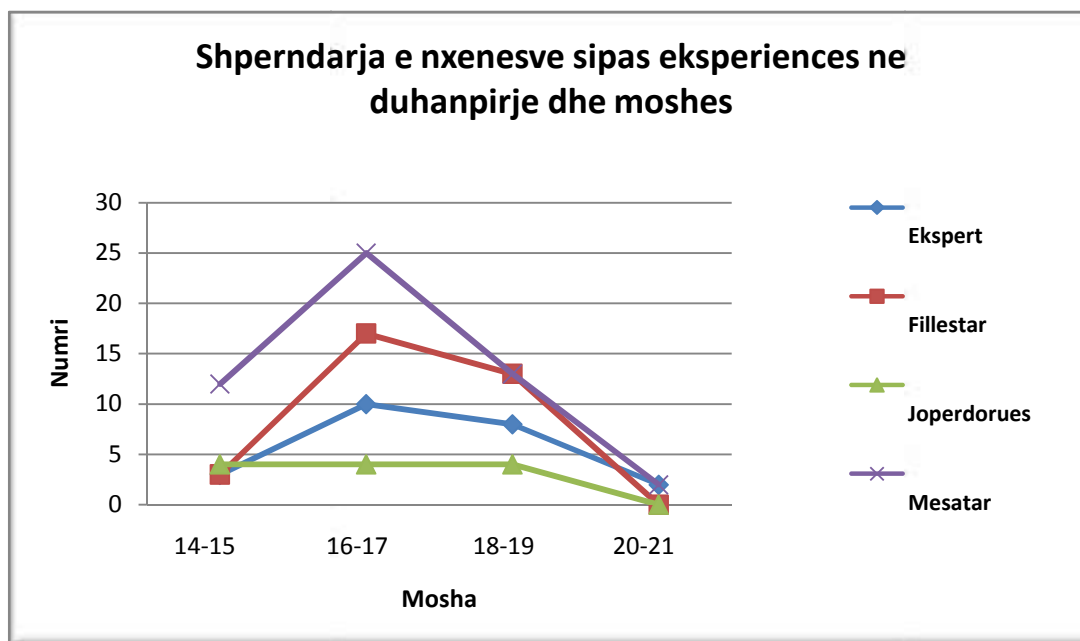
Grafiku 5

Ka dallim midis meshkujve dhe femrave në eksperiencën e përdorimit të duhanit. Keshtu femrat zënë % më të lartë të jopërdoruesit (75%). Kurse të ekspertët, fillestarët dhe mesatarët vendin e parë e zënë meshkujt. Këtë e tregon edhe treguesi i probabilitetit Hi-katror $p=0.0056 < 0.005$ që tregon se ndryshimi është i rëndësishëm.

Nëse krahasohet eksperiencia sipas grupmoshave treguesi $p=0.3793 > 0.05$ tregon se nuk ka ndryshim të rëndësishëm në eksperiencën e duhanpirjes midis grupmoshave të ndryshme. Keshtu në të gjitha nivelet vendin e parë e zë grupmosha 16-17, më pas 18-19, 14-15 dhe në fund 20-21. Edhe të jopërdoruesit kemi të njëjtën shpërndarje.

Eksperiencia në duhanpirje	14-15	16-17	18-19	20-21	Total
Ekspert	3	10	8	2	23
	2.50	8.33	6.67	1.67	19.17
Fillestar	3	17	13	0	33
	2.50	14.17	10.83	0.00	27.50
Jopërdorues	4	4	4	0	12
	3.33	3.33	3.33	0.00	10.00
Mesatar	12	25	13	2	52
	10.00	20.83	10.83	1.67	43.33
Total	22	56	38	4	120
	18.33	46.67	31.67	3.33	100.00
Chi-Square $p=0.3793$					

Tabela 7. Eksperiencia në përdorimin e duhanit sipas moshës



Grafiku 6

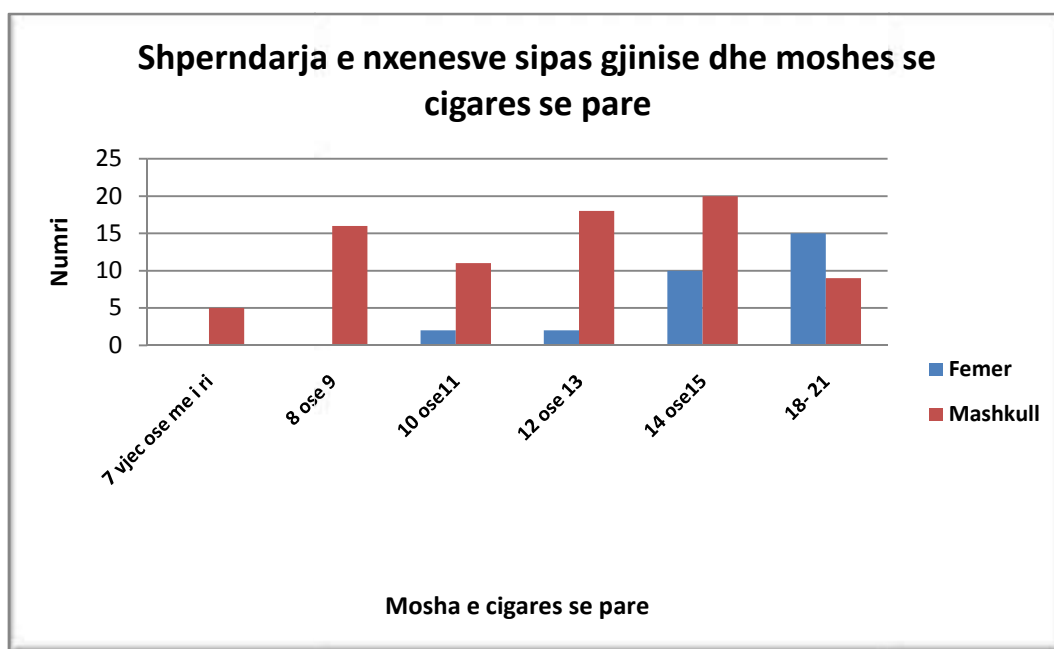
Nga analiza e moshes se cigares se pare dhe gjinise shihet se ka ndryshim të rendesishem statistior midis meshkujve dhe femrave dhe moshes se cigares se pare. Ketë e tregon edhe $p < 0.0001 < 0.05$. Keshtu ,te moshë e cigars se pare 7 vjec ose me i vogel kemi vetëm meshkuj dhe asnjë femër. Po keshtu 8-9 vjec janë të gjithë meshkuj. Femrat janë me shumë se meshkujt në interval e moshes 18-21 vjec.

Pra meshkujt kanë një moshë me të vogël pirjeje të cigares se pare në krahasim me femrat.

Moshë kur keni përdorur cigaren e pare	GJINIA		Total
	Femër	Mashkull	
7 vjec ose me i ri	0	5	5
	0.00	4.63	4.63
8 ose 9	0	16	16
	0.00	14.81	14.81
10 ose 11	2	11	13
	1.85	10.19	12.04

12 ose 13	2	18	20
	1.85	16.67	18.52
14 ose 15	10	20	30
	9.26	18.52	27.78
18- 21	15	9	24
	13.89	8.34	22.23
Total	29	79	108
	26.85	73.15	100.00
Chi-Square P <.0001			

Tabela 8.Eksperienca sipas gjinise dhe moshes se cigars se pare



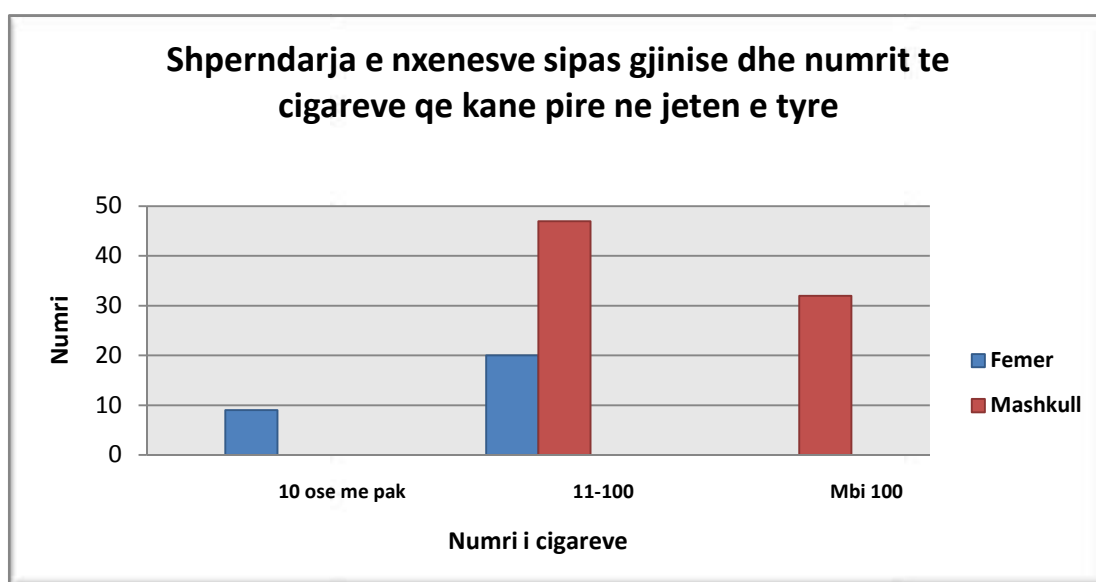
Grafiku 7

Lidhur me numrin e cigareve të pira në ditë sipas gjinise shihet se ka dallim midis meshkujve dhe femrave. Keshtu, ata që pijnë mbi 100 cigare në ditë janë vetëm meshkuj(32) ,dhe ata që pijnë 10 ose me pak janë vetëm

femra(9),,kurse 11-100 janë përseri me tepër meshkuj 47 ndaj femrave 20. Ketë e tregon edhe preguesi $p < 0.0001$. Pra meshkujt pijnë me tepër cigare (në numer) sesa femrat.

Numri i cigareve që keni pire në jetën tuaj	Gjinia		Total
	Femër	Mashkull	
10 ose me pak	9	0	9
	8.33	0.00	8.33
11-100	20	47	67
	18.52	43.52	62.04
Mbi 100	0	32	32
	0.00	29.63	29.63
Total	29	79	108
	26.85	73.15	100.00
Chi-Square $p < .0001$			

Tabela 9. Numri i cigareve sipas gjinise



Grafiku 8

Lidhur me numrin e cigareve të pira në ditë sipas grupmoshës shihet se ka dallim midis grupmoshave të ndryshme.

Kështu, ata që pijnë mbi 100 cigare në ditë janë të grupmoshës 16-17(88%), dhe ata që pijnë 10 ose më pak janë 16-17

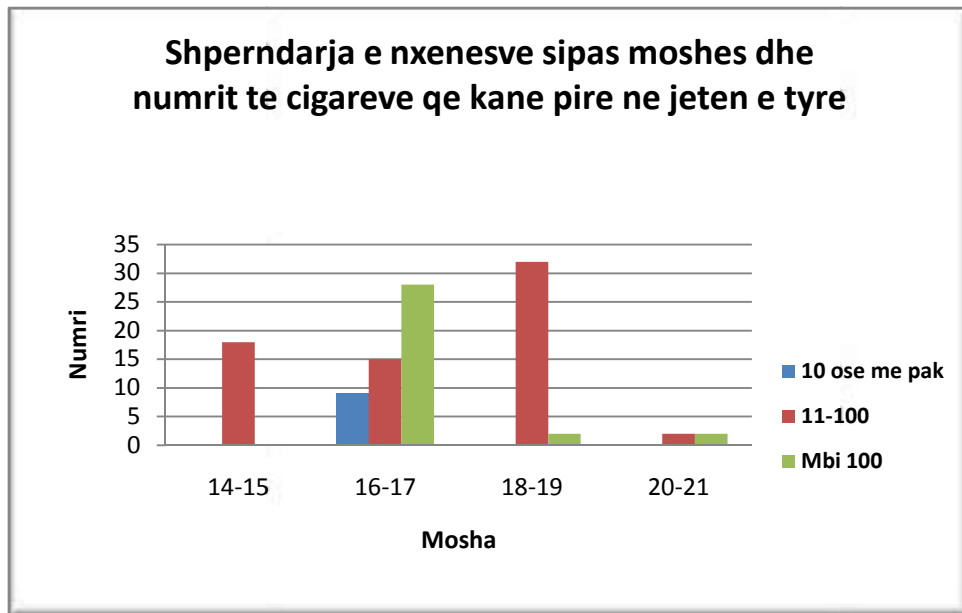
vjeç(100%)., kurse 11-100 janë më tepër grupmosha 18-19(48%).

Këtë e tregon edhe përgjessia $p < 0.0001$.

Pra densiteti më i madh i cigareve në ditë është te grupmosha 16-17 vjeç.

Numri i cigareve që keni pire në jetën tuaj	Mosha				Total
	14-15	16-17	18-19	20-21	
Mbi 100	0	28	2	2	32
	0.00	25.93	1.85	1.85	29.63
10 ose me pak	0	9	0	0	9
	0.00	8.33	0.00	0.00	8.33
11-100	18	15	32	2	67
	16.67	13.89	29.63	1.85	62.04
Total	18	52	34	4	108
	16.67	48.15	31.48	3.70	100.00
Chi-Square $p < .0001$					

Tabela 10. Numri i cigareve sipas moshës



Grafiku 9

Nga analiza e kohës së përdorimit të cigareve se pari pas ngrihen nga gjumi kemi një dallim të rëndësishëm statistikor midis femrave dhe meshkujve.

Kështu meshkujt janë 91% ata që përdorin cigaren e parë 6-30 min pasi zgjohen, po ashtu 100% e atyre që përdorin cigaren e parë 31-60 minuta pasi zgjohen janë meshkuj. Kurse pas 60 minutash kemi pothuajse të njëjtin % meshkujsh dhe femrash. Këtë e tregon edhe $p < 0.0001$.

Pra meshkujt e përdorin më herët pasi ngrihen cigaren e parë në krahasim me femrat.

Në analizën e kohës së përdorimit të cigareve se pari pas ngrihen dhe grupmoshës shihet se ka ndryshim të rëndësishëm midis grupmoshave.

Kështu, grupmosha 14-15 vjeç fillon e gjitha pas 60 min, grupmosha 16-17 ka pjesën më të madhe (79%) të atyre që përdorin cigaren e parë 6-30 min, kurse 18-19 vjeç ka 53% në intervalin 6-30 min dhe 20-21 vjeç në 6-30 min për 100% e tij. Vlera e $p < 0.0001$ tregon se ndryshimi është i rëndësishëm statistikisht. Pra, moshat më të vogla e fillojnë me vonë cigaren e parë në mëngjes. Moshat më të rritura e fillojnë më shpejt përdorimin në mëngjes.

Nga analiza e përgjigjeve mbi vështirësinë e mospirjes sipas gjinisë kemi:

Femrat janë 62% të mendimit se nuk e kanë vështirë të mos e përdorin cigaren në vendet ku nuk lejohet, kurse meshkujt pohojnë në 40% të tyre se nuk e kanë të vështirë këtë gjë.

Edhe vlera $p = 0.0464$ tregon se ndryshimi është i rëndësishëm statistikisht. < 0.0001

Në analizën e grupmoshës shihet se grupmosha 14-15 është 100% që nuk e ka të vështirë këtë gjë, kurse 18-19 vjeç është 77% që e ka të vështirë të mos e përdorin në vendet e ndaluara dhe 20-21 pohon 100% se e ka të vështirë.

Edhe $p < 0.0001$ tregon se ndryshimi është i rëndësishëm statistikisht.

Pra moshat e reja e kanë më të lehtë të mos e përdorin duhanin në vendet e ndaluara sesa moshat më të larta.

Lidhur me analizën e numrit të cigareve që përdorin në ditë dhe gjinisë, kemi që femrat në 97% të tyre përdorin 10 ose më pak cigare në ditë kurse meshkujt 53% përdorin 10 ose më pak cigare në ditë dhe 47% 11-20 cigare në ditë. Vlera e $p = 0.0001$ tregon përndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Pra, femrat përdorin më pak cigare se meshkujt në ditë.

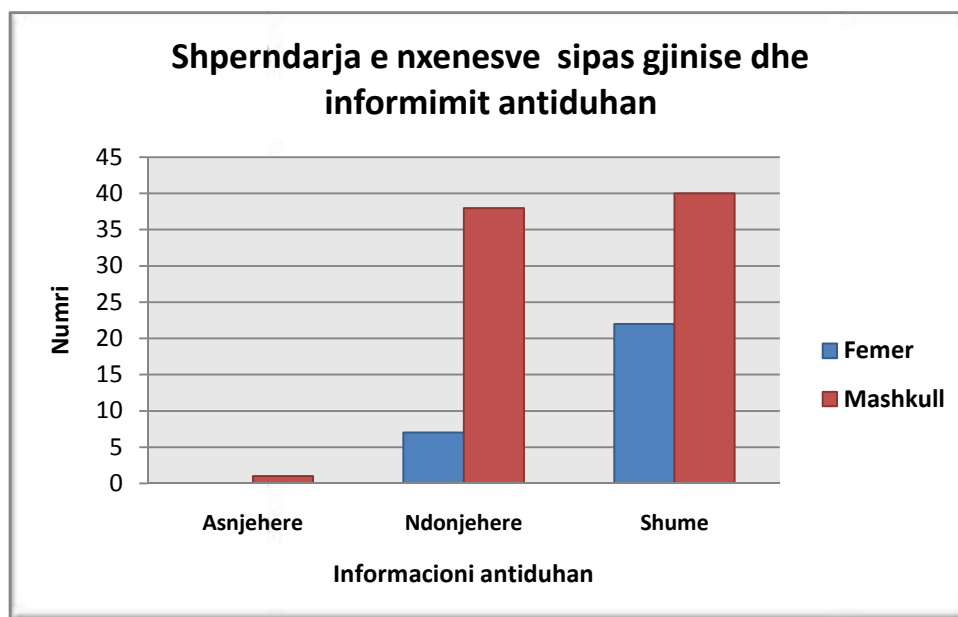
Nga analiza e sasise se cigareve në ditë dhe grupmoshes kemi:

Grupmosha 14-15 vjec ,në 100% pi 10 ose me pak cigare në ditë,16-17 pi 67% e numrit nga 10 ose me pak dhe 33% 11-20 cigare në ditë,18-19 pi 44% nga 10 ose me pak dhe 56% 11-20 cigare dhe 20-21 50% me 50%.

Pra ,moshat me të ulta pijnë me pak cigare në ditë sesa moshat me të larta. $P=0.0020<0.05$ që tregon ndryshimi është statistikisht i rëndesishem. Lidhur me informimin , $p=0.0595 >0.05$ tregon se nuk ka ndryshim të rëndesishem statistikor midis meshkujve dhe femrave lidhur me informimin mbi rrezikun e duhanit nëpërmjet mediave.

Sa shpesh keni degjuar apopare mesazhe antiduham në televizion,radio.media)	Gjinia		Total
	Femër	Mashkull	
Asnjëhere	0	1	1
	0.00	0.93	0.93
Ndonjëhere	7	38	45
	6.48	35.19	41.67
Shumë	22	40	62
	20.37	37.04	57.41
Total	29	79	108
	26.85	73.15	100.00
Chi-Square $p=0.0595$			

Tabela 11. Informimi antiduham



Grafiku 10

Lidhur me informimin dhe grupmoshat kemi ndryshim midis grupmoshave. Keshtu, grupmosha 14-15 është 100% shumë e informuar, 16-17 në 62% janë shumë të informuar dhe 38% ndonjëhere, 18-19 vjec në 65% janë informuar ndonjëhere dhe 35%

shumë, kurse 20-21 vjec janë 75% ndonjëhere të informuar dhe 25% shumë të informuar.

$P=0.0003 < 0.05$ tregon se ndryshimi është i rendesishëm

Pra, moshat me të vogla janë me tepër të informuar mbi duhanin dhe demet e tij.

Sa shpesh keni degjuar apopare mesazhe antiduham në television, radio, postera etj.	Mosha				Total
	14-15	16-17	18-19	20-21	
Asnjëhere	0	0	1	0	1
	0.00	0.00	0.93	0.00	0.93
Ndonjëhere	0	20	22	3	45
	0.00	18.52	20.37	2.78	41.67
Shumë	18	32	11	1	62
	16.67	29.63	10.19	0.93	57.41
Total	18	52	34	4	108
	16.67	48.15	31.48	3.70	100.00
Chi-Square $p=0.0003$					

Tabela 12. Informi i grupmoshave mbi duhanin dhe demet e tij

Nga analiza e faktit nëse një mik u ofron një cigare sipas gjinise kemi:

Femrat janë 50% me 50% po dhe ndoshta kurse meshkujt në 75% janë sigurisht po dhe vetëm 25% ndoshta.

Pra, femrat janë me hezituese ndaj një cigareje sesa meshkujt,

$P=0.0228 < 0.05$ tregon për ndryshim të rendesihem.

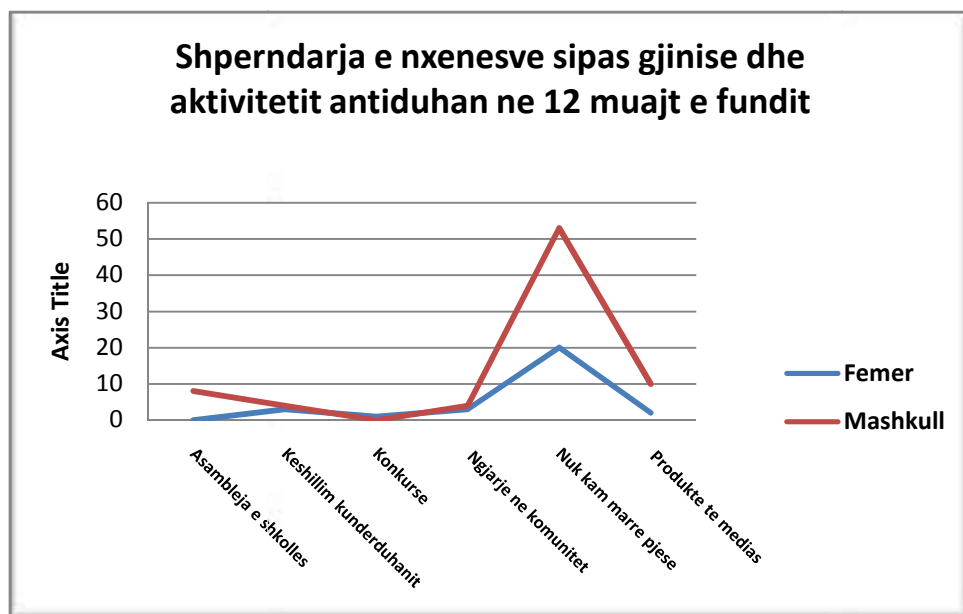
Nga analiza e pranimit të cigares nga një mik dhe grupmoshes nuk ka ndryshim të

rendesishem statistikor në qëndrimin e nxënësve sipas

grupmoshes. $P=0.9182 > 0.05$ tregon këtë.

Po keshtu nuk ka ndryshim në pjesëmarrjen e nxënësve në aktivitetet të ndryshme gjatë 12 muajve të fundit. $P=0.1614 > 0.05$ tregon këtë.

Po keshtu nuk ka ndryshim të rendesishem edhe midis grupmoshave në lidhje me pjesëmarrjen në aktivitete mbi duhanin. $p=0.6862 > 0.05$.



Grafiku 11

Gjatë 12 muajve të fundit a keni marre pjese në ndonjë aktivitet antiduhan	Gjinia		Total
	Femër	Mashkull	
Asambleja e shkollës ose foles të ftuar	0	8	8
	0.00	7.41	7.41
Keshillim antiduhan	3	4	7
	2.78	3.71	6.49
Konkurse	1	0	1
	0.93	0.00	0.93
Ngjarje në komunitet e jashtëshkollë	3	4	7

	2.78	3.70	6.48
Nuk kam marre pjese në asnjë aktivitet	20	53	73
	18.52	49.07	67.59
Produkte të medias	2	10	12
	1.85	9.26	11.11
Chi-Square p=0.1614			

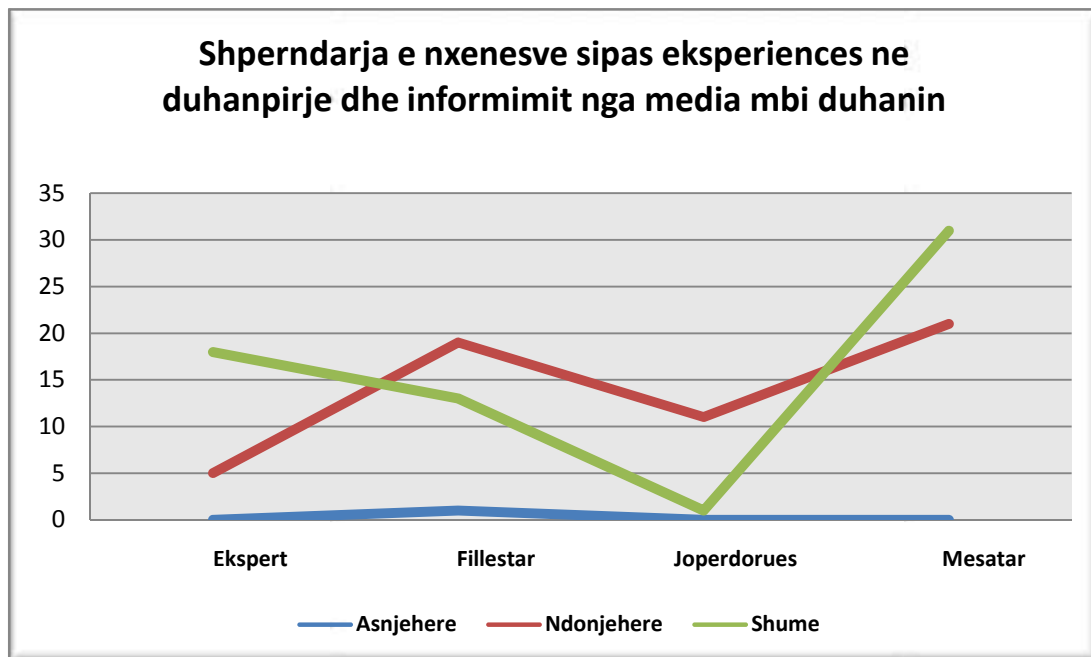
Tabela 13. Shpërndarja e aktivitetit antiduhan

Nga analiza e experiences në pirjen e duhanit dhe informimit me mesazhe kundër duhanit nga mediat shihet se ekspertët dhe mesatarët janë me shumë të informuar nga mediat dhe megjithatë janë

përdoruesit me të medhenj. $P=0.0008 < 0.05$ tregon se ky ndryshim është i rendesishëm. Fillestaret dhe jopërdoruesit janë me pak të informuar por me pak përdorues.

Eksperienca në duhanpirje	Sa shpesh keni degjuar apopare mesazhe antiduhan në televizion, radio, media)			
	Asnjëhere	Ndonjëhere	Shumë	Total
Ekspert	0	5	18	23
Fillestar	1	19	13	33
Jopërdorues	0	11	1	12
Mesatar	0	21	31	52
Total	1	55	63	120
Chi-Square p= 0.0008				

Tabela 14. Eksperienca ne duhanpirje



Grafiku 12

Nga analiza e eksperiencës dhe pjesëmarrjes në aktivitete kundër duhanit shihet se ekspertët në 82% të tyre nuk kanë marrë pjesë në asnjë aktivitet. Po ashtu përdoruesit mesatare janë 75% që nuk kanë marrë pjesë në asnjë aktivitet kundër duhanit. Fillestaret, janë gati 50% jopjesëmarrës në aktivitete. Kurse jopërdoruesit vetëm 8% nuk kanë marrë pjesë në asnjë aktivitet kundër duhanit kurse pjesa tjetër kanë marrë pjesë në një lloj aktiviteti kundër duhanit.

$P < 0.0001$ tregon se ky ndryshim është i rëndësishëm statistikisht.

Pra mund të themi se pjesëmarrja në aktivitete mund të ndikojë në përdorimin e duhanit.

Nga analiza e moshës së cigares së parë lidhur me informimin nga media kemi që moshat deri 9 vjeç janë me pak të informuar nga media (40%). Kurse moshat më të larta rezultojnë me shumë të informuar. $P < 0.0001$ tregon që ndryshimi është i rëndësishëm.

Lidhur me moshën e parës së duhanit të parë dhe mendimit mbi duhanin shihet se nxënësit që kanë përdorur cigaren e parë në moshat më të vogla kanë në shumicën e tyre mendim të moderuar mbi duhanin. Ata që kanë filluar të përdorin pas moshës 12 vjeç e vlerësojnë në 50% problematik për shëndetin duhanin. $P = 0.0060 < 0.05$ tregon se ndryshimi është i rëndësishëm statistikisht.

Nga analiza shihet se në shkollën ku gjithmonë lejohet pirja 100% e nxënësve kanë përdorur mbi 100 cigare në jetë, në shkollën ku lejohet në disa raste dhe disa vende pirja është 100% në intervalin 11-100 cigare.

Në shkollën ku nuk lejohet kurrë pirja kemi rreth 10% e nxënësve me sasi deri në 10 cigare. $P = 0.0063$ tregon se ndryshimi është i rëndësishëm statistikisht.

Pra, nëse rregulli forcohet zvogëlohet sasia e cigareve të përdorura gjatë jetës.

Në ambjentet e shkollës tuaj a lejohet pirja e duhanit në zonat e brendeshme	Gjithmonë lejohet	Kurrë nuk lejohet	Lejohet në disa raste / disa vende	Total
Mbi 100	3	21	8	32
	2.78	19.44	7.41	29.63
10 ose me pak	0	9	0	0
	0.00	8.33	0.00	8.33
11-100	0	62	4	67
	0.00	57.41	3.70	62.04
Total	3	92	12	108
	2.78	85.19	11.11	100.00
Chi-Square p= 0.0063				

Tabela 15. Pirja e duhanit në zonat e shkollës

Nga analiza shihet se në shkolla ku gjithmonë lejohet pirja 100% e nxënësve kanë pira mbi 11-20 cigare në ditë, në shkolla ku lejohet në disa raste dhe disa vende pirja është 20% e nxënësve me 11-20 cigare në ditë.

Në shkollat ku nuk lejohet kurrë pirja kemi rreth 65% e nxënësve duhanpirës që pijnë me pak se 10 cigare në ditë. $P < 0.0001$ tregon se ndryshimi është i rendesishëm statistikisht.

Pra nëse forcohet ndalimi i pirjes së duhanit në shkolla, zvogëlohet sasia e

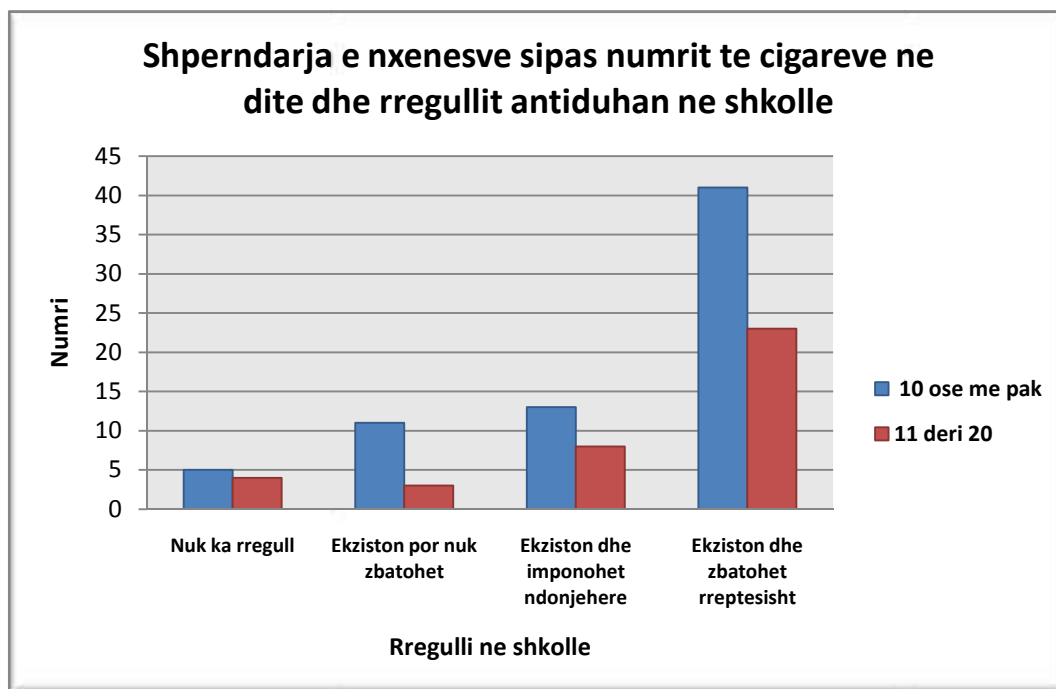
cigareve të pira në ditë prej nxënësve duhanpirës.

Nga analiza shihet se në shkollën ku nuk ka rregull për duhanin 45% e nxënësve kanë pira mbi 11-20 cigare në ditë, në shkollën ku rregulli ekziston dhe imponohet ndonjëherë kemi 38% në intervalin 11-20 cigare në ditë.

Në shkollat ku rregulli zbatohet kemi 35% e nxënësve duhanpirës në intervalin 11-20 cigare në ditë. $P < 0.0001$ tregon se ndryshimi është i rendesishëm statistikisht. Pra nëse rregulli forcohet zvogëlohet sasia e cigareve të pira në ditë nga nxënësit.

Sa cigare mund të pini në ditë?	A ka rregull kundër duhanit në shkollën tuaj?				Total
	Ekziston dhe imponohet ndonjëherë	Ekziston dhe zbatohet rreptësisht	Ekziston por nuk zbatohet	Nuk ka rregull	
10 ose me pak	13	41	11	5	70
	11.11	37.96	10.19	4.63	64.82
11 deri 20	8	23	3	4	38
	7.41	21.30	2.78	3.70	35.19
Total	21	64	14	9	108
	18.52	59.26	12.96	8.33	100.00
Chi-Square p < .0001					

Tabela 16. Rregulli antiduhan



Grafiku 13

Përfundime

- 90 % e nxenësve janë përdorues të duhanit në nivele të ndryshme.
- Te rinjtë në përgjithësi janë të informuar mbi duhanin dhe demet e tij.
- 95% e nxenësve e ka marre informacionin e duhur mbi duhanin dhe demet e tij.
- 62% e nxenësve nuk kanë marre pjese në asnjë aktivitet me veprimtari antiduhanit në 12 muajt e fundit.
- 39% e nxenësve e vleresojnë shumë problematiken e pirjesse duhanit.
- 98% e nxenësve mendojnë se duhen zbatuar rreptësisht politikat antiduhan në vendet publike .
- 96% e tyre mendojnë se ai demton shendetin .
- 58% e nxenësve theksojnë se ekziston një rregull në shkollë dhe zbatohet rreptësisht.
- Femrat zënë % me të lartë të jopërdoruesit (75%)e duhanit.
- Meshkujt kanë një moshë me të vogël përjeje të cigares se pare në krahasim me femrat.
- Meshkujt pijnë më tepër cigare (në numer) sesa femrat.
- Densiteti më i madh i cigareve në ditë është te grupmosha 16-17 vjec.
- Meshkujt e pijnë më heret pasi ngrihen në mengjes,cigaren e pare në krahasim me femrat.
- Moshat më të vogla e fillojnë me vonë cigaren e pare në mengjes.
- Femrat (62%) nuk e kanë veshtire të mos e pijnë cigaren në vendet ku nuk lejohet,kurse meshkujt e kanë me të veshtire këtë gjë.

16. Moshat me të reja e kanë me të lehtë të mos e pijnë duhanin në vendet e ndaluara sesa moshat me të larta.
17. Femrat dhe nxënësit me të vegjël në moshe pijnë me pak cigare në ditë.
18. Si meshkujt dhe femrat janë njësoj të informuar mbi rrezikun e duhanit nëpërmjet mediave.
19. Moshat me të vogla janë me tepër të informuar mbi duhanin dhe dëmet e tij.
20. Nuk ka një grupmoshë të caktuar që merr pjesë me tepër në aktivitete kundër duhanit.
21. Pjesëmarrja në aktivitete kundër pirjes së duhanit mund të ndikojë në uljen e përdorimit të duhanit dhe dëmeve të tij.
22. Nga analiza shihet se në shkollën ku gjithmonë lejohet pirja e duhanit 100% e nxënësve kanë pira mbi 100 cigare në jetë.
23. Nëse rregulli kundërduhan në shkollë forcohet ,zvogëlohet sasia e cigareve të pira gjatë jetës së nxënësit si dhe sasia e cigareve të pira në ditë nga nxënësi.
24. Nëse forcohet ndalimi i pirjes së duhanit në shkollë, zvogëlohet sasia e cigareve të pira në ditë prej nxënësve duhanpirës.

Diskutime

Organizata Botërore e Shëndetësisë sapo ka publikuar raportin e epidemisë globale të cigares të vitit 2017.Me të dhënat që i referohen 2015-s, Shqipëria ka një prevalencë në total të përdorimit të duhanit tek të rriturit prej 23%, një nivel mesatar ose më i ulët se i shteteve të tjera të Europës apo rajonit.Në rajon, duhanpirësi më i madh është Mali i Zi, me 38%, më pas vjen Serbia me 33%, të ndjekura nga Bosnja dhe Kroacia, me 32% secila. Edhe grekët janë konsumatorë të mëdhenj të duhanit me 35%. Për Maqedoninë dhe Kosovën nuk ka të dhëna.Në hartat e raportit të OBSH-së, Shqipëria renditet ndër vendet që ka pasur arritjet më të larta

në 2016-n për zbatimin e legjislacionit kundër duhanit dhe zbatimin e penaliteteve për reklamimin e duhanit.Sipas të dhënave të detajuara të standardizuara për Shqipërinë rezulton se 51.7% e meshkujve shqiptarë pijnë cigare dhe femrat vetëm 7.3%. Tek të rinjtë, përqindja e atyre që pijnë cigare është te meshkujt, me 14.5% dhe tek femrat, me 6.7%. Këto të dhëna i përkasin vitit 2016.Sipas raportit të OBSH-Së, Shqipëria renditet mes vendeve ku konsumohet më shumë duhan, së bashku me Greqinë, Armeninë, Gjeorgjinë dhe Rusinë. Treguesit janë pozitivë kryesisht tek të gjithë të rinjtë, ku vetëm 1 në pesë individë 15-24 vjeç është duhanpirës. Këto shifra, janë ndër më të ulëtat në Europë. 600 mijë njerëz janë duhanpirës të rregullt ditorë, dhe OBSH llogarit një rritje të vogël në këto shifra deri në vitin 2020, përpara se ky numër të ndjekë trendin e vendeve të tjera europiane në rënie.

Duke e krahasuar Shqipërinë me Kanadanë dhe Irlandën kemi keto rezultate

Prevalenca e duhanpirjes në Irlandë :

Analiza e modeleve të duhanit për vitin 2014 përcaktoi se:

- Një përqindje më e lartë e meshkujve (21.6%) raportojnë se janë duhanpirës se sa gratë (17.6%).
- Normat e pirjes së duhanit ishin më të lartat tek të rinjtë (18-34 vjeçare), duke arritur në 27.3% .Prevalenca ishte më e ulta midis grupmoshës 15-17 në 7.9%.
- 36% e të gjithë duhanpirësve kanë qenë duhanpirës të rregullt (11-20 cigare në ditë), ndërsa 59.2% kanë raste të lehta për të pirë duhan (10 ose më pak cigare në ditë) me 4.8% të duhanpirësve të rëndë (21 cigare në ditë).
- Mesatarisht 12.7 cigare janë tymosur në ditë [54]
- Shkalla e lartë e prevalencës së duhanit të cigareve ishte në grupet me nivel të ulët socio -ekonomike.

Prevalenca e duhanpirjes në Kanada

Të rinjtë e moshës 15-19 vjeç, në vitin 2012:

- Një në katër (24.3%) të rinj kanë raportuar se kanë pirë një cigare të tërë.

- 10.9% e të rinjve të moshave 15-19 ishin përgjithësisht duhanpirres me norma specifike moshore që varionin nga 4.5% për 15-vjeçarët në 16.7% për 19-vjeçarët.
- Prevalenca ishte dukshëm më e lartë tek meshkujt 12.3% sesa te femrat me 9.4%
- Duhanpirësit e përditshëm të moshave 15-19 vjeç tymosnin mesatarisht 11.1 cigare në ditë.

- 58% e duhanpirësve të moshave 15-18 zakonisht kanë marrë cigare nga burime të shitjes me pakicë, ndërsa një e katërta e kanë marrë përmes burimeve sociale dhe 16% përmes burimeve "Të tjera".
- Gati dy të tretat (63%) të duhanpirësve të moshës 15-19 vjeç kishin bërë një përpjekje të lënë në 12 muajt e fundit. [55]

Bibliografia

- [1] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> 'Key fact'
- [2] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> 'Leading cause of death, illness and impoverishment'
- [3] Stringhini et al. 2011
- [4] Farmer S, et al. (2012) Budding yeast pch2, a widely conserved meiotic protein, is involved in the initiation of meiotic recombination. PLoS One 7(6):e39724
- [5] Calyachetty 2012, Hawkins et al 'Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities'
- [6] Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. and Munafo, M. (2012). Socioeconomic status and smoking: a review. Annals of the New York Academy of Sciences, 1248: 107-123
- [7] Fred Pampel, Social Science & Medicine 127 (2015) 41e50
- [8] Karlsen, S. and Nazroo, J.Y., (2002), 'Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people', Sociology of Health and Illness, 24(1):1-20.
- [9] Kanapeckine et al 2009, 'Identifying best practice in actions on tobacco smoking to reduce health inequalities'.
- [10] Joseph Chancellor and Sonja Lyubomirsky (2014) 'Money for Happiness: The Hedonic Benefits of Thrift', Chapter 2
- [11] Blokland et al, 'If Parents Establish a No-Smoking Agreement with their Offspring, Does this Prevent Adolescents from Smoking? Findings from Three Dutch Studies ' Chapter 5
- [12] Sam Giammo, October 17, (2005) HSC Controller's Office Undergoes Changes
- [13] Amanda Terry, (13 January 2016) 'The Impact of Tobacco-Free School Policies on Youth Smoking Rates in Florida Public School Districts
- [14] Pro-Children Act, 1994 Implementation of Pro-Children Act of 1994--HHS. Notice to prohibit smoking in certain facilities
- [15] U.S. Department of Health and Human Services (1986) 'The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco. A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General'
- [16] CDC, 2014b 'Current Intelligence Bulletin XX 4 5 Promoting Health and Preventing Disease and Injury through 6 Workplace Tobacco Policies'
- [17] CDC, 2012 'Surgeon General's Report—Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults'
- [18] Republika e Shqipërisë, Ministria e Shëndetësisë 'Programi Kombëtar i Kontrollit të Kancerit 2011-2020'
- [19] 2006 Surgeon General's Report—The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke
- [20] US DHHS, 2014 ' Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress'
- [21] Agaku IT, King BA, Husten CG, et al. Tobacco product use among adults—United States, 2012–2013.
- [22] Agaku, King, & Dube, 2012 Current cigarette smoking among adults - United States, 2005-2012.
- [23] Fushata pa Duhan për Fëmijë, 2015. ' 31 Maj Dita Botërore Pa Duhan 2015'

- [24] U.S.H DHHS, 2014. 'Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress'
- [25] Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL, 2005 Actual causes of death in the United States, 2000.
- [26] Who report on the global tobacco epidemic, 2009 'Protect people from tobacco smoke'
- [27] Who report on the global tobacco epidemic, 2009 'Protect people from tobacco smoke'
- [28] Who report on the global tobacco epidemic, 2009 'Protect people from tobacco smoke'
- [29] Luca Paoletti, MD, Senior Fellow, Bianca Jardin, 2012. 'Current Status of Tobacco Policy and Control'
- [30] Centers for Disease Control and Prevention. 'QuickStats: Number of Deaths from 10 Leading Causes—National Vital Statistics System, United States, 2010'
- [31] Br J Gen Pract. 2007 'Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice'
- [32] U.S. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001
- [33] Tobacco, May 2017 'Leading cause of death, illness and impoverishment'
- [34] World Bank. 2017. Brief – Tobacco Control Program. Available at: <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/tobacco>
- [35] "No smoking law is working this time in Albania". www.balkan.eu.com.
- [36] "Argentine law targets smoking in enclosed public spaces". BBC News. 2 June 2011.
- [37] AAP (31 December 2007). "Smoking banned in cars in Tasmania". The Australian. Retrieved 15 February 2011.
- [38] "Austria inches towards smoking ban". Monsters and Critics. 31 August 2007. Retrieved 15 February 2011.
- [39] "Belgium tobacco health". Retrieved 14 January 2013
- [40] Alves, Lise. "Ample Anti-Smoking Law Implemented in Brazil | The Rio Times | Brazil News". The Rio Times.
- [41] "Smoking Ban Starts Wednesday For Ontario Cars That Carry Children". 21 January 2009. Retrieved 26 June 2016.
- [42] "Shanghai expands public smoking ban". France 24. 1 March 2017.
- [43] "Croatia Bans Smoking" balkaninsight.com 7 November 2008 Link accessed 7 November 2008
- [44] Veil law - First Restrictions on Public Smoking in France". lauriehwang.weebly.com. Retrieved 2016-04-17.
- [45] "Italians fume over cigarette curb". BBC News. 10 January 2005. Retrieved 6 August 2010.
- [46] "Smoking ban U-turn by Dutch government, Belfast Telegraph, 4 November 2010". Belfasttelegraph.co.uk. 4 November 2010. Retrieved 15 February 2011.
- [47] Infotabac Relatório page 71 <http://www.dgs.pt/>
- [48] "Senatul României a interzis complet fumatul în localuri, restaurante și alte spații închise". 8 June 2011. Retrieved 17 January 2013.
- [49] Swiss Federal Office of Health. "Passivrauchen" (in German, French, and Italian). Retrieved 29 June 2009.
- [50] "Turkey smoke ban extends to bars". BBC News. 18 July 2009.
- [51] Proctor RN. The Nazi war on cancer. Princeton: Princeton University Press; 1999.
- [52] Smoking in Ireland 2014: Mr. Paul Hickey Dr. David S. Evans February 2015
- [53] Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2014 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.

[54] Mr. Paul Hickey Dr. David S. Evans
,2015. Smoking in Ireland 2014: synopsis
of key patterns

[55] Reid JL, Hammond D, Rynard VL,
Burkhalter R. Tobacco Use in Canada:

Patterns and Trends, 2014 Edition.
Waterloo, ON: Propel Centre for
Population Health Impact, University of
Waterloo.

Shtojca

Studim përpërdorimin e duahpirjes ne shkollat e mesme te qytetit te Vlores

Objektivi i këtij studimi është për të kuptuar më mirë pirjen e duhanit mes të rinjve. Te identifikojme faktoret që influencojnë përdorimin e duhanit tek nxenesit e shkollës se mesme te qytetit te Vlores. Ju lutem mos identifikoni veten tuaj në këtë studim. Pjesëmarrja është vullnetare. Është e rëndësishme që ju të përgjigjeni si të kujdesshëm dhe sinqerisht të jetë e mundur. Te gjitha përgjigjet individuale do te mbeten konfidenciale. Vetem rezultatet e përgjithshme do te

raportohen. Ju lutem përgjigjuni te gjitha pikave me qartesi dhe saktesi.

Faleminderit për pjesëmarrjen në këtë vëzhgim.

Studiuesi është personi i vetem i lejuar për te mbajtur, shqyrtuar dhe analizuar te dhënat në formen e vet origjinale.

Studimi është i ndare në dy pjesë. Në pjesën e parë do te pyetëni për informacionet demografike. Në pjesën tjetër do t'ju kerkohet te ofroni eksperiencen tuaj ne lidhje me pirjen e duhait. Secila pjesë ka udhezimet e veta..

Ju lutemi lexoni udhezimet përpara se tepërgjigjeni.

PJESA E PARË : Te dhënat demografike

1. Gjinia:

- a. Mashkull
- b. Femer

2. Moshë:

- a. 14-15
- b. 16-17
- c. 18-19
- d. 20-21

3. Cili është niveli juaj i eksperiencës në përdorimin e duhanit? Ju lutem shenojeni njëpërgjigje.

- a. Jo-përdorues
- b. Fillestar
- c. Mesatar
- d. Ekspert

PJESA E DYTE: Përvoja juaj me pirjen e duhanit

1. Sa vjece keni qene kur keni provuar cigaren për here te pare?

- a. Unë kurrë nuk kam pirë cigare
- b. 7 vjece ose me I ri
- c. 8 ose 9
- d. 10 ose 11
- e. 12 ose 13
- f. 14 ose 15

- g. 18 – 21
2. Sa cigare keni tymosur në jetën tuaj?
- a. 10 cigare ose më pak
 - b. 11 - 100 cigare (deri në 5 pako)
 - c. Më shumë se 100 cigare (më shumë se 5 pako)
3. Sa shpejt pas zgjoheni pini cigaren tuaj të parë?
- a. Pas 60 minutash
 - b. 31-60 minuta
 - c. 6-30 minuta
 - d. Brenda 5 minutash
4. A e keni të vështirë të ndaloni pirjen e duhanit në vende ku është e ndaluar?
- a. po
 - b. jo
5. Sa cigare në ditë mund të pini?
- 10 cigare ose më pak
 - 11-20
 - 21-30
 - 31 ose më shumë
6. Me kalimin e viteve sa shpesh keni parë ose dëgjoni mesazhe anti-pirjen e duhanit në televizion, radio, tabela, postera, gazeta, revista apo filma?
- a. Asnjehere
 - b. Ndonjehere
 - c. Shumë
7. Si adoleshent, a mendoni se keni marrë informacion adekuat rreth pirjes së duhanit dhe rreziqeve të tij?
- a. po
 - b. jo
8. Në ambjentin e shkollës tuaj, lejohet pirja e duhanit në zonat e brendshme ...?
- a. Gjithmonë e lejuar
 - b. Lejohet vetëm në disa raste, ose në disa vende
 - c. Kurrë nuk lejohet
9. A duhet të zbatohen rreptësisht politikat që nuk lejojnë përdorimin e duhanit në vende publike të brendshme apo të jashtme?
- a. Po
 - b. Jo
10. Në përgjithësi, a do të thonit se pirja e duhanit është ...?
- a. Aspak problematik
 - b. Moderuar
 - c. Shumë problematike
11. A mendoni se pirja e duhanit të cigareve është e dëmshme për shëndetin tuaj? '

- a. jo
- b. po

12. A ekziston një rregull kundër duhanit në shkollën tuaj?

- a. Nuk ka rregull
- b. Ekziston një rregull, por nuk zbatohet
- c. Ekziston një rregull dhe ndonjëherë imponohet
- d. Ekziston një rregull dhe zbatohet rreptësisht

13. Nëse një nga miqtë tuaj ju ofron një cigare, a do ta pini ate?

- a. Ndoshta po
- b. Absolutisht jo
- c. Sigurisht po

14. Gjatë 12 muajve të fundit, a keni marrë pjesë në ndonjë aktivitet tjetër apo veprimtari kundër duhanit, qoftë në shkollë apo në komunitet? (Shënoni të gjitha ato që vlejnë)

- a. Asambleja e shkollës ose klasa me folësin e ftuar
- b. Panairi i shëndetit të shkollave
- c. Produktet e medias (postera, komerciale etj.)
- d. Ngjarje në komunitet jashtë shkollës
- e. Konkursi për ndalimin e pirjes së duhanit
- f. Këshillim për ndalimin e pirjes së duhanit
- g. Nuk kam marrë pjesë në asnjë nga këto aktivitete ose ngjarje në 12 muajt e fundit.

JU FALEMINDERIT PËR KOHEN TUAJ!

SINDROMA BURNOUT NË PROFESIONIN E INFERMIERIT

Emiliana Dhiamandi
stelinaballerina31@gmail.com

Abstract

Nursing process is a key stage in the treatment, care and rehabilitation of the patient. This process requires high professionalism, cognitive and empathicability as well as devotion and attention. Through this study, the conditions of the work of health workers were monitored, in particular the "state of the sick", inadequate and deeply disillusioned, which distinguishes in progress the work of thousands of people who improve the health of the community. The risk of developing Burnout syndrome is higher for critical area nurses because they need to deal with difficult and complicated situations. If not managed properly, it can produce major psychological and anxiety situations that interfere not only with the personal aspect, but also with the professional one. This can drastically affect the quality of care provided.

Through this study is made possible to understand how "Burnout" is responsible, despite critical discussions, inefficiencies and dysfunctions in the health service. The aim of the study is to find external and internal stress factors and determine a correlation between them and Burnout syndrome, which poses a concern in delivering a qualitative performance in the nursing profession. Data collection is enabled through an anonymous structured and self-administered questionnaire.

The questionnaire used in this research is **Maslach Burnout Inventory** that includes two tabs; the first one which consists of three sections with 22 items each, and the second tab consisting of demographic data. There were also included two open questions based on positive or negative nursing aspects. Another impetus for this study was that it seemed interesting to understand the frequency in which the psychological difficulty defined as *Burnout* is distributed in the critical area of Vloa Regional Hospital, the Pediatric Hospital and the Psychiatric Hospital, where my study was conducted; respectively in the Emergency, Reanimation, as well as the Emergency Therapies pavilion.

From the study conducted, bad conditions of exposure to Burnout syndrome were evidenced. This difficult situation was especially obvious in the critical area. In contrast to what was written in the literature, men came out to be the most exhausted group from work (60% male and 40% female). The most affected age groups are those involving individuals between the ages of 31 to 40 and those older than 50 years of age. Burnout syndrome prevention is needed to reduce the incidence and minimize the effects of the phenomenon. Adopting an individual and organizational strategy is important to counteract this phenomenon. Burnout can be "defeated" and should not become a "tax" that nurses have to pay to assist others.

Keywords: burnout, nurse, stress factor, quality, risk

HYRJE

Burnout - Ky term është përdorur për të përshkruar një degjenerim

të veçantë të gjendjes emotive të punonjësve të cilët janë në raport me publikun, në profesionet e ndihmës sociale (helping profession) ose në profesionet në të cilat raporti me pacientin ka një rëndësi rilevante. Falë iniciativave të kërkimeve shkencore që kohët e fundit janë shumëfishuar, janë izoluar dhe analizuar një sërë faktorësh që influencojnë në evolucionin e kësaj sindrome duke bërë të mundur hartimin e strategjive organizative për ta evituar atë. Duke përshkruar karakteristikat e kësaj sindrome personave që punojnë në shërbimet shëndetësore, shkakton menjëherë identifikimi. Nëpërmjet këtij studimi është munduar të kuptohet se sa “Burnout” është përgjegjës, me gjithë diskutimet kritike, inefficencat dhe disfunksionet që vihen re në shërbimin shëndetësor. Për punonjësit e shëndetësisë, është shumë e rëndësishme e të qenit efikas dhe eficient, sepse nga ata varet shëndeti dhe mirëqenia e personave të tjerë. Kërkesa e efikasitetit dhe eficientësisë, kërkohet nga pacientët, familjarët, eprorët, kolegët dhe mbi të gjitha nga vetë punonjësi, pikërisht sepse është shumë i lidhur me imazhin dhe autostimën.

Kjo kërkesë e vazhdueshme e kompetencave është një burim i rëndësishëm stresi, sidomos nëse personeli ka ndjesinë e të mos arriturit të objektivave, sepse nuk ka burimet e nevojshme për të dhënë një përgjigje adequate. Edhe kur punonjësi është ekspert, efikas, i përshtatur

me punën, dalin disa aspekte që limizojnë kënaqësinë duke ia lënë vëndin zhgënjimit. Një nga këto aspekte është mungesa e një feedback-u pozitiv nga ana e pacientëve; këta rrallë herë shprehin opinionin për shërbimin e dhënë, sepse kjo është një detyrë që duhet të kryhet dhe as shkon nëpër mendje që një fjalë e mirë jep kënaqësi. Ndonjëherë pacientët nuk bashkëveprojnë me infermierët, duke u bërë pengesë duke krijuar një situatë me eficientë të ulët.

Një shkak tjetër i stresit laborativ është e lidhur me konceptin e suksesit, domethënë e ndenjave personale që puna është kryer më së miri; punonjësi i shëndetësisë ndeshet vazhdimisht me situata ku sukcesi shpesh nuk është evident, ndërsa falimentimi është frekuent, kjo çon në manifestimin e një gjendje apatie, një rritje e kërkesës së rikompensimeve materiale, duke kërkuar evitim të situatave të pakëndëshme.

Falimentimi i vazhdueshëm gjeneron zhgënjim dhe ripërsëritja e dështimit prodhon impotencë, të gjithë faktorë që kontribuojnë në lindjen e një stresi, i cili do të degjenerojë në Burnout.

Pamundësia e zgjatur prodhon “pafuqinë e mësuar”, që është bindja e të mos paturit asnjë kontroll mbi lavdërimet dhe ndërkohësit e rëndësishme. Kjo çon në reduktim të motivimit dhe minon aftësinë e besimit. Në fund, mungesa e besimit shkakton depresion, ankth, inat. Profesionit i infermierit nuk është thjesht një teknikë, por është një dije që përfshin mendjen, shpirtin dhe imagjinatën.

KAPITULLI I

ÇFARË ËSHTË BURNOUT

1.1 NJOHURI MBI TERMIN BURNOUT

Fjala Burnout është përdorur për herë të parë në fillim të shekullit XIX, nga Kraepelin, i cili vinte në evidencë burimet publike të psikiatrisë dhe gjendjet e veçanta të jetës profesionale të psikiatrit, të cilat çonin në “konsekuencat e paevitueshme, punë ecesive, kënaqësi profesionale baraz

me zero dhe rënie me shpejtësi të gjendjes emotivo-profesionale” (Burghi G. et al 2014).

Në vitet 30, në atletikë dhe në sportet e tjera fjala Burnout është përdorur për të disenjuar atë fenomen për të cilin, mbas shumë fitoresh, një atlet shteron dhe nuk mund të jap më një performancë të mirë sportive.

Në gusht të '73 Cristina Maslach shprehu idetë e saj në një konventë vjetore të APA (American Psychological Association), mbajtur në Montreal, ide të cilat u komplementuan duke zhvilluar një koncept më organik të procesit Burnout, të cilat i përshkroi në një revistë. Një vit më vonë themeloi termin "Burnout Syndrome" që i referohej një situatë që e kishte observuar me një frekuencë gjithnjë e më të lartë në "helping profession", ku mbas një impenjimi shumë të madh dhe rigoroz, këta operatore shfaqnin apati, indiferentizëm, nervozizëm, cinizëm kundrejt punës dhe pacientit; ishin operator që kishin "shteruar".

Kjo terminologji pati një popullaritet në SHBA, duke ngritur jo pak dyshime mbi konsistencën e këtij fenomeni.

Richard.H. Price e përshkruan Burnout si një metaforë sinjifikative, por shpesh të pasaktë, që jep idenë e zjarrit të entuziazmit që shuhet, të një energjie që shteron.

Shpesh, ky term, përdoret në mënyrë jo të drejtë dhe është bërë një "koncept mbeturinash" i mirë për të gjithë përdorimet, një etiketë që krijon konfuzion mbi kuptimin e saj të sakt.

Shpesh herë vërehet një gabim në kuptim, duke e ngatëruar "shterimin" me "zhgënjimin" por Edelwin e Brodskij (1982) kanë specifikuar që Burnout është apati.

Një kontribut i madh për Burnout është dhënë nga Cary Cherniss në (1980) që e ka saktësuar si: një tërheqje psikologjike nga puna si përgjigje e një stresi dhe pakënaqësie eçesive. Gjithnjë i njëjti autor në (1983) ka dhënë një përkufizim më komplet duke e cilësuar si një proces shumë kompleks i artikuluar në disa faza, ku në fillim ka një disekuilibër midis burimeve të disponueshme dhe atyre të kërkueshme, kërkesës dhe ofertës, e cila gjeneron stres; kjo situatë pasohet menjëherë, në një kohë të shkurtër, me një përgjigje emotive, e karakterizuar me një gjendje tensioni, ankthi, lodhje dhe ezaurim. E gjithë kjo çon në një sërë ndryshimesh në mënyrën e të sjellurit dhe relacionuarit, çon në tendencën e të trajtuarit të pacientit në mënyrë të distancuar, mekanik, cinik, humbje të idealizmit të zgjedhjes së këtij profesioni,

kompromentohet identiteti profesional, duke çuar në një konceptim të keq të imazhit vetjak, ulje të nivelit të autostimës, ndjenja të impotencës dhe pasivitetit, humbje virtuale të kompetencave.

E gjithë kjo mund të përmbledhet në mënyrë skematike në tre faza:

- 1- stres lavorativ
- 2- shterimi i punonjësit
- 3- akomodim psikologjik

Cherniss e ka vendosur këtë sindromë mbas një background-i të saktë socio-kultural ekonomik, duke menduar së është e lidhur me ndryshimet sociale që ndodhën në SHBA në vitet (1960) dhe që u propaganduan në botën perëndimore.

Të tjerë akoma (Berkley, Planning associates), e kanë konsideruar këtë fenomen si "limitin në të cilin një operator ndahet ose tërhiqet nga qëllimi i punës së tij, shkalla në të cilën një operator i shëndetësisë shpreh si të panjohur pacientin, kolegët, punën..." Shumë interesante është **Tabela 1.1** e propozuar nga Cherniss dhe e përpiluar nga Berkley, Planning Associates e cila prezanton shenjat dhe simptomat e stresit të punës dhe e shkallës Burnout te operatorët e shëndetësisë. Është e rëndësishme të theksohet, që nuk është e domosdoshme të kesh të gjitha shenjat dhe simptomat për të përcaktuar që një person gjendet në stadin Burnout.

Në '82 Harvey J. Fischer propozoi të bëhej diferenca midis *Burnout* dhe *Wereout*. Drejt Burnout shkonin personat dinamik; janë personat që e krijojnë vet stresin eçesiv pasi nuk dinë të thonë "jo". Ndërsa *wereout* vin nga rethana të jashtme; personat më në rrezik janë ata pasiv, me ambicje të dobët, pa objektiva dhe pa dozën e nevojshme për vendimmarrje në realizimin e objektivave.

Në SHBA kohët e fundit u fut një term tjetër në mënyrë mospërfillëse "rustout"- i djegur; këta persona e quajnë veten viktimë të stresit, po pa treguar kurrfarë vlere.

Tabela 1.1 Shenjat dhe simptomat e stresit të punës dhe burnout në operatorët e shëndetësisë.

1- Rezistencë e lartë për të shkuar në punë çdo ditë

2- Ndjenja e falimentimit

3- Zemërim dhe fyerje

4- Ndenja e fajit dhe e përçmimit

5- Demotivim dhe indiferentizëm

6- Negativizëm

7- Izolim

8- Lodhje e përditshme

9- Shikim i shpeshtë i orës

10- Lodhje e madhe pas pune

11- Humbje e ndjenjave pozitive kundrejt pacientit

12- Vones në kontaktet me pacientin, mospërgjigje ndaj telefonatave dhe vizitave

13- Patja e një modeli stereotip të pacientit

14- Paaftësi për t'u koncentruar ose dëgjuar

15- Ndjenja immobilizuese

16- Cinizëm ndaj pacientit

17- Ndjekje në rritje e procedurave të standartizuara

18- Probleme pagjumësie

19- Evitimi i diskutimeve në punë

20- Preokupim për veten

21- Përdorimi i qetësuesve

22- Gjendje gripale të shpeshta

23- Dhimbje të shpeshta koke

24- Mendime rigide dhe rezistencë për ndryshime

25- Dyshime dhe paranojë

26- Përdorim eçesiv i medikamenteve

27- Konflikte bashkshortore dhe familjare

28- Mungesa të larta në pune

1.2 BURNOUT DHE STRESI

Nga momenti që Cherniss (Cherniss C. et al 1983) e përcakton *Burnout* si “proçes në të cilin një profesionist më parë i impenjuar, dizimpenjohet nga puna si rrjedhë e stresit dhe tensionit në punë”, është e

rëndësishme të sqarohet termi “stres” për të evituar konfuzionet.

Fjala stres, me origjinë latine, ka evoluar në shekuj nëpërmjet shumë përcaktimeve. Në Shek. XVII, ky term ishte i lidhur me “fortësi, përpjekje, fatkeqësi”, por në Shek. XVIII e XIX ndërron domethënien në “forcë, presion” që bie mbi një person ose objekt.

Hikle afermon se shikimi i stresit si “forcë” ka ndikuar dukshëm në kuptimin e tanishëm. Ai shkuan: Përcaktimi i stresit të shek. XIX përfaqëson një objekt ose person mbi të cilin vepronin forca të jashtme, të cilët i bënin rezistencë, në përpjekje për të ruajtur integritetin dhe ekuilibrin origjinal. Përdorimi shkencor i termit e ka forcuar më shumë kuptimin popullor.

Në kohën e sotme ky term shpjegon një reaksion fiziologjik të përshtatjes, kur organizmi duhet të afrotojë një nevojë të re ose të përshtatet me një të re.

Selye e tregon stresin si një sindromë të përshtatjes e ndarë në tre faza: e para konsiston në një reaksion alarmi e formuar nga shock-u fillestar dhe aktivizimi i mekanizmave trupor mbrojtës. Pashet nga faza e dytë e përshtatjes me adaptimin psiko-fizik të individit; e gjithë kjo (faza e tretë) çon në rraskapitje, e karakterizuar nga shembja e sjelljes përshtatëse.

Basowitz zhvilloi konceptin e stresit në terma të ankthit; ai propozoi që përgjigja ndaj stresit mund të jetë e përshtatjes ose patologjike.

Në një konventë mbi stresin Jeanne Benoliel (Benoliel. et al 1985) e përshkruan në terma sociologjik. Ajo e përshkruante stresin social si “një situatë që vendos pyetje objektive mbi individin, në një lartësi më të madhe se kapaciteti i përshtatjes”. Si shembull i stresit social, Benoliel fliste për infermierët që punonin në zonën kritike dhe që duhet të përballeshin çdo ditë me një punë të vështirë, situata të vështira, ambient pune shpesh me problematika të mëdha komunikative. Për të mundësuar fitoren

mbi stresin social, infermieri duhet të mësojë si ti bëjë ballë, si fizikisht edhe moralisht, kësaj situatë.

Aakster e përcakton stresin duke përdorur një përafrim sistemik: për të arritur objektivat e tij, një sistem duhet të adoptojë dizekuilibrat e ndryshëm që dalin në brëndësi të ambientit të tij dhe forzat që shkaktojnë këtë dizekuilibër ; këto quhen stressors.

Në çfarëdo forme të përcaktohet stresi është e domosdoshme të diferencosh burimet nga përgjigjet ndaj stresit.

Stresi mund të burojë nga situata kërcënuese të vështira ose që ndryshojnë me shpejtësi, mund të jetë rezultat i një terapie, i një veprimtarie të planifikuar më parë, mund të dalë para eventeve stresues (p.sh.: një ndërhyrje kirurgjikale).

Përgjigjet janë të ndryshme dhe ndahen në: përgjigje fiziologjike (rritje e frekuencës kardiake, e hipertensionit arterial, humbja e kontrollit të sfinkereve, rritje e djersitjes...etj), përgjigje të sjelljes (kohë e lartë në kundërpergjigje, tremor...), përgjigje subjektive (anth, depresion...), përgjigje psikologjike (përdorimi i mekanizmave mbrojtës si mohimi..etj)

Përgjigja ndaj stresit është e relacionuar me personalitetin e individit, të mënyrës personale me të cilën i përgjigjet eventeve stresuese ose si perceptohet problemi.

Me gjithë këto diferenca të përgjigjes ndaj stresit, që janë individuale, studjuesit kanë nxjerrë në përfundim që të gjithë personat:

- Kanë ekperiencia frustruese dhe stresi kur nevojat nuk përmbushen
- Tentojnë të evitojnë stresin si dhembja
- Reagojnë në mënyrë të njëjtë ndaj stresit ekstrem
- Tentojnë ti përshtaten stresit dhe kënaqin nevojat bazë duke modifikuar ambientin e jashtëm në mënyrë të vullnetshme

- Tentojnë të mbajnë një gjendje ekuilibri përball stresit intern dhe ekstrern
Në Burnout, stresuesi aktiv paraqitet nga një situatë pune e pa tolerueshme. Burnout nuk është gjë tjetër veçse sindroma që manifestohet si rezultat i raskapitjes së individit e përshkruar nga Selye.

1.3 DISA MODELE TEORIKE TË BURNOUT

Janë përshkruar modele të ndryshme interpretative që kërkojnë të sqarojnë një proces kompleks si Burnout.

Maslach (Maslach C. et al 1985) pas kontributit të parë, ku flet për Burnout si një formë stresi që çon në distancimin nga subjekti, e transformon përkufizimin në një përmasë multifaktoriale e ndërtuar nga tre dimensione:

1) Rraskapitje emotive, domethënë: ndjenja e të qenit gjithmonë në tension, emotivisht të acaruar në raport me të tjerët

2) Depersonalizim domethënë: përgjigje negative ndaj personave që marrin shërbimin shëndetësor:

3) Realizim i reduktuar sensacioni, që në punë, në kontakt më të tjerët, kompetencat dhe dëshirat vetjake të suksesit po vinë duke u ulur:

Këto dimensione janë vlerësuar nga **“MASLACH BURNOUT INVENTORY”**, një pyetësor i formuar nga 22 pika dhe që do të përshkruhet më hollësisht në kapitullin e tretë.

Në qendër të sindromës Burnout qëndron një skemë e mbidozës emocionale e pasuar nga rraskapitja emocionale.

Një përdorim të veçantë i BMI është ai i propozuar nga Golembievsky, Munzenrider e Carter, që parashikon një dinamikë ndryshe nga fazat e mëparshme. Kërkimi i tyre bazohet në disa përmbledhje:

E para është që depersonalizimi konsiderohet si faza e parë e burnout, rritja e të cilit çon si konsekuencë trajtimin

e distancuar të pacientit dhe ulje të realizimit personal. Rraskapitja emotive është faza e fundit. Autorët i japin një rëndësi ndryshe tre shkallëve; çdonjëra është e ndarë në dy pjesë sipas pikëzimit

të përfutur nga mesatarja e grupit normativ të referimit. Në këtë mënyrë përftohen tetë faza të ndara si në tabelen 1.2

Tabela 1.2. Fazat progresive të burnout A= pikëzim mbi mesataren. B = pikëzim nën mesataren.

SHKALLA BMI	FAZAT E BURNOUT							
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
DEPERSONALIZIM	B	A	B	A	B	A	B	A
REALIZIM PROFESIONAL	B	B	A	A	B	B	A	A
RRASKAPITJE EMOTIVE	B	B	B	B	A	A	A	A

Kjo teori është kritikuar shumë ashpër, sidomos mbi kriterin pa baza teorike me të cilin është zgjedhur mesorja dhe mediana që shërbejnë për të ndarë pikëzimin në A (të lartë) dhe B (të ulët).

Një studim tjetër ineresant është ai i paraqitur nga Harrison '83, i cili beson që Burnout varet nga mënyra se si një operator percepton punën (pra aftësia si reagon ndaj ambientit, të ndërmarrë ndryshime, të arrijë rezultate nëpërmjet punës së tij) dhe jo si konsequencë e tipologjisë së punës.

1.4 KARAKTERISTIKAT INDIVIDUALE TË BURNOUT

Nuk është e thjeshtë të identifikosh analogjitë midis karakteristikave individuale dhe instaurimit të sindromës Burnout, pra nuk është akoma identifikuar një “personalitet standart” subjekt i Burnout.

Janë në kontradiktë dhe të pasakta të dhënat e autorëve të ndryshëm mbi ndikimin e variablave demografike mbi fillimin e stresit. Në lidhje me seksin, përshembull, nga disa kërkime rezultojnë që meshkujt kanë nivele

stresi më të larta, te të tjerat rezultojnë femrat.

Maslach e Jackson (M. & J. et al '87) afërmojnë që diferencat midis dy sekseve nuk i referohen sindromës në tërësi, por si i perceptojnë efektet. Femrat e perceptojnë më intensivisht rraskapitjen emotive, sepse janë të përfshira emocionalisht, më shumë se meshkujt, në relacion me pacientin; meshkujt reagojnë me sjellje të depersonalizuara ndaj tyre. Edhe lidhja midis moshës dhe burnout ka diversitete. Duket signifikative lidhja që ekziston midis vjetërsisë në punë dhe fillimit të burnout; por edhe këtu disa autorë që argumentojnë se incidenca më e madhe e Burnout i atribuohet viteve të para të punës, sepse një rol të rëndësishëm e luan idealizmi dhe aspektativat kundrejt eksperiencës së parë të punës.

Konform nga sa u tha me lart, është e vështirë të analizosh diferencat midis familjarëve dhe personave singël, megjithëse Maslach e Jackson, kanë vërejtur që te operatorët më fëmijë niveli Burnout është më i ulët se te ata pa fëmijë; kjo ndoshta

sepse operatorët me fëmijë janë në një fazë më të "pjekur" të zhvillimit psikologjik dhe kanë një stil jetese më stabil dhe prospektiva të ndryshme, gjithashtu dhe familja arrin të ndihmojë personat të përballojnë me më efikasitet stresin e punës. Ndërsa për personat pa fëmijë, kënaqësitë personale në punë, janë etapa të rëndësishme, sepse nuk duhet të kujdesen për njeri përveç vetvetes. Sigurisht që familja jep një suport solid në qoftë se relacionet brenda saj janë të kënaqshme.

Rezultatet më të mira janë përftuar duke studiuar personalitetin; Freudenberg argumenton se janë të predispozuar personat me ideale të mëdha dhe objektiva të shumtë për të arritur... ai flet për burra dhe gra dinamik, karizmatik dhe të vendosur, që impenjohen deri në fund në gjithçka që bëjnë. Anasjelltas Maslach shkruan se "individit në risk Burnout ka mungesë besimi në vetvete, ambicje të dobët, nuk ka objektiva të qartë dhe as dozën e vendimit dhe sigurisë të nevojshme për të arritur. Shumë autorë kanë nënvizuar prevalencën e aspektative irrealiste në punë midis operatorëve shëndetësor dhe mbështesin faktin që diferenca midis aspektative dhe realitetit është një çështje stresi e rëndësishme. Duhet konsideruar edhe si subjekti reagon në situatën stresante; një operator mund të vërë në praktikë strategji të zgjidhjes së problemeve ose të tërhiqet duke i dhënë privilegj përgjigjes emotive ose akoma, duke kërkuar të zhvlerësojë situatën...

Cherniss identifikon pesë pjesë të personalitetit që ndikojnë në përgjigjen individuale ndaj stresit:

- Ankthi nervoz
- Sindroma e tipit "A"
- Locus of control
- Fleksibiliteti
- Introversioni

- **"ANKTHI NEVROTIK"** karakterizon ata persona që vendosin objektiva të larta, shpesh mbi mundësitë e tyre, dhe që vet dënohen nëse nuk i realizojnë. Aspiratat janë në kundërshtim me frenimet morale, prandaj motivimi ndaj suksesit do të jetë në konflikt

me frikën e mosrealizimit; nevoja për konkurrencë dhe dëshira i të qenit i pranuar. Përballë konfliktit dhe stresit ka një ankth të fortë. Këta subjekte reagojnë në mënyrë impulsive, humbasin qetësinë, tentojnë të përdorin mekanizmat e mbrojtjes si: mohimi, mbrojtja, fshirja... Është stima e ulët dhe një interes i madh për t'u aprovuar nga të tjerët. Shërbimet shëndetësore mund ti nxjerrin këta subjekte si nevojtarë të varësisë dhe autorealizimit, që vendosin në mënyrë irreal objektiva të lartë; janë persona që duhet "të shpëtojnë" të tjerët dhe ndihen të pakënaqur kur falimentojnë.

- **"PERSONALITETI I TIPIT A"** është përshkruar sipas Friedman e Rosenman si një karakteristikë e disa subjekteve me një stil jetese hiperaktive, konkurruese, agresive, të paduruar dhe të lidhur me ndjesinë e mungesës së kohës. Këta persona janë në luftë kronike dhe kostante me veten e tyre, me të tjerët, kohën, rrethanat. Këta subjekte janë në risk më të lartë të sindromës burnout.

- **"LOCUS OF CONTROL"** është pjesa e tretë e personalitetit. Rotter afërmon që individët ndryshojnë në bazë të shkallës në të cilën besojnë se kontrollojnë jetën e tyre dhe ndahen në: " të brëndëshëm" - ata që mendojnë se kontrollojnë fatin e tyre dhe " të jashtëm" - ata të cilët mendojnë që janë në mëshirën e fatit. Sipas Seligman "të jashtëm" janë më të predispozuar ndaj paaftësisë së fituar, ndërsa "të brëndëshmit" kanë më pak gjasa të vuajnë efektet negative të paaftësisë së fituar, pra më pak gjasa të manifestojnë burnout.

- **"FLEKSIBILITETI"** një pjesë tjetër e personalitetit, dhe Khan ka vërtetuar që individët më të adaptueshëm dhe fleksibël kanë mundësi më të mëdha të eksperimentojnë konfliktet e rolit në punë duke reaguar me më shumë ankth, tension dhe shqetësim kundrejt individëve më pak fleksibël.

Në veçanti këta subjekte kanë vështirësi të plotësojnë kërkesat extra, situatë kjo që i ekspozon shumë ndaj stresit. Individët më pak të adoptueshëm, janë gjithsesi subjekte

stresi, edhe pse reagojnë në mënyre tjetër, duke iu përmbajtur zakoneve vetjake në punë, varen nga figura autoritare, zhvillojnë ndjenjën e padobishmërisë.

- **“INTROVERSIONI”** është pjesa e pestë e personalitetit. Gjithnjë Kahn zbuloi se këta individë janë objekt i një tensioni më të lartë në interpretimin e rolit. Në veçanti, siç

parashikohej, tërhiqen më me lehtësi përballë një konflikti ose stresi se kolegët e tyre. Megjithatë nuk mjafton të përkufizosh këto pjesë të personalitetit, për të përshkruar një person nën efektin Burnout. Vetë Cherniss thotë që “ndikimi i këtyre pjesëve të personalitetit është ndoshta mbivlerësuar”

KAPITULLI II

SHKAQET DHE EFEKTET E BURNOUT 2.1 BURNOUT DHE ORGANIZIMI I PUNËS

Për të mundësuar zgjidhjen e një problemi, duhet para së gjithash të evidentosh shkaqet. Siç u tha më lartë, stresi, dhe në veçanti faza e rraskapitjes është baza e Burnout. Asnjë aspekt i punës nuk është në vetvete shkaku i vërtetë i stresit; kuptimi i saj, rëndësia e saj varet në mënyrën se si një individ percepton dhe vlerëson situatën në të cilën jeton. Për këtë arsye subjektet, që punojnë në të njëjtin ambient pune, reagojnë në mënyra të ndryshme. Megjithatë është e vërtetë, që në disa situata, klime pune, stile të të relacionuarit, mënyra organizimi, kontribuojnë në krijimin e një ambienti stresues. (Canadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, Garcia I, Canadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. Int J Nurs Stud 2015 Jan;52(1):240-249.)

Stresi që zhvillohet në vendin e punës është i shkaktuar nga një dizekuilibër që ekziston midis kërkesave të drejtuara një subjekti (ku një kërkesë është diçka që, nëse nuk afrontohet dhe neutralizohet në njëfarë mënyre, do të ketë pasojë të rënda për individin) dhe burimeve që ka subjekti në dispozicion.

Shumë kërkime mbi stresin në punë mbështesin idenë se jo vetëm tepria e kërkesave, por edhe mungesa e përdorimit të pjesshëm të kapacitetit vetjak, janë shkaqe të Burnout, sepse operatori provon një ndjenjë ankthi dhe zhgënjimi kur nuk ka mundësinë të jap maksimumin në punë. Në studimet mbi stresin laborativ duhen kërkuar si faktorët që limitizojnë stimujt dhe kërkesat ashtu

edhe ata stimuj që gjenerojnë mbingakesë. Individit i nënshtrohet një stresi të tillë, reagon me një sjellje të tipit mbrojtës, zakonisht e tipit adaptues, përshtatës. Mbrojtja për një kohë të gjatë mund të sjellë edhe rrjedhoja jo përshtatëse, të cilat mund të rezultojnë të dëmshme.

Individi me këtë sindromë ka një mënyrë mbrojtje nga stresi në punë, që implikon tërheqjen, distancën, evitimin e situatave të pakënaqshme, reduktimin e objektivave.

Për punonjësit e shëndetësisë, është shumë e rëndësishme e të qenit efikas dhe eficient, sepse nga ata varet shëndeti dhe mirëqenia e personave të tjerë. Kërkesa e efikasitetit dhe eficientësisë, kërkohet nga pacientët, familjarët, eprorët, kolegët dhe mbi të gjitha nga vetë punonjësi, pikërisht sepse është shumë i lidhur me imazhin dhe autostimim.

Kjo kërkesë e vazhdueshme e kompetencave është një burim i rëndësishëm stresi, sidomos nëse personeli ka ndjesinë e të mos arriturit të objektivave, sepse nuk ka burimet e nevojshme për të dhënë një përgjigje adekuate. Edhe kur punonjësi është ekspert, efikas, i përshtatur me punën, dalin disa aspekte që limitizojnë kënaqësinë duke ia lënë vëndin zhgënjimit. Një nga këto aspekte është mungesa e një feedback-u pozitiv nga ana e pacientëve; këta rrallë herë shprehin opinionin për shërbimin e dhënë, sepse kjo është një detyrë që duhet të kryhet dhe as shkon nëpër mendje që një fjalë e mirë jep kënaqësi. Ndonjëherë pacientët nuk bashkëveprojnë me infermierët, duke u berë pengesë duke krijuar një situatë me eficientë të ulët.

Një shkak tjetër i stresit laborativ është e lidhur me konceptin e suksesit,

domethënë e ndenjave personale që puna është kryer më së miri; punonjësi i shëndetësisë ndeshet vazhdimisht me situata ku sukcesi shpesh nuk është evident, ndërsa falimentimi është frekuent, kjo çon në manifestimin e një gjendje apatie, një rritje e kërkesës së rikompensimeve materiale, duke kërkuar evitim të situatave të pakëndëshme.

Falimentimi i vazhdueshëm gjeneron zhgënjim dhe ripërsëritja e dështimit prodhon impotencë, të gjithë faktorë që kontribuojnë në lindjen e një stresi, i cili do të degjenerojë në Burnout.

Pamundësia e zgjatur prodhon "pafuqinë e mësuar", që është bindja e të mos paturit asnjë kontroll mbi lavdërimet dhe ndërkohë e rëndësishme. Kjo çon në reduktim të motivimit dhe minon aftësinë e besimit. Në fund, mungesa e besimit shkakton depresion, ankth, inat.

Pjesa klasike e literaturës që rishikon këto aspekte është që punonjësit dhe, në veçanti relacioni profesionist-pacient, janë baza e zhvillimit të Burnout, por nuk janë shkaqet e vetme. Konfliktet e lidhura me rolin janë një tjetër burim i madh i stresit në shërbimet shëndetësore. Punonjësi relacionohet me pacientët, eprorët dhe kolegët; raportet me ta, në qoftë se relacioni është i alteruar, kontribuojnë në rritjen e stresit dhe për rrjedhojë Burnout, sepse mungojnë personat të cilët mund të drejtohen për të kërkuar ndihmë ose keshillë.

Mbikqyrja mund të ushtrojë një ndikim të rëndësishëm në raport me punën duke lehtësuar stresin dhe tensionin. Cherniss thekson se mbikqyrja duhet të furnizojë një klimë kuptimi dhe një vlerësim preciz të punës, gjithashtu duhet të jap edhe një asistencë teknike dhe njerëzore që favorizon një rritje profesionale. Edhe kolegët duhet të reduktojnë stresin laborativ, duke krahasuar metodat e përdorura për të patur një feedback të punës së bërë.

Pareek zhvilloi një pyetësor të veçantë për të matur nivelin e stresit rrjedhojë e dhjetë faktorëve të lidhur me interpretimin e rolit dhe përkufizon këto konflikte, si efekt i pengesave që gjenden midis organizimit dhe efikasitetit të profesionistit. Ka evidentuar dy zona konflikti: e para e quajtur "skenari i rolit" që

përkon me mbingarkesën në punë, pamjaftueshmërinë e burimeve, ambiguitetin dhe izolimin nga ana e kolegëve dhe eprorëve; e dyta quhet "hapësira e rolit", përkon me objektivat personal, prospektivat e karrierës, perceptimin e pamjaftueshmërisë, interferencën me jetën familjare.

Konfliktet e rolit mund të përftohen edhe në rastin kur i janë bërë subjektit dy kërkesa të papajtueshme midis tyre duke konfiguruar një pamundësi për ti kënaqur të dyja. Mund edhe të përcaktohet papajtueshmëria midis një sjellje të detyruar dhe motivimeve ose vlerave të subjektit.

Stresi është edhe i ndikuar nga norma dhe rregulloret që strukturojnë një kontratë midis punonjësit dhe pacientit. Është shumë e madhe incidenca e Burnout midis punonjësve të organizatave të strukturuar në mënyrë burokratike, rregullat e të cilave lënë një autonomi të ulët të punonjësve; niveli i ulët i autonomisë është i lidhur gjithashtu me rraskapitjen personale dhe depersonalizimin.

Duke përmbledhur, në bazë të stresit laborativ, mund të jetë një mbingarkesë në punë, roli i dyzuar, mungesë njohëse e performancës dhe kompetencave, limitizimi i funksioneve vendimmarrëse, mungesë e grupit të punës nga pikpamja e kohezionit dhe mbështetjes sociale dhe sigurisht, përgjigjet e pritura të punonjësit në punë, jo të respektuara sepse janë larg realitetit.

Kësaj situatë stresuese punonjësi i reagon në shumë mënyra, duke përdorur strategji të ndryshme për ta përballuar (coping strategy) dhe mund të prezantojë çrregullime të natyrës psikologjike dhe psikomatike si: ankthi, ulje të stimës personale, simptoma depresive, somatizim të llojeve të ndryshme. Punonjësit e shërbimeve shëndetësore janë të ekspozuar ndaj agjentëve stresues dhe mund t'u përgjigjen në mënyrë jo të përshtatshme duke gjeneruar Burnout.

2.2 EFEKTET E BURNOUT

Efektet e burnout janë të shumtë. Dëmi i prodhuar nga kjo sindromë shkon përtej individëve të prekur; dëmton, para së gjithash, pacientin që ka një asistencë të keqe, dëmton institutin për të cilin individi punon dhe jep

një shërbim skadent, dëmton sigurisht familjarët, që duhet të luftojnë me tensionet emocionale dhe konfliktet që personi me burnout nuk arrin ti kapërcej. Individi mund të fillojë të ndihet më i mirë, duke kërkuar të bind veten dhe të tjerët që është i pazëvendësueshëm (se ka kaluar shumë eksperiencia dhe njeh gjithçka mbi punën), duke u sjellë në këtë mënyrë, ai u ekspozohet reziqeve të mëdha, të cilat mund të sjellin konsequenca të rënda. Ai ndihet i rëndësishëm dhe ndihet në pozitën që nuk ka kohë të mjaftueshme për të mbaruar gjithë punën e tij.

Burnout çon në një rraskapitje emocionale, që shpesh është e lidhur me lodhjen fizike. Shpesh herë subjektet në Burnout vuajnë nga një lodhje kronike, që rrjedh nga tensioni dhe mund të çoj edhe në gjendje pagjumësie. Duke u munduar të heqin ndjenjën e lodhjes i drejtohen përdorimit dhe shpesh abuzimit me sustanca eksituese si: kafe, droga, akooli; për të ulur ankthin marrin sedativë.

Përveç një gjendje fizike skadente ndodh dhe një përkeqësim i shëndetit psikologjik; ulje të autostimës dhe të realizimit personal; individi provon një ndjenjë negative kundrejt vetes, kundrejt punës dhe drejt gjithçkaje që ka bërë deri tani.

Kjo vazhdueshmëri e mendimit negativ e çon individin të punojë akoma me keq dhe të demostrojë mungesë të kompetencave dhe vlerave. E gjithë kjo, çon në shembje të autostimës, që është karakteristika kryesore e Sindromës Depresive. Individi i stremuar emocionalisht, reagon në mënyrë të gabuar ndaj të tjerëve duke u acaruar shumë shpejt. Instaurohet kështu një diferencë kundrejt pacientit dhe punonjësit; duke u sjellë në mënyrë paranoike, mendon se sillen kështu në mënyrë që t'ja bëjnë punën më të vështirë (Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. Int J Nurs Stud 2015)

Rrjedhojat më të mëdha të Burnout hasen në punën dhe rendimentin e një infermieri. Efekti kryesor është që ai fillon të punojë gjithnjë e më keq; ky përkeqësim është shkaktuar nga fakti që ka një motivim më të ulët, një ndjenjë të madhe zhgënjimi dhe

ekziston tendenca e mos kryerjes me efektivitet të punës dhe mbajtjes së një qëndrimi të distancuar. Ka vështirësi të përqëndrohet, një memorje gjithnjë e më të keqe, bëhet i paaftë për të kryer punë komplekse dhe të marrë vendime të shpejta dhe të drejta.

Me kalimin e kohës subjekti i trajton njerëzit me një farë distance...si objekte. I kushton më pak vëmendje nevojave të pacientit, që janë të "etiketuarit" në bazë të punës së tyre, të patologjisë së tyre duke kryer një punë dizumane dhe të distancuar. Kjo distancë mund të vijë nga një sjellje e egër dhe cinike kundrejt pacientit me humbje të vlerave pozitive karshi tyre. Efekti Burnout nuk mbaron me mbarimin e punës; ai mund të dëmtojë edhe raportet e tij me familjen. Në fund të ditës së punës individi është i lodhur fizikisht, i tensionuar, i mërzhitur, i rraskapitur; acarohet shpejt dhe bëhet i padurueshëm. Kështu arrihet në konflikte të mëdha bashkshortore dhe familjare.

Ndjenjat cinike dhe negative kundrejt të tjerëve, që janë zhvilluar si rrjedhojë e Burnout, çojnë në "ngurtësimin e zemrës" së individit.

TABELA 2.1 ASPEKTE TE BURNOUT

1. Simtomat pararendëse (premonitore):

a) **Rritje e impenjimit kundrejt objektivave:** hiperaktivitet, punë jashtë orarit e papaguar, ndjenja e të qenit të pazëvendësueshëm dhe e të mos paturit kurrë kohë të mjaftueshme, mohimi i nevojave vetjake, fshirja e deluzioneve dhe dështimeve, kontakte sociale të limituara.

b) **Rraskapitja:** lodhje kronike, mungesë energjie, gjum i pamjaftueshëm dhe i shqetësuar, rritje e rezikut për incidente.

2. Reduktim i angazhimit në punë:

a) **Kundrejt pacienteve:** humbje e ndjenjave pozitive, krijimi i një distance të madhe ose refuzimi i një kontakti direkt, çrrregullime të vëmendjes në momentet e

relacionimit, zhvendosje të pikës fokale të vezhgimit dhe ndihmës, fajësimi i pacientit për probleme të ndryshme, abuzim i mjeteve kontrolluese si p.sh dhënia e medikamenteve sedative, stereotipizimi i pacientit, dizumanizëm.

b) **Kundrejt të tjerëve:** paaftësi për të dhënë, ftohtësi, humbje të empatisë, rigiditet, reduktim të të kuptuarit, vështirësi në dëgjim, cinizëm.

c) **Kundrejt punës:** zhgënjime, qëndrime negative ndaj profesionit të vet, smbrapsje dhe neveri, ngurim i të vajturit çdo ditë në punë, nevoja e shikimit të shpeshtë të orës, fantazi mbi ikjen nga puna, ëndërra me sy hapur, shtim të pushimeve ndërmjet orëve, vonesë në fillimin e ditës së punës, mbyllje e parakohshme e saj, orare të gabuara, spostimi i vëmendjes nga puna në kohën e lirë, rikuperimi vetëm në fund jave, theks i madh mbi kushtet materiale përse i përket kënaqësis në punë.

d) **Rritje e hakmarrjes:** humbje të idealeve, përqendrim në pretendimet e veta, ulje e ndjenjës së njohjes, ndihet i shfrytëzuar, xheloz, probleme të çiftit, konflikte me femijët.

3. Reagime emotive dhe fajësim:

a) **Depresion:** autostimë e reduktuar, papërshtatshmëri, humbje të mendimit, ndjenjë fajësie, keqardhje për veten, humbje e sensit të humorizmit, ankth pa fund dhe nervozizëm, luhajtje të humorit, ulje të rezistencës ndaj ngarkesës emotive, hidhërim, sbrazëti, brishtësi, tendencë e të qarit, shqetësime, impotencë, pesimizëm, fatalizëm, apati, ide vetvrasëse.

b) **Agresion:** fajësim dhe akuzim i të tjerëve ose sistemit, mohim i bashkëpërgjegjësisë, kapriciozitet, intolerancë, paaftësi për kompromis, shfryrje në mënyrë të vazhdueshme, negativizëm, acarim, fyrrje dhe zemërim, humbje besimi, sjellje mbrojtëse ose paranoike, mosbesim, konflikte të vazhdueshme me të tjerët.

4. Rënia

a) **Reduktimi i efikasitetit konjitiv:** vështirësi në përqendrim dhe memorizim,

paaftësi për përballuar detyra komplekse, pasaktësi, dizorganizim, paaftësi për marrë vendime, paaftësi për të dhënë përgjigje të sakta.

b) **Reduktim i motivimit:** ulje të iniciativës, ulje të fleksibilitetit, produktivitetin ulët, nënshtrim në ekzekutimin e urdhreve.

c) **Reduktim i kreativitetit:** ulje të fantazisë, fleksibilitet ulur.

d) **Indiferentizëm:** mendim rigid "bardh' e zi", rezistencë në ndryshimet e çdo tipi.

5. Zhvlerësimi

a) **Zhvlerësimi i jetës emotive:** tharje të reagimeve emotive, indiferencë.

b) **Zhvlerësim i jetës sociale:** minimum i pjesëmarrjes personale kundrejt të tjerëve ose eçësivitet në lidhjen me persona të veçantë, refuzim i kontakteve informale, kërkim i kontakteve më interesante, refuzim i të folurit për punën e vet, mbyllje në vetvete, izolim.

c) **Zhvlerësim i jetës psikike:** abandonim i hobeve, dizinteres, mërzi.

6. Reagime psikosomatike

Dobësim i reaksioneve imunitare, paaftësi relaksimi në kohën e lirë, çrregullime të gjumit, inkube, probleme seksuale, skuqe, palpitacione kardiace, ndjenja e peshës në toraks, çrregullime respiratore, puls i përshpejtuar, hipertension, tension muskular, dhimbje shpine, dhembje koke, tik, çrregullime digjестive, nauze, ulçera gastrointestinale, alterime të peshës trupore, çrregullime të të ushqyerit, konsum i madh i kafesë, alkoolit, duhanit, psikomedikamenteve.

7. Dëshpërimi

Qëndrim negativ kundrejt jetës, humbje të shpresave, qëllime vetvrasëse, dëshpërim i thellë ekzistencial.

2.3 MENAZHIMI I BURNOUT

Nuk ekzistojnë zgjidhje të shpejta dhe të thjeshta të problemit Burnout;

çdo individ duhet të kërkojë të zgjidhë problemin e tij duke e konsideruar këtë sindromë në tërësi dhe duke percaktuar;

- Veprimet në nivel **individual** janë ato, të cilat individ i ndërmerr vet;

- Veprime në **nivel social** janë veprime që kërkojnë përpjekje të përbashkët, pra është e rëndësishme bashkëveprimi midis kolegeve;

- Veprimet në **nivel institucional** janë strategji dhe metoda të ndërmarra nga administrata për të menazhuar efektin Burnout.

Kur ka shumë punë për të bërë, individ është shumë i dhënë pas punës dhe kërkon të punojë akoma më shumë, për të arritur të kontrollojë këtë situatë. Por rritja e ngarkesës në punë mund të sjellë rritjen e stresit në vend që ta ulë, duke parë që është e vështirë të punohet në mënyrë që të mbahet e njëjta cilësi e shërbimit. E gjithë kjo nuk bën tjetër veçse të krijojë zhgënjim dhe mungesë të ndjenjës së falimentimit, kështu që kërkohet të punohet më mirë (Korczak. Et al 2012).

Një mënyrë për të përmirësuar punën, është ajo që kërkon të administrojë forcat në dispozicion; kjo mund të arrihet përsëritur duke zvogëluar pushimet midis orëve, të cilat nuk duhet të jenë një rrugë arratisje për të evituar kontaktet me agjentin stresues, që në kete rast mund të jetë pacienti; por duhet të jenë pauza të shkurtra "për të marrë frymë" emotivisht në mënyrë relaksuese. Edhe marrja e periudhave të pushimit është e dobishme për individin me këtë sindromë; sigurisht që metoda më e përdorur për të ndërprerë punën është ajo e marrjes së pushimeve duke ndërprerë plotësisht rutinën e punës për të ripërtërirë energjitë.

Punonjësit e shëndetësisë zgjedhin shpesh këtë profesion sepse kanë ideale të larta dhe duan ti arrijnë: tu dhurojnë të gjithëve shëndet dhe lumturi. Këto ideale janë shpesh abstrakte të realitetit, të vështira për t'u realizuar, që mund të transformojnë tërë punën në një falimentim, sepse përveç se janë të vështira për tu realizuar, janë edhe të vështira për t'u vlerësuar; pra nuk është e thjeshtë të kuptosh realisht nëse janë arritur këto objektiva. E gjithë kjo nuk do të thotë që nuk duhen patur "ideale fisnike", por duhet që

këtyre t'u bashkohen edhe objektiva specifike, ku është e mundur të shohësh një rezultat, pra duhet të jenë reale. Individ duhet të njohë kapacitetet e veta, por mbi të gjitha, duhet të njohë limitet e tij; vetëm kështu do të krijojë aspektativa të vërteta (Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. Emerg Nurse 2011).

Është e rëndësishme të punosh, përveçse mbi një formulim të ri të aspektativave, edhe për "imazhin", sepse të ndihmohet të tjerët është shumë impenjative dhe individ duhet të jetë në formë perfekte fizike dhe psikike. Për të favorizuar mirëqenien psikologjike, duhet të kërkohen një seri strategjish të afta të evidentojnë disa situata pozitive për individin. Duhet kërkuar përsëritur ana pozitive, që gjendet në kontakt me të tjerët, dhe mos të shikosh vetëm negativitetin e relacionit ndihmës, duke venë në pah vetëm problemet. Kërkimi i pozitivitetit të situatave të ndryshme, krijon mundësinë e një feedback-u pozitiv, që mund të jetë edhe i kërkuar..... Mund t'i kërkohet pacientit nëse puna e bërë është e kënaqshme, nëse është përmirësuar nga një tip i caktuar asistence. Është i rëndësishëm kërkimi i një komunikimi me pacientin.

Veprimet në nivel social, në menazhimin e Burnout, i drejtohen variablave në grup për të përmirësuar komunikimin interpersonal.

Raportet e instauruara me kolegët, ndihmojnë në përbalimin e Burnout; kjo ndihmë mund të jetë e projektuar në dy drejtime: ul burimin e stresit, duke drejtuar individin drejt zgjidhjes së problemit ose duke e zëvendësuar përkohësisht, duke i dhënë kështu mundësinë të largohet nga situata stresuese. Përveç kësaj, kolegët mund të jenë një konfort dhe një mbështetje emocionale, sepse është e mundur të ndash me ta situata analoge dhe falë tyre është e mundur krahasimi i veprimeve dhe kërkimi i zgjidhjes së një problemi.

Veprimet në nivel institucional, shikojnë variablat në nivel laborativ, duke ditur që Burnout ushqehet nga disa tipe ambientesh pune. Ndërhyrjet mund të rishikojnë katër aspekte të klasifikuara në këtë mënyrë:

- Të punohet për plane dhe objektiva

- Marrja pjesë në vendime
- Strukturimi i detyrave dhe i profesioneve
- Predispozimi i një sistemi monitorimi periodik

Puna për plane dhe objektiva do të përjashtonte strukturën e detyrave midis infermierëve. Nuk nevojitet drejtimi për objektiva nëse puna nuk sjell përgjegjësi dhe nuk lejon marrjen e cilësisë nga shërbimi i kryer. Është i nevojshëm marzhi i autonomisë profesionale; duhet të krijohen standarte të cilësisë dhe mekanizma informative që tregojnë me qartësi cilësinë e shërbimit, duhet të ketë shumëllojshmëri kompetencash për të kryer detyra të ndryshme dhe sidomos të atyre që të çojnë në diçka më të rëndësishme: që i japin një kuptim shërbimit të kryer.

Të gjithë këta faktorë shërbejnë për të motivuar personelin...duke shtuar edhe kurset e azhurnimit që shërbejnë për rritjen profesionale. Do të ishte mirë të hynte në përdorim një sistem vlerësimi periodik i standartizuar, me qëllim që të kap jo vetëm nivelin e stresit, por të kuptojë edhe klimën psikologjike prezente, opinionet dhe qëndrimet përsa i përket kushteve dhe aspekteve të punës. Ky sistem do të duhet të lejojë përfitimin e të dhënave dhe sugjerimenteve mbi ndërhyrjet që do kryhen për të parandaluar rezultate dhe konsekuenza negative të stresit. Të gjithë nivelet organizative në punë duhet të kontaktohen për pjesëmarrje. Të dhënat do të mblidhen duke ruajtur anonimin dhe rezultatet të diskutohen me gjithë personelin. Suksesi i kësaj iniciative është e lidhur me mbështetjen e drejtorisë që duhet të marrë parasysh rezultatet e përfuara; nga vazhdimësia e kohës, sepse ky hetim kërkon një periudhë shumë të gjatë kohe për të patur referenca të vlefshme; pyetësoret duhet të jenë anonime, duhen përdorur strumenta të standartizuar dhe kërkues kompetent, që garantojnë vlefshmërinë e studimit. Përdorimi sistematik i këtij sistemi mund të sjellë një reagim ndaj variablave që tregojnë stres. Përveç këtyre programeve ndërhyrëse, që nuk janë një alternativë e tjetrit sepse janë të integrueshëm, mund të shtohet edhe krijimi i një grupi mbështetës jo vetëm teknik por edhe emotiv. Këto grupe duhet të bashkohen për të

shkarkuar gjithë tensionin e mbledhur në punë dhe të shërbejnë për të shkëmbyer opinione dhe informacione për zgjidhjen e problemeve që dalin.

Menazhimi i stresit prodhon një reflektim shumë të madh mbi veten dhe mbi organizimin e punës. Për të gjetur zgjidhje lehtësisht mund kryesh ndryshime radikale mbi "mënyrën" dhe "vendin" e punës. Këto ndryshime individuale dhe organizative mund të çojnë në rezistencë, pasiguri, konflikte të operativit, po mund të mos jenë të mjaftueshëm për të evituar ose reduktuar efektin Burnout, sepse ka gjithnjë faktorë të karakterit të jashtëm si familja ose stili i jetesës jashtë ambientit të punës (Laschinger et al. 2009; Faulkner et al. 2008; Greco et al. 2006; Laschinger 2005).

Menazhimi i Burnout kërkon një harxhim të madh të energjive financiare si nga ana e administratës ashtu edhe psikologjike nga ana e operativit; sidoqoftë kjo kosto është më e ulët se ajo që rrjedh nga cilësia e ulët e shërbimit, mungesat në punë dhe rritja e konflikteve që krijohen nga stresi.

KAPITULLI III

PREZANTIMI I KËRKIMIT SHKENCOR

3.1 METODOLOGJIA DHE ZGJEDHJA E POPULLATËS.

TEMA: Ndikimi i sindromës Burnout në profesionin e infermierit.

Burnout është një gjendje që çon në përkeqësim, jo vetëm të raportit midis punonjësve dhe organit shëndetësor, por edhe të raportit midis tyre dhe pacientëve. Nëpërmjet këtij studimi, më dukej interesante të kuptoja frekuencën me të cilën vështirësia psikologjike e përkufizuar si Burnout, shpërndahet në zonën kritike të Spitalit Rajonal Vlorë, Spitalit Pediatrik dhe Spitalit Psikiatrik, ku u zhvillua dhe studimi im; përkatësisht në pavionet e Urgjencës, Reanimacionit, Terapisë intensive. Zgjedhja u bë apostafat në këto zona pasi në këto reparte veprohet me pacientë, për të cilët duhet një kujdes i veçantë, shpejtësi, saktësi dhe një përgatitje të lartë profesionale. Zona kritike kërkon një përgatitje të madhe teknike,

një specializim të lartë dhe manualitet, që vëshirë të gjendet në repartet e tjera. Zona psikiatrike kërkon një predispozicion të mirë dhe të hysh në kontakt me empatinë e pacientit. Raporti njerëzor që instaurohet midis infermierit dhe pacientit përbën bazën e infermieristikës psikiatrike, e cila shpesh herë mund të jetë më e rëndësishme se terapia mjekësore.

QËLLIMI i studimit është e gjetja e faktorëve të jashtëm stresues, faktorëve të brendshëm stresues dhe percaktimi i një korrelacioni midis tyre dhe sindromës Burnout, e cila përbën një shqetësim në dhënien e një performance cilësore në profesionin e infermierit.

OBJEKTIVAT e studimit janë:

- Të evidentohen faktorët te jashtëm që ndikojnë në burimin e stresit dhe për rrjedhojë shfaqjen e sindromës Burnout.

- Të evidentohen faktorët e brendshëm që gjenerojnë stresin.

- Të evidentohet një lidhje shkaktuese midis cilësisë në dhënien e shërbimit dhe efektit Burnout.

- Të evidentohet lloji i impaktit të Burnout tek infermieri dhe pacienti, si dhe impakti i saj në komunitet.

- Të evidentohen aspektet, pozitive ose negative, të profesionit infermieristik.

- Të percaktohen strumente efikase në evitimin e kësaj sindrome.

STUDIMI është i tipit cross-sexional transversal, kuantitativ.

MATERIALI METODA DHE POPULLATA

Nëpërmjet këtij studimi është mundur të kuptohet se sa "Burnout" është përgjegjës, me gjithë diskutimet kritike, inefiçencat dhe disfunkcionet që vihen re në shërbimin shëndetësor. Në këtë studim do të referohemi një kërkimi bibliografik, duke konsultuar bibliotekat e ndryshme të rrjetit informatik digital. Është një studim cross-sexional transversal. Mbledhja e të dhënave është mundësuar nëpërmjet një pyetësi anonim të strukturuar dhe të vetadministruar. Nëpërmjet

këtij studimi, më dukej interesante të kuptoja frekuencën me të cilën vështirësia psikologjike e përkufizuar si burnout, shpërndahet në zonën kritike të Spitalit Rajonal Vlorë, Spitalit Pediatrik dhe Spitalit Psikiatrik, ku u zhvillua dhe studimi im; përkatësisht në pavionet e Urgjencës, Reanimacionit, Terapisë intensive. Zgjedhja u bë apostafat në këto zona pasi në këto reparte veprohet me pacient, për të cilët duhet një kujdes i veçantë, shpejtësi, saktësi dhe një përgatitje të lartë profesionale. Në bazë të analizës së të dhënave janë dhënë rezultatet e pritura dhe potenciale; janë nxjerrë konkluzionet në bazë të të cilave do të jepën rekomandimet e mundshme për evitimin e sindromës Burnout, për një performancë ekselente në kuadrin e shërbimit të ofruar në këto pavione nga ana e operatit infermior.

Për të arritur këtë objektiv, kam përdorur një pyetësor të shpërndarë në këto pavione. Ky pyetësor përbëhet nga dy pjesë të ndara. E para përbëhet nga **MASLACH BURNOUT INVENTORY** (Maslach & Jackson, '82) dhe adaptimin e tij italian nga **S. Sirigatti e C. Stefanile**. Pjesa e dytë është e formuar nga një skedë e shkurtër demografike për të njohur të intervistuarin: gjinia, moshën, kompetencat laborative, vjetërsia në punë, orët e punës në shërbimin shëndetësor dhe nga sa kohë e ushtron këtë profesion.

Në origjinalin **Maslach Burnout Inventory**, skeda demografike është shumë komplekse; përveç të tjerave kërkohej edhe gjendja civile, sa fëmijë dhe titulli i studimit. Sigurisht që këto pyetje japin një kuadër më të qartë dhe e saktë të jetës së infermierit profesional, që mundësojnë të kuptosh më mirë situatën ekstralavorative; sidoqoftë unë nuk i kam përmbledhur në pyetësor pasi konsiderohen si të dhëna shumë private dhe mund të induktonin infermieren të mos përgjigjet ose të përgjigjet në mënyrë të rreme, nga frika së nëpërmjet tyre mund të bëhej identifikimi i tij, duke thyer kështu principin e anonimatit.

Në pjesën e dytë të kësaj skede, përmbledheshin edhe dy pyetje të hapura ku kërkohej, në bazë të eksperiencës vetjake, cilat aspekte i gjykon pozitive dhe cilat aspekte i gjykon negative.

Pyetësoni ju shpërnda të gjithë infermierëve. Nga përfshirja e një pjese të mirë të përgjigjeve dhe informacioneve e marra nga intervistat, mund të them që jemi "afër" popullatës në studim. Në 76 infermierë që punojnë në këto pavione dhe që u interpeluan për pjesëmarrje në studim vetëm 68,35% u përgjigjen, pra 54 infermierë.

Në fillim të studimit u mendua të kryhej një autosoministim i pyetësorit, metodë e cila u abandonua sepse kishte limite, të cilat janë:

1- Mungesa e fleksibilitetit; përmbajtja e tij do të ishte e paqartë dhe shumë konfuze.

2- Përqindja e ulët e përgjigjeve, të cilat u besohen vullnetit të mirë të subjekteve dhe motivimit të tyre kundrejt studimit.

3- Mungesa e kontrollit të ambientit; pyetësoni mund të përmbushet në çfarëdo situatë, edhe invaliduese.

4- Përpilim i pjesshëm i tij.

5- Pamundësi për të regjistruar përgjigje spontane.

Për të gjitha këto motive mora vendimin e soministimit të kontrolluar personal. Ky soministim u parapri nga një prezantim i shkurtër i studimit dhe i qëllimeve të tij, për të proceduar më pas në një sqarim të pyetësorit; si është artikulluar duke dhënë sqarime dhe qartësime mbi mënyrën e plotësimit të çdo dimensionit. Herë pas here u zgjidhën probleme e hasura.

Disponibiliteti ishte i kënaqshëm sepse, duke konsideruar faktin që në këto pavione ka limite kohore, ishte e qartë ideja për rëndësinë e qëllimit të studimit. Shpeshherë është dashur sqarimi nga ana ime për mbajtjen e anonimatit, duke sqaruar pamundësinë nga ana e organeve drejtuese të aksesit të çdonjërit pyetësor, duke arritur kështu te personi që e kishte përpiluar.

Karakteristikat e popullatës në studim dhe vendit të punës. Një pacient i sëmurë rëndë është një pacient në rrezik të lartë për mbijetesën. Zona kritike është tërësia e strukturave të kujdesit shëndetësor me intensitet të lartë si dhe te gjitha ato situata të pacientit në gjendje kritike. Kështu që zona kritike përfshin 127 në territor, urgjencën e

spitalit, njësitë e kujdesit intensiv, sallat e operacionit, hemodializë dhe gjithashtu fushën e radiologjisë. Një pacient, i cili është i shpëtuar në territor nga 127, ndihma e parë i jepet në vend, me pas transportohet në dhomën e urgjencës, e cila do të refuzojë apo të konfirmojë diagnozën. Dhe si mohohet diagnoza? Duke ri-vlerësuar situatën, duhet të bëjë mostrat e duhura gjatë mjekët mund të kërkojnë kryerjen e radiografisë apo TAC në varësi të situatës. Zona kritike është në fakt një zonë shumë të madhe, sepse ajo përfshin shumë struktura dhe kujdes shëndetësor si në nivel teritorial edhe në spital.

Infermieri i zonës kritike në çdo kohë duhet të përqëndrohet te pacienti, te nevojat e tij, te stabilizimin e parametrave vital, duke përdorur teknologjitë e sofistikuar, të tilla si defibrilator, monitor, pompa infuzion, dhe duhet të mbajë kompetencë të lartë në kuadër të rolit të tij. Pra, duhet të kryejë një përmirësim të vazhdueshëm të aftësive. Në këtë fushë është i domosdoshëm trajnimi. Ai duhet të jetë në gjendje të kontrollojë faktorët e rrezikut për vete apo për pacientët me sëmundje të caktuara dhe gjithmonë duhet të ketë një sy në cilësinë e shërbimeve që ofron në vendin e punës.

Objektivat e shpëtimit në emergjencë dhe urgjencë duhet të sigurojë aktivizimin e duhur shërbimit të emergjencës shëndetësore, 127;

Është e nevojshme të bëhet dallimi midis atyre që në të vërtetë kanë nevojë për një ndërhyrje dhe ata që kanë nevojë, por jo urgjente. Kështu është bërë e nevojshme një implementim i kompetencave dhe aftësive zbatuese të njerëzve që punojnë në 127.

Sa për infermierët e kujdesit shëndetësor emergjent, aftësitë e tyre duhet të azhurnohen në mënyrë të vazhdueshme. Punohet në ekip, në grup me profesionistë të tjerë në spital dhe në zonat ekstraspirore, dhe të gjithë duhet të jenë të trajnuar për të njëjtin qëllim; i cili është dhënia e ndihmës së shpejtë pacientit, për të parandaluar dëmin që mund të rezultojë nga një reanimin kardio-polmonar jo i kryer. Kur flasim për RKP nuk është e mjaftueshme vetëm masazhi i pacientit, duhet të dish të bësh edhe ventilimin.

Profesionistët e përfshirë në emergjencë tashmë dihen: mjekët, infermieret e qendrës 127 të kontrollit, shoferët, vullnetarët e automjeteve të shpëtimit, radiologjia, qendra e transfuzionit, sallat e operacionit, terapia e ringjalljes intensive.

Duhet të dish ti vlerësosh këto raste të jashtëzakonshme, duke pritur mjekun reanimator: në thelb, në atë kornizë kohore, edhe për pak kohë, infermierët e secilit departament duhet të jetë në gjendje për të vepruar në mënyrë tempestive, për të shpëtuar një person, për të mbajtur funksionet jetësore - kardiorespiratore (emergjenza intraspitalore).

Ka disa objektiva në Repartin e Urgjencës:

- 1- Vlerësimi gjendjes klinike të pacientit,
- 2- Sigurimi në një kohe të shkurtër i ndihmës së nevojshme, sidomos për ata që janë në emergjencë;
- 3- Trajtimi i pacientëve dhe vizitave mjekësore sipas kodit të ashpërsisë së caktuar,
- 4- Të identifikojnë zonën më të përshtatshme të trajtimit (ka më shumë dhoma në dispozicion),
- 5- Të zvogëlojnë kohën e pritjes për pacientët,
- 6- Të vlerësojnë rregullisht gjendjen e pacientëve tashmë të triazhuar në pritje për ekzaminimin mjekësor (shenjat vitale), për të ruajtur efikasitetin e shërbimit.

Është e qartë, nëse këto parametra ndryshojnë, madje edhe mund të ndryshojë kodi i prioritetit. Kodi kritik i Prioritetit është caktuar në bazë të simptomave, të cilat më pas mund t'i atribuohen një sëmundje dhe më pas në përcaktimin e një diagnoze mjekësore.

Në çdo rast, pacienti duhet të intervistohet në urgjencë për ta rivlerësuar më mirë.

Objektivat e punës drejtohen nga strategjitë; për të reduktuar vdekjet e shmangshme dhe rezultatet me efekte të mëdha negative (ndërrhyrje të ekzekutuara dobët tek pacientët), për të ulur vdekshmërinë (ndërrhyrje në kohën më të shkurtër të mundshme).

Në zonën psikiatrike situata nuk është kaq emergjente. Zona psikiatrike kërkon një

predispozicion të mirë, si dhe të hysh në kontakt me empatinë e pacientit. Raporti njerëzor që instaurohet midis infermierit dhe pacientit përbën bazën e infermieristikës psikiatrike, e cila shpesh herë mund të jetë më e rëndësishme se terapia mjekësore.

3.2 PYETËSORI MASLACH BURNOUT INVENTORY

Maslach Burnout Inventory

është pyetësori më i përdorur me një besueshmëri dhe vlefshmëri të lartë për të vlerësuar burnout. Merr emër nga ajo që e formuloi për herë të parë, **Christina Maslach**.

Është i ndërtuar nga 22 pika dhe vlefshmëria e tij është testuar në Itali e testuar mbi 1779 subjekte.

Shërben për të vlerësuar tre aspekte të burnout:

- Rraskapitja emotive (RE)
- Depersonalizim (DP)
- Realizimi Personal (RP)

Çdo shkallë ka nënshkallët perkatëse.

Aspekti RE, ekzaminon si një subjekt ka ndenjë e të qenit i rreshkur emotivisht nga rraskapitja në punë. Një person ndihet i përfshirë emotivisht në mënyrë eçesive nga pikëpamja e emocioneve dhe ndihet i nënshtruar nga kërkesat emocionale që të tjeret i imponojnë.

Aspekti DP vlerëson sjelljen e subjektit të intervistuar ndaj pacientit të cilit i shërben. Infermieri ka paragjykime ndaj pacientit të cilit i jep shërbimin shëndetësor, kështu që krijohet një opinion i keq për të.

Aspekti RP mat arritjen në kompetencat e veta si dhe dëshirën për sukses kur punon më të tjerët. Infermieri vendos një "vet-gjykim të falimentuar", ndihet i papërshtatshëm të stabilizojë relacione me pacientet.

Frekuenca me të cilën provon sensacione relative me aspektet e sipërpërmendura, vlerësohet duke përdorur mundësitë shtatë-pikësore me poshtë të paraqitura:

0= Nuk është verifikuar kurrë ajo situatë

1= Kjo situatë është verifikuar ndonjëherë në vit

2= Kjo situatë është verifikuar një herë në muaj ose më pak

3= Kjo situatë është verifikuar disa herë në muaj

4= Kjo situatë është verifikuar një herë në javë

5= Kjo situatë është verifikuar disa herë në javë

6= Kjo situatë është verifikuar çdo ditë

Shumë e rëndësishme është të kuptosh që burnout nuk është një variabël dikotomike, është prezente ose nuk është

prezente. Burnout është variabël në rritje që vete nga një gradë e ulët, në të moderuar, deri në një gradë të lartë të ndenjave të provuara. Një gradë mesatare e burnout do të quhet nëse pikëzimi i tre shkallëve do të jetë mesatar. Ndërkohë do të kemi një gradë të ulët të burnout nëse shkallët DP dhe RE do jenë të ulta dhe pikët e shkallës RP do jenë të lartë. Çdo formular i përpiluar do të quhet korrekt nëpërmjet një "rrjete" që mundëson përcaktimin e pikëve të çdo shkalle. Çdo grup pikësh do të klasifikohet si i "ulet", "mesatar" ose i "lartë" duke iu përmbajtur vlerave të paraqitura në tabelën e mëposhtme 3.1

Tabela 3.1 Kategorizimi i pikëve

	<i>Rraskapitje emotive (RE)</i>	<i>Depersonalizim (DP)</i>	<i>Realizimi personal (RP)</i>
I lartë	> 24	> 9	0-29
Mesatar	15- 23	4 - 8	30-36
I ulët	0- 14	0-3	> 37

Leje etike:

Pyetësi nuk kishte nevojë për të përdorur leje, sepse ishte i hapur për t'u përdorur nga publiku.

KAPITULLI IV

ANALIZA E REZULTATEVE

4.1 KARAKTERISTIKAT DEMOGRAFIKE TE MOSTRËS SË POPULLATËS

Për të ilustruar rezultatet e analizës statistikore të kryer mbi pyetësorët e mbledhur, është preferuar ndarja në grupe e të dhënave; grupi i parë përmbledh të dhënat demografike që do të ekspozohen në këtë paragraf. Grupi i dytë do të rishikojë analizën

e **Maslach Burnout Inventory**, i ndarë në tre shkallë dhe grupi i tretë do të jap konsideratat e infermierëve profesionalë mbi profesionin e tyre.

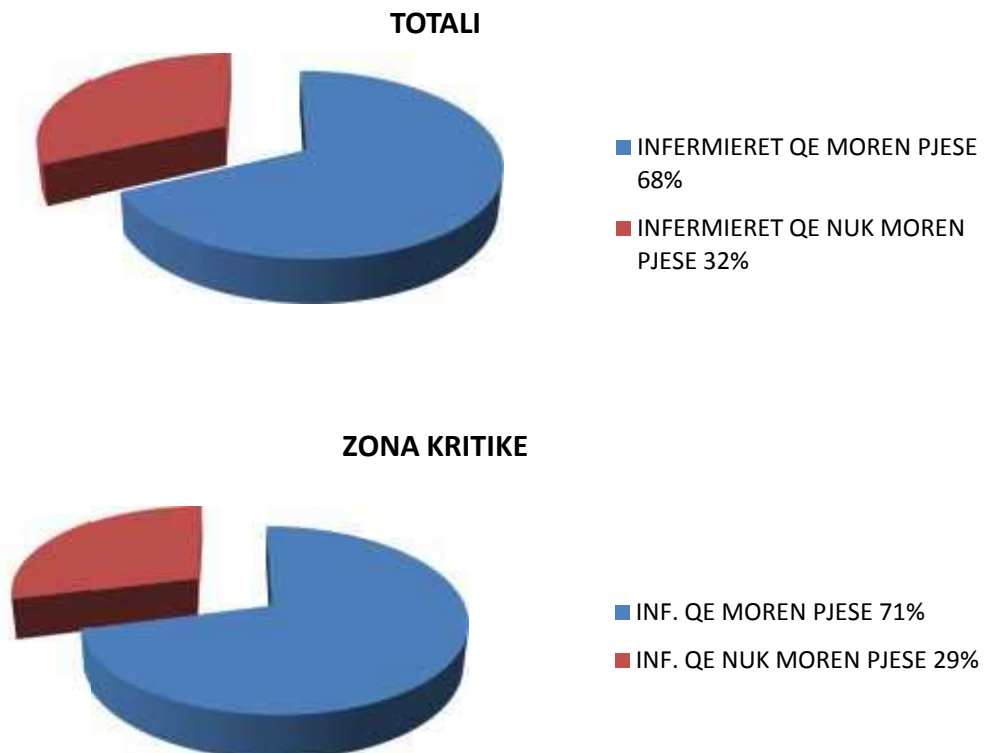
Individët e intervistuar, që aderuan në këtë kërkim, janë 50% meshkuj dhe 50% femra; kjo rezultoi në mënyrë kazuale, situatë kjo që nuk përkon me realitetin, që rezultoi në dizekuilibër në favor të seksit femër. Përsa i përket Burnout nuk janë evidentuar diferenca statistikisht sinjifikative midis dy sekseve.

Mosha mesatare e kampionit është 37.5 vjeç (36.08 vjeç për zonën kritike dhe 38.94 vjeç për zonën psikiatrike). Të intervistuarit u ndanë në katër grup-mosha ku u evidentua një prezencë e mirë e të rinjve nën 30 vjeç. Edhe këtu nuk kishte korrelacion statistikisht sinjifikativ midis moshës dhe treguesve të

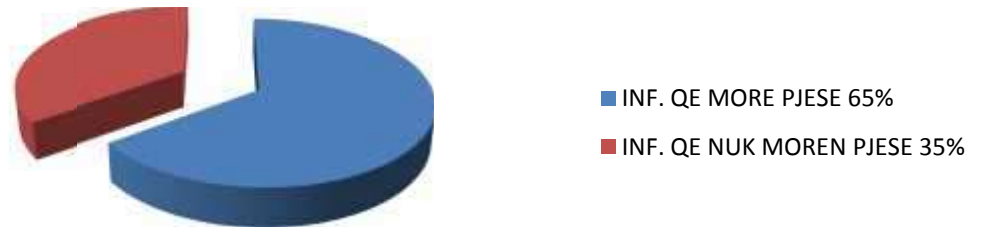
burnout që sugjerojnë mungesën e një lidhje preçize midis Burnout dhe moshës kronologjike.

Situata nuk ndryshon në qoftë se do të konsiderojmë vjetërsinë mesatare në shërbim, e cila rezultoi 13.77 vjeç për zonën kritike dhe 11.37 vjeç për zonën tjetër, dhe vjetërsinë relative në shërbim në të cilën individët rezultojnë në aktivitet në momentin e intervistës, është 11.85 kush punon në Urgjencë dhe Reanimacion dhe 11.37 vjeç për individët që punojnë në zonën psikiatrike. Nga përgjigjet e pyetësorit evidentohet një incidence e ulët e burnout përsa i përket lëvizshmërisë horizontale të organizimit (turnover). Korrelacionet e pakta që ekzistojnë midis karakteristikave socio-demografike dhe burnout do të paraqiten më poshtë.

PJESMARRJA E INFERMIERËVE NË STUDIM

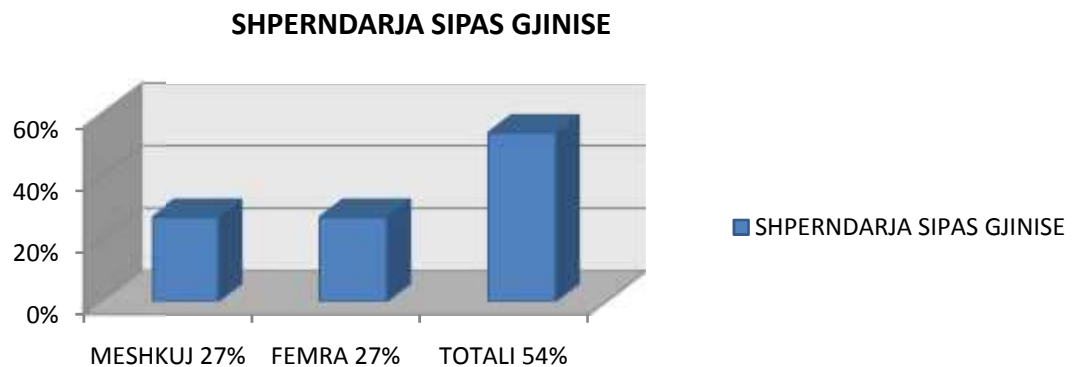


ZONA PSIKIATRIKE

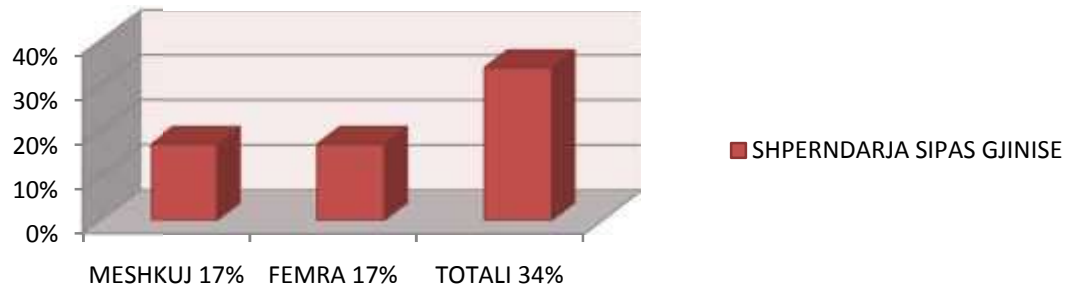


Infermierët që morën pjesë në studim përbënin 68% të gjithë mostrës nga të cilët 71% i përkisnin Zonës Kritike.

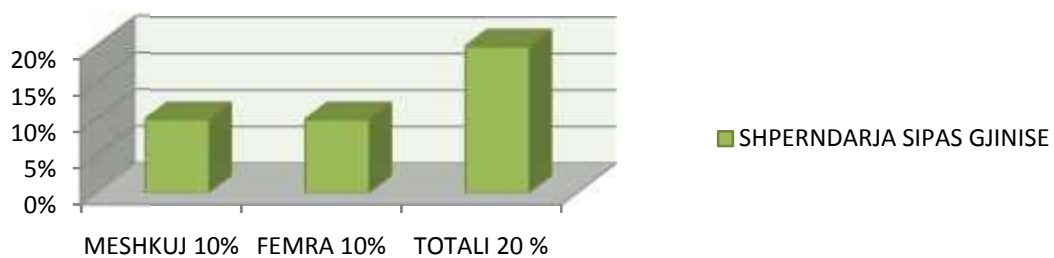
SHPËRNDARJA E INFERMIERËVE NË BAZË TË GJINISË



ZONA KRITIKE



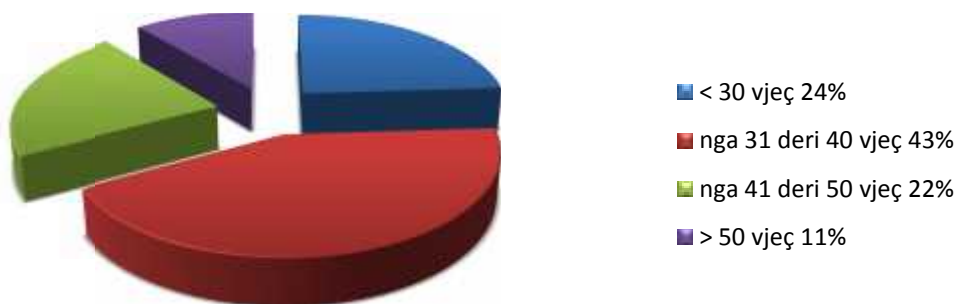
ZONA PSIKIATRIKE



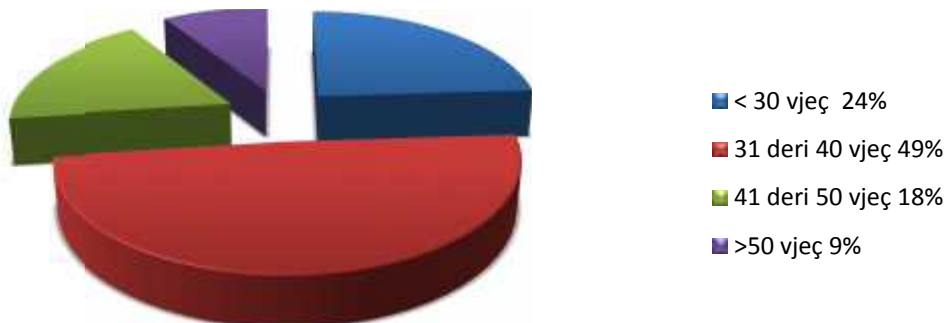
Ishte rastësore një shpërndarje e barabartë e gjinise: 27% meshkuj dhe 27% femra

SHPËRNDARJA SIPAS MOSHËS

MOSHA E INFERMIEREVE



ZONA KRITIKE



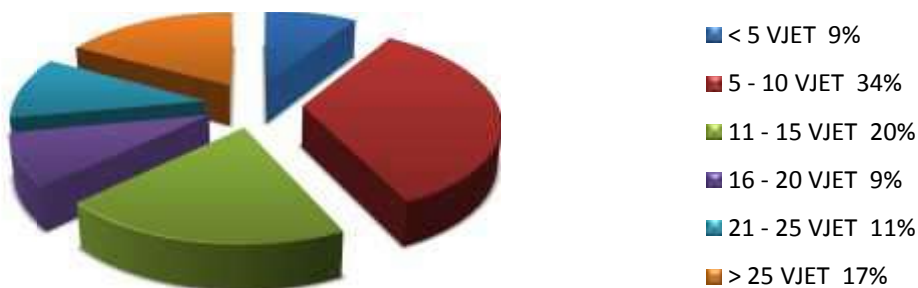
ZONA PSIKIATRIKE



Vihet re që në Zonën Kritike pjesa më e madhe e infermierëve, gati 50%, janë të moshës 30-40 vjeç. Në Zonën Psikiatrike grup-moshat janë relativisht më të ekuilibruara.

SHPËRNDARJA E INFERMIERËVE SIPAS VJETËRSISË NË PUNË

VJETERSIA NE PUNE



ZONA KRITIKE



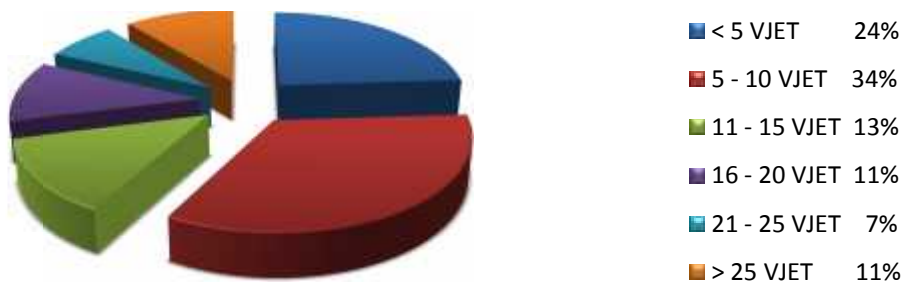
ZONA PSIKIATRIKE



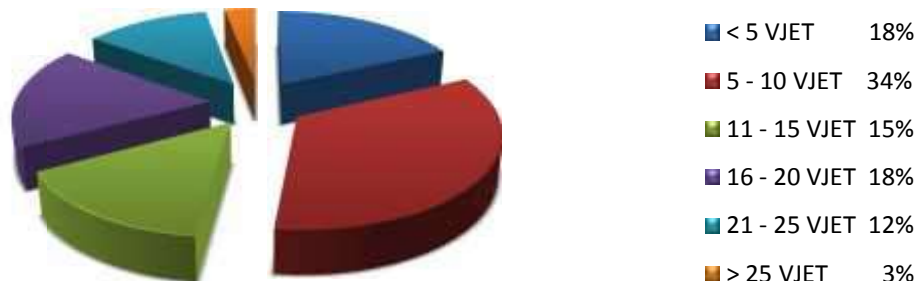
Pra siç shihet në zonën Kritike përqindja e infermierëve të rinj është më e lartë. Në Zonën Psikiatrike 29% e infermierëve janë me mbi 25 vjet pune.

SHPËRNDARJA NË BAZË TË PUNËS AKTUALE

VJETERSIA NE PUNEN AKTUALE



ZONA KRITIKE



ZONA PSIKIATRIKE



Në Zonën Kritike vihet re një përqindje shumë e lartë e infermierëve që punojnë në të njëjtin vend (11-20 vjet). E kundërta ndodh në Zonën Psikiatrike ku përqindja e lartë vërehet tek individët me mbi 25 vite pune në të njëjtin repart.

4.2 ASPEKTET E MASLACH BURNOUT INVENTORY

A – RRASKAPITJA EMOTIVE

Në rradhë rritëse, ky dimension, që u observua duke analizuar përgjigjet e 9 pikave të pyetësorit, evidenton kushtet më të këqija të ekspozimit ndaj sindromës Burnout, mënjherë mbas dimensionit *realizimi personal*. Kjo situatë e vështirë ishte shumë e evidente në zonën kritike ku 29.41% e të intervistuarëve ka një frekuencë të lartë të rraskapitjes emotive. Kjo ndjenjë emocionale kaq negative u vu re nga

një lodhje fizike që vihej re në fund të ditës së punës; kjo ndodhte në 30% të infermierëve të zonës kritike. Kjo situatë ndodhte si rezultat (mendimi i infermierëve) i punës se ashpër e evidentuar në 50% të të intervistuarëve. Në dallim me atë që është shkruar në literaturë, dolën meshkujt , grupi i të cilëve ishte më i rraskapitur nga puna (60% meshkuj dhe 40% femra). Grup-moshat më të prekura janë ato që përfshinin individë midis 31- 40 vjeç dhe ata me moshë më të madhe se 50 vjeç.

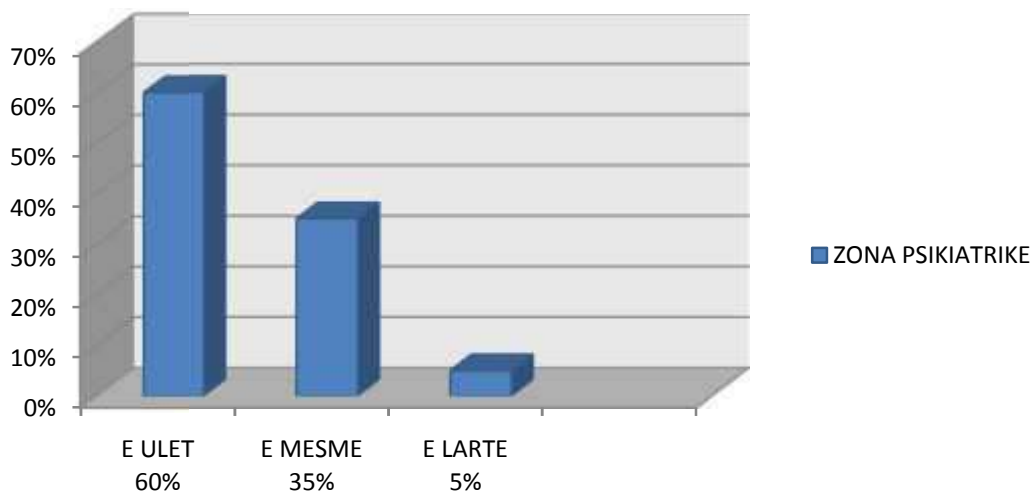
Ndryshe nga zona kritike, në zonën psikiatrike rraskapitja emotive rezultoi më e ulët (40% në psikiatri dhe 60% në

urgjencë dhe reanimacion). Mund të mendojmë që në zonën psikiatrike nuk është akoma ajo ndjenjë e reshkët dhe e ashpër në personalitet dhe emocion, dhe infermieri beson akoma në mundësinë që “ *ka akoma shumë për ti dhënë*” pacientit në shërbim, ndoshta sepse ka më shumë kohë të lirë për t’ju dedikuar pacientëve në veçanti. Ndërsa në zonën kritike ritmet e punës sigurisht më të shpejta dhe stresuese, kanë gjeneruar një

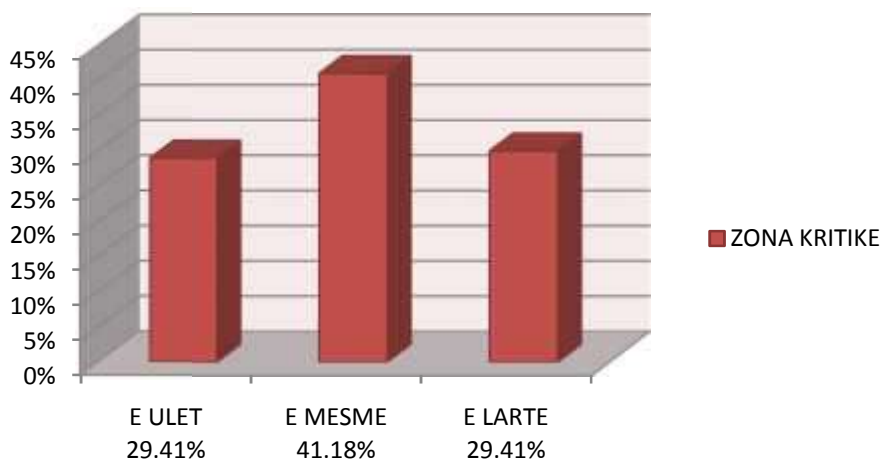
ndjenjë mosbesimi që çon në një situatë degjeneruese të burimeve emocionale. Në praktikë mendohet se janë akoma kushtet objektive të punës, më shumë se raporti me njerëzit, të provokojë rraskapitjen më të madhe.

RRASKAPITJA EMOTIVE

ZONA PSIKIATRIKE



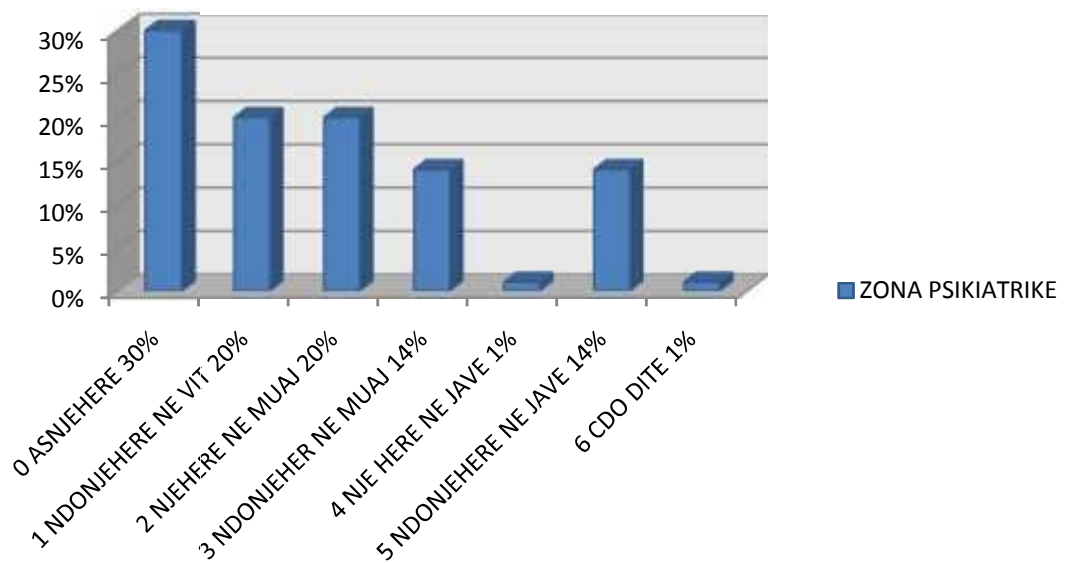
ZONA KRITIKE



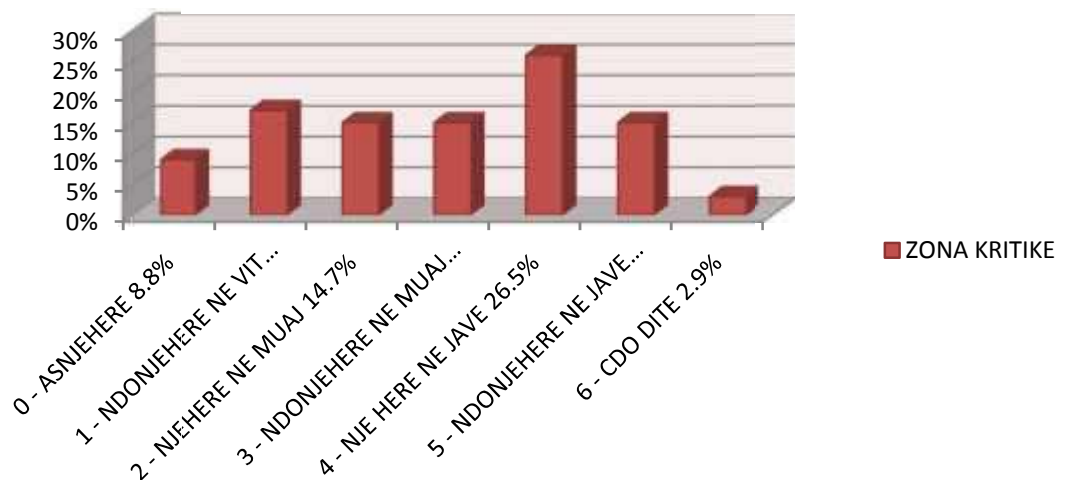
Ne Zonën Psikiatrike rraskapitja ka nivel të ulët në shumicën e të intervistuarëve 60% kundrejt 29% në Zonën Kritike dhe është e lartë vetëm në 5% të infermierëve.

NDIHEM I/E RASKAPITUR NGA PUNA IME

ZONA PSIKIATRIKE

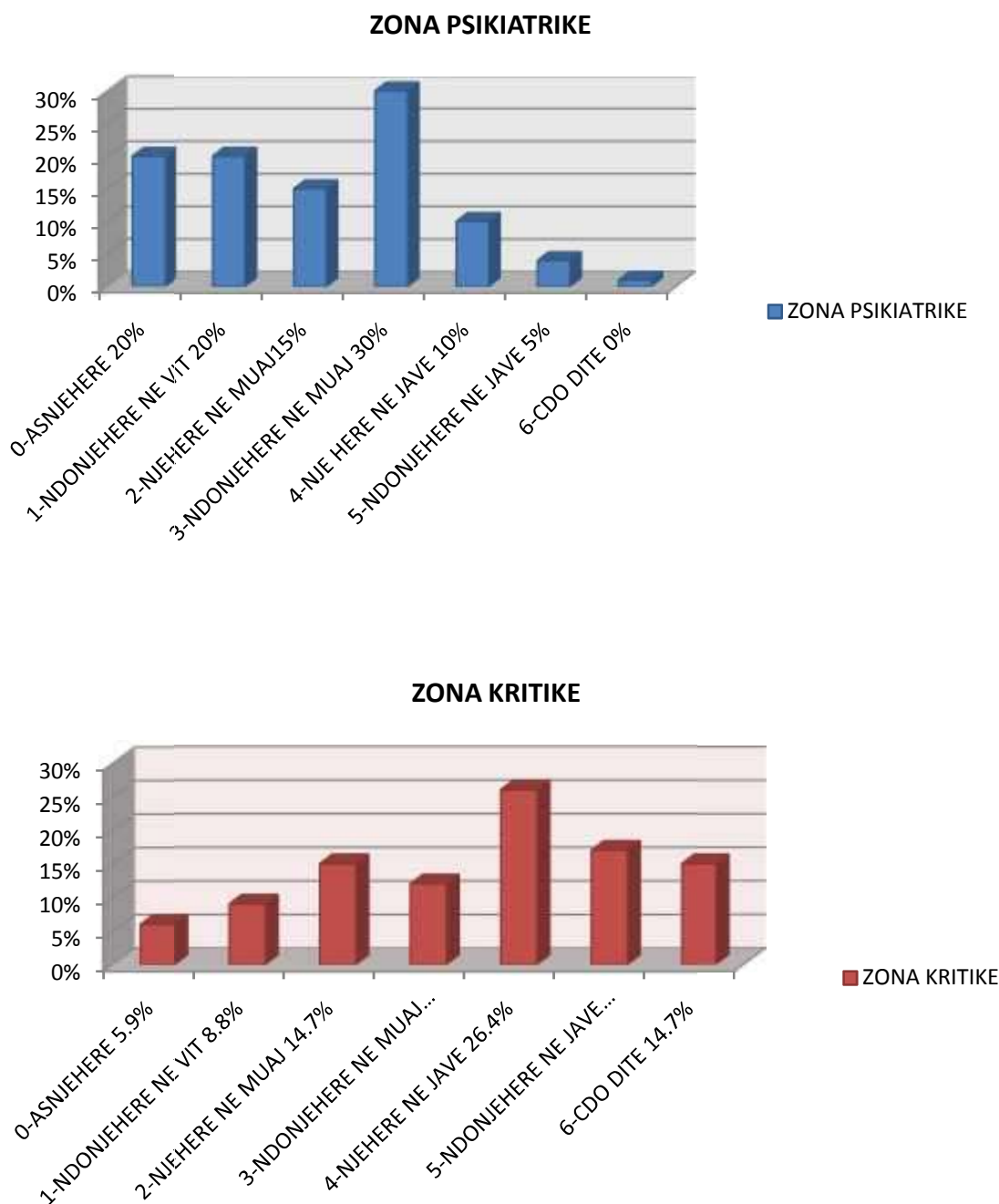


ZONA KRITIKE



Siç shihet nga grafikët, Zona Kritike ka një përqindje të lartë, gati 9% kundrejt 30% të Zonës Psikiatrike.

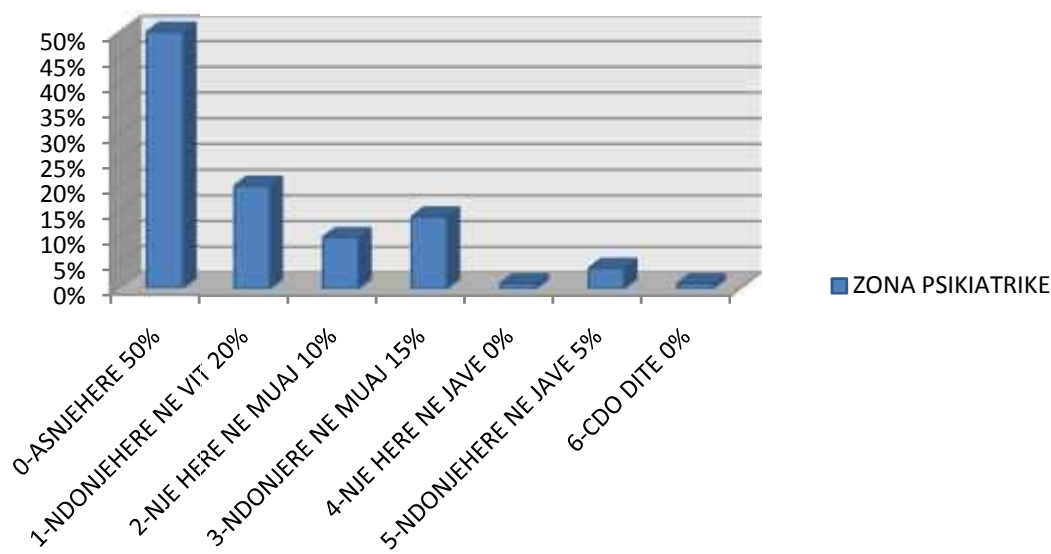
NDIHEM I RASKAPITUR NË FUND TË DITËS SË PUNËS



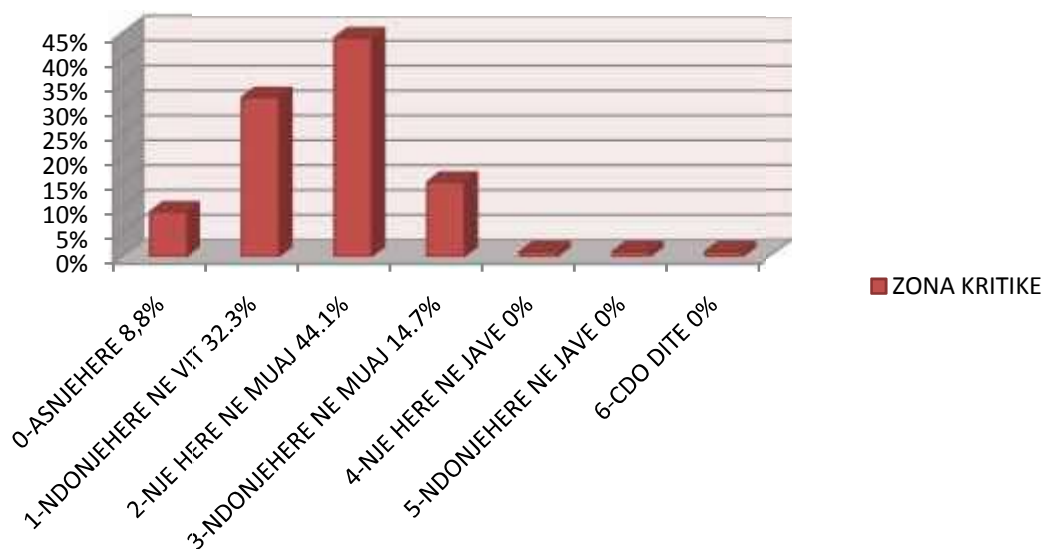
Në fund të ditës së punës infermierët e Zonës Kritike rreth 15% ndihen të lodhur çdo ditë, ndërsa në Zonën Psikiatrike 0%.

NDIHEM I LODHUR NË MËNGJES DHE DUHET TË PERBALLOJ DITËN E PUNËS

ZONA PSIKIATRIKE



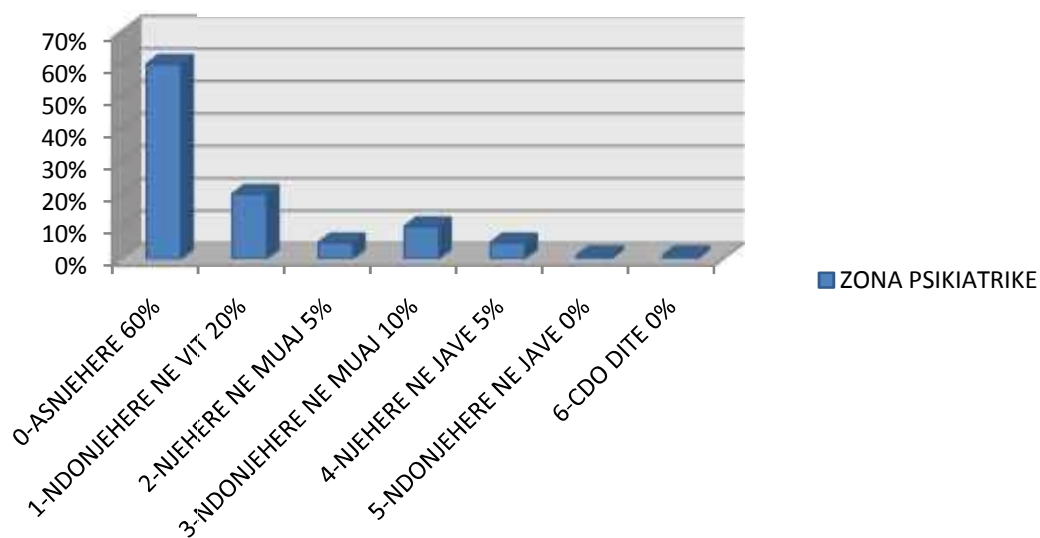
ZONA KRITIKE



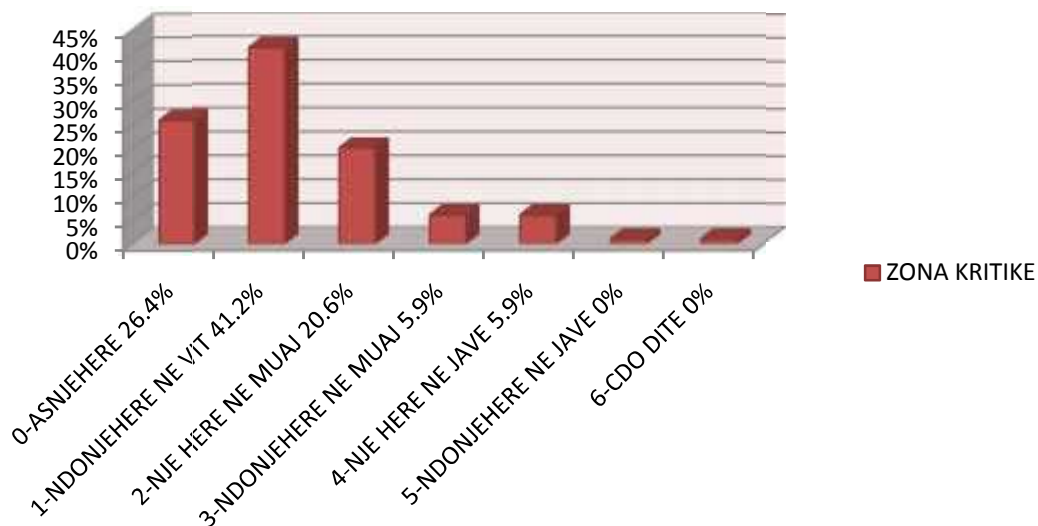
Siç shihet nga grafiku 50% e infermierëve të Zonës Psikiatrike nuk ngrihen të lodhur për të përballuar ditën e punës kundrejt 9% të Zonës Kritike.

MË LODH FAKTI QË PUNOJ GJITHË DITËN NË KONTAKT ME NJERËZIT

ZONA PSIKIATRIKE



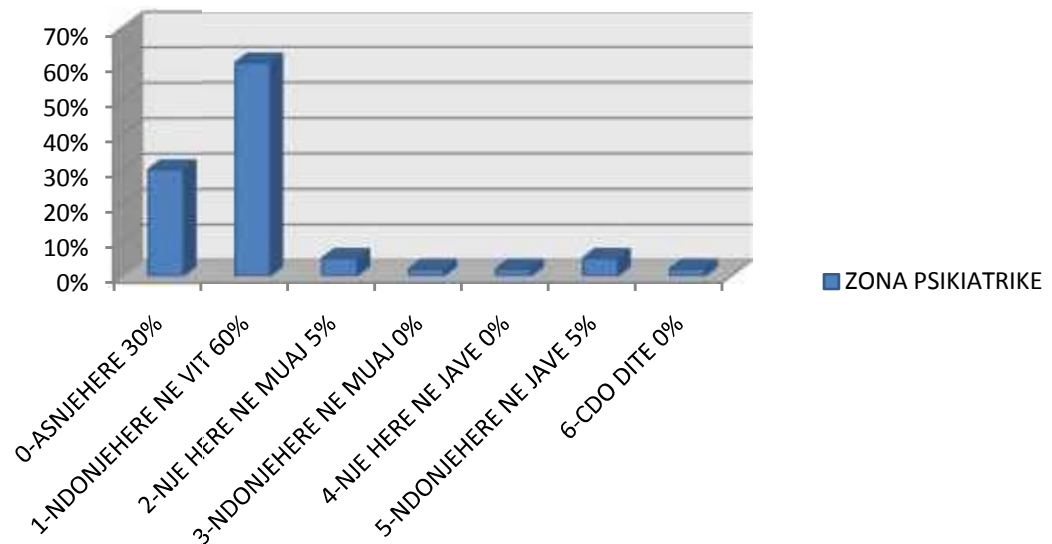
ZONA KRITIKE



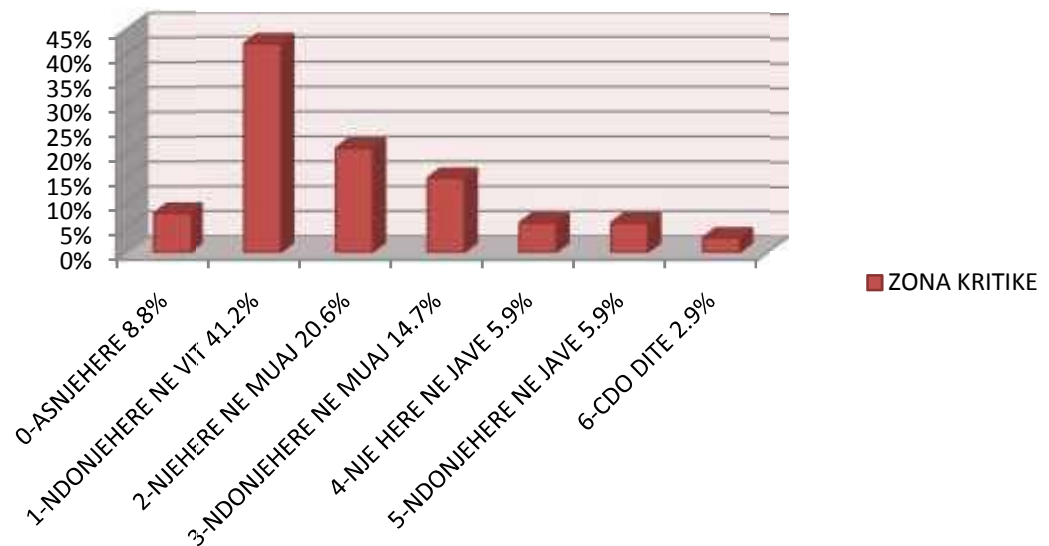
Kontakti me njerëzit nuk i lodh infermierët e zonës psikiatrike rreth 60%, ndërsa 26% e infermierëve të Zonës Kritike kjo prani i bezdis.

NDIHEM I RRASKAPITUR TOTALISHT NGA PUNA QË BËJ

ZONA PSIKIATRIKE



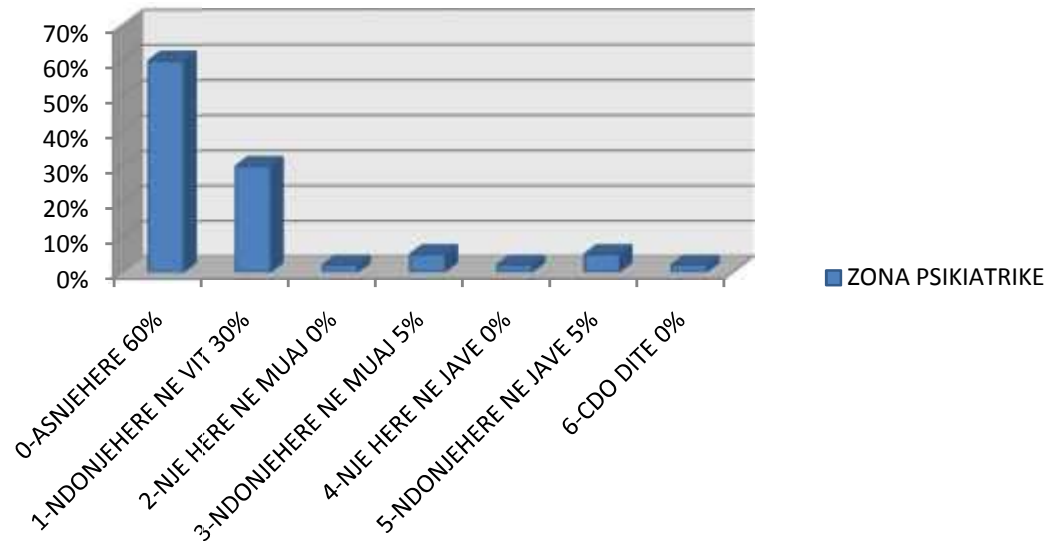
ZONA KRITIKE



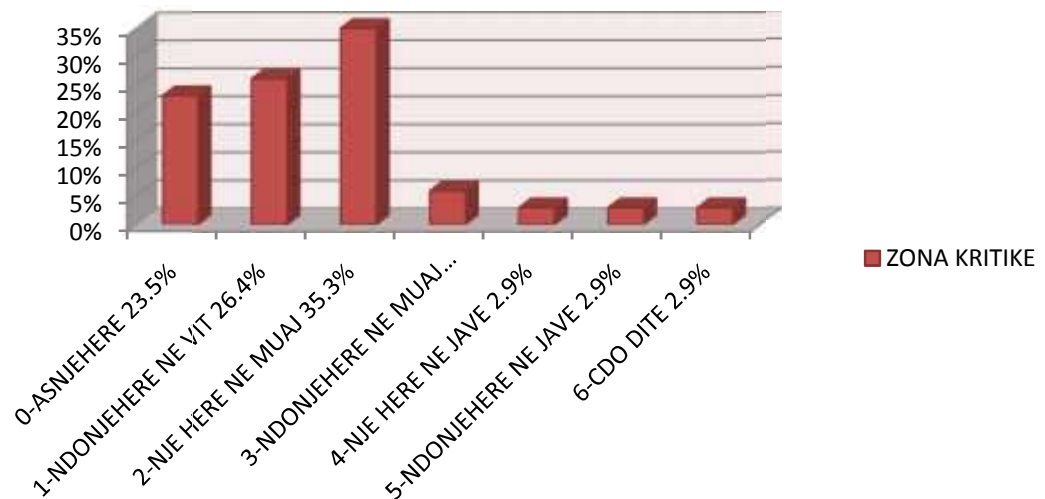
Infermierët e Zonës Kritike që ndihen të lodhur në fund të ditës së punës kanë përqindje më të lartë se ata të Zonës Psikiatrike.

JAM I IRRITUAR NGA PUNA QË BËJ

ZONA PSIKIATRIKE

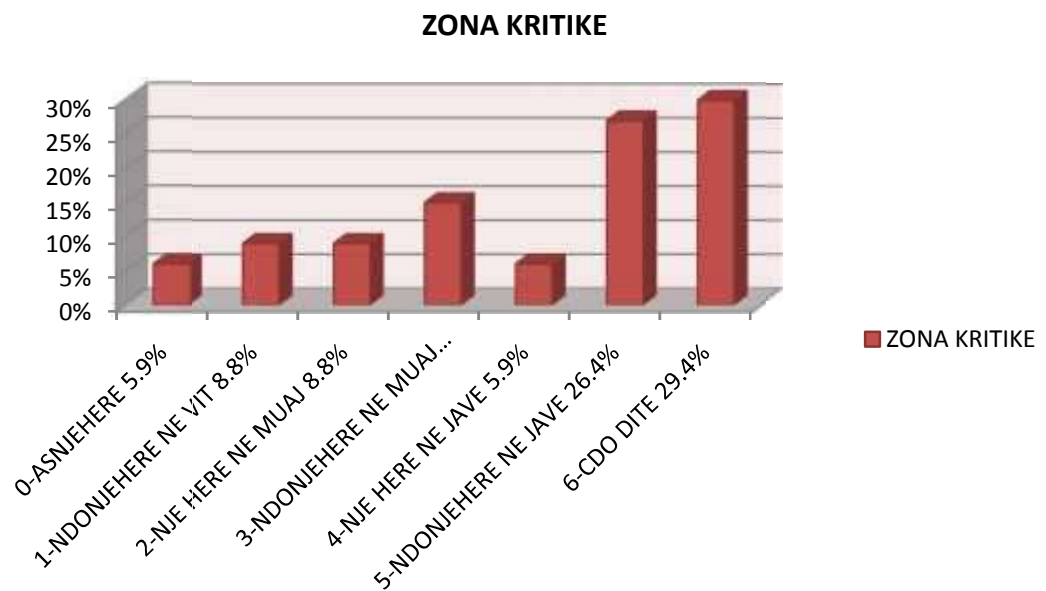
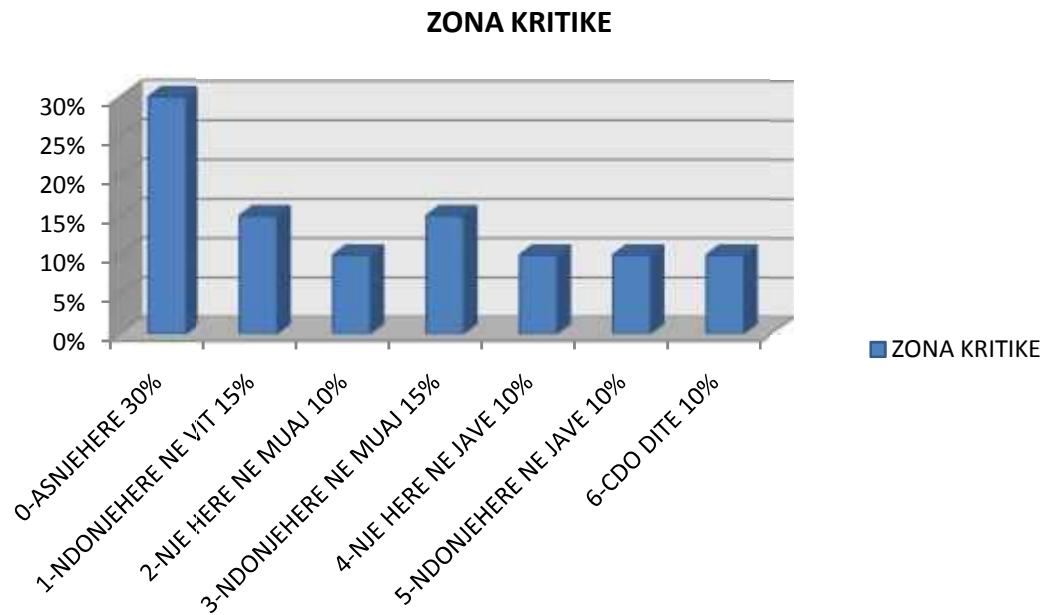


ZONA KRITIKE



Siç shihet nga grafiku niveli i stresit në Zonën Kritike është më i lartë dhe më i shpeshtë se në Zonën Psikiatrike.

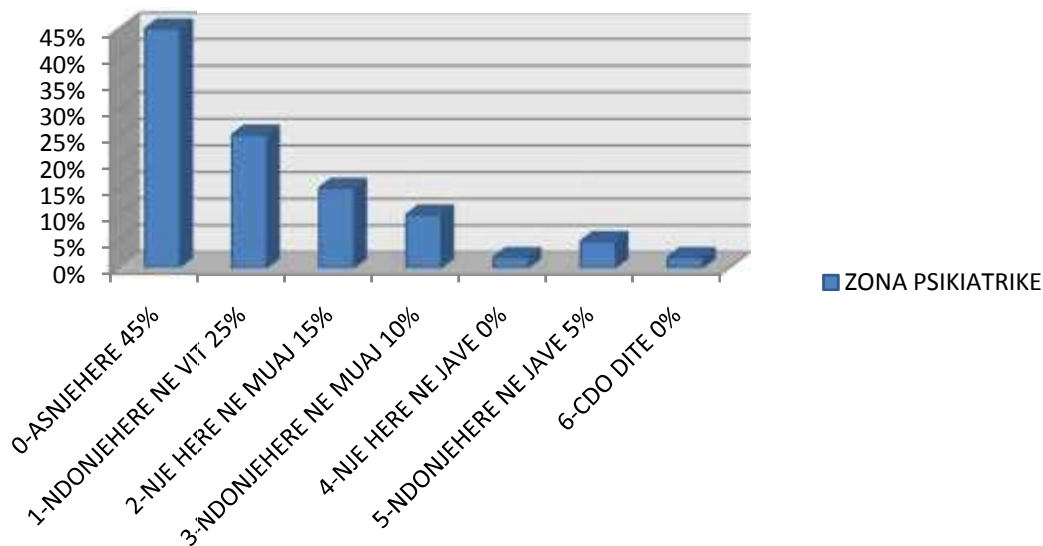
MENDOJ SE PUNOJ MË SHUMË NGA SA DUHET



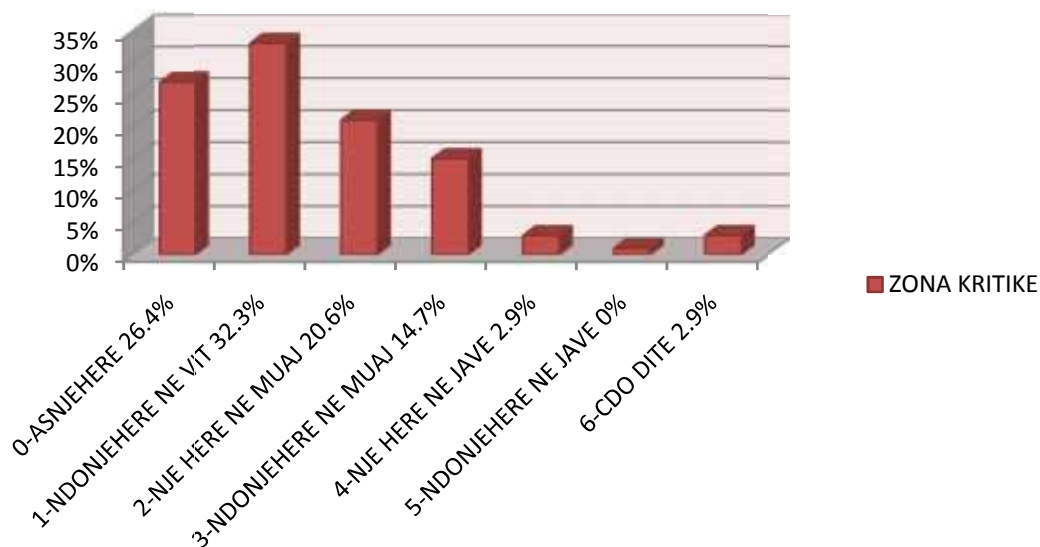
Infermierët e Zonës Kritike (30%) mendojnë se punojnë më shumë seç duhet në krahasim me ata të Zonës Psikiatrike (10%)

PUNA NË KONTAKT TË DREJPËRDREJT ME NJERËZIT MË TENSIONON

ZONA PSIKIATRIKE



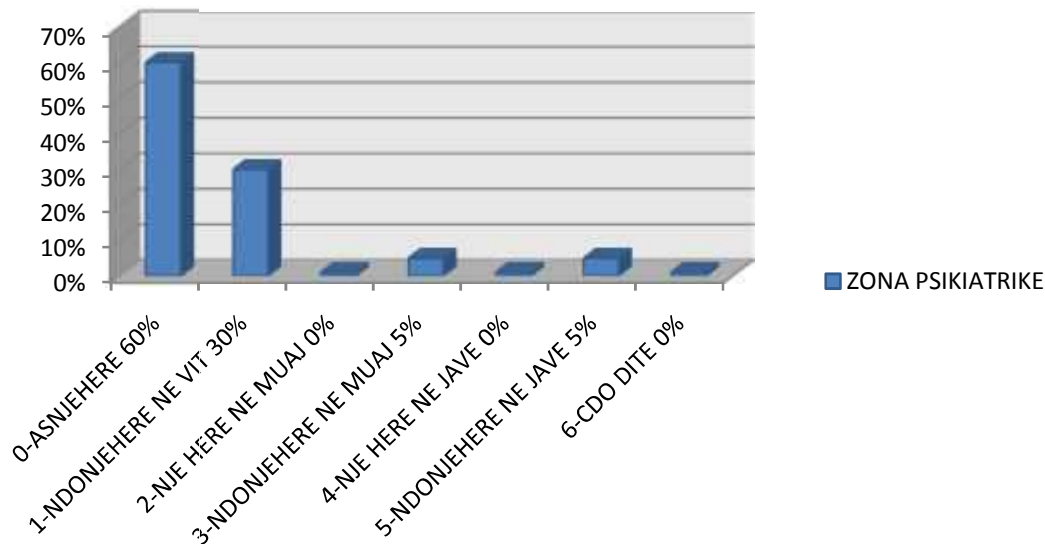
ZONA KRITIKE



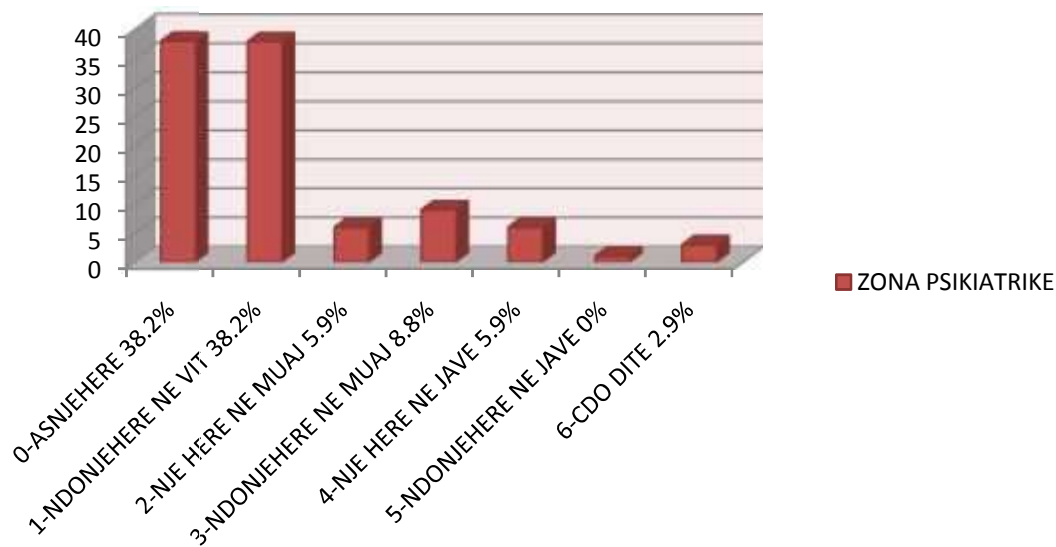
Nga kontakti me njerëzit, infermierët e Zonës Kritike (3%) janë më të stresuar çdo ditë se infermierët e Zonës Psikiatrike (0%)

MË DUKET SE NUK DO IA DAL MBANË

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA PSIKIATRIKE



38% e infermierëve të Zonës Kritike kanë pasiguri në ndihmën e dhënë çdo vit kundrejt 30% e infermierëve të Zonës Psikiatrike.

B - DEPERSONALIZIMI

Pesë pika na lejojnë të observojmë dhe vlerësojmë simptomat që përfaqesojnë zonën e dytë faktoriale të kësaj sindrome. Edhe këtu kushtet e ekspozimit të mostrës rezultoi shumë preokupuese për zonën kritike sepse 38.23% e të intervistuarëve ka një shkallë të lartë të depersonalizimit. Gjithashtu, është me vend, duke konsideruar vaçanërisht pjesën “negative” të shprehjes, të marrësh parasysh kuotën jo indiferente të personave që e vendosnin veten në pozicionin e ndërmjetëm të vështirësisë dhe që përbëjnë 47.06% të mostrës. Në qoftë se i bashkojmë me ata që kanë shprehur vështirësi të plotë do të përbënin një “zonë vuajtje” shumë preokupuese dhe relevante (85.29%).

Në veçanti seksi mashkull, në këtë rast, rezulton të vuajë nga kjo gjendje në një masë shumë më të konsiderueshme se femrat (70% e të intervistuarëve). Subjektet e grup moshës 31 dhe 40 vjeç dhe ata me mbi 50 vjeç, janë individët me incidencë më të madhe. Ashtu si edhe në dimensionin e parë të analizuar, edhe këtu infermierët që punojnë në zonën psikiatrike kanë një nivel të ulët të depersonalizimit.

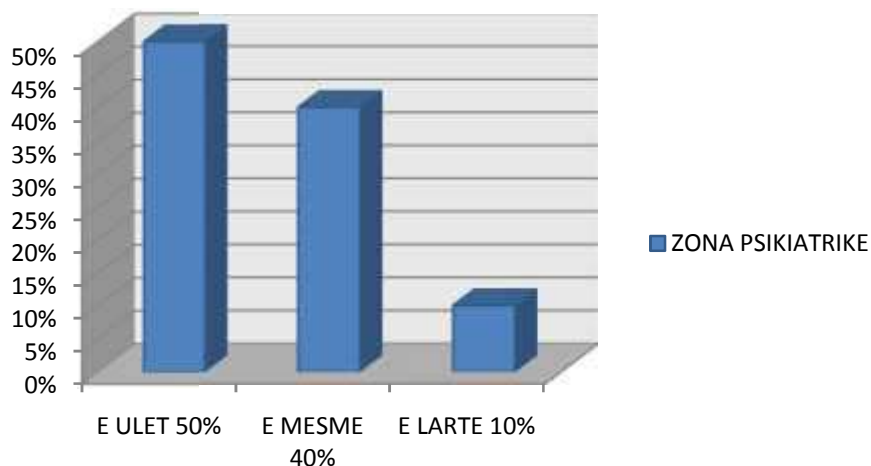
Ky rezultat ishte intuitiv për t'u kuptuar, sepse infermierët e zonës psikiatrike

e bazojnë gjithë punën e tyre në raportin që instauron me pacientin, ndërsa në zonën tjetër, shumë shpesh, infermieri duhet në fillim të preokupohet të zgjidh problemin e ngushtë shëndetësor dhe nuk ka kohe të instaurojë një relacion të ngushtë me pacientin. Është e rëndësishme, që ndër pesë item që përbëjnë dimensionin në fjalë, i jepet një peshë të madhe pyetjes së fundit. Nga kjo del sa infermierët e zonës kritike ndihen të fajësuar nga pacientët; pra ndjejnë që pacientët fajsojnë infermierët dhe punën e tyre për problemet që hasin. Këto probleme lindin, sidomos, nga ineficenza e disa strukturave dhe shërbimeve... kjo gjeneron një stres të fortë si tek infermierët ashtu edhe tek pacientët, të cilët e shkarkojnë shpesh tek individë që nuk ka fajë specifike. Përgjigja ndaj kësaj situatë nga ana e infermierit është shumë e ndryshme; disave nuk u intereson çfarë mendon pacienti për të dhe kështu vazhdon të punojë normalisht; të tjerët vendosin t'i trajtojnë me distance, por duke e kuptuar që bëhen me insensibël ndaj kërkesave të pacientit.

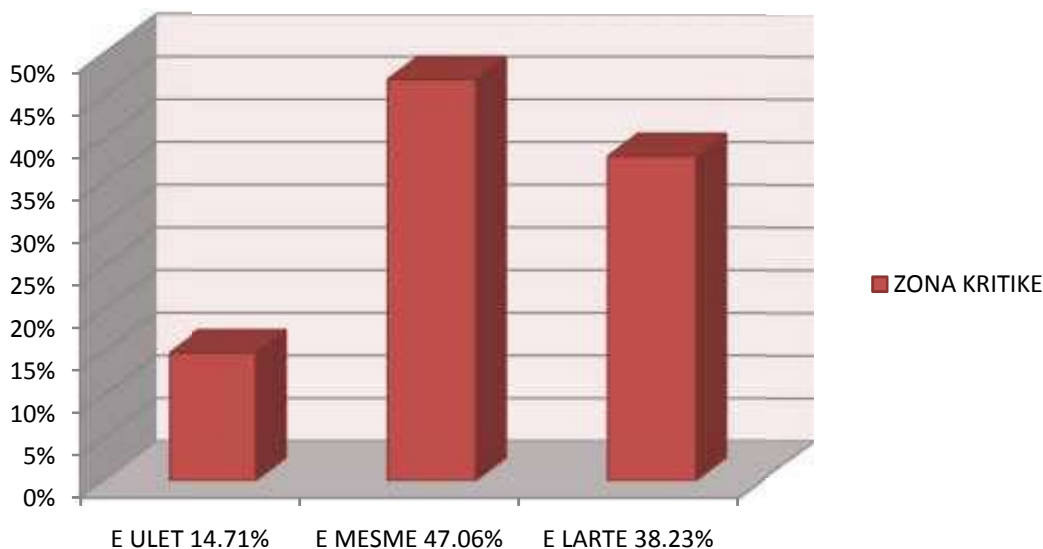
Nga përgjigjet e dhëna këtij pyetësori del një frikë e madhe nga ana e infermierit, që është ajo e ndjenjës së insesibilitetit ndaj kërkesave të pacientit, që kjo punë mund t'i forcojë emotivisht, dhe që kjo mund të sjellë pasoja edhe në jetën private.

DEPERSONALIZIMI

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA KRITIKE

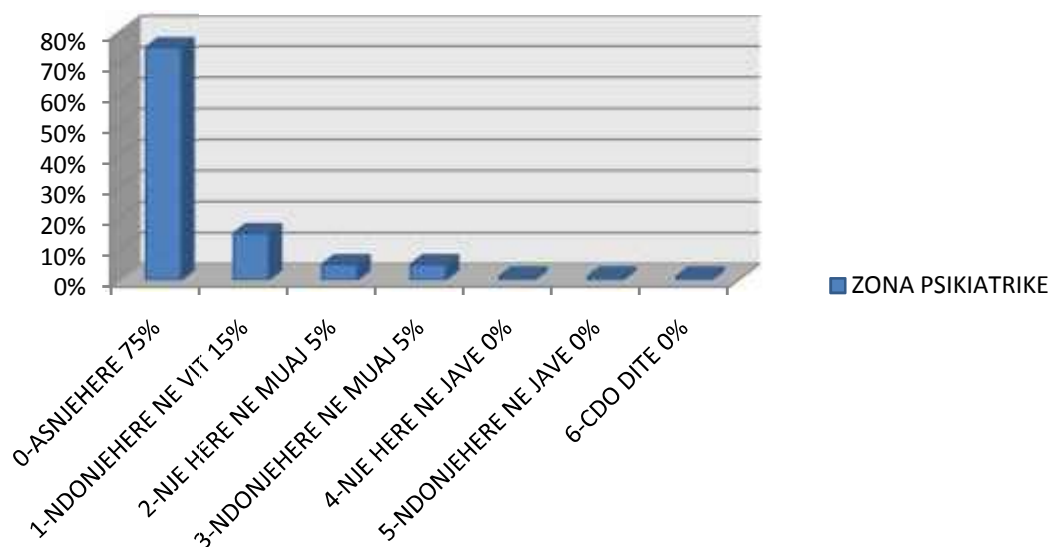


Edhe këtu kushtet e ekspozimit të mostrës rezultoi shumë preokupuese për zonën kritike sepse 38.23% e të intervistuarëve ka një shkallë të lartë të depersonalizimit. Gjithashtu, është me vend, duke konsideruar

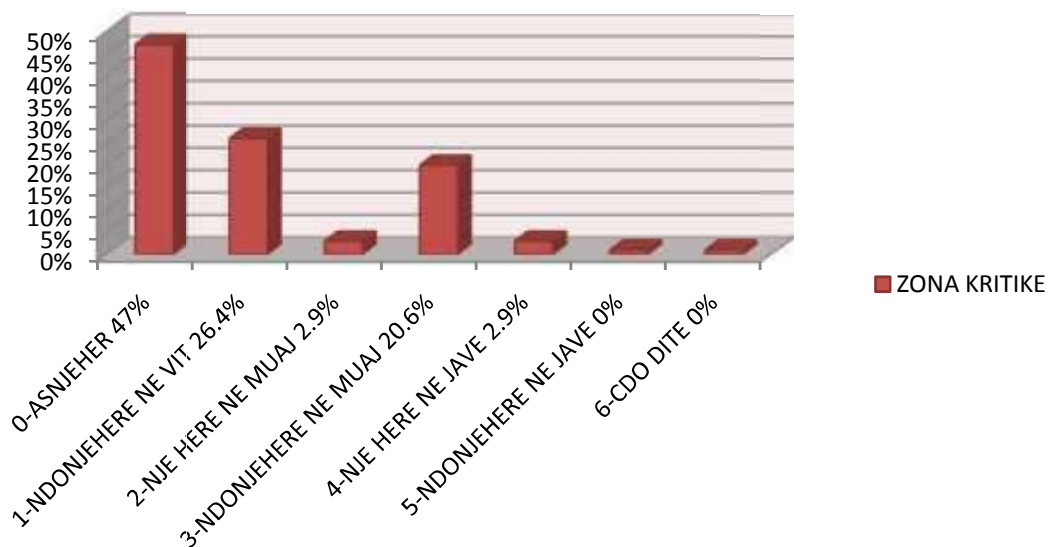
vaçanërisht pjesën “negative” të shprehjes, të marrësh parasysh kuotën jo indiferente të personave që e vendosnin veten në pozicionin e ndërmjetëm të vështirësisë dhe që përbëjnë 47.06% të mostrës.

MË DUKET SE DISA PACIENTË I TRAJTOJ SI OBJEKTE

ZONA PSIKIATRIKE



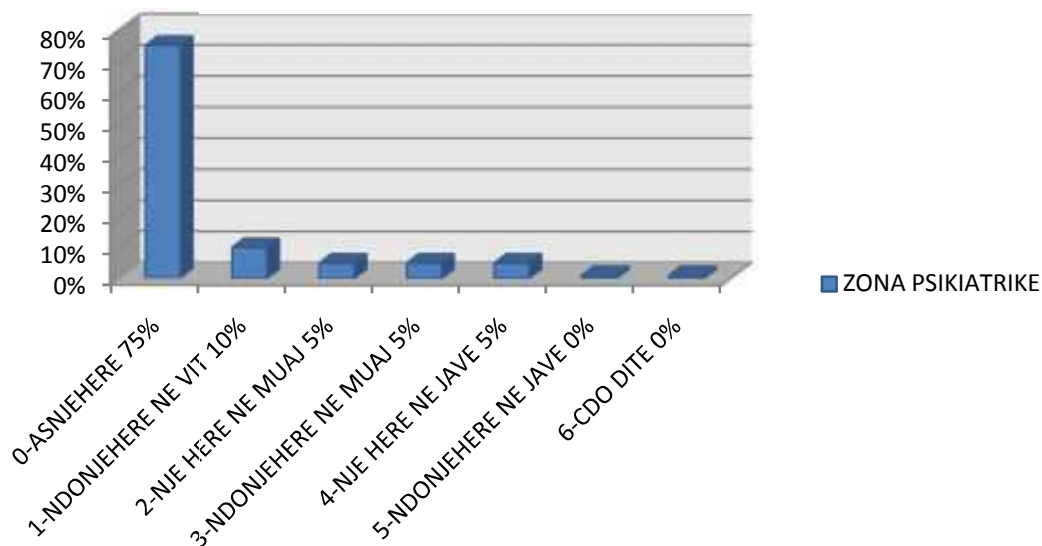
ZONA KRITIKE



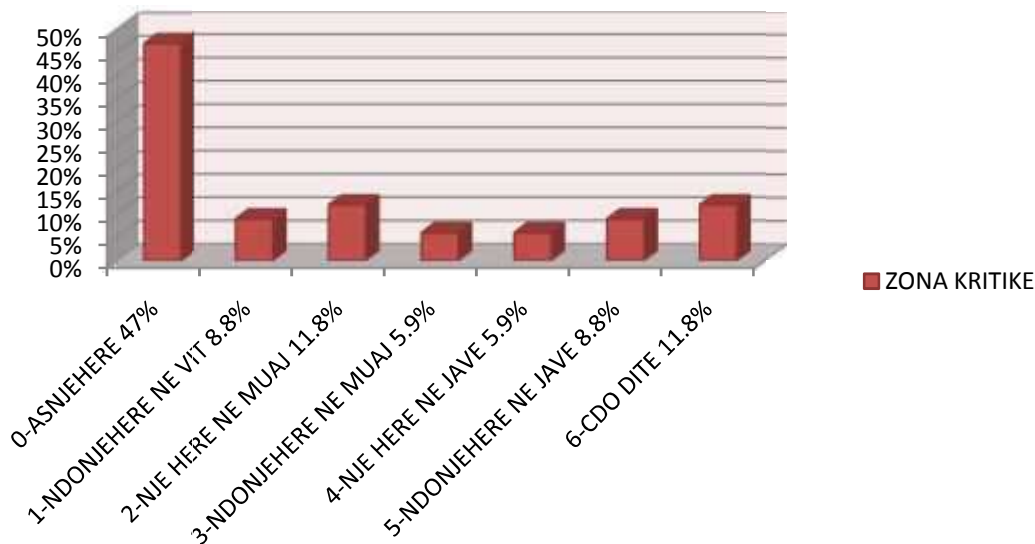
Në Zonën Psikiatrike në 75% të rasteve pacientët nuk trajtohen asnjëherë si objekte kundrejt 47% të infermierëve të Zonës Kritike.

KAM FRIKË SE KJO PUNË MUND TË MË NGURTESOJË EMOTIVISHT

ZONA PSIKIATRIKE



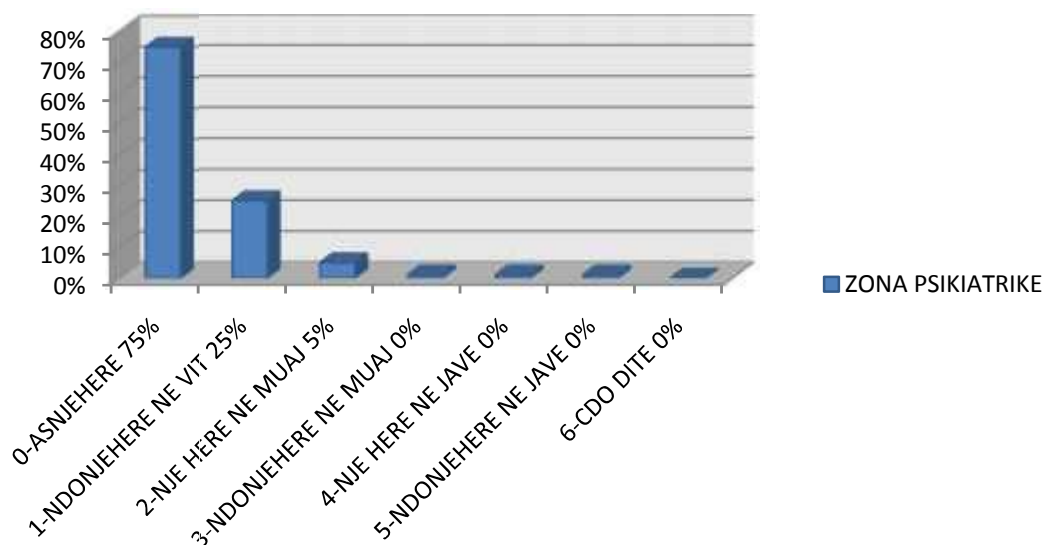
ZONA KRITIKE



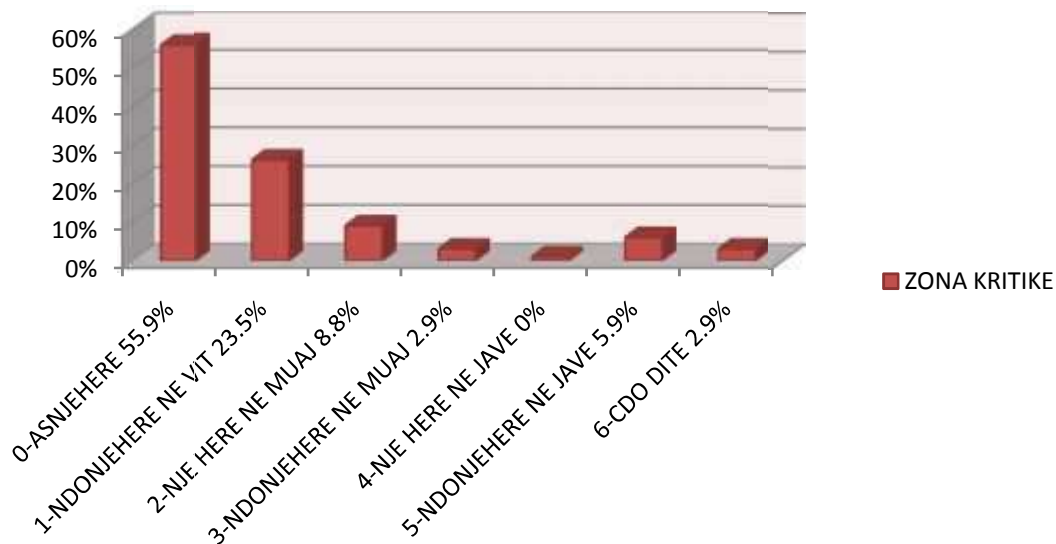
Pra siç shihet nga grafiku shpeshtësia e njëfarë ngurtësimi në lidhje me raportin ndaj pacientit është më e lartë në Zonën Kritike.

NË TË VËRTETË NUK MË INTERESON ÇFARË U NDODH DISA PACIENTËVE

ZONA PSIKIATRIKE



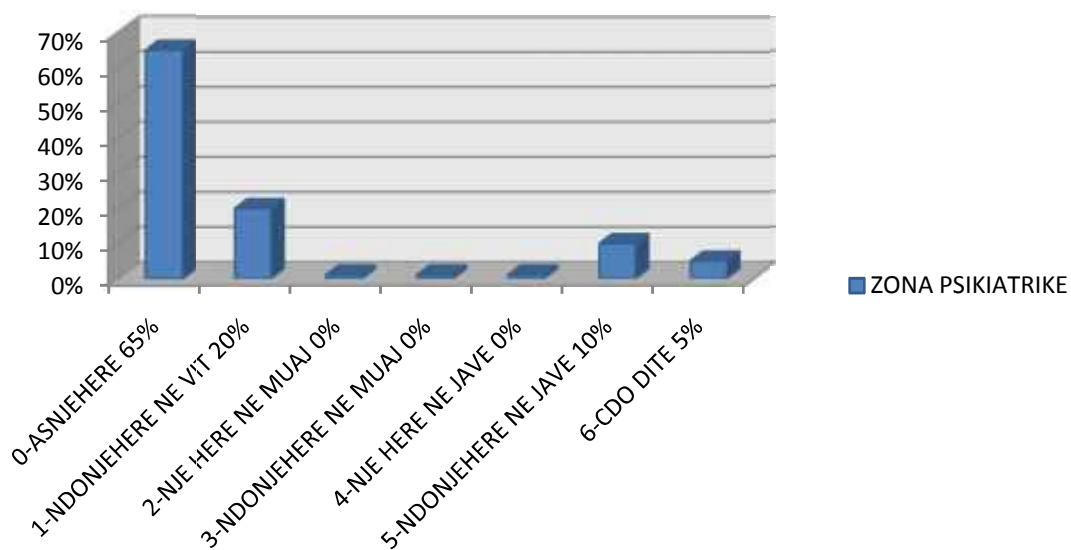
ZONA KRITIKE



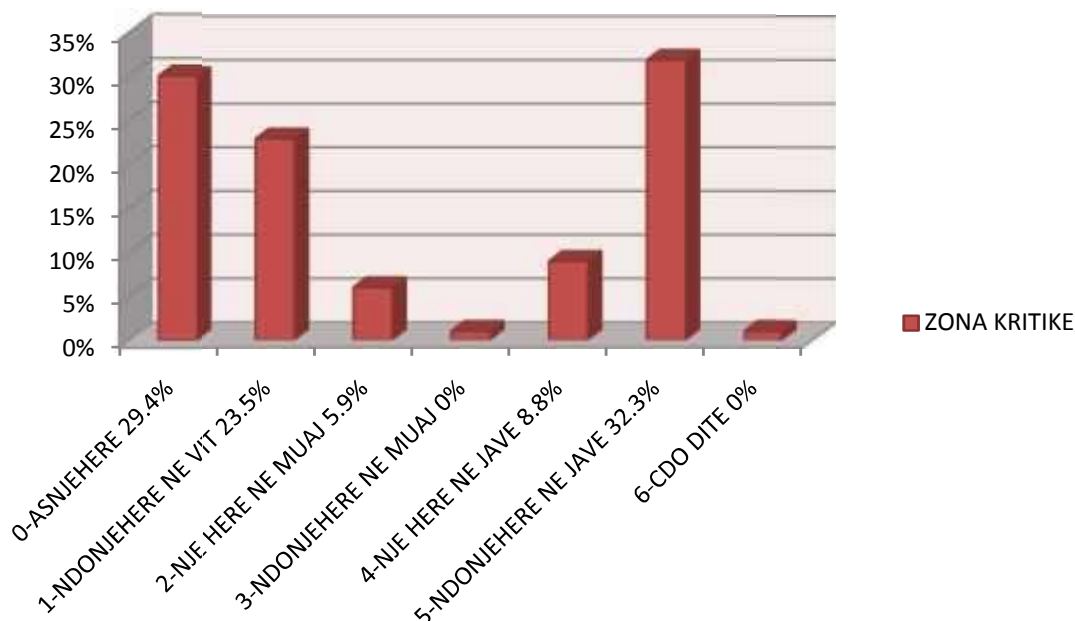
Pra tek infermierët e Zonës Kritike vihet re një shpeshti më e lartë përsa i përket neglizhencës ndaj pacientëve.

KAM PËRSHTYPJEN SE PACIENTËT MË FAJËSOJNË MUA PER PROBLEMET E TYRE

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA KRITIKE



Ndjenja e fajësisë është prezente në 32% të infermierëve të Zonës Kritike në krahasim me 10% të Zonës Psikiatrike.

C - REALIZIMI PERSONAL

Dimensioni “realizimi personal”, evidenton format më të rënda. Në zonën kritike vetëm 14.71% dhe në zonën psikiatrike 25% i të intervistuarëve, ka një frekuencë të lartë të këtij dimensionit, domethënë ndihen të realizuar në punë. Ndërsa pjesa dërmuese prevalente e mostrës, 50% e zonës kritike dhe 45% e zonës psikiatrike, manifestojnë një *realizim personal* të ulët, me një prevalencë të lehtë femërore. Incidenca më e madhe e frekuencës u referohet subjekteve me moshë 31-40 vjeç. Nga këto të dhëna, të bashkuara me ato të dy dimensioneve pararendese, del një predispozitë e mirë njerëzore në lidhje me pacientin, por gjithashtu vërehet një zhgënjim personal mbi mundësinë e ndërtimit të kësaj lidhje nëpërmjet punës. Mbi të gjitha, vërehet një diskriminim i aspiratave të të qenit

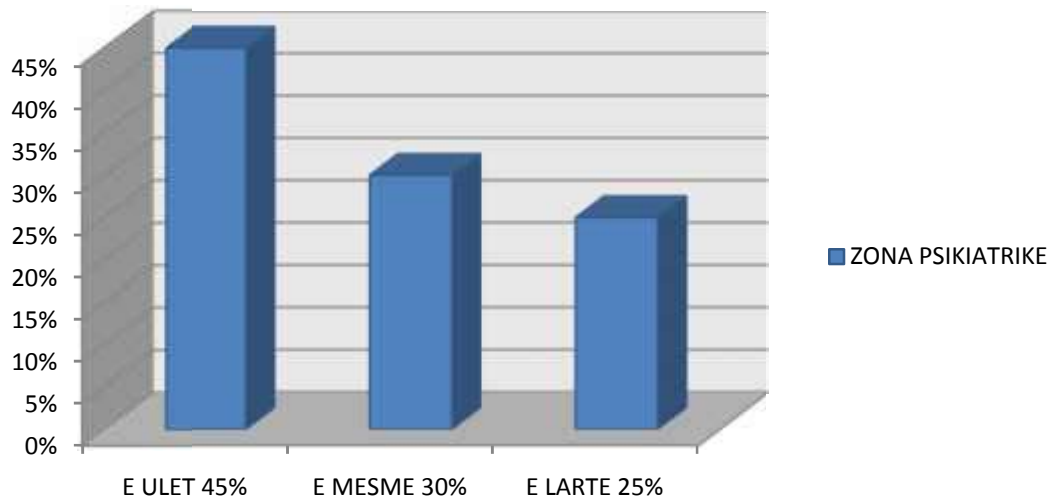
“protagonist” i individit, domethënë mundësia për të marrë falenderime dhe shpërblime për punën e bërë.

Mungesa e *realizimit personal* është diçka shumë e rëndë, do të thotë të bësh një punë që nuk e do më. Mund të hipotizohet, dhe kjo hipotezë është nxjerrë nga intervista me disa infermierë, që ka qene me kalimin e viteve dhe që ka ardhur duke u zvanitur kjo ndjenjë; pra në fillim individi ishte entuziast për punën e bërë dhe kjo ndjenjë erdhi duke u shuar me kalimin e kohës dhe me vizionin që gjerat shkonin ashtu siç individi i parashikonte ose shpresonte.

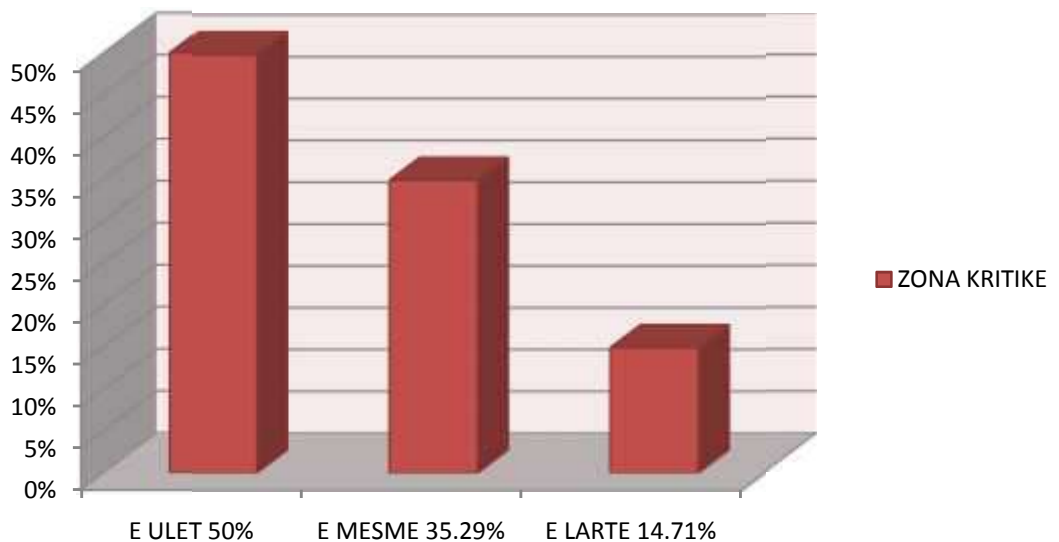
Kjo situatë ka gjeneruar zhgënjim dhe ka sjellë ndjenjën e mungesës së një realizimi të plot personal.

REALIZIMI PERSONAL (RP)

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA KRITIKE

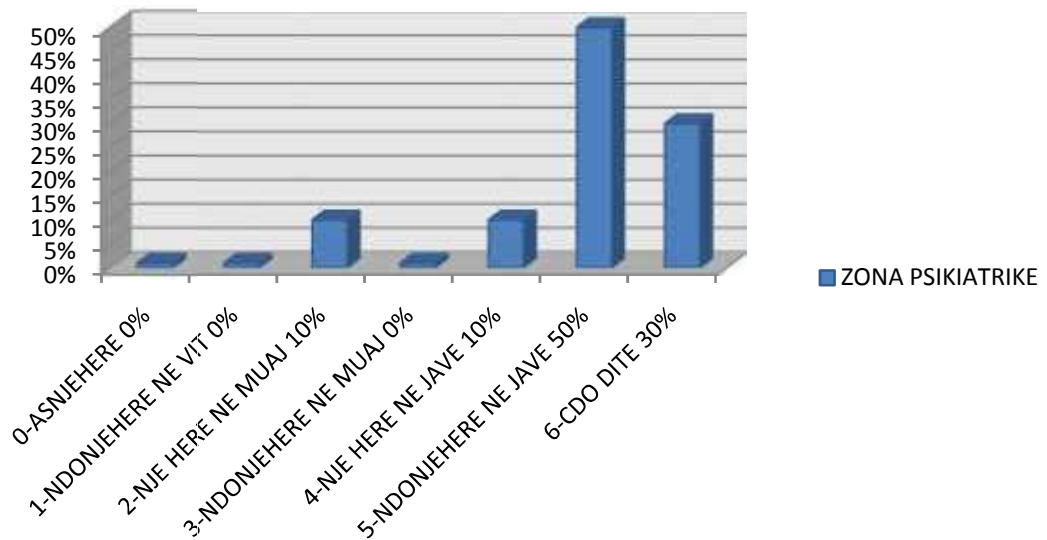


Në zonën kritike vetëm 14.71% dhe në zonën psikiatrike 25% i të intervistuarëve, ka një frekuencë të lartë të këtij dimension, domethënë ndihen të realizuar në punë.

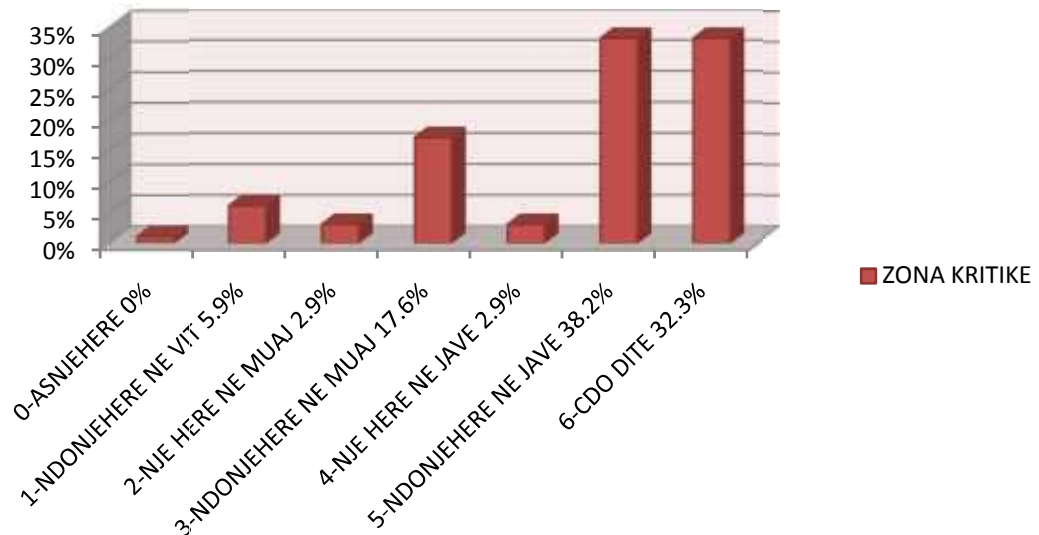
Ndërsa pjesa dërmuese prevalente e mostrës, 50% e zonës kritike dhe 45% e zonës psikiatrike, manifestojnë një *realizim personal* të ulët, me një prevalencë të lehtë femërore.

KUPTOJ LEHTËSISHT ÇFARË MENDOJNË PACIENTËT E MI

ZONA PSIKIATRIKE



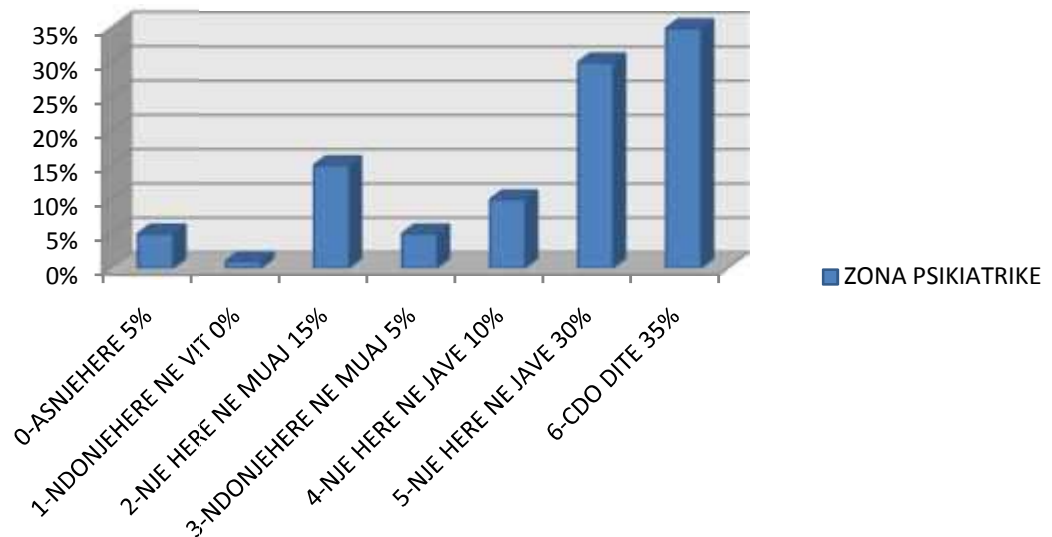
ZONA KRITIKE



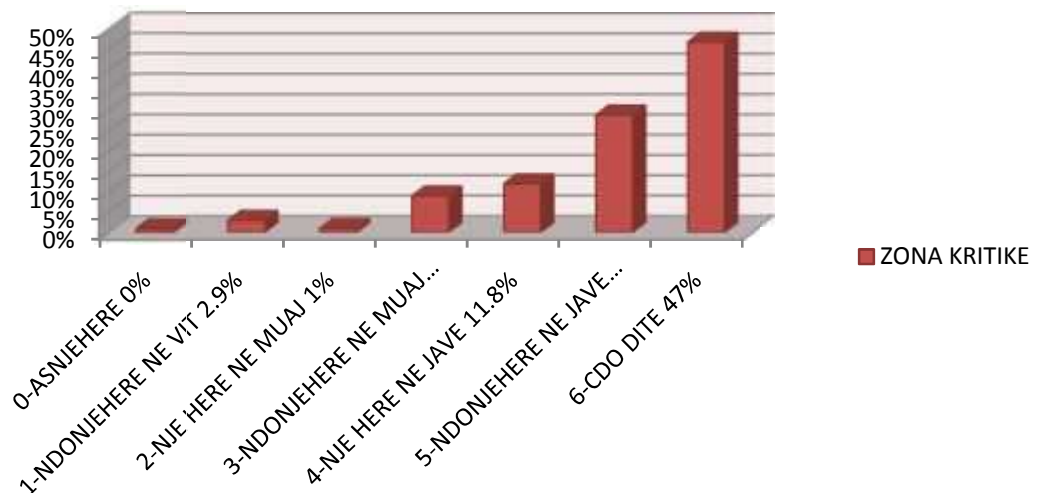
Infermierët e Zonës Psikiatrike ndihen më mirë në punë dhe pacientët kanë mendim pozitiv për ta në masën 50% kundrejt 38% të infermierëve të Zonës Kritike.

PËRBALLOJ NË MËNYRË EFIKASE PROBLEMET E PACIENTËVE

ZONA PSIKIATRIKE



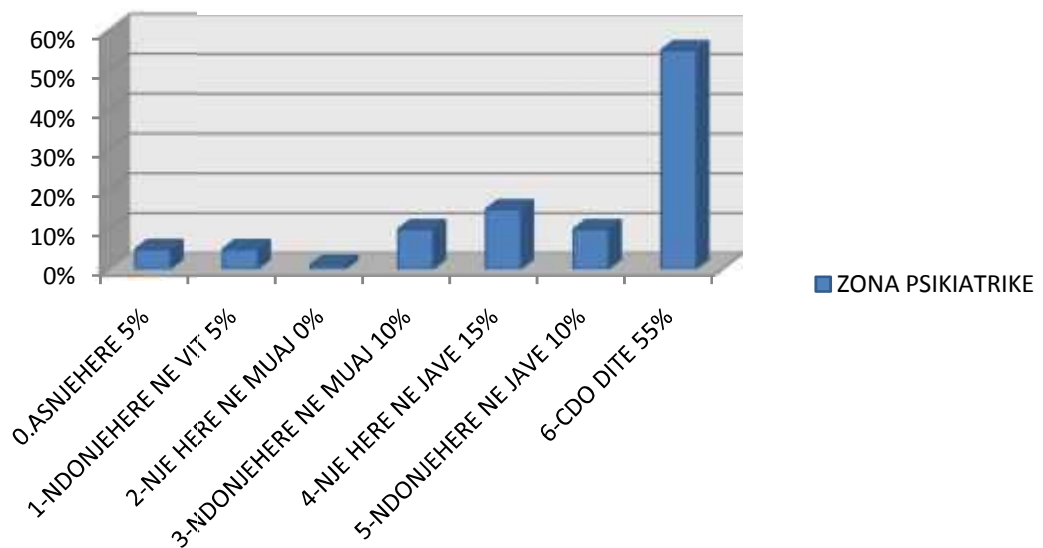
ZONA KRITIKE



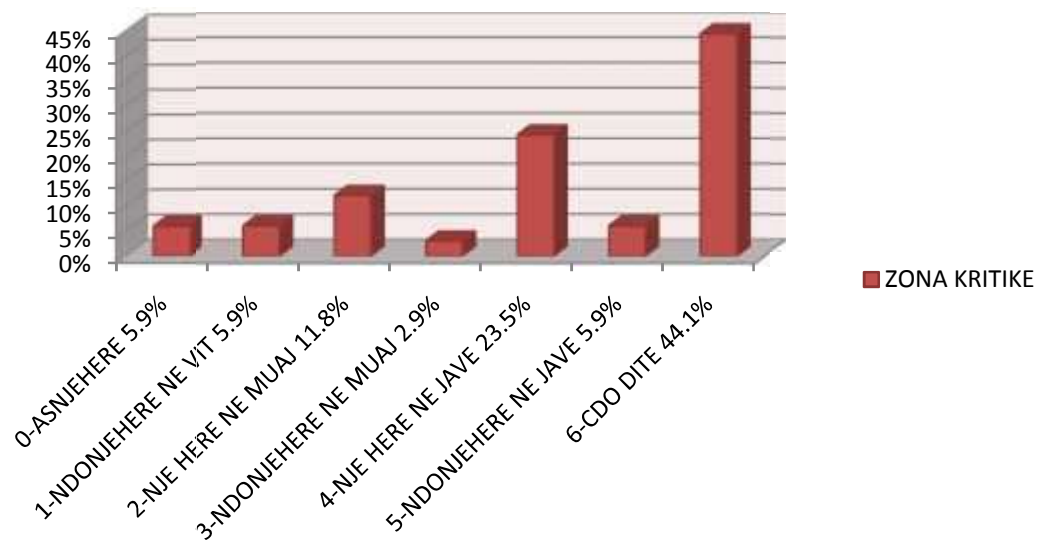
Në këtë pikë infermierët e Zonës Kritike përballojnë me efikasitet punën në 47% çdo ditë në krahasim me 35% të Zonës Psikiatrike.

MENDOJ SE NDIKOJ POZITIVISHT NË JETËN E PACIENTËVE NËPËRMJET PUNËS SIME

ZONA PSIKIATRIKE



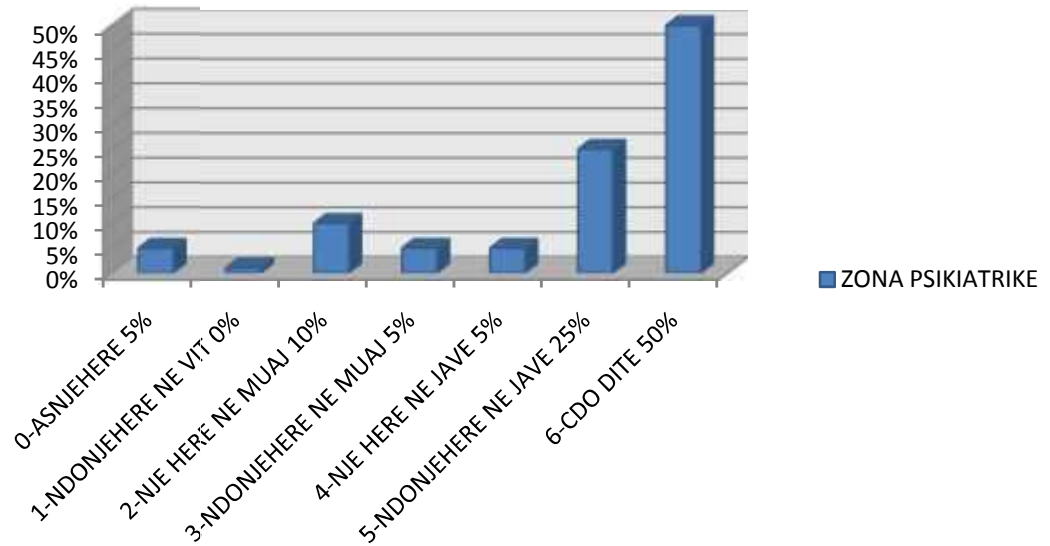
ZONA KRITIKE



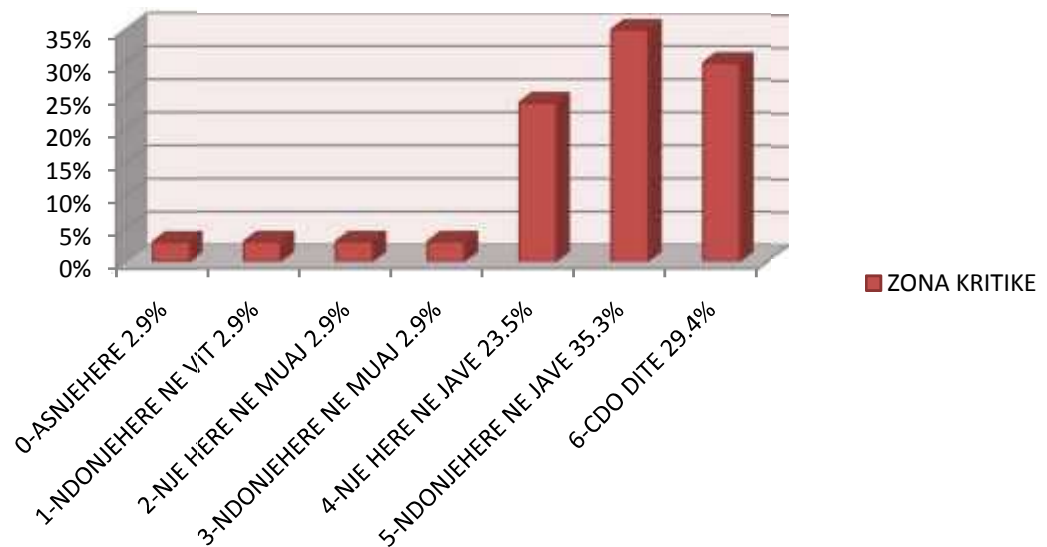
55% e infermierëve të zonës psikiatrike ndikojnë pozitivisht në jetën e pacienteve çdo dite e krahasuar kjo me 44% e infermierëve të zonës kritike.

NDIHEM PLOT ENERGJI

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA KRITIKE



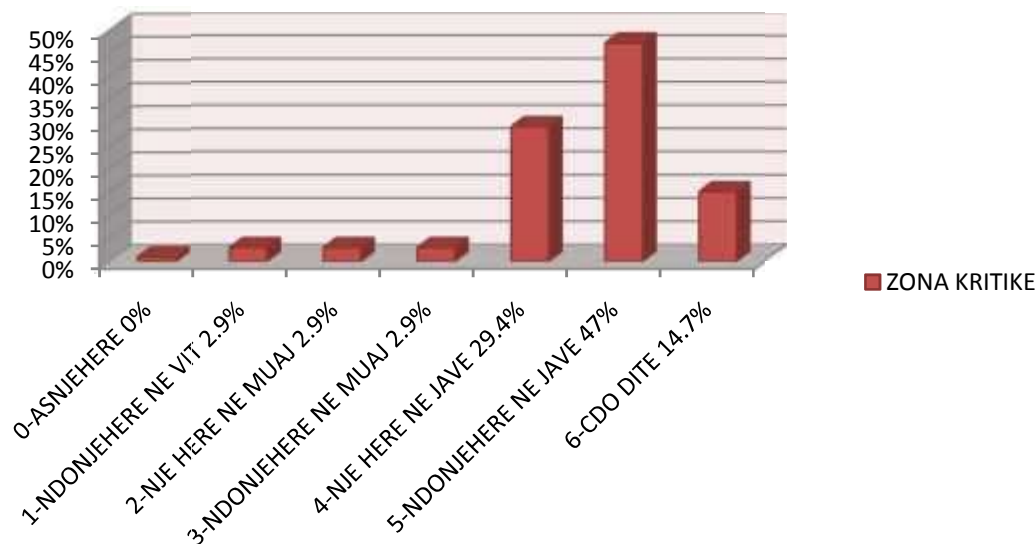
50% e infermierëve të Zonës Psikiatrike ndihen plot me energji çdo ditë krahasuar me 29% e infermierëve të Zonës Kritike.

ARRIJ LEHTËSISHT TË KUJDESEM PËR PACIENTËT DHE T'JU KRIJOJË KUSHTE KOMODE

ZONA PSIKIATRIKE



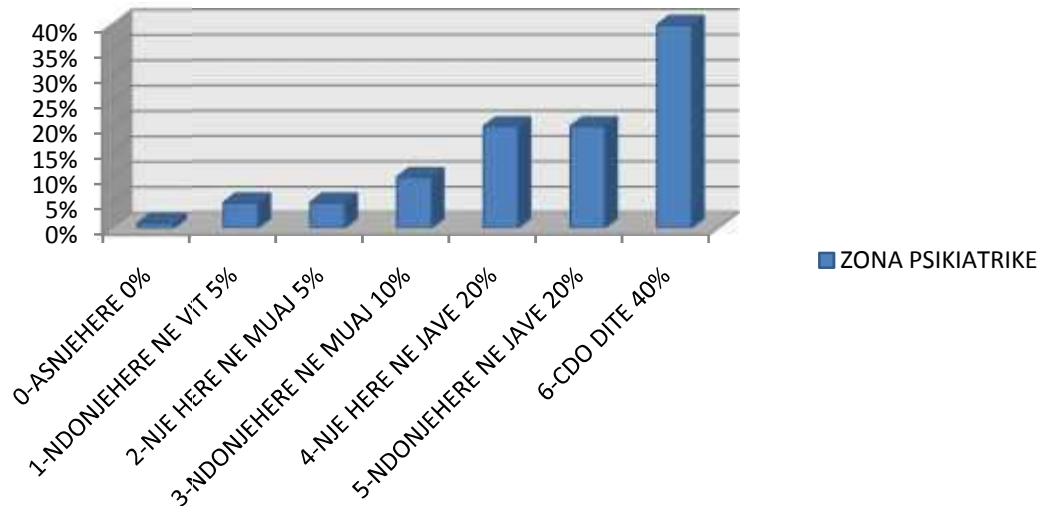
ZONA KRITIKE



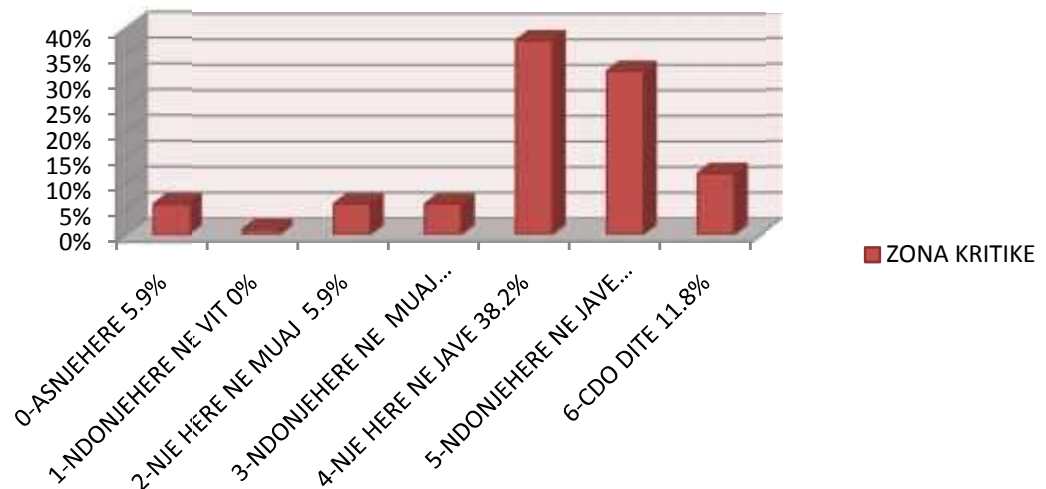
Kujdesin për pacientin e gjejmë më të lartë në Zonën Psikiatrike çdo ditë tek 35% e infermierëve në krahasim me 14% të Zonës Kritike.

NDIHEM I GËZUAR KUR PUNOJ ME PACIENTËT

ZONA PSIKIATRIKE



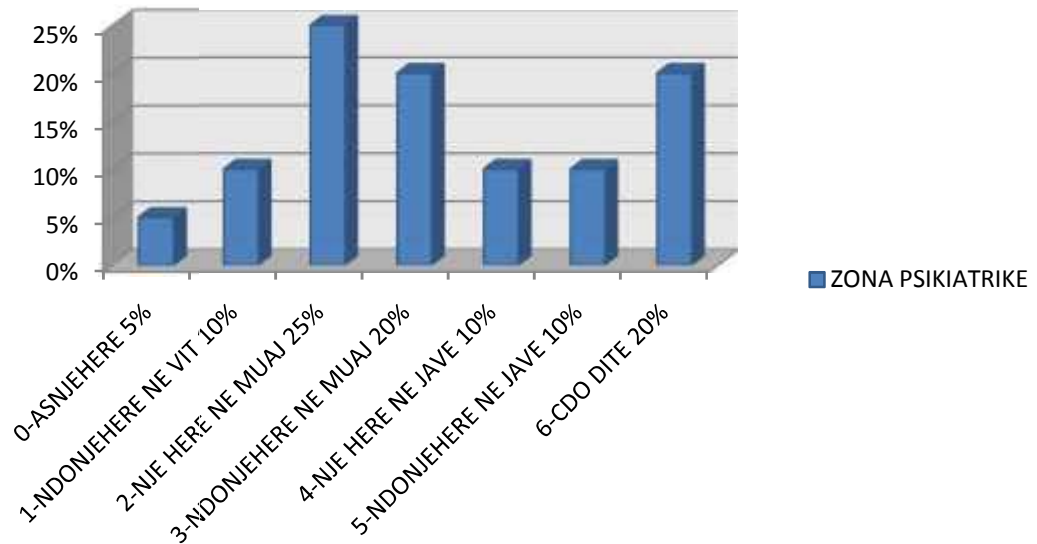
ZONA KRITIKE



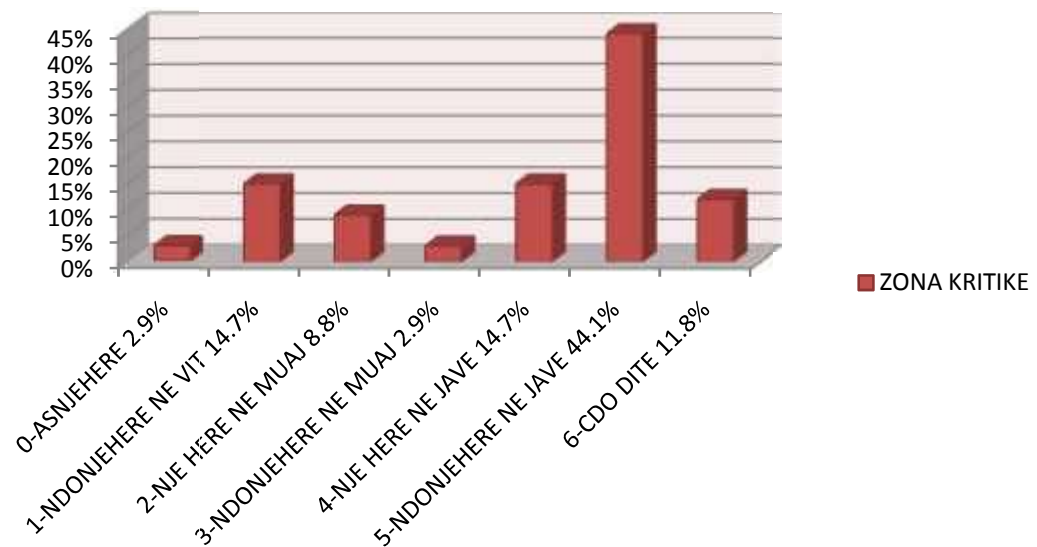
40% e infermierëve të Zonës Psikiatrike ndihen të gëzuar dhe plot entuziazëm çdo ditë kur punojnë me pacientët në krahasim me 11.8% të infermierëve të Zonës Kritike.

KAM REALIZUAR SHUMË GJËRA TË VLEFSHME NË PUNËN TIME

ZONA PSIKIATRIKE



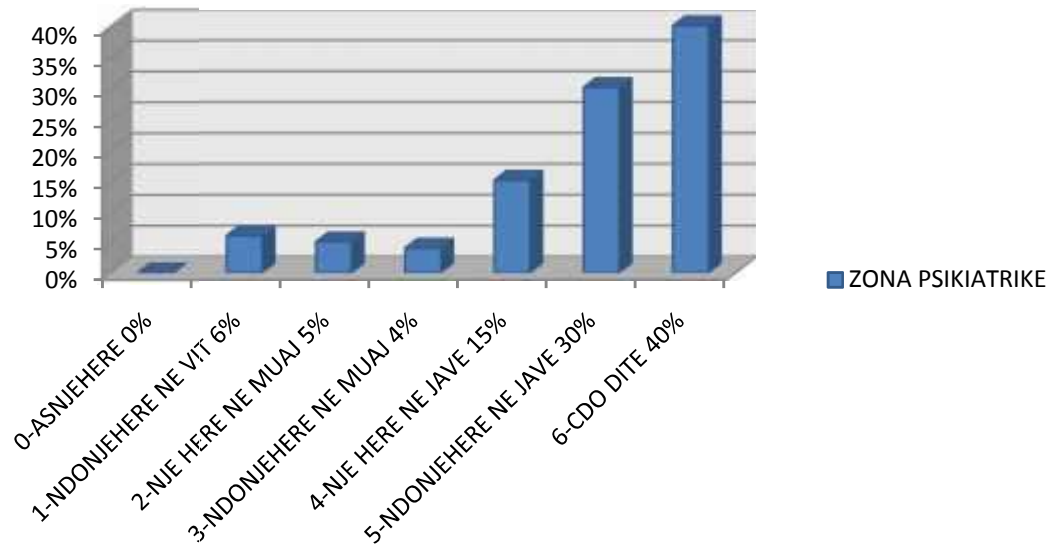
ZONA KRITIKE



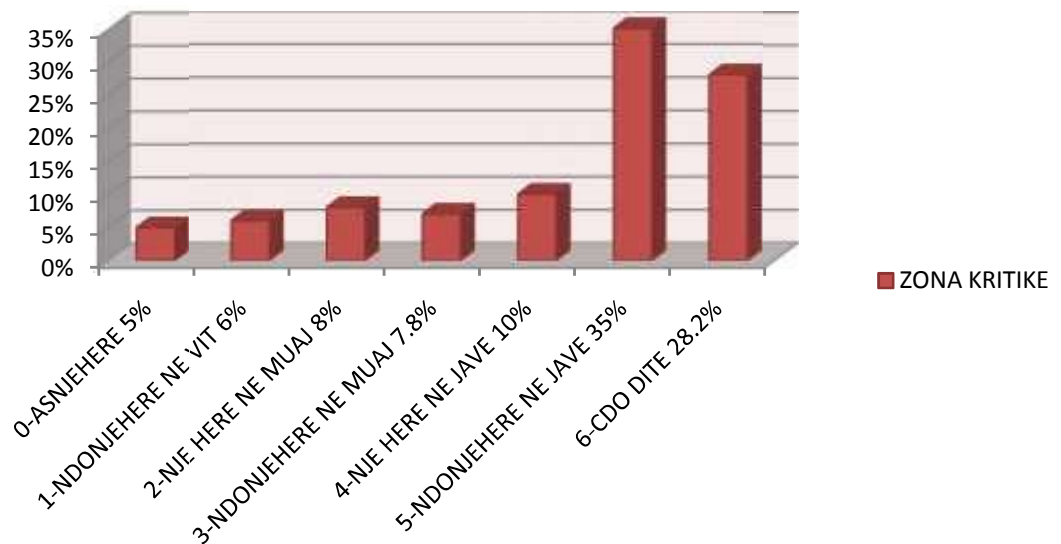
Infermierët e zonës psikiatrike ndihen shumë më shpesh të realizuar në punë se sa infermierët e zonës kritike.

NË PUNË I PËRBALLOJ PROBLEMET EMOTIVE ME QETËSI

ZONA PSIKIATRIKE



ZONA KRITIKE



Pra në Zonën Psikiatrike puna përballohet më me qetësi se sa në Zonën Kritike.

4.3 ASPEKTE POZITIVE DHE ASPEKTE NEGATIVE MBI PROFESIONIN E INFERMIERIT.

Bashkangjitur me *Maslach Burnout Inventory*, infermierëve profesional të zonës kritike dhe zonës psikiatrike, ju parashtruan edhe dy pyetje: sipas gjykimit të tyre, cilat janë aspektet pozitive dhe aspektet negative të punës infermieristike.

Disa të intervistuar refuzuan t'u përgjigjen pyetjeve, sepse sipas tyre diskutimi mbi këto dy aspekte është shumë më i gjatë dhe kompleks dhe kërkon shumë kohë hapësire për ta shprehur, sidomos për të përcaktuar aspektet negative. Në zonën kritike përgjigjet më të shpeshta përsa i përket aspekteve pozitive janë pak surprize ato, të cilat përfshijnë kontaktin njerëzor që instaurohet me pacientin. Surprizë, sepse opinioni më i shpeshtë në këtë zonë ishte që kontakti njerëzor me pacientin rezultoi i distancuar përsa i përket zgjidhjes së problemeve të lidhura me patologjinë. Midis aspekteve pozitive, spikat shumë dobishmëria e punës së kryer dhe kënaqësia personale që ndihet duke e bërë atë. Aspekt pozitiv rezultoi rroga përgjithësisht e mirë dhe koha e lirë, edhe pse një pjesë e mirë e infermierëve e shikonin si aspekt negativ, sepse janë shumë të cunguara.

Në zonën psikiatrike infermierët ishin më preçiz në përcaktimin e aspekteve pozitive dhe negative të punës së tyre. Raporti njerëzor që instaurohet me pacientin, zë vendin e parë të kënaqësisë në punë, e ndjekur nga përmirësimi i kapacitetit komunikativ, në arritjen e menazhimit të ankthit dhe rritjes së kapacitetit të analizës vetjake. Zgjidhja e patologjisë dhe arritja e përmirësimit të jetës së pacientit për disa shikohej si aspekt pozitiv, ndërsa për të tjerët aspekti më negativ i punës në zonën psikiatrike, është pikërisht mungesa e rezultateve dhe pamundësia për të përmirësuar pacientin. Ndër aspektet negative të të dy zonave spikat dizorganizimi i punës së kryer.

Në zonën kritike paralel me këtë aspekt, është pakënaqësia që pacienti i trasmeton infermierit për punën e bërë, dhe stresi që krijohet nga kërkesat e pacientëve

dhe nga dirigjenza, të cilat nuk mund të përmbushen dhe kështu gjenerojnë zhgënjim, impotencë, brishtësi. Këto ndjenja rrjedhin edhe nga mungesa e besimit të infermieri profesionist, që shpesh herë shihen si plotësues dhe jo si profesionist shëndetësor, të cilët janë jo vetëm komplementar por edhe autonom, përgjegjës të punës së tyre profesionale dhe që kanë kompetenca të plota në këtë fushë.

Infermieri është një profesionist i shëndetit dhe i asistencës, është një operator i shëndetësisë, që mbulon një rol themelor, funksionet e të cilit duhet të jenë të njohura dhe të pazëvendësueshme. Ai ka aftësi organizative dhe manazheriale me përgjegjësinë dhe autonominë e vet.

Aspekte të tjera të konsideruara thellësisht negative janë edhe aspektet "burokratike" që i marrin kohë asistencës. Për aspekte "burokratike" nënkuptoheshin: procedurat e rregjistrimit të të dhënave anagrafike të pacientit në Urgjencë, shënimet mbi veprimet gjatë dhënies së ndihmës së shpejtë në rregjistra apostafat etj... E gjithë kjo në realitet nuk duhet parë si një aspekt negativ, përkundrazi; shënimet mbi tipin e punës duhet të jenë përshkruar me shumë detaje, sepse kështu do të rezultojnë si një raport i dobishëm për kërkime të ardhshme. Një element i fundit negativ, i vërejtur nga të intervistuarit, është staticiteti i asistencës së dhënë, shkak i së cilës duhet kërkuar kryesisht në mungesën e azhurnimit nëpërmjet kurseve të trajnimit.

Sipas disave, asistenca konsiderohet si një detyrë dhe jo si objektiv, domethënë që infermieri profesionist e zhvillon punën e tij në mënyrë mekanike dhe shpesh herë përsëritëse pa marrë parasysh kërkesat efektive të pacientit.

Nga përgjigjet e infermierit në zonën psikiatrike rezultuan problemet e organizimit të personelit që limitizojnë planifikimin e punës për një kohë të gjatë, si rezultat i personelit të kualifikuar. Elementët stresues, të zbuluar nga keto pyetje, janë të shumellojshme por del menjëherë në pah mungesa e faktorëve që konsiderohen si shkaqe të ankthit psikologjik, të cilat janë:

- Kontakti me vdekjen.

- Konfrontimi i vazhdueshëm me vuajtjet.

- Konflikte potenciale me infermierë, mjekë, personel tjetër.

Ndërsa gati të gjitha ankimet janë drejtuar situatave të ndryshme stresuese të shkaktuara nga organizimi jo i mirë, ajo që del në pah është një krizë e gjeneralizuar në të gjitha aspektet e procesit infermieristik, që kërkon një dimension të vetin brenda shoqërisë për t'u akredituar jo vetëm nga ana sociale. Mbi të gjitha nënvizohet ankesa që gjërat nuk bëhen ashtu siç duhen bërë. Pamundësia e kryerjes së asistencës në mënyrë korrekte i atribuohet një dizorganizimi të Sistemit Shëndetësor Kombëtar dhe që mbështetet vetëm në vullnetin "e mirë" të operatorëve të shëndetësisë.

4.4 REZULTATET

Nga studimi i kryer u evidentuan:

- Kushtet më të këqija të ekspozimit ndaj sindromës Burnout, mënjeherë mbas dimensionit *realizimi personal*.

- Kjo situatë e vështirë ishte shumë e evidente në zonën kritike. Kjo ndjenjë emocionale kaq negative u vu re nga një lodhje fizike që vihej re në fund të ditës së punës.

- Kjo situatë ndodhte si rezultat (mendimi i infermierëve) i punës së ashpër e evidentuar në 50% të të intervistuarëve.

- Në dallim me atë që është shkruar në literaturë, dolën meshkujt, grupi i të cilëve ishte më i rraskapitur nga puna (60% meshkuj dhe 40% femra).

- Grup-moshat më të prekura janë ato që përfshinin individë midis 31- 40 vjeç dhe ata me moshë më të madhe se 50 vjeç.

- Ndryshe nga zona kritike, në zonën psikiatrike rraskapitja emotive rezultoi më e ulët (40% në psikiatri dhe 60% në urgjencë dhe reanimacion).

Mund të mendojmë që në zonën psikiatrike nuk është akoma ajo ndjenjë e reshkët dhe e ashpër në personalitet dhe emocion, dhe infermieri beson akoma në

mundësinë që "ka akoma shumë për ti dhënë" pacientit në shërbim. Në praktikë mendohet se janë akoma kushtet objektive të punës, më shumë se raporti me njerëzit, të provokojë ezaurimentin më të madh. Nga përgjigjet e dhëna këtij pyetësi del një frikë e madhe nga ana e infermierit, që është ajo e ndjenjës së insesibilitetit ndaj kërkesave të pacientit, që kjo punë mund t'i forcojë emotivisht, dhe që kjo mund të sjellë pasoja edhe në jetën private.

KONKLuzionET

Për të realizuar këtë kërkim u desh disponibiliteti i infermierëve, duke u garantuar anonimin dhe duke respektuar ata që nuk zgjodhën adezionin.

Nëpërmjet intervistave të infermierëve dhe analizës së të dhënave nga elaborimi i **Maslach Burnout Inventory**, u bë e mundur realizimi i një analize të kujdesshme në këto dy realitete lokale.

Të flasësh për Burnout do të thotë të trajtosh një fenomen kompleks dhe të madh, i përbërë nga variabla të shumta heterogjene; ajo është në fakt rezultat i një vështirësie multifaktoriale të brendshme me efekte të dukshme tek personat, por edhe në vendin e punës.

Studimi i kryer na ka lejuar që t'u përgjigjemi të gjitha pyetjeve kërkimore, për të dhënë informacion dhe për të deklaruar se rreziku i zhvillimit të sindromës së Burnout në departamentet e kujdesit kritik është me të vërtetë real.

Nga studimi u arritën këto konkluzione:

- 1 Rreziku i zhvillimit të sindromës së Burnout në departamentet e kujdesit kritik është me të vërtetë real.

- 2 U konfirmua se infermierët e kujdesit kritik që punojnë në kushte të jashtëzakonshme: emergjencë / urgjencë / terapi intensive janë subjekte të ekspozuara në kushte të veçanta të mjedisit të punës, që vë në një rrezik më të madh zhvillimin e sindromës Burnout.

- 3 U evidentua fakti se kjo sindromë manifestohet me ndryshim të raporteve midis infermierit, pacientit, kolegëve duke ulur

efikasitetin e kujdesit të ofruar ndaj pacientëve.

- 4 Studimi ynë përkon me studimet që janë referuar në literaturë, dhe të dhënat tregojnë që meshkujt janë grupi që ishte më i rraskapitur nga puna (60% meshkuj dhe 40% femra).

- 5 Grup-moshat më të prekura janë ato që përfshinin meshkujt e grupit 31- 40 vjeç dhe ata me moshë më të madhe se 50 vjeç.

- 6 Nga përgjigjet e dhëna të këtij pyetësi del që infermierët kanë pasiguri ndaj kërkesave të pacientit, ata shprehen që kjo punë mund t'i dëmtojë nga ana emocionale dhe që kjo mund të sjellë pasoja edhe në jetën private.

- 7 U identifikua, që përballja me situata emocionalisht të forta, mund të krijojë në kohë tërheqje dhe mosbashkëpunim me kolegët, por më e rëndësishmja, me pacientët.

REKOMADIMET

Ky studim u drejtohet të gjithë praktikantëve, infermierëve dhe punonjësve të shërbimit shëndetësor në tërësi, të cilët nëpërmjet ndryshimeve, duhet të arrijnë të menazhojnë situatat jo të favorshme që gjenerojnë stres, në mënyrë që të krijojnë kushte të favorshme për parandalimin e efikas të *Burnout*. Gjithashtu i drejtohet administratës spitalore dhe Drejtorisë së Shëndetit Publik të marrin masa efektive për të përballuar dhe parandaluar Sindromën *Burnout*, për të rritur efikasitetin e shërbimeve të dhëna.

Nëpërmjet ndryshimeve duhet të arrihet një "ritje e kënaqësisë profesionale" të infermierit të ardhshëm, i cili do të zhvillojë një teknikë të vlefshme në parandalimin e *burnout*. Studimi mund të shërbejë si bazë për vazhdimësinë e tij në fushën kërkimore.

Pra objektivat e vënë në fazën fillestare të studimit u arritën. U arritën të evidentohet situata *Burnout*, duke kërkuar të gjenden shkaqet dhe analizohen efektet.

Ky problem u analizua në zonat e propozuara: Kritike dhe Psikiatrike dhe u dhanë disa sugjerime, të cilat tentojnë të parandalojnë dhe të zgjidhin efektin *Burnout*. Nga studimi doli që *Burnout* mund të

"mundet" dhe nuk duhet të bëhet "taksë" që infermieri duhet të paguaj për të asistuar të tjerët. Të arrish të anashkalosh, reduktosh dhe parandalosh *Burnout*-in e operatorëve të shëndetësiës, do të thotë ti ndihmosh në relacionet sociale dhe profesionale më sinjifikative, relacione që konfirmojnë dhe mbështesin themelet e shoqërisë njerëzore.

Është e pashpëgueshme indiferenca totale e përgjegjësve të Shërbimeve Shëndetësore, që demostrojnë faktikisht mungesë të njohjes së këtij fenomeni. Nuk duhet harruar se nuk mjafton krijimi apo rinovimi i strukturave për të patur një asistencë më të mirë, sepse janë njerëzit ata që e bëjnë të funksionojë.

Parandalimi i sindromës *Burnout* është e nevojshme për të reduktuar incidencën dhe minimizuar efektet e fenomenit. Adoptimi i një strategjie individuale dhe organizative janë të rëndësishme për të luftuar këtë fenomen. Përsa i përket ndërhyrjeve në nivel individual, janë të nevojshme të ndërmerren strategji konjitive-komportamentale për të përmirësuar aftësitë, për të përballuar dhe reduktuar *Burnout*.

Puna duhet të organizohet në mënyrë të tillë që të promovojë të gjitha burimet e një mirëqenie njerëzore dhe materiale, të promovojë autonominë e vendimmarrjes në

planifikime dhe të promovojë zgjidhjen e konflikteve në mënyrë të barabartë. Zgjidhja e kësaj sindrome duhet të koncentrohet dhe fokusohet në programe parandalimi që nënvizojnë tre nivele:

- Programe që kanë në shënjestër përgjigjen individuale.

- Programe që fokusohen mbi organizimin.

- Programe të fokusuara mbi bashkëveprimin midis kontekstit të punës dhe individit.

NDERHYRJE NE VARIABLAT PERSONAL

1- Të punosh mbi imazhin vetjak.

2- Të adoptosh teknika mbi rritjen e nivelit të autostimës.

3- Të punosh mbi riperkufizim të aspektativave.

NDERHYRJE MBI VARIABLAT E GRUPIT

1- Dinamikat në grup të finalizuara në përmirësimin e komunikimit interpersonal.

NDERHYRJE NE VARIABLAT E PUNES

1- Të punosh me objektiva dhe plane.

2- Vendimmarrje.

3- Ristrukturim i detyrave dhe kompetencave.

4- Monitorim periodik i punës

Kjo e fundit kërkon të kombinoj individin dhe kontekstin e tij të punës për të modifikuar kushtet e punës për të gjetur mënyra individuale për të përballuar problemet dhe situatën e stresit. Gjithsesi, para se të ndiqen këto programe parandalimi është e nevojshme adoptimi i një perspektive konjitive-komportamentale që stabilizon disa masa për të arritur parandalimin, si:

- Ekspozimi didaktik mbi stresin Burnout (njohja e problemit)

- Zbulimi i agjentit rastësor që shkakton problemin (njohja e problemit dhe profilit personal)

Kërkimi i një zgjidhjeje për të modifikuar problemin dhe adoptimi i tij nga ana e individit. Dimensionet shëndetësore organizative të parashtruara nga pyetësi i studimit shpjegojnë cilësinë e jetës dhe të punës të lidhura me çrregullimet psikosomatike të infermierëve që punojnë në kuadër të jashtëzakonshëm spitalor, urgjencë, emergjencë si dhe në terapinë intensive. Rezultatet në këtë mënyrë na lejojnë të identifikojmë kushtet e mundshme të veprimit të fokusuara në punën e veçantë të administratës organizative, që mund të çojnë

në rritjen e cilësisë së shërbimit të infermierëve në ambientet spitalore. Parandalimi i sindromës Burnout është e nevojshme për të reduktuar incidencën dhe minimizuar efektet e fenomenit. Adoptimi i një strategjie individuale dhe organizative janë të rëndësishme për të luftuar këtë fenomen. Burnout mund të “mundet” dhe nuk duhet të bëhet “taksë” që infermieri duhet të paguaj për të asistuar të tjerët.

Të sugjerosh propozime për ndërhyrje në menazhimin e burnout është një detyrë tepër e vështirë. Gati të gjithë infermierët nënvizojnë këtë situatë të vështirë. Ankesat e tyre të përshkuara nga një ndjenjë demotivimi dhe mungesë besimi ndaj profesionit, janë drejtuar sidomos organizimit të shërbimit dhe mënyrës e të “ bërit asistencë”, pra mënyrës se si infermieri mendon të kryej punën e tij. Ndryshime të mëdha janë arritur në periudhën e fundit sidomos në aspektin e fundit.

Studimet universitare janë një arritje e madhe dhe shumë e rëndësishme për infermierin profesional që paraqet hapin e parë për zhvillimin e këtij profesioni. Ky zhvillim është i drejtuar dhe prek këto aspekte:

- Njohja e statutit profesional

- Rikualifikimit të kompetencave

- Docencës, pra mundësisë së parashikimit të formimit të docentëve infermier të ardhshëm

- Kërkimit të një modeli organizativ profesional dhe asistencës së pacientit

Nëpërmjet ndryshimeve duhet të arrihet një “ritje e kënaqësisë profesionale” të infermierit të ardhshëm, i cili do të zhvillojë një teknikë të vlefshme në parandalimin e burnout.

A) Të qenit i vlerësuar nga ana ekonomike mund të arrihet me mundësinë e “progresionit të karrierës” në drejtim horizontal dhe jo vetëm vertikal. Kjo do të jap një diversifikim ekonomik në bazë të kompetencave klinike.

B) Ndërhyrjet duhet të shikojnë drejt një organizimi në punë. Zona psikiatrike na jep një shembull të një organizimi të mirë. Edhe pse është një zonë operative me specializim të lartë, natyrisht humane dhe jo teknike, që e ka fokusin në pacientë të veçantë dhe delikat, ka nivele të stresit laborativ dhe

burnout jo në nivele të larta. Cdo ditë zhvillohen mbledhje të personelit infermieror ku ndërhyjnë edhe mjekët dhe operatorët e tjerë. Këto mbledhje kanë piksynim gjetjen e një pike konfronti për të folur mbi asistencën e çdo personi në veçanti, duke krahasuar metoda të ndryshme për të gjetur më të mirën për të adoptuar, duke diskutuar problemet eventuale midis tyre. Pra këto mbledhje shërbejnë si një valvulë nëpër të cilën mbahet nën kontroll niveli i stresit. Ballafaqimi i impostuar i gjithë operatorëve është deterrenti më i mirë ndaj lindjes së Burnout, pikërisht sepse jep mundësinë e të diskutuarit për të gjithë problemet që verifikohen.

C) Sigurisht që ndërhyrjet në ambientin e punës, që tentojnë të reduktojnë stresin, nuk mund të limitohen vetëm në mbledhjet e personelit, pasi kërkojnë impenjim kohe, sidomos kur flasim për zonën kritike, ku koha në dispozicion është shumë e pakët. Pra mund të mendohet për mbledhje periodike me kadencë javore, në të cilat të vlerësohet dhe monitorohet niveli i stresit, të vlerësohen aspektivat dhe kushtet në të cilat punohet, duke krijuar një grup pune/studimi, i cili do të kërkojë zgjidhje të problemeve për t'ja paraqitur administratës.

D) Për të arritur këtë qëllim, mbi të gjitha, duhet përmirësuar niveli i komunikimit interpersonal midis operatorëve, të cilët duhet të mundohen të zgjidhin problemet që manifestohen dhe më pas ti parashtrohen personelit drejtues. Personeli drejtues administrativ nuk i di problematikat e Burnout në të gjitha degët e asistencës shëndetësore, që ka një impakt negativ si financiar ashtu edhe në drejtim të imazhit të qëndrës shëndetësore.

E) Sistemi Shëndetësor Kombëtar duhet të kërkojë të ndryshojë sistemin e menazhimit të buxhetit ndaj personelit shëndetësor spitalor, duke kërkuar të motivojë personelin që të jap potencialin maksimal për një shërbim ekselent.

Vihet re një neglizhencë totale e administratës drejtuese përse i përket "shëndetit psikologjik" të personelit, e cila

kontribuon në përkeqësimin e tij në të gjithë aspektin e punës. E gjithë kjo gjeneron kushte impotente, pjellore për efektin Burnout. Kjo verifikohet në faktin se infermieri është i "burgosur" në skemat rigide të punës, në kërkesat pafund të pacientëve, ku është e pamundur që të mos ketë presion të vazhdueshëm. Infermieri profesional duhet të arrijë të ketë një potencial gjithnjë në rritje të autostimës dhe të sigurisë në vetvete, të arrijë të kontrollojë situatën që e rrethon, duke modifikuar objektivat në vazhdimësi si dhe rutinën e punës. Lufta kundër Burnout duhet të kalojë nëpërmjet arritjes së një ekuilibri midis stresit dhe qetësisë, midis punës dhe jetës private, midis "dhënies" dhe "marrjes".

DISKUTIMET

Nëpërmjet autorëve, Adriaenssens, De Gucht, dhe Maes, është konfirmuar se infermierët e kujdesit kritik që punojnë në kontekste të jashtëzakonshme: emergjencë/urgjencë/terapi intensive është subjekt i kushteve të veçanta të punës, që vë në një rrezik më të madh të zhvillimit të sindromës Burnout. Kjo situatë u konfirmua edhe nga studimi i kryer në Spitalin Rajonal të Vlorës ku u evidentua një situatë e tillë rreziku.

Është identifikuar falë autorëve West, Huschka, Novotny, Sloan, Kolars, Habermann, që për të përballuar situata emocionalisht të forta, mund të krijojnë në kohë sjellje mbrojtëse ndaj kolegëve, por më e rëndësishmja, ndaj pacientëve. Studimi im dhe deklaratat e autorëve të mësipërm janë konkordante në evidentimin e faktit se kjo sindromë ul efikasitetin e kujdesit të ofruar ndaj pacientëve; kjo ndërhyrje jo vetëm në efikasitetin dhe efektivitetin e asistencës, që është aspekti më i rëndësishëm, por rezultojnë jo adekuate në trajtimin e pacientëve.

Individët e intervistuar, që morën pjesë në këtë studim, janë 50% meshkuj dhe 50% femra; kjo rezultoi në mënyrë rastësore, situatë kjo që nuk përkon me realitetin, që rezultojnë në dizekuilibër në favor të seksit femër. Në shumë studime të kryera në SHBA, Angli, Itali, si rezultat e mostrës së madhe të marë në studim, seksi femër rezultojnë në përqindje më të lartë.

BIBLIOGRAFIA

TEKSTET

Tricas Moreno JM, Salavera Bordas C, Lucha Lopez MO, Vidal Peracho C, Lucha Lopez AC, Estebanez de Miguel E, et al. Descriptive study of stress and satisfaction at work in the Saragossa university services and administration staff. *Int J Ment Health Syst* 2010 Apr 21;4:7-4458-4-7.

Loera B, Converso D, Viotti S. Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? *PLoS One* 2014 Dec 12;9(12):e114987.

Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Mosquera Mera D, Lopez del Hoyo Y. A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal. *J Occup Med Toxicol* 2009 Nov 30;4:31-6673-4-31.

Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Fajo-Pascual M, Carrasco JM, Gascon S, Gili M, et al. Sociodemographic and occupational risk factors associated with the development of different burnout types: the cross-sectional University of Zaragoza study. *BMC Psychiatry* 2011 Mar 29;11:49-244X-11-49.

Beatrice Duzzi, Iole Giovanardi, Cinzia Gradellini. La sindrome del Burnout tra gli infermieri. *IPASVI Rivista dell'infermiere* 2014, n°5;1-6

Palazzo Ldos S, Carlotto MS, Aerts DR. Burnout Syndrome: population-based study on public servants. *Rev Saude Publica* 2012 Dec;46(6):1066-1073.

Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014 Nov;21(9):774-781.

Ilhan MN, Durukan E, Taner E, Maral I, Bumin MA. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *J Adv Nurs* 2008 Jan;61(1):100-106.

Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011 Nov;108(46):781-787.

G.Tomei, Maria Elena Cinti, Tania Palitti, Maria Valeria Rosati, Marina Tria,

C.Monti, F.Tomei, M.Fioravanti. Evidenza scientifica in medicina del lavoro: studio meta- analitico sulla sindrome del burnout. *Riv Bim Med Lav e IG* 2008, Vol99, n°5.

Zuliani, "Manuale di psicologia dell'emergenza", Maggioli Editore, 2007

Testo Unico 2008 "Sicurezza sul lavoro", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 101 in data 30 aprile 2008

Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 Apr 1;175(7):686-692.

Canadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, Garcia I, Canadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* 2015 Jan;52(1):240-249.

Barbosa dF, Batista de LO, Felizardo Lima L, Ferreira dM, Rosendo dS. Burnout Syndrome: characteristics, diagnosis, risk factors and prevention [Portuguese]. *Rev Enfermagem Ufpe* 2014 10;8(10):3539-3546.

Popa F, Raed A, Purcarea VL, Lala A, Bobirnac G. Occupational burnout levels in emergency medicine--a nationwide study and analysis. *J Med Life* 2010 JulSep;3(3):207-215.

Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R, Salvadores Fuentes P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010 Jan;47(1):30- 37.

Burnout and intensive care. *Professioni Infermieristiche* 2007. Luglio-settembre; 60(3): 148-54

Kleim B, Bingisser MB, Westphal M, Bingisser R. Frozen moments: flashback memories of critical incidents in emergency personnel. *Brain Behav* 2015 Jul;5(7):e00325.

Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M. Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Adv Biomed Res* 2014 Jan 24;3:44- 9175.125751. eCollection 2014.

Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and

frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol* 2013 Oct 31;13(1):38-2253-13-38.

Bianchi R. A reflection on the measurement of the burnout syndrome. *Acad Emerg Med* 2015 Mar;22(3):378.

Healy S, Tyrrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emerg Nurse* 2011 07;19(4):31-37.

Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med* 2014 Sep;21(9):1031-1035.

Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics* 2015 Feb;22(1):64-76.

Silva JL, Soares RD, Costa FD, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva* 2015 Apr-Jun;27(2):125-133.

Burghi G, Lambert J, Chaize M, Goinheix K, Quiroga C, Farina G, et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med* 2014 Nov;40(11):1785-1786

Iordanou P, Koutavas S, Koulterakis G, Babatsikou F, Kroustalli E, Tarpotzi K. Syndrome of professional burn out in home service for elderly. *HEALTH SCI J* 2009 2009;3(4):232-241.

Epp K. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics* 2012 2012;23(4):25-31.

Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud* 2015 Feb;52(2):649-661.

França SP, de Souza, De Martino M, Maria Figueiredo, Aniceto EVdS, Silva L, Leandro. Predictors of Burnout Syndrome in nurses in the prehospital emergency services. *ACTA PAUL ENFERMAGEM* 2012 03;25(1):68-73.

Rodrigues da SD, Oliveira Carreiro B, Figueirêdo da SP, Nascimento Moraes M, Cavalcanti Cordeiro R, de Oliveira FF. Prevalence of burnout syndrome among nurses in urgency and emergency hospital system. *REV PESQUISA CUIDADO FUNDAMENTAL* 2014 12/02;6(5):196-205.

Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *EMA Emerg Med Australas* 2013;25(6):491-495.

Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS HEALTH TECHNOL ASSESS* 2010 10;6:9p.

Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* 2012;8:Doc05.

PYETËSORI C.MASLACH E S.JACKSON

ADOPTUAR SIPAS S.SIRIGATTI E C.STEFANILE

SA SHPESH

0 - 6

- 1 ----- Ndihehem emotivisht i raskapitur nga puna
- 2 ----- Ndihehem i raskapitur në fund të ditës së punës
- 3 ----- Ndihehem i lodhur në mëngjes dhe më duhet të përballojë ditën e punës
- 4 ----- Kuptoj lehtësisht çfarë mendojnë pacientet e mi
- 5 ----- Më duket se disa pacientë i trajtoj sikur të jen objekte
- 6 ----- Më lodh fakti që punoj gjithë ditën në kontakt me njerëzit
- 7 ----- Përballoj me efikasitet problemet e pacientëve të mi
- 8 ----- Ndihehem i raskapitur nga puna ime
- 9 ----- Besoj të ndikoj pozitivisht me punën time në jetën e pacientit
- 10 ----- Qëkur kam filluar punën si infermier jam bërë më sensibil me njerëzit
- 11 ----- Kam frikë se kjo punë mund të më ngurtësoj emotivisht
- 12 ----- Ndihehem plot energji
- 13 ----- Jam I irrituar nga puna që bëj
- 14 ----- Mendoj se punoj më shumë seç duhet
- 15 ----- Nuk më intereson se çfarë problemesh kanë pacientët
- 16 ----- Puna e drejtpërdrejt në kontakt me njerëzit më krijon shumë tension
- 17 ----- Arrij lehtësisht të kujdesem për pacientët dhe të krijojë kushte komoditeti
- 18 ----- Ndihehem i gëzuar kur punoj me pacientët
- 19 ----- Kam realizuar shumë gjëra të vlefshme në punë
- 20 ----- Më duket se nuk do ia dal mbanë
- 21 ----- Në punën time i përballoj situatat me qetësi
- 22 ----- Më duket se pacientët më fajsojnë mua për problemet e tyre

Sa shpesh	0	1	2	3	4	5
6						
Cdo	Asnjëherë	Ndonjëherë	Një herë	Ndonjëherë	Nje here	Ndonjëherë
ditë		në vit	në muaj	në muaj	në javë	në javë
			ose me pak			

Mos shkruaj

RE.:-----

DP.: -----

PA.: -----

Cat
Cat

Cat

- Përsa i përket punës aktuale, cilat aspekte i gjykon pozitive

- Përsa i përket punës aktuale, cilat aspekte i gjykon negative

SKEDA DEMOGRAFIKE

GJINIA **Mashkull** _____ **Femer** _____ **MOSHA** **Vjeç** _____

CILI ËSHTË POZICIONI I PUNËS? _____

SA ORË NË JAVË PUNON? _____

SA KOHË KE QË PUNON SI INFERMIER? _____

SA KOHË KE QË PUNON NË KËTË REPART? _____

Përgjigjet e pyetjeve të hapura të pyetësorit

- 1) Bazuar në eksperiencës e punës aktuale, cilat aspekte i gjykon pozitive në këtë profesion ??**

ZONA KRITIKE

- 1 Dobishmëria e punës së dhënë
- 2 Mundësia për të dhënë një të mirë të madhe siç është shëndeti
- 3 Organizimi dhe cilësia e asistencës
- 4 Ballafaqimi dinamik dhe korrekt me kolegët
- 5 Sadisfaksion personal
- 6 Mundësia e azhornimit kostant
- 7 Kërkimi i zgjidhjes së problemeve
- 8 Didaktika dhe Epidemiologjia
- 9 Rritje profesionale dhe personale
- 10 Mundësia për të ndihmuar njerëzit

- 11 Kontakti njerëzor me pacientin
- 12 Të mos humbasësh sensibilitetin ndaj pacientit dhe ndaj profesionit
- 13 Ndiheh i shpërblyer profesionalisht dhe financiarisht në relacion me punën e kryer
- 14 Të shpërblehem nga eprorët
- 15 Të mësosh të rrish me njerëzit dhe problemet e tyre
- 16 Në punën time shpesh herë kam kënaqësinë dhe suksesin e mundësisë për të shpëtuar një jetë
- 17 Shumë aspekte janë pozitive si nga ana profesionale ashtu edhe ajo personale
- 18 Të ndjesh kënaqësi në punë kur arrihen objektivat e dhënë
- 19 Rrogë e mirë
- 20 Të punosh në grup
- 21 Aspekti më pozitiv konsiston në gëzim për të dhënë dhe mirënjohje për të marrë
- 22 Reflektim, ftohtësi, kujdes

ZONA PSIKIATRIKE

- 1 Të arrish të permirësosh cilësinë e jetës së shumicës së pacientëve
- 2 Raport i personalizuar me pacientët
- 3 Mundësia për t'u rritur profesionalisht, me kohë dhe eksperiencë
- 4 Të stabilizosh një raport të mirë me intesitetet e lartë me pacientin
- 5 Mundësia që të ndihmosh pacientin duke demonstruar mirkuptim dhe sensibilitet, cilësi që pacientët nuk i gjejnë te të afërmit e tyre
- 6 Të ndihmosh pacientët çdo ditë në momentet kritike duke i bërë të ndihen më mirë
- 7 Raport direkt me të sëmurin

8 Mundësia për të asistuar një pacient për një kohë relativisht të gjatë, për të njohur problematikat e tyre më në thellësi

9 Mundësia për të ndihmuar pacientin në realizimin e objektivave dhe finalizimin e programit në mënyrë pozitive

10 Raport i mirbesimit që instaurohet me pacientin

11 Rritje emotive personale

12 Përmirësimi i kapacitetit komunikues

13 Përmirësimi në menazhimin e ankthit

14 Rritje e kapacitetit të vetkontrollit

1) Duke iu referuar punës aktuale, cilat aspekte i gjykon më negative në profesionin tënd??

ZONA KRITIKE

1 Burokraci

2 Frikë për te ndryshuar metodat e punës

3 Dizorganizim

4 Stres

5 Ngarkesë e lartë pune

6 Organizim jo i mirë me ekipin e punës

7 Shpërblime të pakta

8 Mos mirënjohje sociale

9 Stres që lidhet me atë që duhet të bësh dhe atë që bën për pacientin

10 Të keqtrajtohesh nga pacienti

11 Të mos kesh kënaqësi profesionale dhe personale lidhur me punën e bërë

- 12 Të punosh në kushte jo të mira, i dizorganizuar dhe me insesibilitetin e eproreve
- 13 Përdorimi i kompjuterit
- 14 Të punosh shumë me shkresat
- 15 Puna e tepërt shpesh herë nuk të lejon ta bësh punën siç duhet
- 16 Krizë e profesionit të infermierit
- 17 Mungesë e mbledhjeve për autoanalizën
- 18 Vështirësi në komunikimin profesional, mungesë e ndryshimeve organizative, të cilat i referohen objektivave të njohura të infermierisë
- 19 Keqtrajtim profesional dhe personal që negativizon gjithë ambientin
- 20 Paaftësi për dialog
- 21 Inkoherencë
- 22 Pamundësi për t'u shprehur më mirë nga ana profesionale
- 23 Pamundësi për të dhënë maksimumin që ke

ZONA PSIKIATRIKE

- 1 Të mos arrish të sjellësh përmirësime të dukshme në punën në grup; i sapoardhuri nuk arrin të bëjë një hap përpara
- 2 Shumë të pakta rastet kur pacienti ka përmirësim të dukshëm
- 3 Dizorganizim: shtyhet dita për mungesë materialesh
- 4 Nuk arrihet të vendoset një raport besimi me pacientin
- 5 Planet e punës të parealizueshme për shkak të mungesës së bashkpunimit të pacientit ose shpesh për mungesë kohe
- 6 Aspekti më negativ është se nuk ka kurse specializimi për psikiatrinë

7 Në rastet patologjike më të rënda nuk merren falenderimet nga ana e pacientit për kujdesin e dhënë

8 Oraret e shërbimit jo adequate për mungesë kohe ose personeli

9 Pamundësi për të programuar plane afatgjate për mungesë personeli, (sëmundja e një kolegu prish planin e punës)

10 Të mos arrish të përmirësosh cilësinë e jetës të disa pacientëve

SIGURIA DHE SHËNDETI I INFERMIERËVE NË PAVIONIN E INFEKTIVIT

Leozana Duraj

Abstract

This study analyzes with precision how important the proper application of the internal regulation of preservation are the best conditions for performing without or with less risk to the medical personnel. Starting from hygienic conditions regarding the intrahospital infections and physical damage to the study reveals the importance of each point for a better performance.

In this paper, a detailed analysis of the most important risk factors and preventive measures of many elements for which the medical staff working in the infected ward should be informed.

The constructive and legal changes to the physical security of employees need to be updated and updated as a result of the problems that are being pursued. It is very important to recapture timely accidents as a result of increased accidents at work and the increased number of technology and medicines .

Teamwork of experts in different fields that will be interwoven into the work in the pavilion is important. The work starts with the constituents who must take the appropriate measures to ensure that the environment meets the conditions for a job easier and objectively when it comes to wage labor, today it is not only about the nurseries, but also about all staff in the pavilion who carries out the duties.

Who works in hospital settings is prone to being affected by the agent:

- Physical
- Kimichal
- Biologjik

He is also obliged to perform a job that has physical tiredness and mental fatigue in contact with sick people, thus causing a continuing conflict between self-preservation and patient health care.

The problem of the safe working place in all its globality both in terms of use and the medical staff working is the primary objective of quality management of hospital management.

Hyrje

Duke u nisur nga vitet 90 kemi asistuar ne ndryshimet legjilaslative te urdherimeve normative te vendit tone sipas direktivave europiane ne sektorin e sigurimit dhe higjenes ne repartet shendetesore.Kjo ka sjelle ne nje plotesim dhe fuqizim te kuadrit legjislativ te kesaj fushe nga vitet e meparshem .

Ne vija te pergjithesheme mbrojtja e fizike dhe shendetesore e personelt te punes lidhet me tre faktore madhore :

- Sigurmi i brendshem ,qe konsiston ne mjediset qe duhet te kene vendet e punes

,si impjanetet ,mjetet ,materialet per te minimizuar reziqet dhe perdorusit.Kjo sigurohet nga subjekte te jashtem te ndermarjes si projektuset,ndertuset,instaluset etj qe kane detyrimin ti funizojne perdoruseve materien qe i pergjigjen normave te punes

- Perdorim i sigurt ,qe konsiston ne aspektin qe materialet jo vetem duhet te kene nje prodhim te sigurt por dhe nje perdorim te sigurt nga persona te trajnuar mire ne perdorimin e tyre

- Organizimi i repartit për sigurinë, për të kryer sa më mirë masat e mbrojtjes të shëndetit dhe sigurisë është e nevojshme që të gjithë subjektet të mesojnë hierarkinë organizative në funksionin e sigurisë 1)

Te flasësh për ruajtje dhe siguri të shëndetit të personelit në repartin e infektivit duhet të kemi parasysh numrin e madhë të teknologjisë dhe prezencës të operatorëve të kualifikuar dhe specializuar.

Nuk duhet harruar që në krahasim me vendet e tjetra të punës repartet mjekësore kanë si objekt pune njeriun. Kjo presencë është në dy drejtime:

- Në vlerësimin e rezikut dhe individualizimit të masave mbrojtëse që duhet të kenë parasysh edhe në nevojat e sigurimit të shëndetit të pacientit
- Masat parandaluese dhe mbrojtëse duhet të përshkruhen në lidhje me personelin dhe nuk duhet të kenë efekte negative direkte ose indirekte në zbatimin e punës.

Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi i këtij studimi është investigimi i kushteve dhe i rreziqeve të cilat shkaktojnë dëmtimin e shëndetit të infermiereve të pavionit infektiv.

Objektivi kryesor

Të ofrojmë një përfaqësim sa më të mirë të gjithë elementeve me natyrë riskante në shëndetin e personelit dhe marrjen e masave adekuate si në parandalim dhe mjekim.

Objektivat specifike

Vlerësimi i kushteve higjieno-sanitare në pavion.
Vlerësimi i masave mbrojtëse gjatë manipulimit.
Vlerësimi i procedurave infermiere.
Vlerësimi i informacionit serologjik.

Hipotezat

Hipoteza1: Masat mbrojtëse ndikojnë sigurinë e shëndetit të infermiereve në punë.

Hipoteza2: Informacioni serologjik i pacientit ndikojnë në dëmtime biologjike të personeli.

Hipoteza3: Kushte higjieno-sanitare janë rrezik për shëndetin e personelit.

Limitet e temës

Kjo temë pati limitet e veta :

Se pari : Fakti që një pjesë të materialeve të studimit egzistojnë teorikisht në procesverbalet e spitalit por jo praktikisht në gjendje

Se dyti : Studimi është realizuar në një kohë të shkurtër që të kishim mundësi për vërtetim me të saktë edhe me grupe perkatese për ndryshimet e nevojshme dhe mbarëvajtje në përgjithësi

Se treti : Pavarësisht kryerjes së disa procedurave të vendosura në ligj informimi dhe mungesa e aksesit tek personeli veshitësonte punën e duhur tek shumë personel

POPULLATA NE STUDIM

Subjekti janë spitalore.

Popullata e qëndrueshme.

Mostra është përfaqësuese e popullatës që i referohet.

Popullata paraprake është 100% (60 infermiere).

Popullata finale është 90%(50 infermier)/

Metodologjia

Për realizimin e këtij punimi kamë bërë investigimin nëpërmjet pyetësorit që ju nënshtruan 50 infermiere dhe ndihmes infermiere të repartit të infektivit të Spitalit rajonal Fier dhe repartit infektive të Pediatrie Fier .

Është një studim deskriptiv (përshkruar)/

Metodat e përdorura për vëllimin e informacionit të nevojshëm janë:

- Vezhguese
- Pyetësore

Studim u zhvilluar nga janari i 2017 deri në qershor të 2017.

Pjesa e parë e studimit u përqendrua në marrjen e informacionit nëpërmjet vezhgimit të situatave ose procesit të punës. Pjesa e dytë kur për periudhën sipas pyetësorit të përpiluar dhe u vlerësua faktoret e ekspozimit kryesorë.

Para përdorimit të pyetësorit është bërë pre-Testi i tij jo në popullatën që do studiojmë por në një

poullate tjeter qe kishte te njejtat karakteristika si mosta jone ne studim,(ne pavionin e kirurgjise perfshire edhe reanimacionin e keti pavioni).

Pyetesoret jane shperndare ne menyre individual.

Ne cdo turne konkretishte te pare,dyte edhe te trete.

Pyetesori eshte i njejte me ate punuare ne Londer ne vitin 2010.

Eshte perdorur pasi eshte marre leje nga hartuesi i tij.

Cdo vezhgim apo pytesore i shperndare ne pavionin e infektivit eshte bere me miratimin e drejtorise se Spitalit te Fierit.

Infermiere

Pavion infektiv

Materialet te cilat jane perdorur per kete studim jane marr ne protokollet e repartit te infektivit ne periudhat Janar-qershor 2017.Pas marrjes se ketyre statistikave arrita deri ne nje përfundim me rezultatet te cilat jane marr për studim.

Rezultatet jane prezantuar përmes tabelave dhe grafikeve pas përpunimit statistikor.

Fjalet kyce

Siguri

Shendet

Infeksion

Masa mbrojtese

Rrezique

Shkurtime

WHO-----Organizata Botrore e Shendetesise

DSHP-----Drejtoria e Shendetit Publik Fier

ISSHP-----Instituti i Sigurise dhe Shendetit ne Pune

SRF-----Spitali Rajonal Fier

RF-----Repart Infektiv

NE-----Norma evropiane

MSH-----Ministria e Shendetesis

ISHP-----Instituti i Shendetit Publik

IQ -----Inspektoriati Qëndror

BE-----Bashkimi European

ILO -----International Labour Organization (Organizata Ndërkombëtare e Punës)

MMSR-----Ministria e Mirëqenies Sociale dhe Rinisë

KKP -----Këshilli Kombëtar i Punës

SSHP-----Siguria dhe Shëndeti në Punë

ISHPSHS-----Inspektoriati Shtetëror i Punës dhe i Shërbimeve Shoqërore

IN -----Infeksionet nazokomiale

Klasifikimi i ndryshoreve

Ndryshore te pavarur

Faktoret social-demografik

- Mosha
- Gjinia niveli i edukimit
- Gjendja e konomike
- Besimi fetar

Faktore qe lidhen me menyren e jeteses

- Duhanpirja
- Alkoli
- Aktiviteti fizik
- Hipersensiviteti ndaj medikamenteve

Faktore rriskant

- Masa mbrojtese
- Kushtet e punes
- Mungesa e infrmacionit

Ndryshore te varur

- Demtime fizike

- Demtime biologjike
- Stres
- Lodhje

Ndryshorete e varur perfshijne teresine e semundjeve apo demtimeve te ndryshme shendetesore qe influencohen nga ndryshorete e pavarur.

	Lidhje direkte	Lidhje indirekte
Rreziqe	Prekja e kimikateve edhe materialeve tokesike ne pune	Aksesi qe sigurone puna ndaj kimikateve
Sjellje te rrezikshme	Ngritja e peshave si pjese e pune	Tejkalimi i perdorimit te medikamenteve lidhur me kulturen e punes
Mjedisi i pergjithshem ne pune	Stresi i lidhur me kushtet e punes	Sjellje te rrezikshme te stilit te jeteses,p.sh duhanepirja sin je strategji perballjeje

KAPITULLI I

Reparti infektivit

Kryen veprimtari klinike dhe hulumtuese në fushën e sëmundjeve infektive dhe parazitare. Kryejmë rreth 700 shtrimeve në vit, sidomos për pneumoni, sepsis, komplikimet infektive të transplantimit të organeve, meningjit dhe encefalit, hepatiti virale dhe cirroza e mëlçisë, sëmundja HIV / AIDS, tuberkulozin, endokardit infektive.. 2)

Të gjitha dhomat në spital janë të dizajnuara për të lejuar, sipas nevojës, izolimin e pacientëve potencialisht infektivë dhe izolimin "mbrojtës" të pacientëve imunodifektivë.

Ne pavion mund të kryhet në një njësi të dedikuar terapisë antivirale, i cili koordinon aktivitetet ambulatorë, menaxhimin e terapisë dhe zhvillimin e hulumtimeve klinike në fushën e HIV dhe hepatitit viral.

Përveç një klinike ambulatorë për sëmundje të ndryshme infektive, operacionet e mëposhtme specialistike janë aktive ne :

Sëmundje HIV / AIDS

Hepatitit viral

Fibroelastogram (provim instrumental i përdorur për të monitoruar hepatitin kronik)

Infeksione ortopedike

Spondilodisciti

Sëmundje tuberkulozi

Infeksion latent të tuberkulozit (dedikuar terapisë parandaluese për "transportuesit e shëndetshëm" të tuberkulozit)

Endokardit

Sëmundja e Chagas (trypanosomiasis amerikane)

Si konsulentë në departamentet e tjera të spitalit tonë mund mbajë rreth 2.000 vizita në vit, me kujdes të veçantë ndaj komplikacioneve infektive e transplantimit të organeve dhe infeksioneve në njësitë e kujdesit intensiv.Dy nga mjekët tanë janë të pranishëm çdo ditë në terapisë intensive dhe subintensive për të ndarë menaxhimin klinik të pacientëve me mjekë

intensive dhe specialistë të ndryshëm të përfshirë.

Infeksioni

Infeksioni ndodh kur një mikroorganizëm hyn në trup dhe shkakton dëme. Një mikroorganizëm mund të jetë një virus, parazit, kërpudhë ose bakter. 3)

Duke qene se tema eshte e perqendruar me shume ne semundshemrine ne kushtet e spitalit une po fokusohem ne infeksionin spitalor dhe analizimin e tij.

Infeksionet spitalore ose të quajtura ndryshe infeksione nozokomiale mund të përkufizohen si më poshtë:

“Një infektion që pacienti e merr gjatë kohës që është i shtruar në spital për arsye ose gjendje të tjera”. Pra ky infektion nuk ishte prezent në momentin e shtrimit të pacientit në spital. Infeksionet spitalore përfshijnë infeksionet e marra në spital, të cilat mund të shfaqen edhe pas daljes së pacientit nga spitali si dhe ato që prekin stafin mjekësor që punon në spital.

Përhapja e infeksionit përshkruhet më mirë si një zinxhir me gjashtë hallka:

1. një agjent shkakhtar (infektiv) ose një patogjen
2. një rezervuar
3. një portë dalje nga rezervuari
4. një mënyrë transmetimi
5. një portë hyrje për te bartësi
6. një bartës i përshtatshëm

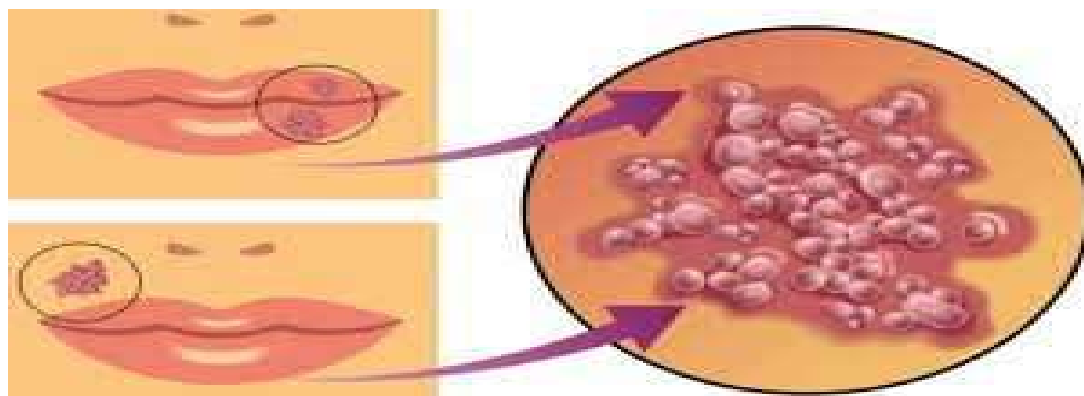
Një infektion mund të parandalohet duke shkëputur çdo hallkë të këtij zinxhiri. Masat për

parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve kanë si qëllim shkëputjen e hallkave duke parandaluar infeksione të reja. Zinxhiri i infeksionit është baza për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve.

AGJENTËT SHKAKTARE

Bakteret, viruset, kërpudhat dhe protozoarët (mikroorganizmat) janë shumë të zakonshme në ambient. Shumica e këtyre mikroorganizmave nuk ju shkaktojnë dëm njerëzve. Krijimi i një mjedisi pa organizma nuk është një qëllim realist. Bakteret janë organizma njëqelizore, disa prej të cilave mund të shkaktojnë sëmundje. Ne të gjithë jetojmë me një numër bakteresh, të cilat ju referohemi si flora normale dhe që zakonisht nuk shkaktojnë sëmundje përveç rastit kur priset kjo balancë. Shumica e baktereve kërkojnë një dozë infektuese për të shkaktuar sëmundje: që do të thotë, zakonisht kërkojnë mijëra të tilla dhe jo thjesht një apo dy. Bakteret ndryshojnë në shkallën e infektueshmërisë (sa lehtë mund të prekemi prej tyre) dhe virulencës (niveli i rrezikut nga infeksioni që ato shkaktojnë).

Viruset janë patogjene intraqelizore, ADN apo ARN që do të thotë që ato mund të riprodhohen vetëm brenda një qelize të gjallë. Viruse si HIV, Hepatiti B dhe C kanë aftësinë të hyjnë dhe mbijetojnë në trup për vite përpara se të shfaqen shenjat e sëmundjes. Viruse të tjera si influenza, e shpallin shpejt praninë e tyre përmes simptomave karakteristike.



Herpes është një problem mjaftë i përhapur. Kërpudhat (fungi) mbizotërojnë kudo në botë, por vetëm pak prej tyre mund të shkaktojnë sëmundje tek njerëzit, shumica prej tyre prekin kryesisht lëkurën, thonjtë dhe indin subkutan. Një kërpudhë e zakonshme, *Candida albicans*, është flora humane normale që mund të shkaktojë infeksione kronike apo të rënda. Infeksionet nga kërpudhat mund të jenë kërcënuese për jetën veçanërisht në pacientët në kushte të rënda shëndetësore. Kërpudha si *Pneumocysti carinii* mund të jenë kërcënuese për jetën në pacientët me HIV/AIDS.

Protozoarët janë mikroorganizma një apo shumë qelizore që janë më të mëdha se bakteret. Protozoarët shkaktojnë diarre dhe malaria. Ato mund të transmetohen nëpërmjet kontaktit të drejtpërdrejtë ose jo të drejtpërdrejtë apo nga kafshimi i një vektori artropod.

Parazitët janë organizma më të mëdha që mund të infektojnë ose prekin njerëzit. Prekja nga

artropodë si morrat dhe scabiet, ndodh nga kontakti i drejtpërdrejtë me artropodin apo vezët e tij.(1)

Roli infermierit në parandalim dhe mjekim

Organizmat shkaktare mund të eliminohen me metoda të ndryshme që përfshijnë:

- Sterilizimin e instrumentave kirurgjikale dhe çdo gjëje që është në kontakt me hapësirat sterile të trupit
- Duke përdorur metoda të sigurta të ofrimit të ushqimit
- Duke siguruar ujë të pijshëm të sigurt
- Vaksinimi i njerëzve për të mos u bërë rezervuarë të sëmundjes
- Mjekimi i personave që janë të sëmurë
- Ndjekja e praktikave të mira të larjes së duarve



Steriliteti është mbrojtja më e mirë si për personelin edhe për vetë pacientin.

Roli kryesor i infirmierit konsiston në marrjen e mostrave për analizim edhe në ruajtjen e pastër të ambientit ku manipulohet që mos të infektohet.

Parandalimi i transmetimit të infeksionit nga ambienti

Për të pakësuar transmetimin e mikroorganizmave nëpërmjet ambientit dhe

pajisjeve duhet të zbatohen metodat e duhura të dezinfektimit dhe sterilizimit.

Higjiena e Ambientit të Spitalit.

- Duhet të bëhet një pastrim rutinë i përditshëm i spitalit për të ruajtur higjienën e duhur.

- Qëllimi i pastrimit rutinë është për të pastruar spitalin nga ndotja makroskopike sepse as sapuni as detergjenti nuk përmbajnë agjentë antimikrobialë.



Rekomandimet kryesore në lidhje me higjienën personale

1. Përzgjedhja e pajisjeve mbrojtëse duhet të bazohet në vlerësimin e riskut të transmetimit të mikroorganizmave të pacientit, si dhe në riskun që ka personeli mjekësor për tu kontaminuar nga

gjaku, lëngjet trupore dhe sekrecionet e pacientit. (Grada D)

2. Për çdo procedurë invazive dhe për çdo procedurë që mendohet se ka një risk për tu ekspozuar me gjak, lëngje trupore, sekrecione

ose mjete pune të kontaminuara duhet të vishen doreza. (Grada D)

3. Dorezat duhet të jenë me një përdorim. Ato duhet të vishen menjëherë para një situatë ku do të ketë kontakt me pacientin dhe të hiqen menjëherë pasi të përfundojë kontakti me pacientin. (Grada D)

4. Dorezat duhet të hidhen në vendin ku hidhen mbetjet mjekësore dhe duart duhet të pastrohen pas heqjes së dorezave. (Grada D)

5. Nuk duhet të përdoren doreza me përmbajtje pudre ose polieteni. (Grada D)

6. Në rastet kur ekziston risku që veshjet të ekspozohen ndaj gjakut, lëngjeve trupore ose sekrecioneve duhet të vishen përparëse mbrojtëse plastike një përdorimshe. Pas përdorimit ato duhet të hidhen në vendin e mbetjeve mjekësore. (Grada D)

7. Në rastet kur ekziston risku që fytyra të spërkatet me gjak, lëngje trupore ose sekrecione duhet të përdoren maska në fytyrë dhe mbrojtje për sytë. (Grada D)

• Duhet të përdoren linja veprimi të cilat përcaktojnë shpeshësinë e pastrimit dhe agjentët e përdorur për muret, dyshemenë, shtretërit, perdet, xhamat, mobiliet, orënditë, banjën dhe të gjitha pajisjet mjekësore të ri-përdorshme. Metodatat duhet të jenë sa më të përshtatshme dhe me nivelin e nevojshëm të asepsisë. Kjo mund të arrihet duke i ndarë ambientet në katër zona spitalore.

→ Zona A: Jo kontakt me pacientin: Pastrim normal

→ Zona B: Kujdesi për pacientët që nuk janë të infektuar: Pastrim me procedurë që nuk ngre pluhur në ambient për këtë arsye nuk rekomandohet pastrim i thatë. Përdorimi i detergjenteve përmirëson cilësinë pastrimit. Para pastrimit duhet të bëhet fillimisht dezinfektimi i zonave të ndotura me gjak ose lëngje të tjera.

→ Zona C: Pacientët e infektuar (salla izolimi): Pastrim me detergjente dhe solucion dezinfektantë me pajisje të pastrimit të veçanta për secilën dhomë.

→ Zona D: Pacientët e dyshuar (izolim mbrojtës) ose zona të tilla si salla pune, dhomë lindje, njësi e terapisë intensive, sallat e bebeve premature, sallat e të plagosurve ose të aksidentuarëve dhe njësitë e dializës: Për pastrimin e këtyre zonave përdoret detergjente dhe solucion dezinfektantë me pajisje të pastrimit të veçanta për secilën dhomë. Të gjitha sipërfaqet horizontale në zonat B, C, D dhe zona e tualetit duhet të pastrohen çdo ditë.

Testimi bakteriologjik i ambientit nuk rekomandohet vetëm në rrethana të përcaktuara qartë si:

- Mbikëqyrje epidemike kur suspektohet si burim infeksioni faktori ambiental
- Monitorim i ujit të dializës për shkallën bakteriale siç kërkohet nga standardet.
- Për kontroll cilësie kur ndërrohet teknika e pastrimit.(2)



Reziqet kryesore të punonjësve në repartin e infektivit

1. Rreziku struktural

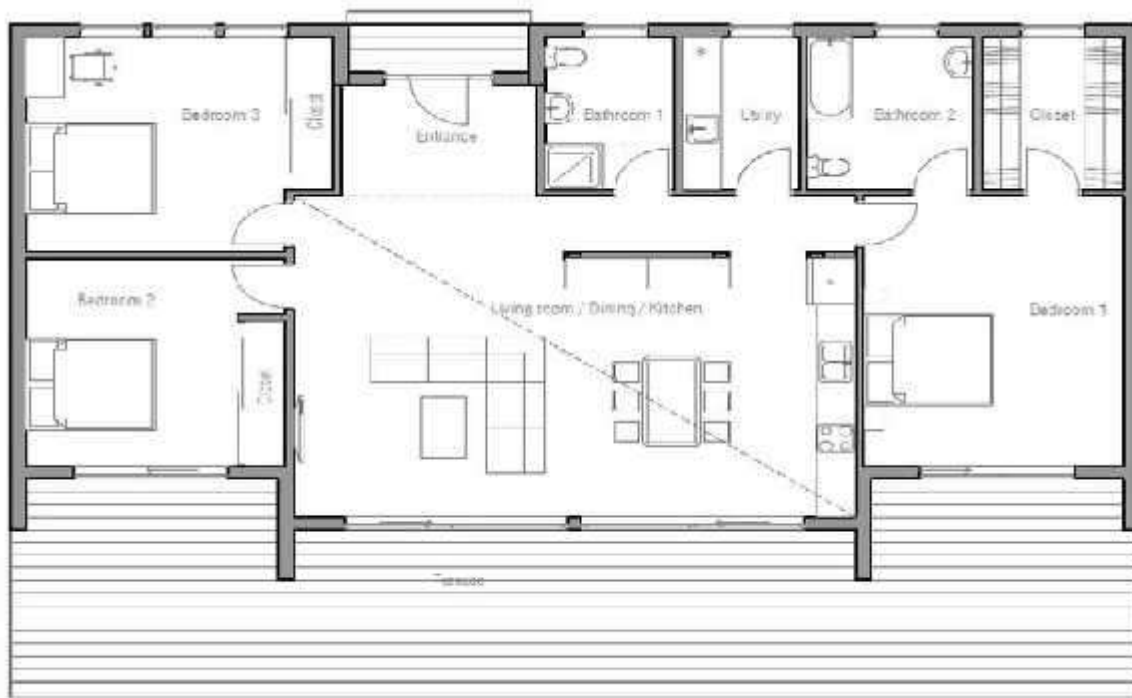
Perfaqesojnë reziqet e aksidenteve si renia ,apoperplasja kundër pengesave etj.Keto rrezeqe limitohen si pasoje e një mbrojtje të mirë të arkitektures të repartit dhe mirembajtjes së duhur si :

-mbajtja e lirë e rrugëve të hyrjes dhe të daljes në mënyrë të vecantë atyre të urgjencës
-dysheqe jo të rreshtueshme dhe pa ndryshime të nivelit

-mirembajtje të dyshemëve ,mureve ,tavanit ,dritareve

Roli infermierit të strukture :

- Informim i duhur mbi funksionin dhe hartën e repartit
- Informim mbi gjendjen funksionale të dyerve dhe pjesëve të tjera të strukture dhe informimin në rast dëmtimi në strukturat përkatëse
- Të mos mbingarkoj me material vend të caktuar



plani i pavionit infektive ,harta e të cilit duhet të njihet nga infermieri i strukture

2. Rreziku elektrik

Repartet mjekësore konsiderohen si me rrezik të lartë elektrik si për pacientet si për personelin mjekësor që punon aty.Rreziqet kryesore që vijnë nga përdorimi i elektricitetit :

-rrezikun e kontaktit direkt dhe indirekt të pjesëve të tensionit

-rreziqet e mikroshokeve elektrike për pacientet duke qenë se kanë pjesë të aparatit që kanë ngarkesa rryme

-rrezeqe për djegie termike si pasoje e pllakes së elektrobisturi

-rrezikun e përfshirjes në zjarr si pasoje e përdorimit të produkteve që marrin zjarr.

Implantet elektrike duhet të përgjigjen nevojave të sigurisë Brenda normës ,dhe të projektohen nga profesionist të mesuar në punimet në ambiente shëndetësore dhe të instalohen nga firma përkatëse .

E rendesishme eshte qe te kete vazhdimesi te rrymes elektrike edhe ne rast nderprerje energjie dhe mundesia qe te kene nje impiant ushqimi alternative dhe te sigurt.

Roli i infermierit te struktures :

- Te mos perdori zgjatus ,preiza treshe spo me shume pa komunikuar me elctricistin me pare nese do ndryshime nga ato qe jan instaluar
- Te shenoj dhe lajemroj menjehere cfardolloj anomalie spo difekt ne funksioniim
- Te mos perdor aparatura te cilat nu punojn mire apo jan te patestuara

3. Rreziket nga perdorimi aparaturave

Ne linjen e pergjitheshme te gjithe aparaturat elektromedikale dhe te gjithe dispozitivet e perdorur nga stafi mjeksor duhet te kene te dhenat e nevojshme per mos demtime dhe siguri per perdorusin dhe pacientin. Siguria e ketyre mjeteve eshte e siguruar nga prodhuesi dhe perdorusi nepermjet :

-vendosja e shenjes CE ne aparatur

-nje autocertifikim qe i pergjigjet normave specifike

-manuali i instrukcionit te perdorimit te aparatures dhe dispozitivit qe duhet te njihet dhe zbatohet nga perdorusi.(3)

4. Reziku per zjarr

Per spitalet dhe repartet me me shume se 25 shtreter duhet te kene Certifikaten e Ruajtjes nga zjarri te leshuar nga Komanda e Zjarfikseve .

Per kete eshte e nevojshme qe spitali dhe reparti infektiv ne vecanti duhet menaxhuar ne menyren e duhur per te garantuar nje nivel sigurimi :

-uljen e probalitetit te shperthimit te zjarrit duke limituar sasin e materialit qe marrin flake dhe shperthyese

-kontrolli periodikisht qe rruget e daljes te jene te lira dhe aparaturat e impianteve te individualizimit dhe shuarjes se zjarrit.

-duke u kujdesur ne informimin e personelit mjekesore ne raste te tilla

-duke patur nje plan emergjence

-duke u kujdesur ne formimin dhe pergatitjen e skuadres se emergjences te brendeshme



5. Reziqet nga agjentet fizike



-Kushtet mikroklimatike

Reparti infektivit duhet te kete ne menyre te vecante nje impinat kondicionimi qe te kete funksionet kryesore :

- te mbaj temperature Brenda vlerave te lejuara dhe lageshtine e duhur per te siguruar qendrimin sa me te mire te personave
- te largoje ndotesit gazos nga salla operate
- te mbaj dhe te ruaj konservimin e agjenteve biologjik ne menyre te vecante
- te mirembahet dhe te pastrohet si duhet dhe gjithashtu te infrohet personeli mjeksore per perdorimin e drejt te tyre

6. Reziqet nga rezatimi jonizuese

Reziku nga ekspozimi i rezative jonike mund te jete prezente ne repart gjate perdorimit te interveneteve si berja e radiografive ne dhoe e pacientit ,fluoroscopite apo angiografite etj.Per te vleresuar rezikun ndaj ekspozimeve te jonizimit norminata parashikon detyrimin ndaj ekspertit kualifikativ .Gjithashtu duhe te behet vleresimi per categorine e ekspozimit.

Personeli i cili esht i ekspozuar ndja ketyre reziqeve duhet te jete nen kontroll vjetor te mjekeve te autorizuar.

Roli i infermierit te struktures

Gjithashtu duhen te perpunohen procedurat e sigurise qe personeli duhet te zbatoje per te limituar reziqet e ekspozimit :

- nese eshte e mundur te largohet nga salla gjate procedurave te rezikshme
- te qendroj larg deri ne 2 m nga rrezja e rezatimit
- te veshi indumentin mbrojtës dhe dosimetrin personal
- te vendoset pas nje xhami mbrojtës nese duhet te jete pranë pacientit

7. Reziku nga rezatimet jo jonizuese

Burimet e radacioneve jo jonizuese clasifikohen ne baze te gjatesise se vales keshtu qqe vijne si rrjedhim :

- radio frekuenca
- mikrovalet
- rezatimet infrarose
- rezatime optike
- reze laser
- ultrasuoni

Ne repartet infective mund te jene prezente aparatura qe emetojne rezatime ultraviolett qe perdoren per disifektim te zones dhe llampa germicide(mikrobvrasese)(3-4)



8. Reziku per agentet infektiv

Ne menyre te vecante duhet te vleresojme rezikun per agent infektive si pasoje e agjenteve biologjik ne repart dhe si rrjedhim masat mbrojtese qe duhen mare .

Per rrezik biologjik infeksioni do te kuptojme :

1. **-agjentin biologjik** :cdo mikroorganizem edhe pse gjenetikisht i ndryshuar mund te provokoj nje infeksion,alergji apo intosikacion
2. **-mikroorganizem** :cdo etinitet mikrobiologjik ,cellular ose jo i afte qe te riprodhihet dhe te transefroj material gjenetik ne organizmin e njeriut
3. **-kultura qelizore** :si rezultat i rritjes ne invitro te qelizave te derivuara nga organizma pluricelular

Rezikshmeria e nje agjenti biologjik :

-infektimi >kapaciteti i agjentit biologjik per te hyre ne organizmin bujtes dhe te shtohet ne te

-patogjeniteti :kapaciteti i nje agjenti biologjik per te prodhuar semundje si rrjedhim i kontaktit me organizmin

-transimisioni :kapaciteti i agjentit biologjik per tu tranmetuar nga nje subject ne tjetere

-neutralizimi :disponibiliteti per te kryer masa profilaktike per te parandaluar semudjen ose ekfikasitatin e e terapise per nje kure (vaksine)

Niveli i rezikut :

Agjentet patogjen mund te kalsifikohen ne 4 grupe :

1)grupi 1 :pak propabilitet per te provokuar semundje(mikroorganizma saprofite ne ambjent)

2)grupi 2 :mund te japing semundje tek punonjesi por pa reziqe per te kontaminuar kolektivin (butilini apo tetanozi)

3)grupi 3 :rezik i larte per te dhene semundshmeri tek punonjesi por edhe per perhapjen ne kolektiv por me mundesi per te nderhyre me masa profilaktike si psh :tuberkul;ezi ,ethja e verdhe,hepatite B,C ,AIDS dhe tifo

4)grupi 4 :pergjegjes per patologji te renda dhe rezik si per punonjesit dhe kolektivin apo personat qe i rrethojne te larta dhe pa mundesi masash profilaktike apo terapeutike si psh :virusi ebola ,vaiolo dhe disa prion

Mundesia e transemtimit

- Nga gjaku :gjaku dhe lengje qe permbjane gjak si psh HBV,HCV,HIV
- Respiratore :ajrore si psh tuberkulozi
- Orale :ushqime te kontaminuara si psh salmonella
- Muco-cutane :lekure dhe mukoza gjenitale si psh :HIV,HERPES VIRUS,HBV,HCV

KUJDESI INFERMIEROR

Per kete faktore reziku duhet te vleresohen subjektet e ekpsozuar dhe personeli mjeksore .Per kete duhen masa mbrojtese qe do ti listoj meposhte:

- Mbrojtja e duhur dhe mirembajtja e duhur e impiantit te ajrit ne repart dhe pastrimit te filtrave duke mbajtur nen kontroll dhe ne nivelin e duhur koncetrimi i baktereve ne ajerin e repartit
- Pastrimi periodic i ambjentit dhe instrumentave qe duhen te perdoren ,ndaj perdorimi i disinfektanteve efikas drejt agjenteve biologjik

- Mundesia për infeksion nga cirkuiti respirator si pasoje e intubimeve apo përdorimeve të tjera të reanimimit mund të përbejë një rezik infektive të pacientit, personelit dhe ambientit ndaj është e nevojshme përdorimi i një filtri antibakterial dhe antiviral midis pacientit dhe aparaturave.
- Reziku nga aksidentet në punë si pasoje e prerjeve apo kontaminimit me lëngje biologjike duhet limituar :
- Është e nevojshme përdorimi i dispozitiveve të cilët kanë gradën me të madhe sigurisë dhe kanë markën CE sipas direktivave evropiane mbi dispozitivat mjeksorë (7-8)
- Bërja e procedurave duke u mundësuar nga shkalla e përgatitjes profesionale të personelit
- Duhet gjithashtu të kenë kontenedor specifik për vendosjen e mjeteve prerëse dhe lëngjeve biologjike për të mos u ekspozuar agjentëve biologjik
- Duhet të pajiset personeli me dispozitive të mbrojtjes personale që në pjesën me të madhe konsiston në :
- Mbrojtës për duart si doreza lateksi hipoalergjene dhe me gomme sintetike ,një përdimeshe ,sterile ose jo sipas përdorimit të nderhyrjes.
- Mbrojtës të fytyrës si size me mbrojtës lateral ,maske vizive që duhet të përdoret në çdo aktivitet pasi mbron nga pikat apo spërklat e likuideve biologjike që mund të prekin personelin mjeksorë gjatë punës .
- Mbrojtës të rrugëve të frymëzimit në rast se është e nevojshme dhe reziku i infeksionit është i madh duhet të përdoren maska me mbrojtës me filtra të klases FFP2S ose FFP3SL ,në të kundërtën mjafton maska e zakonshme e cila me shumë mund të mbrojtë pacientin sesa personelin mjeksorë.
- Mbrojtësit e trupit si veshjet e personelit që duhet të përdori në repart dhe gjatë

aktivitetit të cilat duhen të jenë të përshtatshme për të mbrojtur personelin nga spërklat pika apo material të tjera biologjike.

- Kontakti me materialin biologjik (fecë,urine,gjak ,peshqym etj)
- Mbledhja e trajtimit të mbeturinave special
- Larja e materialeve të ndotura :paela,instrumente ,veshje etj
- Aparatura dhe instrumente të dedikuara kërkues së asistencës (aspiratore etj)
- Mbrojtësit e këmbëve ,mbi këpucet apo shapkat që përdor personeli gjatë punës mund të jenë të adhezive dhe formave të ndryshme në varesi të nderhyrjes që bëhet mbi pacientin .Kështu atomi mund të jenë kalcina të thjeshta ose mund të jenë deri tek gjuri

Duhet ndjekur në mënyrën e duhur procedurat operative të higjenes si përshembull :

- Përdorimi i duzeve dhe lavazheve okulare me antiseptike kur është e nevojshme
- Veshjet mbrojtëse që duhet të vendosen të vecuar nga veshjet civile
- Mbrojtësit individual që nuk janë me përdorim një përdorimsh duhet të kontrollohen dhe disinfikohen dhe pastrohen në çdo përdorim
- Indumentet e punës sidomos ato mbrojtës të cilët mund të jenë kontaminuar duhet të hiqen dhe të lihen në zonën e punës ,të konservuar dhe kontrolluar ,disinfektuar dhe të ndalojnë nga indumentet e tjera .
- -është e ndaluar të halet ,të pihen apo të konsumohet duhan në ambientet e punës ku ka rezik për ekspozim.(5_6)
- Duhet të mbahet distanca me instrumentat jo steril.
- Duhet të eliminohen kontaktin trupe me trupe me pacientin

- o Te mose ushqehet ne berendesi te pavionit.
- o Te kete kujdese ne kosumin dhe shperndarjen e ushqimit te pacientet.



Ndarja e ushqimit te pacientet

- o Te perdori masa mbrojtese ne cdo manipulim te tij pa perjashtim
- o Veshja e dorezave ,kapuceve edhe perparese eshte e domosdoshme .
- o Nuk duhet te largohet nga pavioni per ne ambiente te hapur me te njejtat rroba
- o Duhet te bej steriliozimin e paisje /
- o Te mos manipuloje te pacienti pa informacionet e nejshe lidhur me semundjen ne fiale .
- o Te kete kujdese ne trasportin e mostrave ekzaminuse.
- o Ti mbaje floket gjithmone te kapu.
- o Te shemangi kontakti e drejteperdrejte me gjakun e te semurit.

- o Te njohe mire cdo aparature edhe funksionim te saj.
- o Te shmangi konfliktet me koleget.
- o Te shmangi situatat jot e kenshme te pune.
- o Te reduktoje ankthin edhe pasigurine ne pune
- o T e vishet ne pune me pupa ose atleta te posacme
- o Te kujdeset per higjenen e vete.
- o Te mose preki instrumenta jo steril kure ka procedura qe kerkojne sterilizim te plote

Antiseptia Desifektimi Sterilizimi

Semundjet infektive-infeksionet spitalore parandalimi i tyre bazohet ne mbajtjen edhe zbatimin e masave proceseve dhe procedurave te duhur.30-50% te infeksione spitalore mund te

parandalohen nese zbatohen procedurat e duhura te cilat jane:

- ✓ Sterilizimi
- ✓ Dizifektimi
- ✓ Antisepsizem

1.Sterilizimi eshte shkarkimi i paisjeve medikale nga organizmat e gjalla,shkaterrim i te gjithave mikrobeve edhe sporeve qe merren nga kontakti me pjese te ndrysheme te trupit.Sterilizimi qendror perbehet nga:

- ❖ nje arkitekture e sakte,
- ❖ metoda moderne sterilizimi
- ❖ testim edhe dokumentim rezultatesh
- ❖ perzgjedhje e personelit me metoda te pershtatshme
- ❖ arsim te vazhdueshem edhe specializim te personelit

i cili gjithashtu duhet te jete i paisur me veshje te pershtatshme.Mjetet qe jane ne diskun e punes duhet te jene vecmas nga ato te perdorurat apo ato jo te perdorurat.Nese paisjet sterile bien ne kontakte me ato jo sterile behet serishte sterilizimi i tyre,gjithmone duhet te kemi kujdese me mjete e mprehta te perdorura sepse munde te lendohemi vete raste te tilla jane te shumta te cilat behen edhe rrezik per kalim e semundjes te personeli.Ka raste kur mbetjet qendrojne kohe te caktuare pa lare duhet te sigurohemi qe te marrin Sa me pak ndoters te tjere.Sterilizimi zona e pare behet **pastrimi-desifektim-tharje-vajosje**,ku personeli duhet te marri masa te rrepta ,materialet te jene te kontaminuara potencialish,te njohi mire proceduren e larjes cdo gje ta kete te dokumenture ,ore e larjes ,paisjet qe do laj .Pastrimi edhe desifektimi duhet te behet ne lavatrice/lavanteri ose me dore me qellim reduktimin e ngarkesave mikrobilae dhe heqjen e substancave organike
Zona e dyte e sterilizimit
Kontrolli i funksionit te materialeve te lara, numerimi i tyre
paketimi

vendosja e treguesit

vendosja ne stuf ose autoklave,

Pasi bejme te gjitha keto procedura ne perfundim te fazes se 2 bejm edhe shenimin e paketave ku vendosim daten,emerin e infermierit ,oren ,autoklavin ku u be sterilizimi edhe ngarkesen e sterilizimit.Infermieri duhet te kete parasysh se autoklavi eshte menyra me e mire edhe me e sigurte sepse ajri arrin temperature te larte per nje kohe te shkurter,kemi depertim te larte pershkake te presionit eshte pa mbetje tokesike edhe ka 2 porta. Autoklavi eshte i rendesishem edhe per fakti se ka kapacitet te madhe per materiale.Gjithashtu infermieri duhet te kete kujdes ne perdorim ne menyre qe te mose rrezikoj shendetin e tij,rastet me demtime jane te medha edhe te renda kjo per shkake te presionit qe ka autoklavi ne brendesi.

Rregulla te pergjithshme per te ruajtur shendetin e infermierit.

- Duhet te jete i veshur me rroba te pershtatshme
- Nuk duhet ta hapi autoklavin pa mbaruare pune.
- Duhet te hapi valvulen e presionit.
- Duhet ti leri tavat te ftohet pasi rrezikojn te digjen.
- Nuk duhet te kete objekte metale ne trupe afer autoklavit.
- Uji i stelizuar duhet te duhet te ftohet pastaj te hidhet ne gypat perkates.

Oksidi i etilenit eshte nje metode qe ka mbizotruare prej shume vitesh sepse ne temperature te ulte arrine te sterilizoj paisje te ndjeshme.Megjithate ajo kjo metode nuk eshte shume e perdorur pasi paisjet duane 12 ore te perdoren serishte,ka kosto te madhe instalimi,kerkon alarme pe ajrin edhe numerime te shpeshta.

Peroksidi i hidrogjenit

Eshte nje metode qe synone te mbizotroje ne bote per materiale termosensitive,pasi ajo i bene gati materialet per nje ore edhe ne tem 35-36 grad.Avantazhi i kesaj metode me i madhe eshte

se nuk kerkon instalime te vecanta po vetem me rrym elektrike,duke nxjerrn ne perfundim produkte perfundimtare si oksigjen edhe avull. Zona e 3 e sterilizimit eshte vendi i ruajtjes se materialeve te sterilizuara,ku ketu kemi nje sektore te “shenjte “ku nuk mund te futen te gjitha materialet.Vendi i mbajtjes se tyre duhet te plotesoj disa kushte si :

- Ambjent i thate edhe pa plura
- Temperatura te jete stabel
- Dollapet te mbyllur edhe te paster.
- Mos te kete materiale te tjera pervecese atyre qe duhet.
- Mbrojtje nga rrezet e diellit.

Rregullat evropiane

Materiale paketimi	Paketim njesh	Paketim dysh	Mbrojtje shites
Leter	20	60	
These leter	40	80	
Kuti te sterilizuara + paketim i brendshem	210		
Materiale per rreze X	100	250	
Dust cover e mbyllur			400
Kuti plastike			250

Koha e jetes se ketyre materiale te vendin e shenjte duhet te kontrollohet nga infermieri pasi ato qe nuk perdoren dhe kalone afati duhet te risterilizohen.Kujdesi infermierore ne sterilizim fakoret qe duhet te vihen e jane:

- Menyra e ambalazhimit
- Vendi ku duhen te mbahen
- Menyra se si mbahen
- Metoda e ambalazhimit
- Mbi cdo pakete duhete te shkruhet data e prodhimit edhe data e skadimitqë vendoset sipas rregullave evropiane.

Rregullat evropiane

Ku mbahen te sterilizuarat	Piket
Ne korridore	0
Ne dhomen e pacientit	0
Ne dhomen e terapise	50
Ne depon e pergjithshme	75
Ne depon speciale	250
Ne depon speciale ne infektiv per materiale te sterilizuara	300

Rregullat evropiane te mbajtjes se materialeve

Si mbahen materialet e sterilizuara	
Ne karroc te hapura	0
Ne dollap te hapura	0
Ne dollape metali te mbyllura	100

Keto rrulla duhet te ndiqen ne menyre te perpikte qe mos te kemi tejchim te infeksionit eshe vete infektimin e personelit apo eshe

neglisenca me pune qe do te ndikonte ne punen ne grup.

Vlersimi i jetegjatesis se materialeve te sterilizura

Vlersimi	
1-25	24 ore
51-100	1 jave
101-200	2 muaj
201-300	3 muaj
301-600	6 muaj-1 vite
601-750	2 vjete
751-.....	5 vjete

Menyra e ambalazhimit edhe koha e qendrimit

Leter njeshe ne dhomen e pacientit	24 ore
Zarf njeshe edhe dysh ne dhomen e pacientit	=1 muaj
Leter njeshe edhe dyshe ne dhomen e pacientit osellur dollap metalik te mby	=2 muaj
Menyra e paketimit per te qendruar ne sektore	Koha e sterilizimit
Leter njeshe ne dhomen e kurimit ose ne depo mbi karroc	=2 muaj
Leter dyshe ne dhomen e kurimit ose ne dollap te mbyllura metalik	3 muaj
Zarf njeshe ne dhomen e kurimit ose dollap metalik	3 muaj
Per mbulimine paketes me rrobe kudo	24 ore

Menyra e sterilizimit eshte nje element thelbesore i nje programi efektiv i nje spitali per kontrollin e infeksioneve e cila permbane paisje mjeksore ,objekte josterile dhe siperfaqe mjedisore.Nivelet e sterilizimit jane :

- Shume i larte e cila shkatrrone te tera bakteriet mikrobakterit edhe viruse
- I mesem bene te mundur inaktivizimin e bakterieve dhe viruset ,kjo gje arrihet me komponimet e klorit

- I ulte sterilizimit bene te mundur inaktivizimin e formave vegjetative te bakterieve edhe virusin e gripit.

Faktoret qe ndikojne ne efektivitetin e sterilizimit:

- Pastertia e objektit
- Prani organike edhe inorganike e ngarkese
- Lloji edhe numeri i bakterieve.
- Materiali i objektit.

- Dendësia edhe koha e ekspozimit.
- Temperatura .
- Lageshtia.
- Ph.
- Sektori i veprimit.

Klasifikimi i materialeve ne perputhje me rrezikun e trasmetimit te infeksionit.

1. Rrezikshme ne ato raste kur futet ne indet edhe sistemin vaskular,kerkojne sterilizim te menjehershëm
2. Mesem kur vihen ne kontakt me mukozen duhet desifektim ne nivelit te larte.
3. I vogel kur bie ne kontakte me lekure te paprekur edhe disifektimi ne nivel te ulte.

Ne varsi te udhezimeve standarte duhet qe :

- Desifektuesi duhur sipas objektit.
- Pastrimi mekanik para desifektimit.
- Ndjekjen e udhezimit te prodhuesit.
- Koha e perqendrimit ne desifektant.
- Desifektusi te hidhet ne ene me kapak.
- Desifektuesit nuk sterilizojne.
- Dy desifektante nuk predoren dy se bashku.
- Desifektanti i skaduar nuk perdoret.
- Edhe desifektuesit kane mikrobe,
- gjithmone dohet perdorur doreza,
- paisje si maske edhe syze gjithashtu
- duhen te lahen duarte.
- Nje termometer per cdo paciente.
- Te ruhet ne ene te paster edhe te thate.
- Elektrokardiograma i behet pastrim mekanik
- Zhytje ne desifektant.
- Pastrim i paisjeve dhe kablllove.
- Shishet jane disa perdorimeshe edhe duhet te sterilizohen.
- Tubat edhe katheter per thithje ose aspirim jane nje perdorimeh edhe hidhen ne qese te verdha.

- Filtrat duhet te nderrohen here pas here po nuk kane nje kohe te caktuar kur nderrohen hidhen nuk perdoren me.
- Shishet qe kane shume likide te mbledhur hidhen ne kanalet ndihmese.
- Laringoskopet pastrohen ne menyre mekanike edhe sterile pasi i kemi hequr baterin.
- Burimi i drites se laringoskopit vecohet nga ai para pastrimit.
- Paisjet jo me shume rendesi nuk pastrohen duke u sterilizuar po ne menyre mekanike edhe me desifektim me alkol 70-90% me alkol ne kohen e duhur edhe te pershtatshme

Antisepsia eshte nje proces me te cilin arrin shkatrrimin ose ndalimin e rritjes se mikroorganizmave me perdorimin e lendve kimike.Perdoret vetem ne inde te gjalla.Antisepsia e duareve kur marim gjak ose kur bejm gati tavolinen per nderhyrjen ne plage te infektuara ose vendosje dreni.Substancat antimikrobial shkaktojne inhibimin e rritjes se mikrobiale.

- Vetem nje objekt steril mund te preki nje objekte tjeter steril,
- Hapni paketimin ku buza e pare te jete larg trupit te infermierit.
- E quani si te piste nje gje qe nuk jeni te sigurte.
- Mbani objektin steril mbi mesin e trupit tuaj.
- Kur mos u largoni nga nje mjedis steri apo ktheni kurrizin.
- Te gjitha gjerat qe vihen ne kontakte me lekuren duhet te jene sterile.
- Teshtimat edhe kollitjet mbi okjekte te sterilizuara nuk lejohen.

- Te kerkoje bashkepunimin me koleget ne raste manofrimesh qe munde te cenojne shendetin e tij si _ngritje

- peshash ,trasportine pacienteve nga nje zone ne tjetren
- o Te bej ndarjen e materialeve te perdorurave sipas udhezimeve evropiane.
 - o Te mose leri te perhapura ne pavion mteriale te meprehta edhe te gjakosura
 - o Te kujdeset per tavolinen e punes edhe krumbullimin e saj.
 - o Te jete krijuese per cdo situatë te pazakonte qe munde te cenoje shendetin e tij.
 - o Te perdore jeleke ne cdo raste manipulime ne lemente radioactive.
 - o Te sigurohet para cdo manipulimin .
 - o Te bej analiza per kontrollin e vete shendetesore.
 - o Te mos shpejtoj ne berjen e punes pa siguruar qe shte gati per nderhyrje ne ate procedure.
 - o Te kete kujdese ne mjekimin e plageve te infektuara



Kujdesi per plagete e infektuara duhet te kemi parasysh qe :

- Mjedis duhet te jete steril .
- Paisjet duhet te jene sterile.
- Dorezat duhet te vishen ne menyre apo absolute.
- Te mbahete distance nga plaga.
- Paisjet e perdorura duhet te lidhen ne vendin e posacem.
- Materialet per sterilizim duhet grumbullohen vecmas edhe te numerohen .
- Bisturit edhe drenat hidhen.
- Veshjet duhet te jene nje perdorimshe.

KUSHTET HIGJENO SANITARE.

Cdo pavione duhet te desifektohet edhe te lahete ne menyre te vazhdueshe edhe te njepasnjeshme. Asnje ambjente nuk duhet te kete sperkla gjaku apo mostra per analiza.

Dushet edhe tualete duhet te jene te regullt edhe te plotesojn kushte minimale te higjen.



- Uji ne pavionet infective duhet te jete i rrjedhshem edhe i panderpre
- Lavamanet te vendosur ne cdo dhome patienti
- Me sapune edhe peshqira te pambukte edhe te paster.
- peshqirat te lahen edhe nderrohen perdita.



NDARJA E MBETJEVE

Tabela 1: Diagrama e kodimit me ngjyra për ndarjen në burim, ambalazhimin, grumbullimin dhe asgjësimin

KODI i NGJYRA VE	E ZEZE	JESHILE	E VERDHE	E KUQE	KAJE
Rryma e mbetjeve	Mbetje komunale	Mbetje komunale të riciklura kur është e mundur	Mbetje infektive spitalore	Mbetje të rrezikshme	Mbetje per groposje
Lloji i mbetjeve	Peceta ose shami letre, Mbetje te pandotura, Mbetje të pergjithshme, Lule, Shishe plastike, Ambalazhe të ndotur, Metale të caktuara, Fashatura jo të infektuara, Pelena dhe peceta inkontinence	Gazeta Kanache Shishe qelqi Karton Ambalazhe të pastra Kartrixhe toneri Në disa raste, letra dhe pajisje elektrike të caktuarariciklohen nëkontenierë apo kosha Blu.	Fasho dhe tampona Peceta inkontinence, pelena, oturak shtrati njëpërdorimsh Mbetje spitalore laboratorike Instrumente të mprehta të përdorur dhe ampula ilaçesh Gjak dhe lengje te ndotura (qeset dhe tubat bashkëngjitur) Inde të padallueshme Mbetje nga dializa/mbetje të pastertilizuara me rrezik të lartë Mbetje laboratorike Pjesë metalike të ndotura Mbetje shume infektive Gjak i infektuar/ind fetusi	- Mbetje citotoksike - Medikamente - Kimikate te tjera farmaceutike - Mbetje radioaktive - Mërkur dhe - Metale të tjera të rënda, p.sh. Bateritë Ni-Cad etj.	- Pjesë trupi të dallueshme - Placent a
Lloji i kontenierve	Qese të zeza, ose kuti kartoni të siguruara dhe të shënuara (për të mprehta ose pjesë të thyera)	Qese ose kuti të përshtatshme për skemën e riciklimit	Qese të verdha Kosha të verdhë/kontenierë specialë të verdhë	Kuti të kyçura farmaceutike Kontenitorë të verdhë farmacie me shënimin "Të rrezikshme nga farmacia" Kontenierë specialë	
Procedura e grumbullimit	Grumbullimi i zakonishëm nga bashkia.	Të përshtatshme për skemën e riciklimit.	Grumbullim dhe magazinim në shtëpi përpara grumbullimit nga (ose dërgimit tek) subjekti i licensuar.	Grumbullim dhe magazinim shtëpiak përpara grumbullimit nga subjekti i licensuar.	

Asgjesim i	LENDËLL	RIPËRDORIM	TRAJTIM ME NXHËTËSI > LENDËLL	INCENERIM/LENDËLL	GROPOS JE/ INCENER IM

Per ndarjen e mbeturinave ne bote egzistone nje rregullore e qarte „ku do hidhen mbaturinat edhe si do te ndahen

Tabela 2.Ndarja e mbetjeve Spitalore

MBETJE TË PËRGJITHSHME	MBETJE SPITALORE INFEKTIVE	MBETJE TË MPREHTA
		
AMBALAZH LETËR KARTON PLASTIK QELQ TUBA SERUMESH (TË PASTËR) QESE SOLUCIONI SALIN MBETJE USHQIMORE LULE PELENA PRODUKTE SANITARE	TAMPONE, FASHO, PAMBUK TË NDOTUR ME GJAK TAMPONE, FASHO TË NDOTUR ME LENGJE TRUPORE QESËT E GJAKUT PËR TRANSFUZION SISTEMET E KATETERËVE PJESË TRUPI TË PADALLUESHME (TË VOGLA) / MOSTRA INDESH TUBA DHE FILTRA DIALIZE PELENA NGA PACIENTË TË INFEKTUAR SHIRINGA TË NDOTURA ME GJAK TUBA TË NDOTUR ME GJAK AMPULA PLASTIKE TË NDOTURA ME GJAK DOREZA KIRURGJIKALE TË PERDORURA/MASKA/PËRPARËSE	AGE BISTURI QELQE TË THYERA AMPULA GJILPËRA QEPJE PLAGE KAPSE PËR PLAGËN INSTRUMENTA TË TJERË TË MPREHTË

Por ne pamundes te ndarjese ne kete forem te mbeturinave ne pavione sipasoje e :

Mugeses se paisjeve mbajttese

Mungese se fondeve per blerien te tyre

Pamundes te nje pike grumbullimi te mbetjeve infective /

Ato ndahen ne pasje rrethane qe sigurohem nga vete pesoneli per te lehtesuare punen e tyre.sic shihet edhe me poshte ndarja e tyre eshte large standarteve edhe normave evropiane



Ndarja e materialeve infektive ne spitalin rajonal fier si[pas rrethanave edhe kushteve qe vete personeli krijon



Perdorimi i dorezave

Dorezat duhet te perdoren sipas standarteve te kontaktit qe do te perkfizohen me mire ne skemen e meposhtme:

Nomrat europiane (NE) per perdorimin e dorezave

Jane te indikuar perdorimi i dorezave sterile
Ne cdo procedure kirurgjikale dhe lindje vaginale,procedura radiologjike invasive ,pozicionim dhe vendosje e akseve vaskulare dhe regullim te linjave infusive (kateter central),pergatitje e usqimive parenteral dhe agjenteve kimioterapeutik .
Jane te indikuar perdorimi dorezave te pastra >ne situatë klinike qe mund te kete kontakt me gjakun ,lengje biologjik,sekretme,nxjerrje e objekteve te dukshme te ndotura me leng biologjik
Ekspozim direct me pacientin :kontakti me gjakun ,kontakti me membrane dhe mukoza dhe lekure te emtuar ,prezenc e madhe e orgaizmave shume virulente dhe te rekishem ,situatë epidemike dhe emergjente ,pozicionim dhe heqje e nje dispozitivi intravaskulare ,marrje gjaku dhe heqje te linjave e gjakut ,vizite gjinekologjike,aspiracion endotrakeal me linja te hapura.
Ekspozim jo direct me pacientin :te zbrazti stativin.manipulim ose pastrim inttstrumentash ,manipulim mbetjesh ,te pastrim i sprklave te legjeve biologjike ose gjak
Nuk jan te indikuar perdorim i dorezave sterile
Ekspozim direct me pacientin :matja e tensionit ,temperature ,matja e pulsit,te behet nje injeksion subkutan ose intramuskul ,te lash ose ves pacientin ,transport te pacienti,te pastrosh syte ose veshet pa prezenc sekrecionesh
Ekspozim direct me pacientin :perdorim i telefonit ,te shkruash kartelen,te bjapesh terrapin orale,shperdnan ushqimin dhe kartopecetat ,te ndrosh carcafet ,te levizesh moblat e pacientit Brenda dhomes

Dorezat jane masa mrojetese edhe e domosdoshme ne punen e infermierit te cit perdore si ne ushqim edhe ne manipulim apo edhe sherbim higjeno sanitare.

Perdorimi ne mase i tyre do te ulte rrezikun per cenim te shendetit te personelit kjo e bent e domesdoshem faktin e perdorimit te tyre.

Reparti infektivit	Kontakti	Sperklat	Ajri
Përkujdesje bazuar mbi Organizmat (listë jo e plotë)	MRSA, Clostridium difficile* , morra, skabie	N. meningitidis, Shyta, Pertus, Norovirus, të vjella, Influenza, Streptokok invaziv i Grupit A	Tuberkuloz Pulmonar, Fruth, Lia, Zoster i përhapur
Masat Mbrojtëse për Sindromat	Plagë e Drenuar, Diarre të padiagnostikuar, Infestim	Shok Toksik, 2 ose më shumë nga të mëposhtmet: Ngurtësim i qafës Ethe Dhimbje koke Dobësi Kollë Akute	Ethe, rënie në peshë + kollë, rrezik të lartë për TBC, rash i përhapur + ethe
Dhomë private	Preferohet	Preferohet, nëse dhomë me shumë shtretër, të përdoret veçimi hapësinor	Po
Dhomë me presion negative	Jo	Jo	Po
Mjetet Mbrojtëse Personale për Stafin	Përparëse + Doreza	Përparëse + doreza + Maskë kirurgjikale me mbrojtëse fytyre	Përparëse + Doreza + Maskë me Efikasitet të Lartë
Mjetet Mbrojtëse Personale për Vizitorët	Përparëse + Doreza nëse sigurohet kujdes direkt	Maskë kirurgjikale me mbrojtëse për fytyrën (përparëse + doreza nëse sigurohet kujdes direkt	Maskë kirurgjikale (përparëse + doreza nëse sigurohet kujdes direkt)
Transporti i pacientit (nevojë për Maskë Kirurgjikale)	Pacienti –JO Stafi - JO	Pacienti –PO (nëse e lejojnë kushtet) Stafi – PO (me mbrojtëse për fytyrën)	Pacienti–PO (nëse e lejojnë kushtet) Stafi– JO (Duhet të vendosë maskë me efikasitet të lartë)
Pastrimi	Pastrim nën përkujdesje të veçantë	Pastrim nën përkujdesje të veçantë	Pastrim nën përkujdesje të veçantë

Ne nje repartee infective cdo ambjete ka problematiken e vete rrisuese per persnelin manipuluse ose qarkulluse,nje paciente me hepatit dorzat ndihmojne nga kontakti me gjakune ku manipulojme ne venoze ,arteriale ose edhe central.

Ne diegje ose plage te infektuara ne sterilitetin e duareve.

Ne gastro e nterite ne ndihmese e marrjes se koprokulturave edhe trasportin e tyre,edhe urine ose fece parazite

MASAT MBROJTËSE PËR PERSONAT ME IMUNITET TË KOMPROMENTUAR

Pacientët me një sistem imunitar deficiënt apo të kompromentuar janë në rrezik më të lartë për marrjen e infeksioneve gjatë shtrimit të tyre në spital. Përparëse, doreza dhe maska nuk kërkohen normalisht. Instrumentimi (psh kateteret dhe pajisje të tjera) do të përdoren vetëm kur është e nevojshme. 2 Kujdes direkt = përdoren duart në kujdes (d.m.th. larja e pacientit, ndërrimi i plageve, tualeti) 40 Mjeku do të vendosë nëse pacienti ka nevojë apo jo për Masa Mbrojtëse. Disa mundësi që mjeku mund të konsiderojë janë:

- Shkalla e kompromentimit të sistemit imun
- Koha që pacienti ka qenë

neutropenik

- Analiza të neutrofileve $0.5 \times 10^9 / l$ ose më pak (Neutropeni)
- Procedura
- Praktikrat rutinë duhet të ndiqen gjatë gjithë kohës duke përfshirë larjen rigoroze të duarve përpara çdo kontakti me pacientin
- Vendoset pacienti mundësisht në një dhomë teke. Të mbahen mbyllur dyert e dhomës. Të vendoset një shenjë në derë për të njoftuar stafin e spitalit
- Kufizoni frutat dhe perimet e pagatuara. Lulet e freskëta nuk lejohen në dhomë
- Ofroni ujë në shishe/të filtruar dhe lëngje frutash të pakeluar
- Stafi që dyshohet apo ka infeksione nuk duhet të kujdeset për këta pacientë
- Vizitorët me shenja apo simptoma të infeksionit duhet të nxiten të evitojnë kontaktin me pacientin(4)



Fig personel i paisur me masa mbrojtëse gjatë manipulimit në repartee infektive

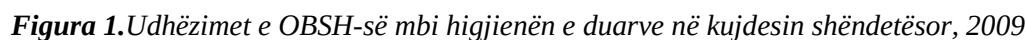
Ku vrehet bashkepunimi në grupe, përdorimi i dorezave gjatë punktimin venoze edhe përdorimi i kapuceve, bashkë me maskat e zakonshme faciale

HIGJENA E DUARVE

Higjiena e Duarve është procedura e vetme më e rëndësishme për parandalimin e infeksionit të tërthortë. Sekretionet e trupit, ekskrecionet, sipërfaqet e ambientit, dhe duart e të gjithë

personelit spitalor mund të mbartin mikroorganizma (baktere, viruse, kërpudha) që janë potencialisht infektive për të tjerët. Është

dekontaminuar duart duhet të bazohet në vlerësimin e rrezikut që mikroorganizmat janë marrë nga duart dhe do të kalojnë në një person apo në vend tjetër.



- Pas kontaktit me një pacient që është nën Masat Mbrojtëse Shtesë ose i cili është i kolonizuar me mikroorganizma të një rëndësie të veçantë klinike, psh rezistente ndaj një numri antibiotikësh
 - Përpara dhe pas kontaktit me vende të ndjeshme, si psh plagët, djegiet, vendet e IV-së

- Përpara dhe pas kryerjes së procedurave invazive, psh kur mbrojtja natyrale ndaj infeksionit është dëmtuar · Pasi duart janë kontaminuar, psh nga kontakti me lëngjet trupore, teshat e ndotura, pajisje apo mbeturinat
- Përpara dhe pas heqjes së dorezave
- Përpara dhe pas menaxhimit të ushqimit dhe mjekimeve
- Përpara menaxhimit të teshave të pastra
- Përpara hyrjes dhe largimit nga infermiera
- Përpara përdorimit të kompjuterit dhe pajisjeve të tjera elektronike

Larja e duarve me solucion me bazë alkooli.

Indikimet: · Përdorini vazhdimisht kur duart nuk janë dukshëm të ndotura Solucionet me bazë alkooli mund të përdoren në vend të ujit dhe sapunit, përveç rastit kur duart janë dukshëm të ndotura (psh me feçe, gjak, etj). Ato janë veçanërisht të dobishme në rastet kur pajisjet për larjen dhe tharjen e duarve nuk janë të përshtatshme ose kur nevojitet që duart të dekontaminohen herë pas here. Duhet të bëhet çdo përpjekje që këto produkte të instalohen sa më afër vendit të ofrimit të kujdesit. Skrabet kirurgjikale me bazë alkooli përdoren në situatat kur kërkohet një reduktim në florën mikrobiale të pacientit, si për shembull në sallën e operacionit ose reparte të ngjashme, dhe përpara kryerjes së procedurave invazive, si vendosja e katetereve, etj.

Uji dhe Sapuni Indikimet:

- Kur duart janë dukshëm të ndotura
- Kur duart duken apo ndjehen të ndotura

- Pas kontaktit me gjakun dhe lëngjet trupore 15
- Pas kontaktit me pacientin me diarre/të vjella ose me ambientet e këtyre pacientëve duke përfshirë tualetet Rekomandohet që duart të lahen me ujë dhe sapun nëse janë në kontakt me sporet (psh Clostridium difficile), sepse veprimi fizik për larjen, shpëlarjen dhe tharjen e duarve është provuar që është më efektiv se alkooli, klorhexidine, idoformet apo agjentë të tjerë antiseptikë.

Teknika e Larjes së Duarve.

- Një larje e shpejtë do të heqë shumicën e mikroorganizmave kalimtare, por teknika duhet të synojë në mbulimin e të gjitha sipërfaqeve të duarve.
- Kur përdoret sapuni apo skrabi kirurgjikal, duart duhet të shpëlahen me ujë të rrjedhshëm dhe të thahen tërësisht me një peshqir/picetë me një përdorim.
- Sapuni dhe letrat e duarve duhet të jenë të një cilësie të pranueshme për përdoruesit, për të mos i bërë ata të refuzojnë larjen e duarve.
- Lëkura duhet të mbahet në kushte të mira për të evituar akumulimin e bakteve.
- Higjiena e duarve duhet të përfshijë pastrimin e parakrahut deri tek bërryli, veçanërisht kur kemi veshur një përparëse pa mëngë.

Duart duhet të lahen menjëherë përpara dhe pas kontaktit direkt me pacientin, Këtë mund ta bëni me sapun dhe ujë ose me xhel me përmbajtje alkooli duke përdorur teknikën në vazhdim.



Fërkoni pëllëmbët me njëra tjetrën.



Fërkoni pëllëmbën e dorës së djathtë me kurrizin e dorës së majtë dhe anasjelltas.



Fërkoni pëllëmbët me njëra tjetrën me gishtat të gërshtuar



Fërkoni pjesën e pasme të gishterinjve me pëllëmbën e dorës së kundërt me gishtat të gërshtuar



Fërkoni gishtin e madh me lëvizje rrotulluese duke e kapur me pëllëmbën e dorës së majtë dhe pëllëmbën e dorës së majtë vendoseni mbi pëllëmbën e dorës së djathtë



Fërkoni me lëvizje rrotulluese pjesën e pasme dhe të përparme me gishtat e pëllëmbës së dorës së djathtë të kapura nga pëllëmba e dorës së majtë dhe anasjelltas.

Larja duhet të zgjasë 15-30 sekonda. Shpërlani dhe thani duart plotësisht. Kur të aplikoni xhel, vazhdojeni këtë teknikë sa të thahen duart.

Figura 2.Procedura e larjeve te duarve

Teknika për larjen e duarve me solucion me bazë alkooli

- Larja e duarve me ujë dhe sapun duhet të kryhet nëse duart duken apo ndjehen të pista

- Aplikoni një sasi solucioni sa për të mbushur pëllëmbën e njërës dorë
- Fërkojeni në të gjithë sipërfaqet e duarve (majat e gishtave dhe thonjtë, kyçet, pëllëmbët, kurrizin e dorës dhe midis gishtave)

- o Duhet të ketë lagështi të mjaftueshme në të gjithë sipërfaqet e lëkurës sa për t'u nevojitur 15 sekonda ose më shumë për tu tharë
- o Fërkojini duart së bashku derisa solucioni të ketë avulluar përpara se të vishni dorezat apo të prekni pacientin Teknika e larjes së duarve me ujë dhe sapun
- o Lagini duart deri tek kyçet për të siguruar që të gjitha sipërfaqet e duarve janë të mbuluara nga uji
- o Aplikoni pastruesin/sapunin
- o Aplikojeni atë në mënyrë të njëjtë mbi duart, duke përfshirë gishtin e madh dhe midis gishtave, sapunosini mirë duke i fërkuar fort. Vendosini majat e gishtave dhe thonjtë në pëllëmbën e sapunosur dhe fërkojini. Përsëriteni me dorën tjetër
- o Shpëlani mirë çdo gjurmë sapuni me ujë të rrjedhshëm për të parandaluar irritimin e lëkurës 17 · Thajini plotësisht, duke bërë kujdes të veçantë me hapësirën midis gishtave. Mund të duhet më tepër se një copë letër për duart Teknika e asepsisë kirurgjikale (skrubi) me një solucion me përmbajtje alkooli Përdorni produkt të mjaftueshëm për të lagur duart dhe parakrahët me skrubin me përmbajtje alkooli përgjatë gjithë procedurës (të paktën një pëllëmbë të mbushur me skrubi) Aplikoni skrubin me bazë alkooli për të pastruar dhe tharë duart dhe thonjtë:
- o Hidhni fillimisht një sasi solucioni në pëllëmbën e dorës (pëllëmbë e dorës e mbushur) ·
- Zhytini majat e gishtave të dorës tjetër në solucionin që keni hedhur në pëllëmbë dhe pastroni mirë pjesën nën thonjtë
- o Fshini solucionin e tepërt nga majat e gishtave në pëllëmbën e së njëjtës dorë · Shpërndani sasinë e mbetur nga pëllëmba në kyçin e dorës deri në bërrylin e krahut tjetër, duke mbuluar të gjitha sipërfaqet
- o Hidhni një sasi tjetër solucioni në pëllëmbën tjetër të thatë dhe përsëriteni procedurën e mësipërme me dorën tjetër
- o Hidhni një sasi të fundit solucioni në secilën pëllëmbë dhe riaplikojeni në të gjithë elementët e të dy duarve deri tek kyçi
- o Procedoni për tek salla e operacionit duke i mbajtur duart mbi bërrylat Pasi keni aplikuar skrubin me përmbajtje alkooli lejoni që duart dhe parakrahët të thahen plotësisht përpara vendosjes së dorezave dhe përparësës sterile. Teknika e asepsisë kirurgjikale me një sapun mjekësor
- o Lajini duart dhe krahët deri tek bërrylat me një sapun jo-mjekësor përpara se të hyni në sallën e operacionit ose kur duart janë dukshëm të ndotura
- o Filloni kronometrimin e orës: - Fërkoni çdo anë të secilit gisht, midis gishtave dhe pjesën e përparme dhe të prapme të duarve për 2 minuta
 - Fërkoni krahët, duke e mbajtur dorën më lart se krahë gjatë gjithë kohës. Kjo ndihmon në evitimin e rikontaminimit të duarve nga uji që rrjedh

nga bërrylat dhe parandalon që bakteret që mund të kenë mbetur nga uji me sapun të kontaminojnë duart

- Lani çdo anë të krahut nga kyçi tek bërryli për 1 minutë - Përsëriteni këtë proces me dorën dhe krahun tjetër duke i mbajtur duart mbi bërrylat gjatë gjithë kohës. Nëse dora prek çdo gjë tjetër përveç furçës në çfarëdo kohe, skrubit duhet të zgjatet me 1 minutë për zonën që është kontaminuar
- Lani duart dhe krahët duke i kaluar në ujë vetëm në një drejtim; nga majat e gishtave drejt bërrylave - Procedoni për në sallën e operacionit, duke mbajtur duart më lart se bërrylat - Gjatë gjithë kohës së procedurës së skrubit, duhet t'i kushtohet kujdes që të mos laget veshja kirurgjikake

- Sapo të jeni në sallën e operacionit, duart dhe krahët duhet të thahen me një peshqir steril përpara vendosjes së dorezave dhe përparësës.
- Teknika aseptike duhet të ruhet gjatë gjithë kohës(7-8)

Masat protokollare që duhet të zbatohet infermieri

Si duhet të veprojmë në rast të :

-aksident cpimi ose prerje

1. :te shtohet gjakerrjedhje
2. larja me uje e sapune
3. disifektim me amukine 10 %

-kontaminim të lekures :

1. te lahet me uje e spune disfektuse

-kontaminim mukose orale me material biologjik

1. : te lahet në menyre te bollshme me uje
2. solucion fiziologjik e amukine 10 %

-sperkla në konjuktiva me material biologjik :

1. te lahet në menyre te bollshme me uje rrjedhes

PROTOKOLL PËR MASAT PARANDALUESE NË RASTET E EKSPOZIMIT PROFESIONAL

Personeli shëndetësor është në risk të lartë për marrjen e infeksioneve nëpërmjet ekspozimit profesional. Punonjësit e spitalit mund gjithashtu të transmetojnë infeksionet tek pacientët dhe personeli.

KUJDESI INFERMIERORE NË PARANDALIMIN E INFEKSIONIT

Të mbahen shënime të sakta me qasje të shpejtë për ekspozimet profesionale;

· Çdo punëtori të ri t'i merret anamneza për sëmundjet infektive dhe të vaksinohen kundër

sëmundjeve që mund të parandalohen me vaksina;

- Të bëhet vlerësimi dhe t'u jepet pushim mjekësor punonjësve që lëngojnë nga sëmundje ngjitëse apo janë të ekspozuar ndaj infeksionit;

- Zbatimi i protokolleve përkatëse për pastrimin e ambienteve të punës në rastet e ndotjes me materiale infektive (si: gjak, plazëm, mostra të ndryshme për ekzaminime laboratorike, etj..)

- Kontroll periodik të paktën një herë në vit i të gjithë stafit për hepatitin B, C dhe HIV; dhe dokumentimi i rezultateve të tyre.

Kurrë mos vendos kapuçin e ages kur mbaron manipulimet me age. Agia duhet të vendoset në kuti kartoni apo kuti të posaçme për mjete të mprehta e shpuese.

- Në rast shpimi me një age apo mjet tjetër potencialisht të ndotur me material potencialisht infektues (si gjak ose plazëm) shtrydhet fort gishti apo vendi i shpimit për rrjedhjen e gjakut dhe shpëlahet me ujë të rrjedhshëm dhe sapun. Mos e bëj me alkool sepse alkooli ka veti fiksuese

- Të mundësohet që çdo punëtor shëndetësor ta mbulojë lëndimin në lëkurë me lidhëse nga materiali që i reziston ujit.

- Lajmërohet shefi i repartit dhe kryeinfermieri ose kryelaboranti për çdo infektim të mundshëm të stafit dhe aksidenti shënohet në një regjistër të veçantë që duhet të ketë çdo shërbim për gjendjen shëndetësore të stafit (si: rezultatet e testeve laboratorike, kalendari i vaksinimit, dozën e vaksinimit).

- Të mbahen shënime në "librin e aksidenteve" për secilin rast aksidental të shpimit me gjilpërë në 90 vendin e punës dhe për lëndimet e tjera; të dhënat epidemiologjike për ekspozimin ndaj prodhimeve të gjakut duhet të analizohen periodikisht për të kontrolluar praktikën e punës dhe për identifikimin e rreziqeve që mund të parandalohen(9)

- Të kryhet kontrolli për infeksione të transmetueshme me anë të shpimit si hep. B, C, HIV të personit në momentin e shpimit dhe një kontroll i dytë pas një periudhe kohore prej 2-3 muajsh.
- Vaksinimi i stafit për hepatitin B sipas protokollit përkatës me 3 doza. Përpara

vaksinimit duhet detyrimisht të bëhet testimi për HBsAg për të përcaktuar nëse individit duhet të vaksinohet ose jo. Kalendari i vaksinimit për stafin mbahet nga shefi i repartit ose kryelab/kryeinfermieri.

KUJDESI INFERMIERORE HBV, HCV, HIV

EKSPOZIMI NDAJ HEPATITIT B

Infeksioni i personelit shëndetësor me infeksion të hepatitit B mund të ndodhi në rastet e pacientëve me HBsAg ose HBeAg pozitive. Në rast të dëmtimit me mjete të mprehta masat parandaluese për hepatitin B janë:

- Testimi në kohën e ekspozimit për të identifikuar nëse personi është i infektuar apo jo.

- Për imunizimet e mëparshme me antikorpet anti HBs më tepër se 10 mIU/ml nuk rekomandohet trajtim i mëtejshëm.

- Për të tjerët rekomandohet profilaksia që konsiston në injektimin intramuskular të imunoglobulinave për Hepatitin B dhe kursi i plotë i vaksinimit për hepatitin B. Imunoglobulinat për Hepatitin B duhet të administrohen sa më shpejt të jetë e mundur brenda 48 orësh dhe jo më larg se 1 javë pas ekspozimit.

- Serologjia pas ekspozimit duhet të merret për të identifikuar një përgjigje serologjike adekuate. Hepatiti D ndodh vetëm në personat e infektuar me hepatitin B dhe transmetohet me të njëjtën rrugë. Masat parandaluese për sa i përket hepatitit janë gjithashtu efektive për agjentin delta.

EKSPOZIMI NDAJ HEPATIT C

Rruga e infektimit është e njëjtë me atë të hepatitit B.

- Nuk është i mundshëm trajtimi pas ekspozimit por mund të bëhet serokonvertimi.

- Si në rast të hepatitit B duhet të bëhet testimi për hepatitin C për pacientin që mendohet se mund të ketë qenë burimi. 9

INFEKSIONI ME NEISSERIA MENINGITIS N.

Meningitis mund të transmetohet me anë të rrugëve respiratore

. · Infeksionet spitalore janë të rralla por agresiviteti i këtyre patologjive justifikon kimioprofilaksin e përshtatshme për kontaktet e ngushta midis pacientësh dhe personelit shëndetësor.

· Kontakti i ngushtë është përkufizuar si kontakt gojë më gojë siç është në rastin e tentativës për ringjallje. Profilaksia e rekomanduar përfshin: · Rifampin (600 mg 2 herë në ditë për dy ditë) dhe një dozë e vetme ciprofloksacinë (500 mg) ose një dozë e vetme ceftriaksoni (250 mg) IM MYKOBACTERIUM TUBERKULOZIS Transmetimi tek stafi i spitalit bëhet nëpërmjet rrugëve respiratore nga piklat e vogla dhe zakonisht nga pacientët me tuberkuloz pulmonar.

Në rastet e ekspozimit të stafit personat me mantoux pozitiv (>10 mm skuqje lokale e lëkurës) duhet të bëjmë profilaksi me izoniazid kjo do të jetë në përshtatje me rekomandimet lokale.

Rreziku nga agjentet kimik

-Gaset anestetik

Produketet anestetik marin perdorim te jere por duhet te kemi kujdes me ekspozimin e tyre personelit mjeksore .

-glutardaldeide dhe formaline

Perdorimi i tyre per te sterilizuar dhe disinfektuar periodikisht repartin dhe materialet e punes kerkon nje kujdes te vecante ne hollim dhe perqendrim. Ata jane te rezikshme per shendetin e personelit dhe pacientit deri ne kancerogjen prandaj masat e mara per perdorimin e tyre duhet te jene shume strikte duke filluar qe nga :

-veshjet

-ventilimin e duhur

-mbrojtësit e duhur gjate perdorimit

-perdorimi i prcdruave operative te punes per te minimizuar ne maksimum rezikun

-njohja e etiketave perkatese (5)

Figura 3.Simbolet kryesore te rrezikut kimik



1. Rreziku nga levizjet e masave

Reziku nga levizja e manual e peshave eshte i lidhur me disa faktore kryesore si :

- ✓ -levizjet e shpeshta te barelave te pacienteve

- ✓ -mungesa e stafit per te bere transportin
- ✓ -fakti qe ne 90 % te rasteve pacientet nuk ndihmojne dhe bashkepunojne
- ✓ -nga renia e mirembajtjes se pjeseve mekanike

Per te limituar rezikun nga levizja manual e peshave eshte kryesore qe te merren masa teknike dhe pershtatjes se nje arkitekture te duhur. Gjithashtu dhe formimin e duhur personelit mbi reziqet dhe levizjen e pacienteve

KUJDESI INFERMIERORE NE LEVIZJEN E PACIENTIT

- ✓ Te veshi veshjen e duhur
- ✓ Te organizoj ne menyre funksionale vendin e punes (hapsiren dhe manovrat)
- ✓ Kordinoj levizjen midis operatoreve dhe pacientit
- ✓ Te levize peshen e duhur manualisht dhe me ndihemen mekanike.
- ✓ Te njoh principet e levizjes se pacientit
- ✓ Te njoh aftesin bashkepunuese te pacientit :
 - ✓ -pacient jo bashkepunues :qe konsiderohet nje paciente i cili nuk esht ne gjendje te leviz anesis superior dhe inferiore qe ben te mundur qe ne levizjen e tij te ngrihet teresisht nga personeli
 - ✓ -paciente pjesisht bashkepunues :qe konsiderohet je paciente i cili ka mundesi motorike dhe si rrjedhim mund te transportohet vetem pjesisht nga personeli

Rregullat e pergjithshme ne perdorimin e trupit ne trajtimin e pacientit:

- ❖ Perdorni sjellje vertikale, neutrale dhe propozimet e duhura qe nuk demtojne shtyllen kurrizore.
- ❖ Ulim kembet edhe jo trupin .
- ❖ Kur levizim pacientin gjithmone duhet te shohim anen e perpareme te trupit te tyre.
- ❖ Nuk ulim shtyllen kurrizore kur kthehem.

- ❖ Ngrehim kembet dhe kthehim trupin nga ana e tyre.
- ❖ E mbajm pacientin sa me afer me trupin tone.
- ❖ E levizim ne drejtim te trupit tone pa pasur kontakte me plaget e kontaminuara.
- ❖ E ulim pacientin avash duke perthyer kembet jo mesin .
- ❖ Kthehem ne pozicione te drejt sa me shpejt te jete e mundur.
- ❖ Perdorim levizje te lehta edhe te buta.
- ❖ Kerkojm ndihmen e personelit shtese ne turne ku e mendojm te detyrshme.
- ❖ Lajmerojme pacientin per levizjen e tij.
- ❖ Kerkojm ndihm te pacientit.
- ❖ I japim pacientit udhezimet per levizjen .
- ❖ Levizjet duhet te jene te sinkronizuara.
- ❖ Cdo pacient ka tipe te ndryshme levizjesh.
- ❖ Nje paciente qe eshte ne krevat nuk do te thot qe nuk duhet te kryej asnje levizje.

Parimet te levizjes levizjes 1

- ✓ Vleresojm situaten.
- ✓ Informojm pacientin.
- ✓ Perdorim paisjete nevojshme.
- ✓ Bejm rregullime sipas nevojeshme.

Levizja e pacientit 2

- ✓ Kembet duhen mbajtur hapur.
- ✓ Perdorimi i kembeve edhe i duareve.
- ✓ Nqs jeni dy infermiere flisni gjate gjithë manipulimit.
- ✓ Mos punoni pa folur edhe sqaruar.
- ✓ Kerko ndihme kur eshte e nevojshme.

Problemet kryesore te infermiereve gjate levizjes se pacienteve:

1. Dhimbje mesi.
2. Dhimbje muskujsh.
3. Rreshkitje.
4. Mungese te aparaturave per ngritje te pacientit.

5. Lodhje .
6. Marrje mendesh.
7. Luksaxion



Perdorimi i aparaturave qe leteson levizjen e pacientit :

- kervat i levishem
- karroca
- ngritesi

KUJDESI INFERMIERORE MARRJEN E MOSTRAVE NË MJEDISET SPITALORE

Mostrimi i drejtë i materialit për analizë mikrobiologjike është hapi më i rëndësishëm në diagnozën e saktë të një infeksioni. Diagnostika mikrobiologjike klinike përfshin veçimin dhe identifikimin e mikroorganizmave që shkaktojnë sëmundje ngjitëse. Diagnoza e saktë mikrobiologjike ndikon drejtpërdrejt në trajtimin dhe ecurinë e sëmundjes për pacientin.

DIAGNOSTIKA MIKROBIOLOGJIKE PËRFSHIN

- Marrjen e mostrës;
- Transportin e mostrës;
- Përpunimin e mostrës me veçimin e shkaktarit të infeksionit, identifikimin e

tij si dhe përcaktimin e ndjeshmërisë ndaj antimikrobikëve;

• Raportimin dhe interpretimin e rezultatit të ekzaminimit mikrobiologjik. Për analizë mikrobiologjike në ambientet e spitalit merren mostra nga të gjitha pajisjet, që ndodhen në spital, duke u specifikuar në ambientet e sallës operatore, reanimacion, në dhomat e pacientëve dhe tek dhoma e mjekimit.

RREGULLAT THEMELORE TË MOSTRIMIT:

- Sasia e materialit duhet të jetë e mjaftueshme. Sasia e pakët e mostrës mund të japë rezultat fals negativ. Sa më e madhe të jetë sasia e mostrës, aq më të mëdha janë gjasat për izolimin e shkaktarit të infeksionit.
- Mostrimi duhet bërë me mjete sterile dhe nën masa rigoroze të asepsisë. Kjo është e

rëndësishme për t'u mbrojtur si personeli që punon në sallë, ashtu edhe personi i cili merr mostrën.

· Mostra duhet të merret me pajisje përkatëse sterile dhe pa gjurmë të dezinfektantëve. Preferohet që ato të jenë për një përdorim.

SHËNIM

Të gjitha mostrat duhet të shoqërohen me fletë-përcjellësen përkatëse. Në të duhet të shënohen qartë këto të dhëna:

- a) Vendi ku është marrë ekzaminimi,
- b) Numri i protokollit,
- c) Koha e mostrimit,
- d) Përshkrimi i saktë i llojit të mostrës dhe vendit ku është marrë,
- e) Rakordimin e nr. të ekzaminimit (në pjatë Rodak, ose tub bujon) me nr. eprotokollit të regjistrimit.

TRANSPORTI I MOSTRAVE

Shumë mikroorganizma janë të ndjeshëm në ndryshimet e temperaturës, lagështisë dhe në vonesën e përpunimit të mostrës. Mostrat mikrobiologjike dallojnë nga mostrimet e tjera klinike. Mikroorganizmat janë qenie të gjalla. Ato shumohen dhe vdesin shumë shpejt. Nëse ato shumohen ose vdesin gjatë mostrimit, transportit ose deponimit, mostra nuk do të jetë më

reprezentative për procesin e sëmundjes tek pacienti i mostruar. Transporti i materialit përfshin intervalin kohor prej marrjes së mostrës e deri tek dërgimi në laboratorin mikrobiologjik. Gjatë transportit është me rëndësi të ruhet vitaliteti i mikroorganizmave.

RREGULLAT THEMELORE TË TRANSPORTIT TË MOSTRAVE:

· Materiali i mostruar klinik duhet të transportohet menjëherë në laborator. Kufiri i preferuar i transportit në laborator për shumicën e mikroorganizmave është 2 orë;

· Nëse mostra nuk mund të transportohet shpejt në laborator, atëherë ndërmerren masa për mbrojtjen e saj deri në momentin e përpunimit në laborator. Preferohet që materiali menjëherë të mbillet në terrenet ushqyese. Nëse kjo nuk është e mundur për shkaqe të ndryshme, atëherë mostra duhet të merret dhe të transportohet me terrene transportuese. Përmes terreneve transportuese pengohet tharja e mikroorganizmave, mbahet pH neutrale si dhe ulet në minimum shumimi i tyre. Këto terrene përmbajnë buferë dhe sasi minimale të materieve ushqyese.

· Materiali i marrë nga Ajri në pjatë rodak, nga sipërfaqet në bujon dhe të tëra materialet sterile duhet të dërgohen në laboratorin përkatës të Institutit të Shëndetit Publik.



PROTOKOLL MBI SISTEMIN E RAPORTIMIT TË INFEKSIONEVE SPITALORE

FORMULARI I RAPORTIMIT TË INFEKSIONEVE SPITALORE

Për infeksionet spitalore në pavijone të ndryshme
Data (dd/mm/vv)
Emri i Spitalit Pavijoni
Specialiteti
Ekspozimi i pacientit (gjatë muajit të fundit) † PO † JO
Kateter Urinar † PO † JO
Ventilim Mekanik † PO † JO
Kateter Intravaskular † PO † JO
Antibiotik † PO † JO
Nëse janë përdorur antibiotik, ato janë përshkruar për: † Profilaksi † Trajtim † Tjetër Nuk dihet
Infeksion Nozokomial † PO † JO
Nëse po plotëso pjesët e mëposhtme:
Infeksion në vendin e ndërhyrjes kirurgjikale † PO † JO
Infeksion Urinar † PO † JO
Infeksion sistematik † PO † JO
Pneumoni † PO † JO
Infeksione të tjera respiratore † PO † JO
Infeksione nga kateterët † PO † JO
Infeksione të tjera nozokomiale † PO † JO

Rreziku tek grate shtatezan

Gratë shtatzëna që shërbejnë në sektorin socio-shëndetësor janë të ekspozuar ndaj një rreziku me te larte, me efekte te renda ose me efekte edhe kronike neshëndetin e fetusit, pa përmendur pasojat e mundshme dëmtuese të secilit dhe masat e nevojshme terapeutike. Është një praktikë e përgjithshme për të shmangur kontaktet ndërmjet gratëve shtatzëna staf mjeksor dhe pacientët me ethe nëse nuk është bërë diagnoza e besueshme për shkakun e simptomës; e njëjta vlen edhe për pacientët me diarre. Nëse është diagnostikuarnjë infeksion, është e nevojshme të vendoset, rast pas rasti, nëse kontakti paraqet rrezik ose mund të jetëautorizuar, duke marrë parasysh natyrën e infeksionit, rrugën e transmetimit, imunitetindhe gjendjen e përgjithshme të shëndetit të punëtorit shtatzënë.

Sipas ligjit të BE-së, punëdhënësi është i detyruar të vlerësojë sigurinë tek vendi i punës në drejtim të rreziqeve të mundshme për punëtorët shtatzënë dhe për punëtorët në Shqipëri gjate periudhës së infermierisë.Masat paraprake duhet të zbatohen për të siguruar këtë qe jeta dhe shëndeti i nënës dhe fëmijës nuk kërcënohen nga rreziqet profesionale. Detyrimet e punëdhënësit

- Vlerësimi i vendit të punës persa i përket rreziqeve të mundshme të sigurisë dhe sigurisë shëndetit të punëtorëve shtatzanë (shih nenin 4 të Ligjit nr

Direktiva 92/85 / EEC, si dhe Aneksi 1)

Per Sa i përket rreziqeve biologjike, punëdhënësi vlerëson natyrën, shkallën dhe kohëzgjatjen e ekspozimitpër të gjitha aktivitetet me agjentët biologjikë të grupeve të rrezikshme 2, 3 dhe 4 në kuptim të nenit 2 (2), (3) dhe (4) të Direktivës 2000/54 / EC, persa i përketdihet që agjentë ose terapi të tilla që e bëjnë të nevojshme rrezikojnështatzënisë dhe laktacionit.

Nëse rezultatet e vlerësimit zbulojnë një rrezik, punëdhënësi merr përsipërmasat e nevojshme për të shmangur ekspozimin e punëtorit ndaj rrezikut duke modifikuarpërkohësisht kushtet e tij / saj të punës dhe / ose orarin e tij të punës.Duke u bazuar në analizën e rrezikut në vendin e punës, punëdhënësi mund të plotësojënjë listë të detyrave dhe aktiviteteve që punëtorët shtatzëna mund të bëjnë parrezik (për shembull, detyra administrative).Një listë e këtyre aktiviteteve mund të kontribuojëpër të zvogëluar ose eliminuar rrezikun e vendit të punës për punëtorët shtatzënë. Nëse modifikimi i kushteve të punës dhe / ose orarit të punës nuk është teknikisht

dhe / ose objektivisht të mundshme

KUJDESI INFERMIERORE NDAJ STRESIT

Stresi ne pune po behet dita dites sa me problematie



Ai është kudo i pranishëm kjo lidhur edhe me shkaktaret e tij:

- ❖ Lodhja e tepert
- ❖ Mungesa e bazës materiale për aplikimin e procedurave
- ❖ Komunikim i vakët me kolektet



- ❖ Semundje të personelit
- ❖ Dobesi të përgjithshme trupore
- ❖ Demtime gjatë punës
- ❖ Ankthi për marrëveshtjen e punës.

Por si mund ta eliminojmë stresin. Është rëndësishme që ne të ambientohemi me atë mjedisë punë të futemi në grupin e punës:

- Dalje për kafe
- Bej ushqime fizike.
- Frekuentë jogë.
- Kushte me të mira punë .
- Plotësimin e kërkesave të personelit për bazë materiale/
- Kushte me të mira teknike edhe higjienë sanitare

- Duke reduktuar konfliktet me kolektet.



Promocioni shendetesore ne vendin e punes

Ka dy arsyeja kryesore qe vleresojne vendin e punes si mjedis kyc.

1.I Jep akses nje grupi target,adulte te shendetshem te cilet jane te veshtire te arrihen ne menyra te tjera.Te punesuarit ne vendet e punes kryesishte ato ne ndermarrjet e medha si : spitalet ose qendrat shendetesore,perbejne nje audience per Promocion Shendetesor.Adultet meshkuj jane me pak te gatshem te kontaktojne sherbimet shendetesore keshtu qe vendi i punes siguron nje mjete te domosedoshem te perfshire rreth 85% te meshkujve qe jane ne 65 vjece edhe ekonomikisht active .Komuniteti i punes sigurone gjithashtu nje presion edhe mbeshtetje ne grup.

2.Me e rendesishmja e promovimit te shendetit ne vendin e punes eshte per te mbrojtur nga

demtimet e shendetit qe mund te shkaktohen nga pune ,paisje apo procedura te caktuara.

Lidhja midise pune edhe shendetit eshte nje lidhje komplekse .zakonishte vemendja eshte e perqendruare ne efektet e punes mbi shendet,megjithese eshte i njohur fakti se nje shendet jo i mire do te kete efekte negative ne pune.Ka te dhena se puna e paguare eshte e mire per shendet edhe papunesia munde te lidhet me semundje,ajo mund te siguroje :

- Te ardhura
- Vetevleresim
- Rritje sociale mes miqsh edhe kolegesh.megjithate puna munde te demtoj shendetin edhe shume studime jane perqendruare ne kete aspekte

	Lidhje direkte	Lidhje indirekte
Rreziqe	Prekja e kimikateve edhe materialeve tokesike ne pune	Aksesi qe sigurone puna ndaj kimikateve
Sjellje te rrezikshme	Ngritja e peshave si pjese e pune	Tejkalimi i pijeve lidhur me kulturen e punes
Mjedisi i pergjithshem ne pune	Stresi i lidhur me kushtet e punes	Sjellje te rrezikshme te stilit te jeteses,p.sh duhanepirja sinje strategji perballjeje

Rreziqet jane te parat qe mendohen ne momentin kur flitet per shendetin ne pune.shumica e ligjeslacionit te punes eshte i perqendruare ne percaktimin e rreziqeve ne shendet qe vijin si rrjedhoj e punes dhe akteve te tjera ligjore jane hartuare ne shek 19.Puna ne te cilin perfshihen material tokesike munde te kene efekte direkte ne shendet p.sh perdorim i formalines pe desivektim te dhomave te infektuare,shkatone irritmie te lekures edhe demtime te syve deri ne verbim.lidhja indirekte shkaktohet perdorimi i medikamenteve nga profesionistet te cilet kane akses te lehte ndaje ketyre supstancave,mund te shkaktojne overdoze medikamentesh deri ne

vetevrasje.Tashme ka te dhena te qarta se vendi i punes eshte i lidhur direkte me nje numer te konsiderushem demtimesh vdekjeprures ose jo.Ky numer duket se eshte ne renie sipasoj e zvogelimit te punojsve ne vendin epunes edhe si rrjedhoje e mos raportimit te problemit,apo nen raportim te tyre,p.sh studimet per pranin e dhimbjes se shpines te infermieret kane treguare se pavaresisht mungeses se te dhenave zyrtare kjo simptome eshte e pranishme ne shumicen e tyre dhe personeli vazhdon akoma punen,(Hignett 1996).Nga nje studim i kryere ne A ngli ne vitin 1989 u gjete se 22%e te gjitha trajtimeve aksidentale ne spital edhe ne

sherbimin e urgjencave i perkisnin demtimeve te ndodhura ne pune(OPCS1991).Shendeti gjithashtu eshte i ndikuare edhe nga sjellje te rrezikshme ose ndryshim i rutines,mjedisi i pergjithshem i punes edhe efekti i tij ne shendet perben aspektin me te neglizhuare ne lidhjen midise punes edhe shendetit.kjo vjen si pjese e shkaqeve politike e faktit se nje lidhje e tille kaq e pergjithshme eshte e veshtire te provohet apo te hulumtohet (Otave Kanada 19869).Megjithate ke te dhena te rendesishme qe tregojne rendesin e mjedisit te punes ne shendet ku demonstrohet nga disa studime ,detyrat e perseritura ,mungesa e autonomies,presionet e udheqesve etj.Kushtet e punes jane pergjegjese per diferencat qe eksistojne ne smunshmerin e punojseve te personet infermiore ku role me kryesore ka ekspozimet afatgjata ndaj stresit i cili con edhe ne gjetjen e zgjidhjes sitimuluase pirjen e duhanit e cila vrehet te te punesuarit masivisht(Naidoo J,Wills J Londer 2000)

Promocioni shendetesore ne vendin e punes behet per aresye te ndryshme po me kryesoraj per mbrojtjen e shendet te vete personelit ,qe do te ndikoj me vone edhe ne vendin e pune edhe ecurin e punes.

- ❖ Depistimin para punesimit.
- ❖ Mbrojtjen nga aksidentet.
- ❖ Kontrollit ndaje demtimeve te ndryshme edhe infeksionet.
- ❖ Edukim eshndetsore edhe keshilla rreth kushteve te punes ,gershetimin e tre sipas cdio rasti apo mundesie.
- ❖ Politika edhe rregulla per te siguruar nje mjedise pune te shendetshem.
- ❖ Sigurimi i sherbimeve depistuse.
- ❖ Qendra te reja per informime edhe nxitje te pjesemarrjes.
- ❖ Programe mbi rritjen e njohurive per faktoret rriskues te semundjeve te ndrysheme.
- ❖ Sesione te vecanta per te motivuar personelin per te ndryshuar nje aspekte te stilit te tyre te jeteses.
- ❖ Ngritje e sistemit mbeshtetes ndaj atyre qe kerkojne ndihme.

- ❖ Marrja e feed-back-ut pas nderhyrjeve.
- ❖ Nxitje te raportimit te problematikave ne pune.
- ❖ Nxitje te raportimit te demtimit ne pune.

Edhe sot jane te pakta informacionet lidhur me demtimet qe vijne nga puna e personeilt infermiore sepe nuk raportohen raste p.sh ato te cilat duken te vogela ne shikim te pare por edhe ato mesatare publikohen vete ato me permasa madhore.(Londer 1991,2001.2010).Studimi me i fundit ne Londer 2010 lidhur me kushte e punes tregone nje rritje te numerit te raportimev po jo ne shifra me ate cka ndodhe realisht 40%.promocioni i shendetit ne vendin e punes synon te fokusohet te nderhyrjete stilit te jeteses edhe rreziqet (Oakley 1994).Sipas nje studimi te bere nga Bovell (1992)ne SHBA per kujdesin e shendetit nga ana e infermiereve per most u demtuare ne pune u vu re ishte ne nivele te ulta sipasoj nen 20% pasi u rriten kushtet e pune edhe promocioni shendetesore ne keto mjedi ne SHBA ne nje studim te dyte u vre se

- o veprimtarit me te mire-organizuar,
- o reduktimi i mungesave ne pune,
- o permiresim i moralit te stafit,
- o pakesim i konsiderueshem i qarkullimit te stafit,
- o kushte te mira higjeno-sanitare,edhe

informime te njepasnjeshme te personeli raportimet per demtime shenuan rritje 50% kurse numeri i demtimeve u len ne 20% (Theorell.T 1996).Poromocioni shendetesore jepe mundesin edhe te rishikimit te studimeve ne te shkuren por gjithashtu edhe rendesin e pjesemarrjes ne grupe te posacme te infermiereve qe kane punuare ne perjudha te ndryshme.Si rrjedhoje e promocionit ne vendin e punes po vrehen re perfitmime te medha nisor nga fakti qe vete stafi dilogone ne menyre qe te lehtesoje inpaktin e punes ne shendeteti e personeli .

Promocioni shendetesor eshte i nevojshem ne cdo sektore edhe behet nga personel i

vecat. Fakti që promovimi bëhet nga kolegë për kolegë mund të krijojë edhe diskomforte por vitet e fundit është vënë re një informim më i lartë lidhur me procedurat e promovimit. Edukimi edhe promovimi janë të lidhura ngushtë me njëra-tjetrën, ku promovimi shëndetësor është procesi i aftësisë të individëve për të rritur kontrollin tyre mbi shëndetin si dhe për ta përmirësuar atë. Edukimi shëndetësor është kombinimi i eksperiencave të ndryshme të bazuara në teori

te shëndetësor që i sigurojnë individëve, grupeve dhe komunitetit mundësinë e marrjes së informacionit dhe aftësive të nevojshme për të marrë vendime shëndetësore. Bashkërendimi i tyre bëhet më i mundur nga një informim dhe edukimi i personeli infermierorë lidhur me çka është e mirë për shëndetin e tyre dhe veprimet në çdo situatë duke minimizimin e rrezikshmerisë dhe demtimit dhe rritjes së kontrollit në vetëvetë.



KREU 2

Qendrimi i Qeverisë Shqiptare ndaj problematikave në punë

PËR SIGURINË DHE SHËNDETIN NË PUNË
Në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 të Kushtetutës, me propozimin e Këshillit të Ministrave, K U V E N D I I REPUBLIKËS SË SHQIPËRISË V E N D O S I:

KREU I DISPOZITA TË PËRGJITHSHME

Neni 1 Objekti Ky ligj ka për objekt përcaktimin e masave, që synojnë garantimin e sigurisë dhe të shëndetit në punë të punëmarrësve.

Neni 2 Qëllimi Ligji ka për qëllim: a) të garantojë sigurinë dhe mbrojtjen e shëndetit, nëpërmjet parandalimit të rreziqeve profesionale, eliminimit të faktorëve që përbëjnë rrezik dhe aksident, informimit, këshillimit, pjesëmarrjes së balancuar, në përputhje me ligjin, formimit të punëmarrësve e të përfaqësuesve të tyre; b) të përcaktojë udhëzimet e përgjithshme për zbatimin e këtij qëllimi. 2

Neni 3 Fusha e zbatimit 1. Dispozitat e këtij ligji zbatohen në të gjithë sektorët e veprimtarisë private dhe publike. 2. Nuk do të zbatohen dispozitat të caktuara të këtij ligji, kur në dispozitat e tjera ligjore për fushat përkatëse jepen trajtime më të favorshme për mbrojtjen e sigurisë e të shëndetit në punë të punëmarrësve. 3. Ky ligj nuk do të zbatohet, kur veçoritë karakteristike të disa veprimtarive të veçanta të shërbimit publik, si forcat e armatosura, policia e shtetit, ose disa veprimtari për menaxhimin e emergjencave civile, janë në kundërshtim me përcaktimet e këtij ligji. Në këto raste siguria dhe shëndeti në punë duhet të sigurohen sa më shumë të jetë e mundur, në përputhje me kërkesat e këtij ligji.

Neni 4 Parime të përgjithshme për punëdhënësin 1. Punëdhënësi detyrohet të sigurojë mbrojtjen e punëmarrësve në të gjitha aspektet që lidhen me sigurinë dhe shëndetin në punë. 2. Punëdhënësi nuk shkarkohet nga përgjegjësia edhe në rastet kur ai kontraktonte persona ose kur kryen

shërbime të specializuara jashtë ndërmarrjes/institucionit, në zbatim të pikës 3 të nenit 7 të këtij ligji. 3. Punëdhënësi, në marrjen e masave për mbrojtjen e sigurisë e të shëndetit në punë, udhëhiqet nga parimi i trajtimit të barabartë gjinor. 4. Detyrimet e punëmarrësve në fushën e sigurisë e të shëndetit në punë nuk cenojnë parimin e përgjegjësisë së punëdhënësit. 5. Detyrimet e punëdhënësit për marrjen e masave të veçanta për mbrojtjen e sigurisë e të shëndetit në punë të punëmarrësve, gra shtatzëna, të atyre që sapo kanë lindur e të atyre me fëmijë në gj, nuk vlerësohen diskriminuese, për shkak të gjinisë.

Neni 5 Përkufizime Në këtë ligj termat e mëposhtëm kanë këto kuptime:

1. "Aksident në punë ose për shkak të punës" është çdo ngjarje e papritur, që shkakton dëmtimin e menjëhershëm trupor, që ndodh gjatë kryerjes së punës apo të një shërbimi lidhur me të, si dhe çdo dëmtim tjetër i shëndetit, që nuk rrjedh nga sëmundje e përgjithshme, por që sjell paaftësi të përkohshme ose të përhershme në punë ose vdekje. 3

2. "Dokument i vlerësimit të rrezikut" është dokumenti, ku përshkruhen karakteristikat e procesit të punës, që përmban identifikimin e vlerësimit të rrezikut për sigurinë e shëndetin në punë dhe përcakton mbrojtjen e duhur.

3. "I mitur" është person nën moshën 18 vjeç.

4. "Grupet e rrezikuara" janë gratë shtatzëna, gratë me fëmijë në gj, të miturit, si dhe personat me aftësi të kufizuara, të cilët, për shkak të gjendjes së tyre të veçantë, janë të rrezikuar ndaj ekspozimit të agjentëve të rrezikshëm, proceseve ose kushteve të punës.

5. "Incident i rrezikshëm" është veprimtaria e identifikueshme, e tillë si shpërthimi, zjarri, aksidenti teknik, çlirimet e rrezikshme në ajër, si rezultat i keqfunksionimit të një veprimtarie ose i një pajisjeje pune dhe sjellja e papërshtatshme e faktorit njerëzor, që nuk shkakton dëme në njerëz, por që mund të kishte pasur pasoja të tilla dhe që ka shkakuar ose mund të kishte shkakuar dëmtime materiale.

6. "Koordinator i sigurisë dhe shëndetit në punë" është personi i caktuar nga punëdhënësi për të bashkërenduar punën me kontraktorët.

7. "Ministër përgjegjës për sigurinë dhe shëndetin në punë" është ministri që mbulon politikat për çështjet e sigurisë e të shëndetit në punë në fushën e veprimtarisë përkatëse.

8. "Mjekësia e punës" është një specializim mjekësor, për të ofruar shërbimin e duhur mjekësor, në bazë të angazhimit të marrë nga punëdhënësi, qëllimi i të cilit është promovimi dhe mbështetja e nivelit më të lartë të mirëqenies fizike, mendore dhe sociale të punëmarrësve.

9. "Ngjarje" është aksidenti, që çon në vdekjen ose dëmtimet e trupit të njeriut, që shkaktohet gjatë procesit të punës ose gjatë realizimit të detyrave të punës, si dhe rastet e dyshuara si sëmundje profesionale.

10. "Ndërmarrje" është çdo person fizik ose juridik, privat a publik, që kryen veprimtari ekonomike.

11. "Pajisje pune" është çdo makineri, aparat apo instalim, që përdoret në punë.

12. "Pajisje mbrojtëse individuale (PMI)" është çdo pajisje e përdorur nga punëmarrësi për të mbrojtur veten kundrejt një ose më shumë rreziqesh.

13. "Parandalim" është tërësia e masave të marra ose të parashikuara në të gjitha fazat e ushtrimit të veprimtarisë në ndërmarrje, për parandalimin ose zvogëlimin e rreziqeve profesionale.

14. "Përfaqësues i punëmarrësve" është çdo person, që ka një funksion të veçantë në fushën e mbrojtjes së sigurisë e të shëndetit të punëmarrësve, i zgjedhur ose i caktuar, në përputhje me legjislacionin, për të përfaqësuar punëmarrësit për problemet e sigurisë dhe të mbrojtjes së shëndetit në punë të punëmarrësve.

15. "Personi i ngarkuar përgjegjës për sigurinë dhe shëndetin në punë" është një profesionist, i marrë në punë nga punëdhënësi dhe i caktuar për të kryer detyra, që lidhen me sigurinë dhe shëndetin në punë.

16. "Persona ose shërbime të specializuara" janë personat fizikë ose juridikë, jashtë veprimtarisë/ndërmarrjes së kualifikuar, për të kryer, sipas ligjit, shërbime mbrojtjeje dhe

parandalimi në fushën e sigurisë e të shëndetit në punë.

17. "Person me aftësi të kufizuar (PAK)" është individ i deklaruar i tillë me vendim të Komisionit Mjekësor të Posaçëm, të cilit i është kufizuar aftësia si pasojë e dëmtimit fizik, shqisor të intelektit psikiko-mendor, të lindura apo të fituara gjatë jetës, nga 4 aksidente apo sëmundje të përkohshme apo të përhershme profesionale, të cilat vijnë nga shkaqe që lidhen ose jo me punësimin.

18. "Punëmarrës" është çdo person i punësuar nga një punëdhënës, përfshirë praktikantët, me qëllim formimin ose futjen në tregun e punës, duke përjashtuar punonjësit shtëpiakë.

19. "Punëdhënës" është çdo person fizik ose juridik, që punëson punëmarrës dhe që është përgjegjës për ndërmarrjen/institucionin.

20. "Sëmundje profesionale" është çdo sëmundje e shkaktuar si rezultat i ekspozimit ndaj rreziqeve, që rrjedhin nga veprimtaria e punës.

21. "Siguria dhe shëndeti në punë" janë masat e marra, që kanë si synim përmirësimin e kushteve gjatë procesit të punës, ruajtjen e jetës, integritetin e shëndetit, mbrojtjen fizike dhe psikike të punëmarrësve të tjerë, që marrin pjesë në procesin e prodhimit

22. "Shëndet në punë" është jo vetëm mungesa e sëmundjes ose dobësisë, por përfshin, gjithashtu, elementet fizike dhe mendore, që ndikojnë në shëndet e që kanë të bëjnë drejtpërdrejt me sigurinë dhe higjienën në punë.

23. "Rrezik serioz dhe i menjëhershëm aksidenti" është veprimtaria e identifikueshme, që paraqet rrezik, e cila, në një periudhë kohore të shpejtë, shkakton dëmtime në njerëz dhe materiale.

24. "Rrezik" janë të gjitha karakteristikat e një mjeti, të një makinerie, një produkti, një materiali, një metode pune, një mjedisi apo të një mënyre organizimi pune, që paraqesin mundësinë që punëmarrësit t'i shkaktohet një plagë, sëmundje ose problem shëndetësor i menjëhershëm apo i mëvonshëm, që vjen si rezultat i ekspozimit ndaj tyre gjatë veprimtarisë në punë. .

Te dhena statistikore semundjet infective ne shqiperi edhe Spitali Rajonal Fier .

Pavioni infektive eshte nje pavione sa problematike lidhur me semundjet qe paraqiten ne kete reparte po qa edhe i bukur nga rrjedhshmeria e semundjeve apo edhe ecuria e tyre. Semundjet infective perbejn nje nga shkaqet kryesore te semundeshmesis ne vecanti te semundshmeris dhe vdekshmeris feminare.(A.Vasili,E.Tomini.Tiran 2012).Gjate vitevet te fundit ne vendin tone eshte verne re nje rritje e numerit te helmimeve ushqimore nga nje incidence nga 82 ne 127 per 100 000 banore. Helmimet ushqimore jane kryesisht nga Salmonela, Shigela, Rotavirus etj. Tifoja eshte ven re ne qytet e Vlores, Durrësit edhe Elbasanit. Infeksionet urinare nga E.coli. Ne nje studim te kryer ne viti 2005-2006 ne QSUT edhe ne spitalin e Durrësit vihet re se Hepatiti A zinte 47% dyfishi i hepatit B. Zonozat jane mjaft te perhapura si: Brucelozja nga 14.3 raste /100 000 banore ne vitin 2011 kundrejt vitit 2002 ku incidence ishte 30.5 raste /100.000 banore vihet re nje renie e rasteve. ,Antraxi incidence levis nga 0.6/100.000 banore ne 2010 ne 1.7/100.000 banore ne 2002 ne zonen e jugut, Leptospirozaka njojtur rritje ne zonen e jugut kryesisht ne vendet e permbytura, Leishmanioza ne 82-4 raste per 100.000 banore. Hepatiti viral B ka patur nje prevalence 5% deri 8% ne popullaten e pergjithshme. Fruthi dhe rubeola nuk jan vene re.(M.Dervishi,S.Bino Tirane 20009)

Cdo semundje ka problematikat e vete edhe te ndyshme nga njer-tjetera , Semundjet me te zakonshme edhe me te shpeshta te paraqitur ne perjudhen janare 2013-dhjetore 2016 te Spitalin e Fierit

- 1. Gastoenterit acut 600 raste
1. acut 488
2. e zgjatur 122 raste te paraqitura ne spital
- 2. Erizipela 120 raste
- 3. Infeksionet urinare. 120 raste
- 4. Leptospira 20 raste
- 5. Gjendje febrile 420 raste

- 6.Ikter per determinim 18 raste.
- 7.Semundje te tjera nga bakteriet.145 raste
- 8.Lambiozis 110
- 9.Varicel 19 raste
- 10.Celulitis i kembes.85 raste
- 11.Artrit.12 raste
- 12.Angina faringeale.34 raste
- 13.Orkit i epidermit 15 raste
- 14.Urtikarie 26 raste



POPULLATA E STUDIMIT

Studimi u realizua prane reparteve te infektivitet te Spitalit Rajonal Fier dhe repartit infektive te pediatrie Fier.

Ne studim moren pjese 50 Infermiere ne pozicione te ndryshme Brenda repartit infektive. Studimi pati kohezgjatje prej janarit te 2017 ne qershor te 2017. Studimi eshte i descriptiv(pershkrues)

Pyetsori vlersimit te rrezikut

1. Mashkull / Femer	
2. Mosha	21-30
	31-40
	41-50
	Mbi 50 vjec
3. Pozicioni i punes	
	Kryeinfermier
	Infermier
	Ndihmes infermier
4. Kohezgjatja ne pune	
5. A perdorni masat e sigurise gjate manipulimeve : PO JO	
	• Doreza
	• Maska faciale
	• Maska normale
	• Veshje
	• Syze
	• Kalcina
	• Te tjera
6. A jeni te vaksinuar ndaj semundjeve infective PO JO	
7. A keni informacion mbi kuadrin serologjik te pacientit para manipulimeve	
	Po
	Jo
	Ndonjehere
8. E beni vleresim te rrezikut para manipulimit per kontaminim	
9. Cilet nga kushtet higjeno-sanitare ndikojn ne shendetin tuaj	
	Uji
	Papastertit
	Tualet
10. A keni bere ndarjen e duhur te mbetjeve spitalore ne koshat perkates sipas noramve te protokollit	

	Gjithmone
	Ndonjeher
	Asnjehere
11. A keni kryer disifketimin e pavionit me formaline sipas periodicitetit te protokollit	
12. Rreziku i mjedist te punes ne shendetin e infermiereve	
	Mungesa e hapesirave
	Lageshtia ne mure
	Mjeteve levizese te pacienteve
13. Sa here Keni qene i prekur nga aksidentet perkutane te tipit :	
	• Cpim • Carje /prerje • Gervishje • Diegie
14. Sa here keni qene i prekur nga aksidente mukokutane te tipit :	
	• Kafshime • Sperkla konjuktive • Dhune
15. A keni kryer analizat pas demtimit : PO JO	
	• Anti HIV • Anti HCV
16. Ku jeni ekspozuar me shume :	
	• Age kanjula • Injeksion • Marrje venoze • Marrje arteriale • Marrje culture • Te tjera
17. Rreziku me i larte per shendetin e infermiereve ne pavion	
	• Mugesia e informacionit • Kushtet higjeno-sanitare • Materialet mbrojtse

18. Keni pas mjete mbrojtese ne momentin e incidentit :

- Doreza
- Size/mask faciale
- Mask
- Kemishe mborjtese

19. Ndikimi i kushteve te pavionit shendetin e personelit

- Stres
- Lodhje
- Demtime biologjike
- Demtime fizike
- Te tjera

20. Perdorimi i masat mbrojtse ndikojne ne sigurine ne pune PO JO

- Rrisin sigurine
- Ulin sigurine
- Nuk e di

Faleminderit per bashkpunimin tuaj

Ne baze te te dhenave te pyetesoreve edhe pergjigjet qe na kane dhene vete personeli kemi nxjerre edhe keto te dhena te cilat i listojme ne posht nepermjet grafikeve edhetabelave perkates

Tabela 1 .Shperndarja sipas gjinise

Femra	Meshkuj
38	12

Tabela 2.Shperndarja sipas pozicionit te punes

Pozicioni i punes	Nr,personelit
Kryeinfermiere	2

Infermiere	40
Ndihemes infermiere	8

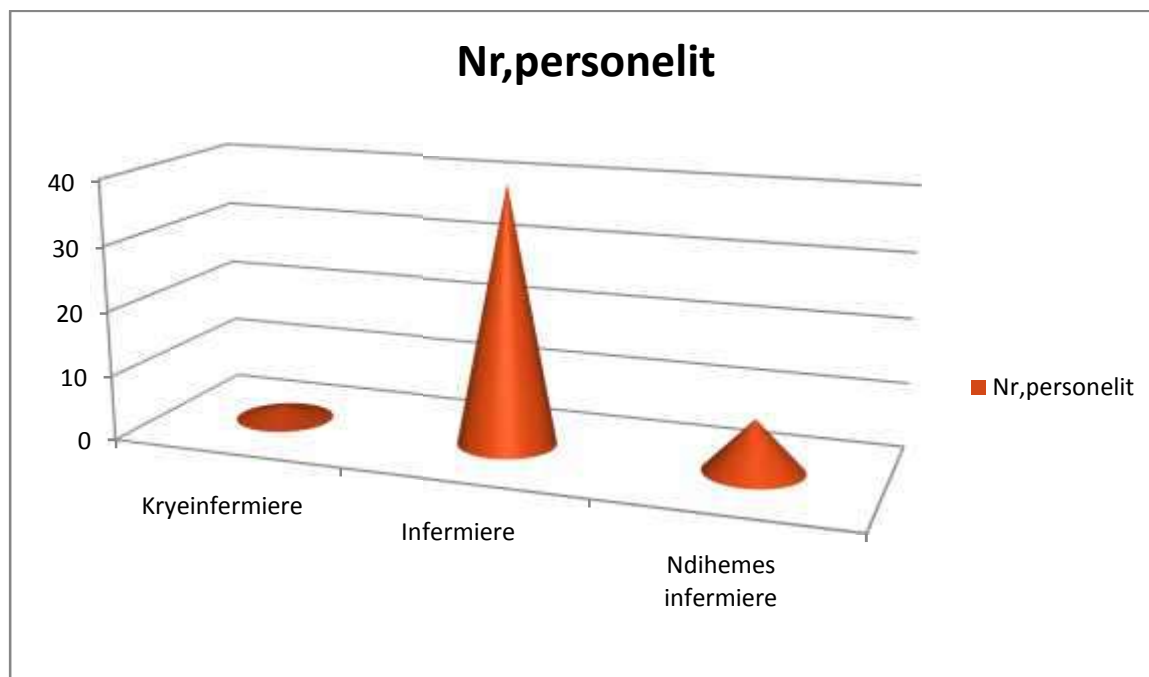


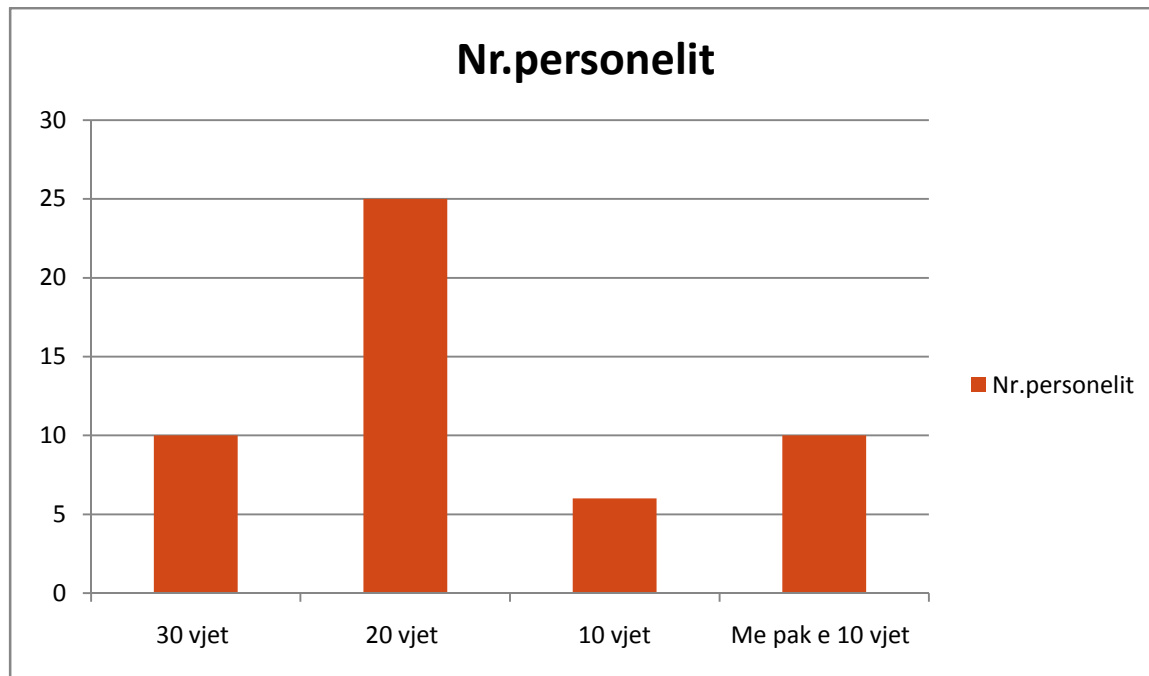
Tabela 3 .Shperndarja sipas kohezgjatjes ne pune

Kohezgjatja ne pune	Nr.personelit
30 vjet	10
20 vjet	25
10 vjet	5
Me pak e 10 vjet	10

Ne studime perfshine gjithsej 50 individ eshte nje moster e vogel sipasoj e nr te reduktur te personelit te pavionit nga te cilet :gjinise femerore i perkasin 88 kurse gjinise mashkullore

12 e cilet punojne ne pozicion ete ndryshme ku 2 jane kryeinfermiere,40 jane infermiere edhe 8 jane ndihmes infermiere.me kohezgjatje te ndryshme ne pune.

Grafiku 1. Paraqitja grafike sipas kohegjatjes ne pune e stafit infermieror



Referuar te dhenave te studimit veme re qe ne repartin infektiv te d y spitaleve ku punova numrin e te madh e zinin staf infermieror i vjeter

ne ekspeirience 30 vjet e me shume ,duke pasur dhe shume infermiere te ekperiencape 20 vjecare dhe e pak ata me 10 vjet e me pak .

Tabela 4. Paraqitja e masave te sigurise te zbatuara gjate manipulimeve

Masat e sigurise	Po	Jo
Doreza	22	18
Maska faciale	7	33
Maska normale	16	24
Veshje	37	3
Syze	2	38
Kalcina	12	28
Te tjera	1	39

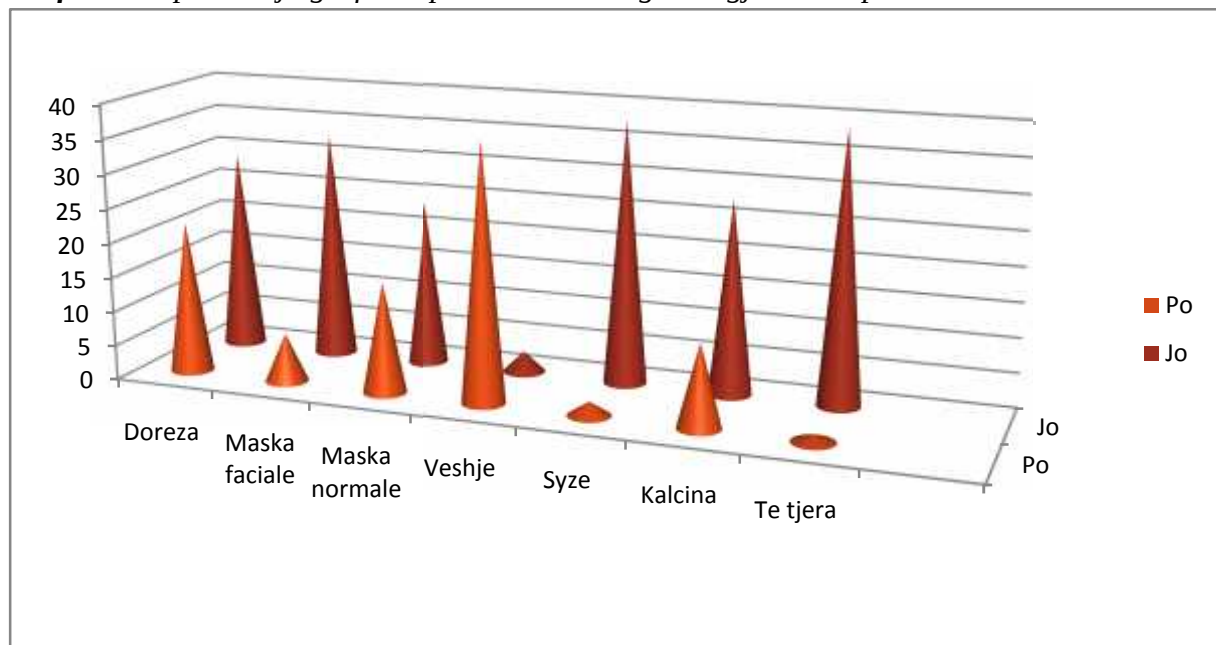
Nisur nga masat mbrojtese qe ka spitali ne dispozicione te personelit paraqitem edhe nje rezultate te perdorimit te tyre .

Ku vihet re nje perdorim jo i mire dorezat perdoren nga gjysma e personelit ne studim

Maskat faciale edhe syzet pothuajse se nuk perdoren fare

Kurse veshja perdoret me shume

Grafiku 2. Shperndarja grafike sipas masave te sigurise gjate manipulimeve



Perdorimi i tyre ndikohet nga:

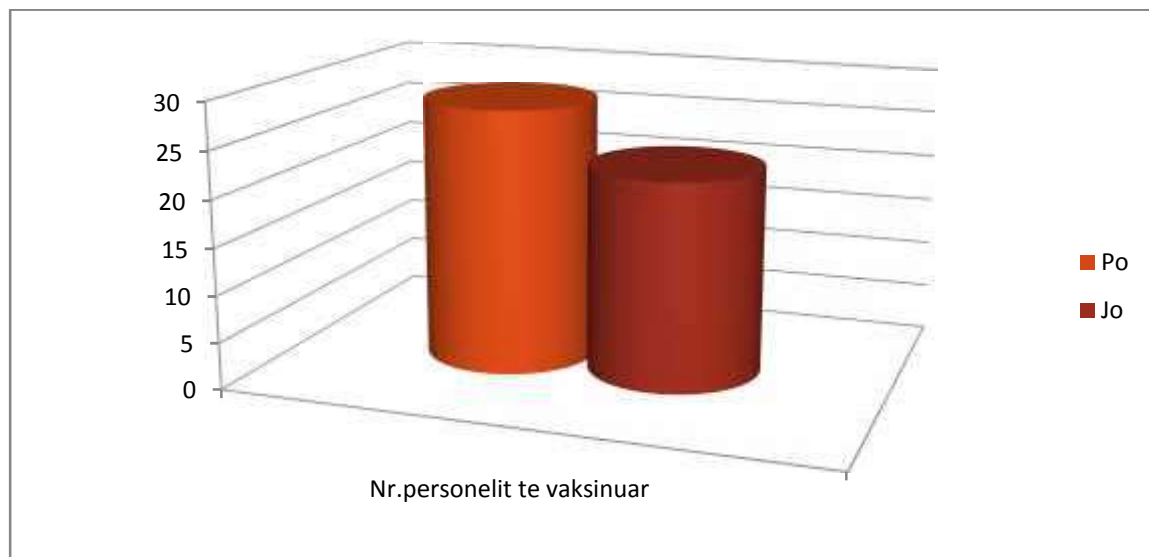
- ❖ Munges e materialit.
- ❖ Materiale i dobet

Tabela 5. Paraqitja e personelit sipas vaksinimit

Vaksinimi	Po	Jo
Nr.personelit te vaksinuar	28	22

Vaksinimi eshte nje procese qe lidhet direkte me sigurine e pacientit ne pune edhe mbulohet nga shtet ose ministria e shendetesis

Grafiku 3.Paraqitja grafike e personelit sipas vakinimit



Duke ju referuar rezultateve te studimit dhe normativave te reja te Ministris Te Shendetesise eshte bere vaksinimi i personelit me rimbursim nga shteti duke cuar ne
90 % te infermiereve te vaksinuar kundrejt
10 % te pavaksnuar per shkaqe te ndryshme .

Kjo vjene sipasoje e :

- ❖ Mungeses se informacionit per vaksinim
- ❖ Mungeses se vaksinave .
- ❖ Mungese te fondeve per vaksinim

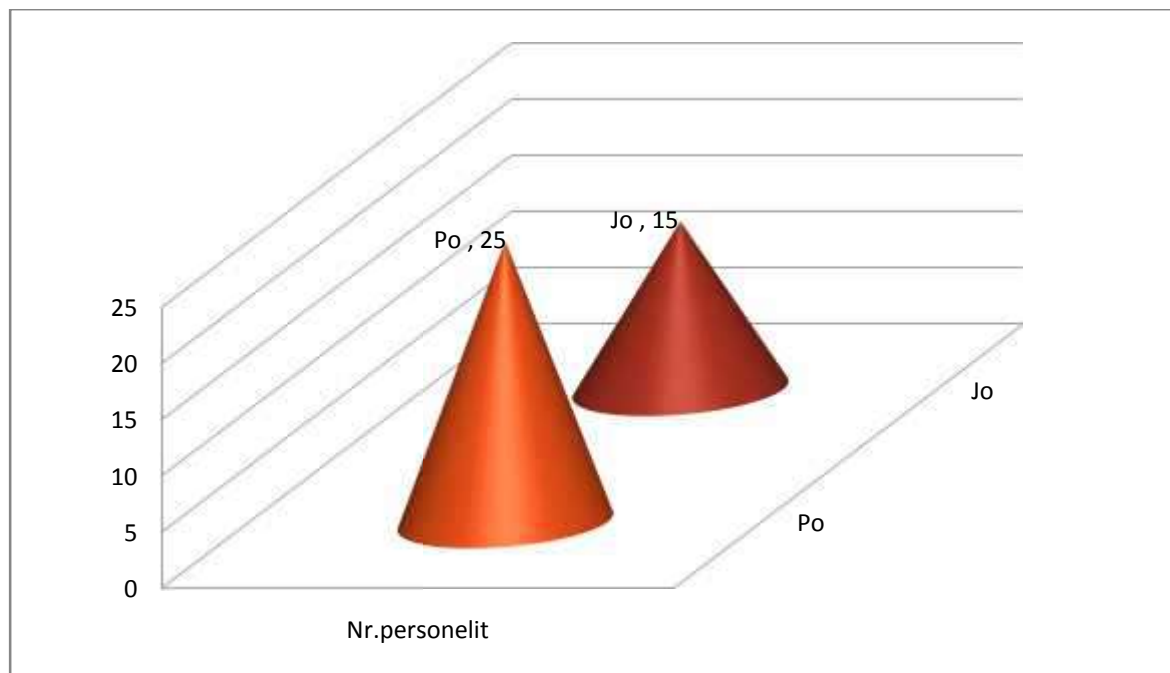
Tabela 6.Paraqitja e personelt sipas informacionit mbi kudarim serologjik te pacentit

Informacioni serologjik	Po	Jo
Nr.personelit	25	15

Manipulimet infermiore ne paciente duhet te behen vetem kur informacioni ne lidhje me ta eshte i plote qe te jemi te vetedijshem me se kemi te bejme.

Cfare semundje ne do te trajtojme edhe sa te rrezikuar jemi si duhet te mbrohem.

Grafiku 4. Paraqitja grafike sipas informacionit serologjik te pacientit



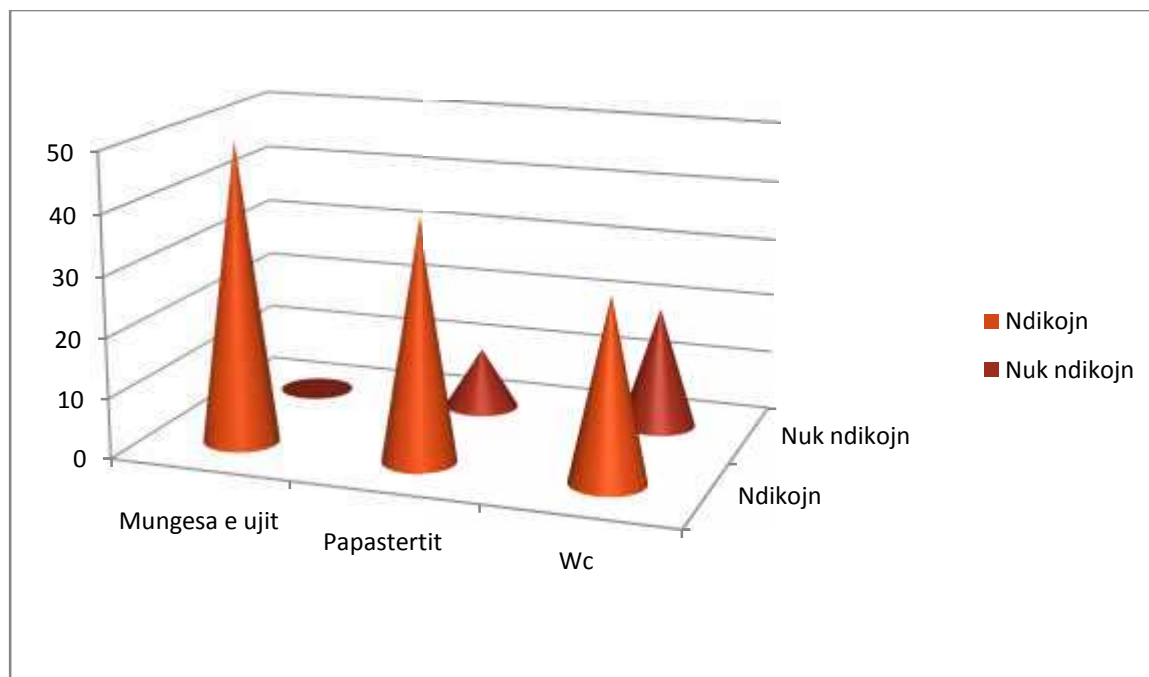
Sic shikohet edhe nga grafiku numri i stafit qe kryete manipulime qorazi pa ditur ende vlersimi serologjik eshte ne numer e konsiderushem 15 persona kundrejt atyre qe po kishin informcion qe ishin 25 persona. Kjo ndodhe sepse

- Nuk jane plotesuate kartelat.

- Sepse pacienti nuk ka kartelet individuale .
- Eshte ne gjendje te renduare shendetstore.
- Nuk ka informacione rrethe semundjeve ne te kaluaren.
- Nuk jep informacionin e sakt (fshehin semundjet)

Tabela 5: Cilet nga kushtet higjeno-sanitare te pavionit ndikojne ne shendetin tuaj

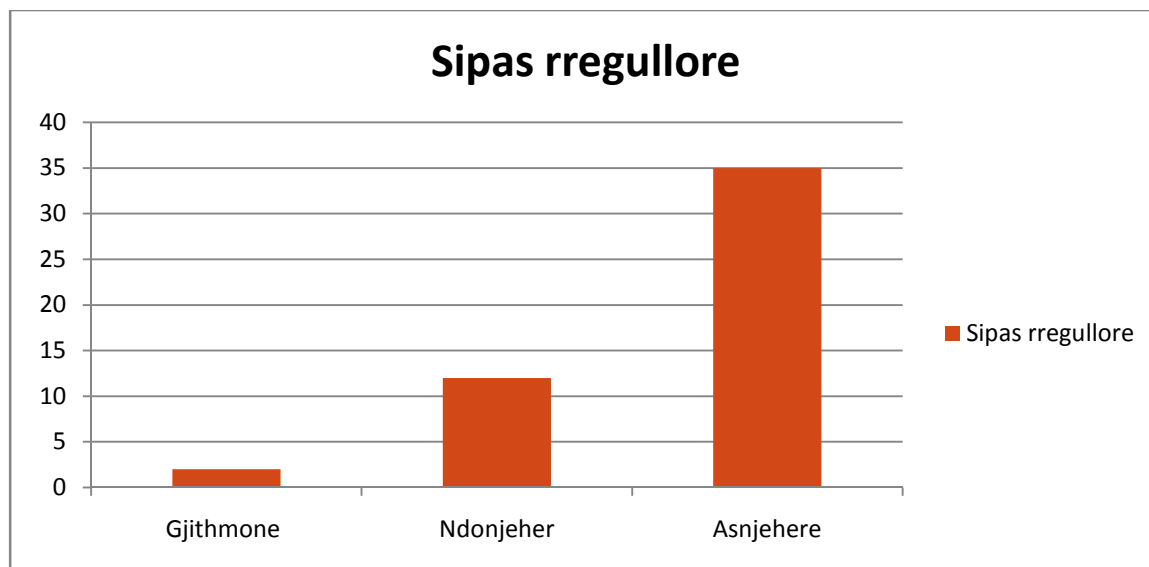
Kushtet higjeno-sanitare	Ndikojn	Nuk ndikojn
Mungesa e ujit	50	-
Papastertit	30	10
Wc	30	20



Nga te dhenat rezultone se mungesa e ujit eshte nje probleme kryesore qe ndikojne ne shendetin e infermireve .

Tabela 6:A keni bere ndarjen e mbetjeve spitalore sipas normave evropiane

<i>Ndarja e mbeturinave</i>		<i>Sipas rregullore</i>
	Gjithmone	<i>2</i>
	Ndonjeher	<i>12</i>
	Asnjehere	<i>35</i>

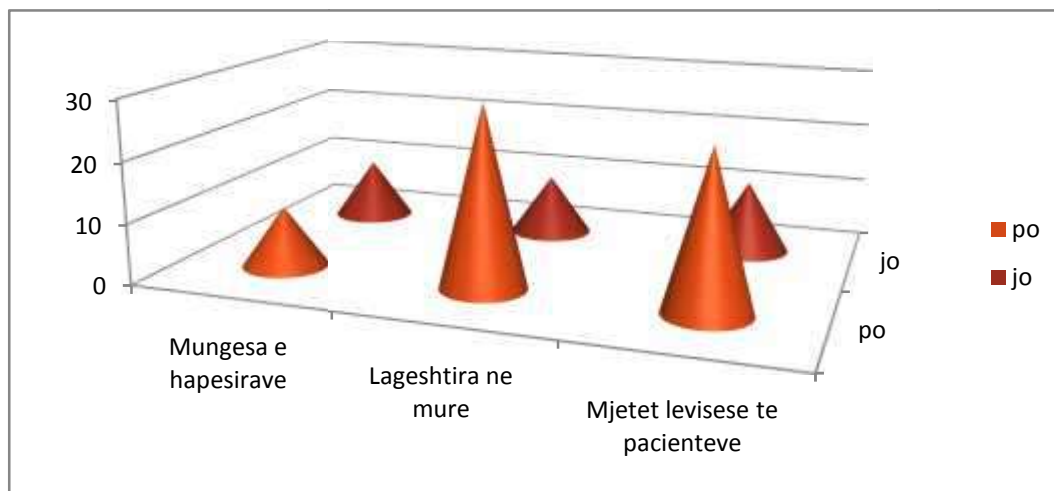


Nga te dhenat e pyetesoreve rezultone se mbeturinat ne pavione nuk ndahen sipas rregullave evropiane. Kjo si rrjedhoje Mugeses se paisjeve mbajtese

Mungese se fondeve per blerien te tyre Pamundesi te nje pike grumbullimi te mbetjeve infective

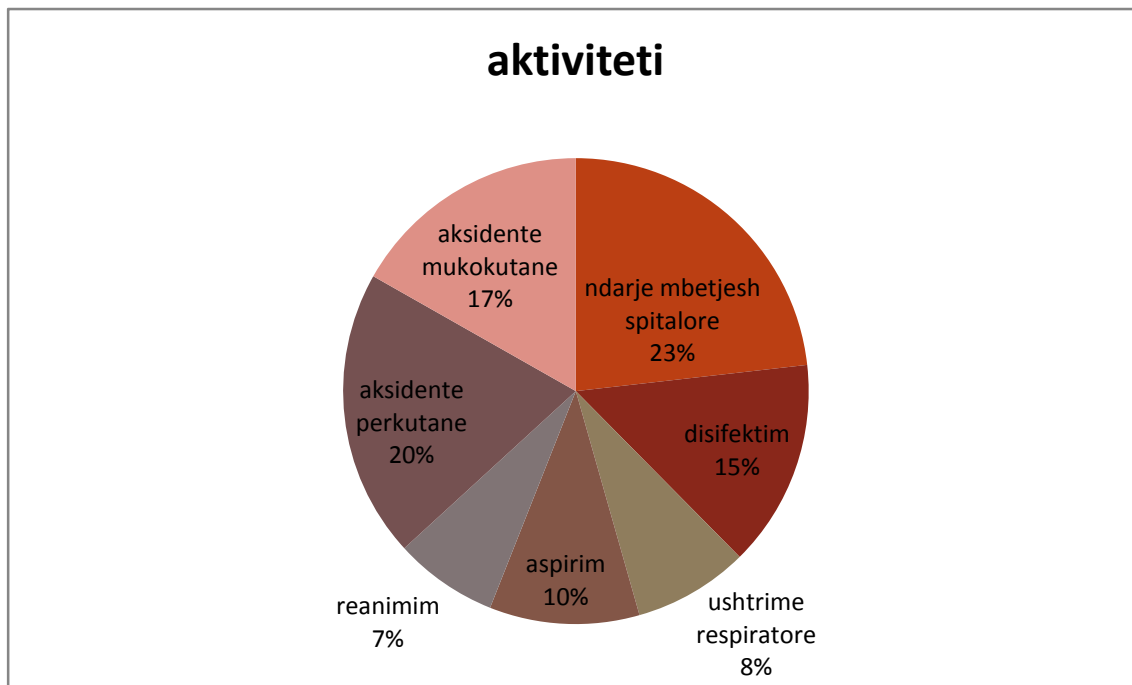
Tabela7:Rreziku i mjedisit te punes ne shendet

<i>Faktori mjedisor</i>	<i>po</i>	<i>Jo</i>
<i>Mungesa e hapësirave</i>	10	10
<i>Lageshtira ne mure</i>	30	10
<i>Mjetet levisese te pacienteve</i>	26	12



Sipase te dhenave lageshtia ne mure eshte problemi kryesore qe ndikone ne shendetion e tyre pasi eshte nje reparaet ku kan mungure investimet ne vitet e fundit.

Grafiku 5.Paraqitja grafike sipas aktivitetit me te shpesh te kryer nga infermieri e pavion

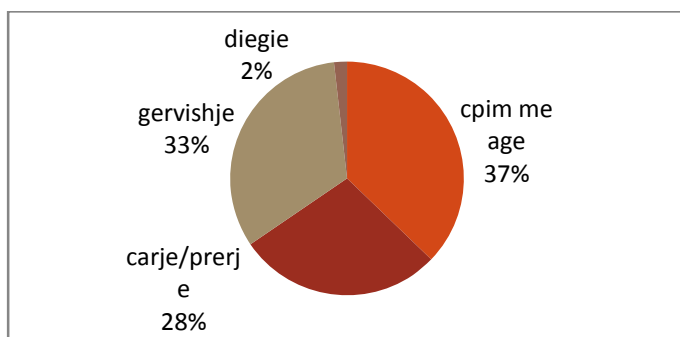


Nga permbledhja e te dhenave te pesorit shikohen aktivitetet ditesore ku personeli mjeksore esht me i ekspozuar ku rezulton se me perqindjen me te madhe ai eshte i ekspouar gjate ndarjes se mbetjeve spitaore me 23 % ,aksidenteve perkutane me 20 % ,aksidenteve mukokutane me 17 % dhe ndjkeur me disifetimin paivionit 15 % ,gjate aspirimit dhe

shrimeve respiratore dhe 7 % ne reanimimin e pacientit.Kjo eshte rrjedhoj:

- ❖ Mungese se materialeve grumbulluese te mbeturinave.
- ❖ Mungese e masve mrojtese .
- ❖ Kushte jo te mira higjeno _sanitare.

Grafiku 6 .Paraqitja grafike e aksidenteve perkutane te ndodhur tek infermieret

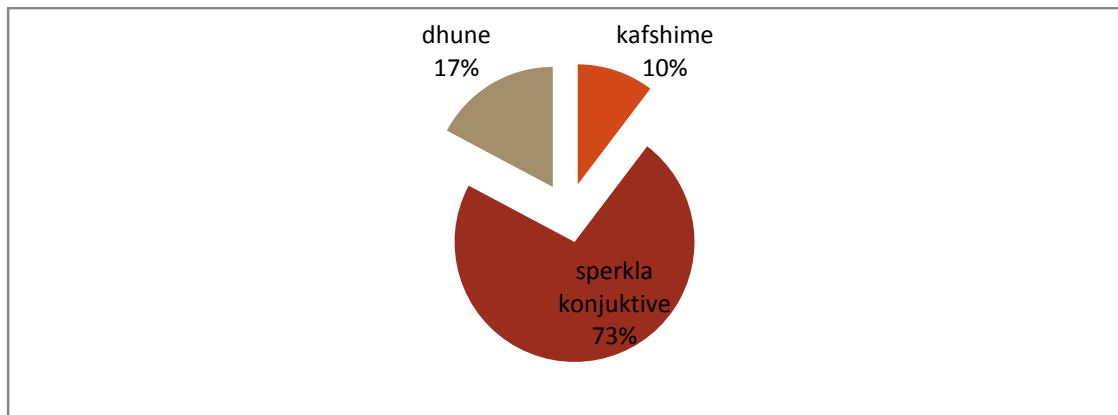


Sic shikohet edhe nga grafiku me te ekspozuar stafi nermieror esht ndaj

- cpimeve me age qe i ka ndodhur pothuajse 25 infermireve ne pavion,

- me carje /prerjeqe i ka ndodhur 1 9 infermiereve ne pavion ,
 - gervishtje shkaktuar 22 infermiereve
 - diegie 4 infermiereve .
1. Aparaturat ne perdorim jane te vjetera edhe pothuajse nuk zhvendosen nga sallat.
 2. Godina eshte ne gjendje jo te mire.
 3. Spostimit te ageve te grumbulluara ne disa vende te ndryshme,
 4. Hedhja e ageve bashke me ambalazhete e tjera pa i vecuar

Grafiku 7.Paraqitja grafike e aksidenteve mukokutane



Ne aksidentet mukocutane me i shpeshti ishin

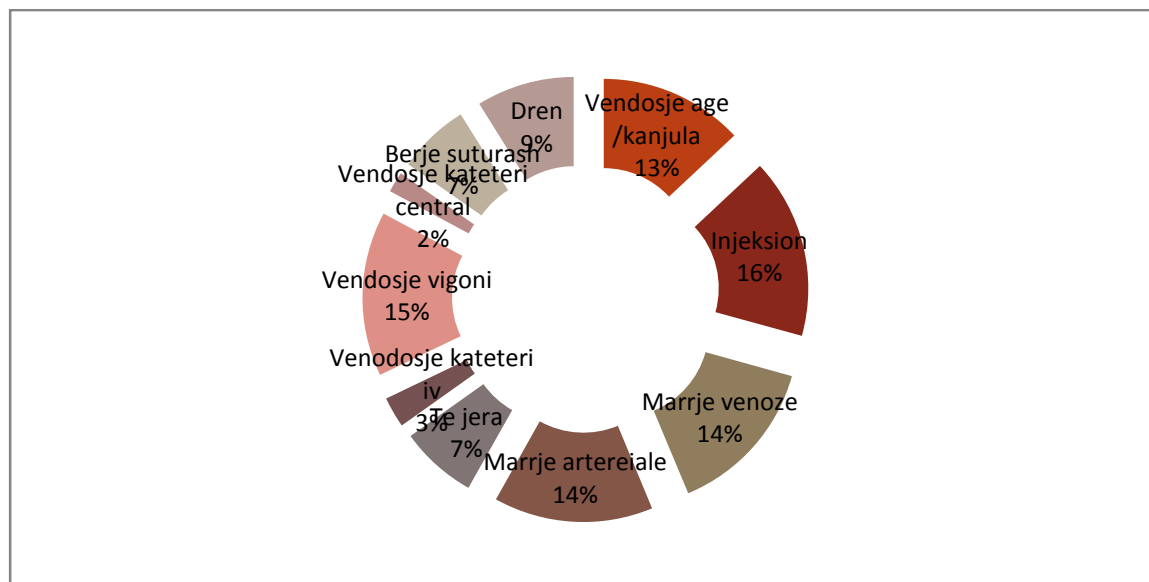
- sperklat konjuktive nodhur ne 73 % te infermiereve
- me pak kafshime 10%
- dhune me 17 %.

Tabela 8.Paraqitja e situatave me te ekspozuar qe kan infermieret

Situata e ekspozimit	Po	Jo
Vendosje age /kanjula	28	12
Injeksion	35	5
Marrje venoze	31	9
Marrje artereiale	31	9
Te jera	15	25
Venodosje kateteri iv	6	34
Vendosje vigoni	32	8
Vendosje kateteri central	4	36

Berje suturash	14	26
Dren	19	21

Grafiku 8. Shperndarja sipas ekspozimit ne pavion



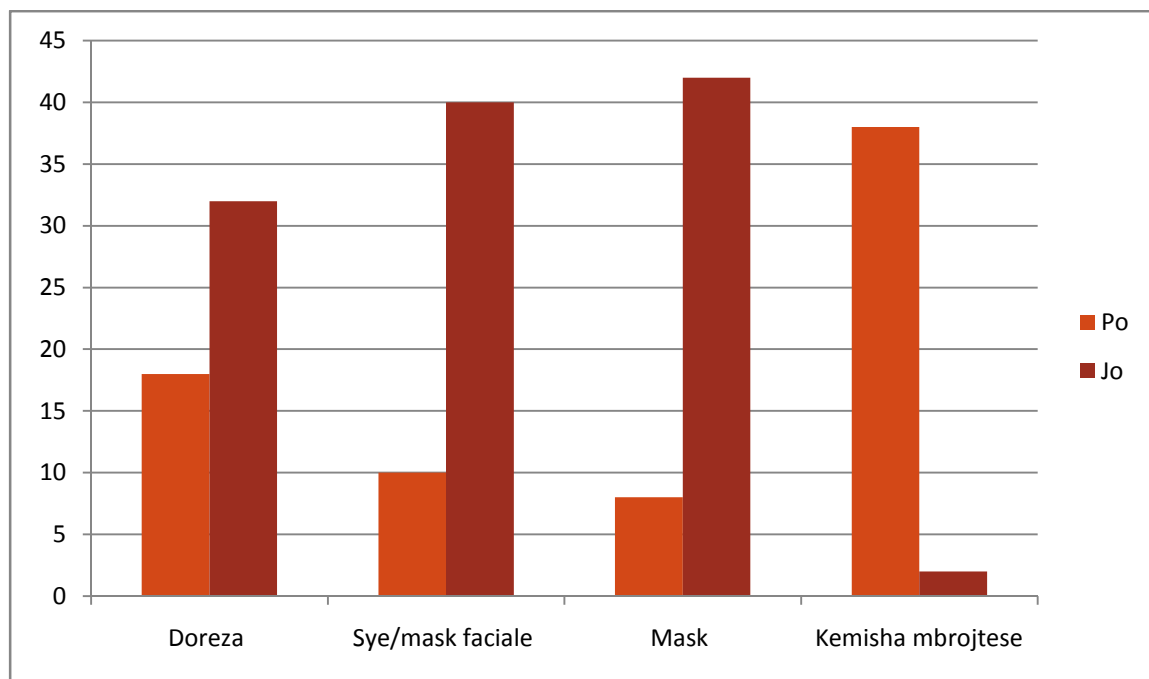
Nga rezultatet e mara ne studim shikojme se infermieret e pavionit

1. ishin me te ekspozuar gjate manipulimeve venoze me 15 %
2. injeksioneve 6 %
3. vendosje vigoni 15 %,
4. manipulimet e drenit me 9 %

Tabela 9. Mjetet mbrojtese te perdorura ne momentin e incidentit

Masat mbrojtese	Po	Jo
Doreza	18	32
Sye/mask faciale	10	40
Mask	8	42
Kemisha mbrojtese	38	2

Grafiku 9. Masat mbrojtëse në momentin e incidentit



Sic shikohet edhe nga grafiku masa më e madhe mbrojtëse ndaj ekspozimit të faktoreve të riskut është unifrma dheveshja e punës të infermiereve me 51 % ,
ndjekur nga dorezat me 24 %
maskat 24 % .

Pasi u bë testimi dhe u përpunuan U VRE SE INFERMIERET ndikoheshin nga:

Mungesa e materialeve mbrojtëse

Mungesa e informacionit.

Kushte jo të mira higjieno _sanitare.

Me ndihmë e drejtorisë së spitalit Rajonal Fier edhe Depozitës së Përgjithshme të Medikamenteve

Grafiku 10. Përdorimi i masave të sigurisë

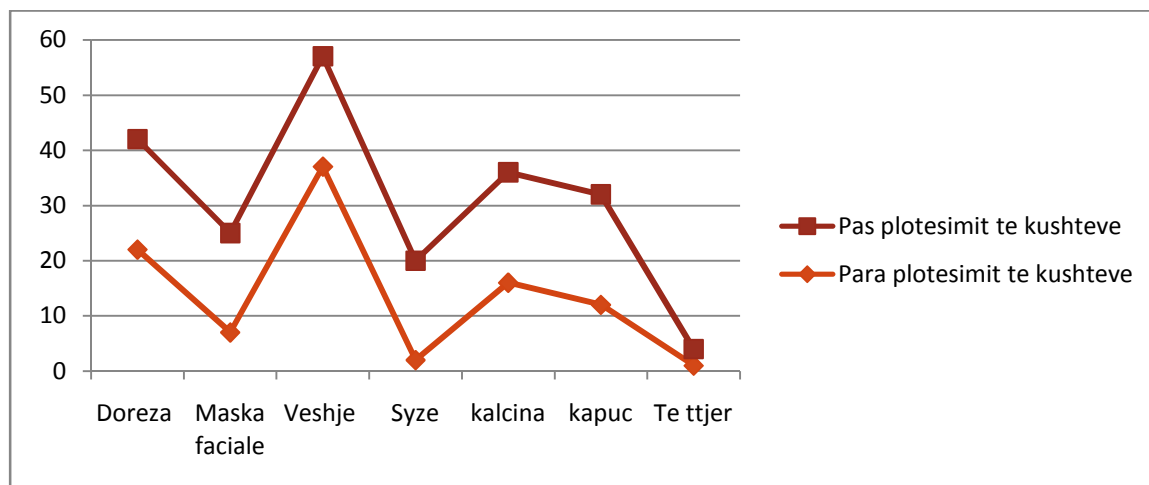
u mundësuan plotësimi i disa kushteve. përditësimi të infermierit. Me një intensitet të ruajtjes të ndikimit personal dhe informimit apo rikujtesës së stafit gjatë punës u mundova të eliminoja disa nga faktorët e ekspozimit .

Pati një ndryshim të vogël në të dhënat e mara më parë si nga mungesa e ekspozimit dhe rritja e alert tek infermieret.

Rezultatet e mëposhtme janë paraqitura grafike e mundësive të lejuara për ndryshim në pavione përkatëse.

	Para plotësimit të kushteve	Pas plotësimit të kushteve
Doreza	22	20
Maska faciale	7	18
Veshje	37	20
Syze	2	18
Kalcina	16	20
Kapuc	12	20

Te ttjer	1	—



*Rritje e perdorimit te masve te sigurise .
Ndergjegjsim me i madhe i personelit lidhur me
mast mbrojtese
Ku dorezat u perdoren 100% ne manipulime.
Maskat faciale edhe zyzyet rriten pergjindjet e
tyre ne perdorim 97%*

*Kapucet edhe karcinat gjithashtu
Sic shikohet edhe nga grafiku te dhenat e
nxjerane perqindje perkatese te grupeve ku te
parat jane para testimit dhe te dytat pas testimit
shikohet rritja e alertit ne perdorimin e masave
mbrojtese gjate manipulimit.*

Grafiku 12.Paraqtija e masave te sigurise te mara ne momentin e incidentit

Nga grafiku vihet re se pasi u vu ne dispozicion te infermiereve masa me te shumta dhe u arrit te sigurohet kjo fale depos qendrore dhe informimit nga pytsori u rrit perdorimi ne te

gjitha masat brojtese te cilat ulen bindshem demtimet ne rastet e aksidenteve duke filluar qe nga paisja e duhur me uniforme qe ne fillim te punes

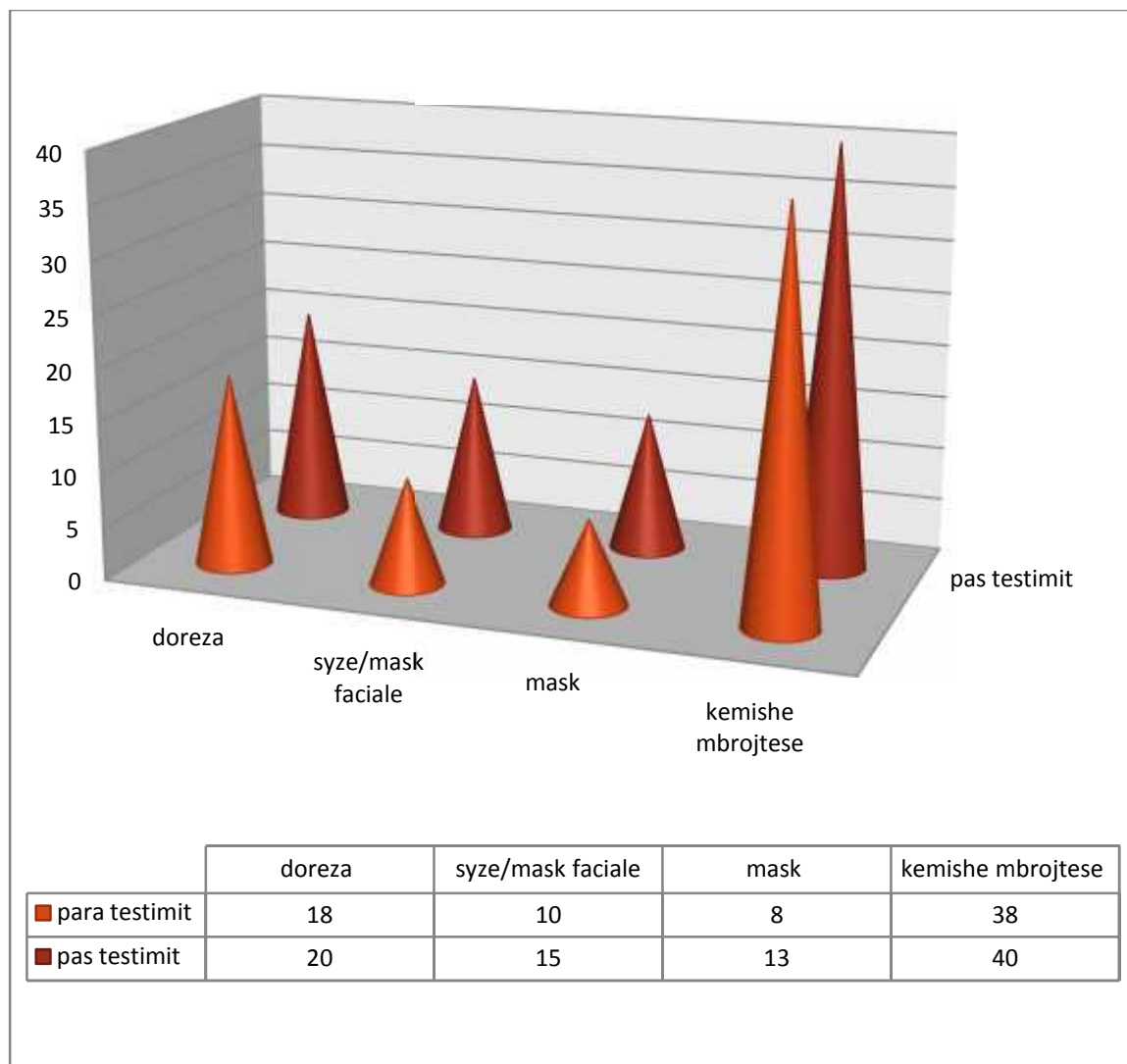
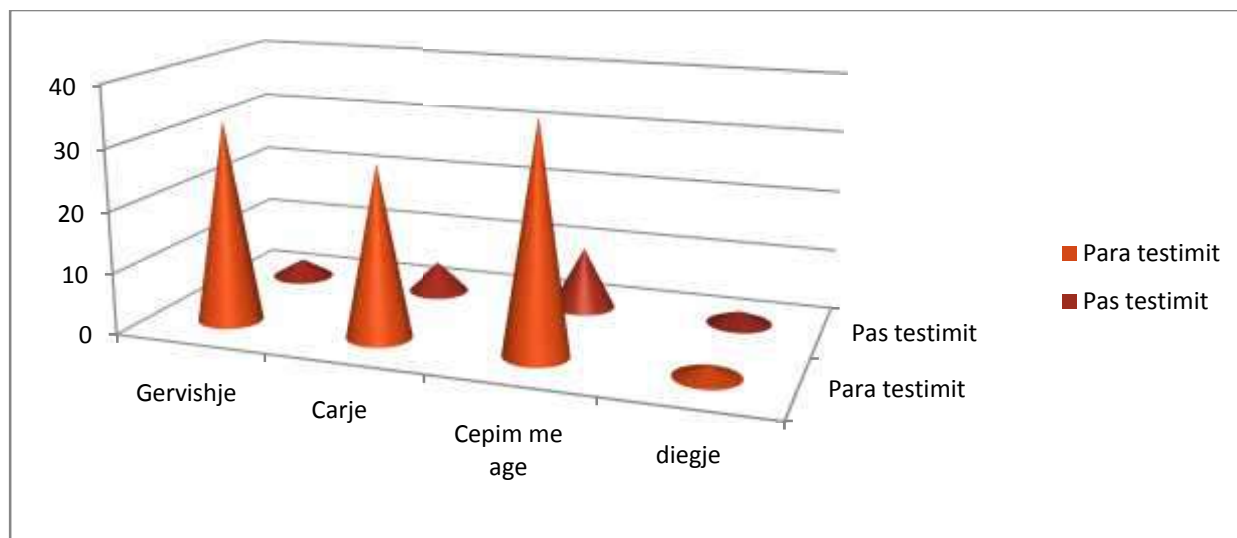


Tabela11 e vleresimit te aksidenteve ne pune

	Para testimit
Gervishje	33
Carje	28
Cepim me age	37
Diegje	2

Vihet re ne reduktim i aksidenteve ne pune sipasoj e plotesimit te disa prej problematikave te perditshme



U vu re nje redukti i rasteve me demtim te pesoneli shendetesore.

Ku nga 33 gervishje shukam ne 3

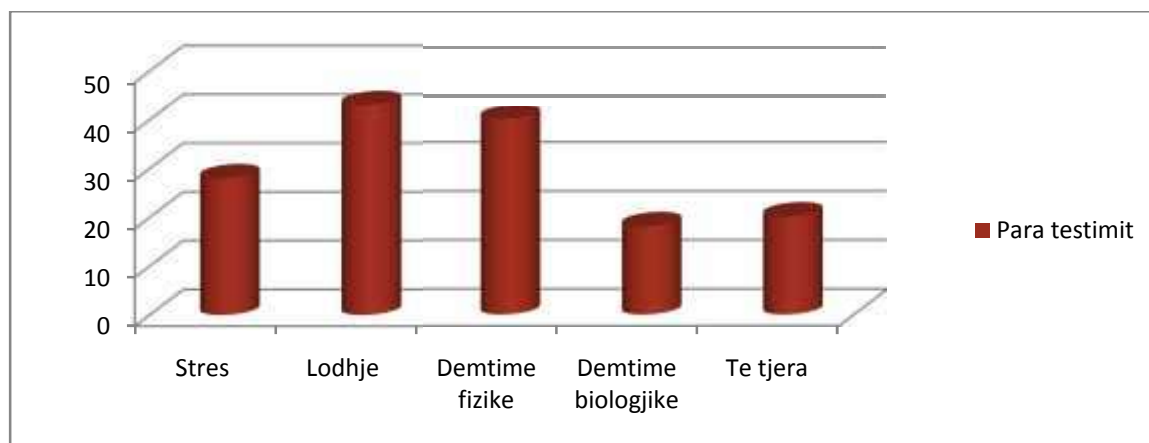
Carje nga 28 ne 5

Cepime me age nga 37 ne 10

Djegje ne vlera normale

Tabela i analizimit te demtimeve qe marrim ne pune

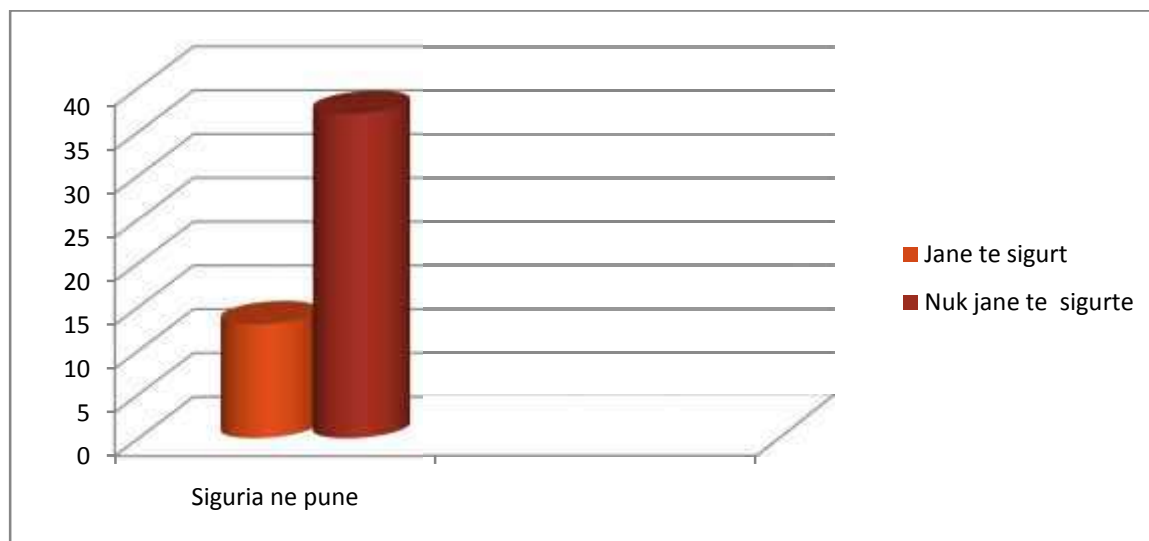
Demtmet	Para testimit
Stres	28
Lodhje	43
Demtime fizike	40
Demtime biologjike	18
Te tjera	20



Nga te dhenat e pyetesoreve rezultone demtime me te medha shendetesore manifestohen me lodhje, demtime fizike edhe stress.

Tabela9: A ndihen infermieret te sigurte ne pune me kushtet qe kane

	Jane te sigurt	Nuk jane te sigurte
Siguria ne pune	13	37



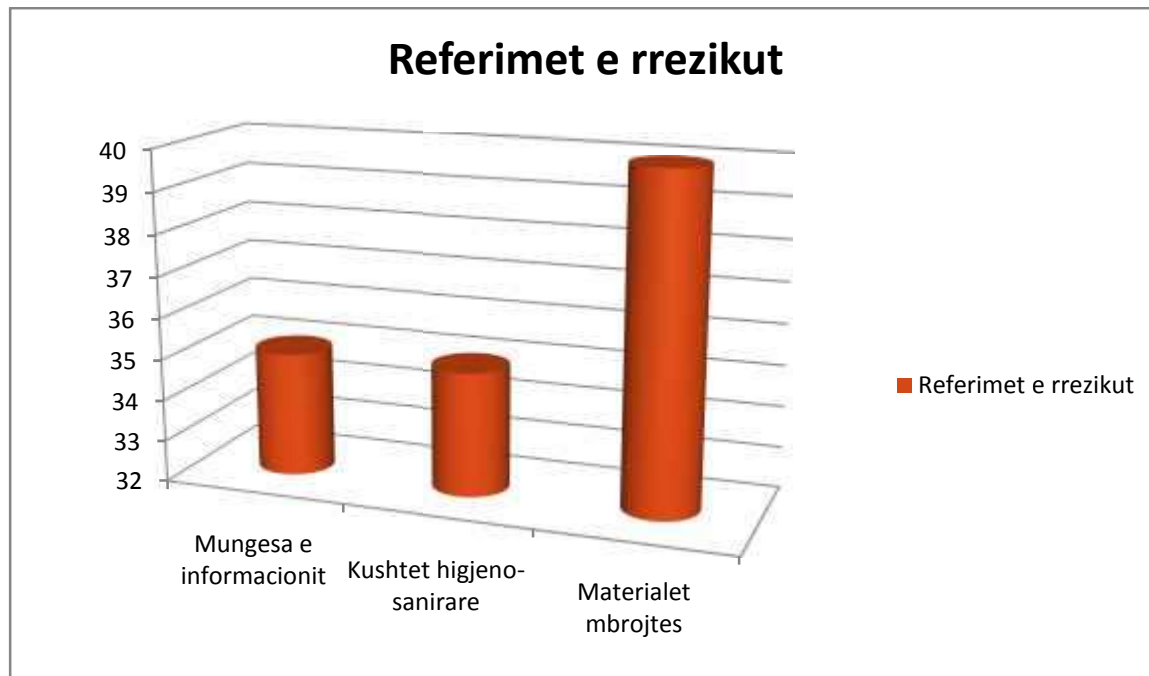
Sipas analizave te pyetesorit infermiret e pavionit infektiv nuk jane te sigurte ne vendin e pune.
Ende pas plotesimit te disa prej kerkesave siguria e tyre eshte ende e cenuar

Te pa sigurte pas eliminimit te disa faktoreve jane 75%
Te sigurte pase nderhyrjes jane 25%

Tabela11:Faktori qe perbene rrezik me te larte per shendetin e infermiereve

	Referimet e rrezikut
Mungesa e informacionit	35
Kushtet higjeno-sanirare	35
Materialet mbrojtës	40

Grafiku i faktoreve rrezikus



Faktori kryesorë që ndikone në shëndetin e infermiereve janë mungesa e materialeve mbrojtës, por vlen të theksohet se edhe faktorët e tjerë janë në nivele të larta.

KONKLuzionET

- ❖ Siguria në ambjentet e punës së spitalit infektiv është në nivele të ulta.
- ❖ Siguria në këtë pavion është nën 25%
- ❖ Shëndeti i personelit infermiere është i rreskuar.
- ❖ Promocioni shëndetësor ka efekte pozitive në përmirësimin e shëndetit.
- ❖ Personeli është i rriskuar 75%
- ❖ Mungesa e materialeve mbrojtës.
- ❖ Kushte higjeno-sanitare jo të mira.
- ❖ Mungesa e informacionit për vaksinim të personelit.
- ❖ Kushte jo të mira të mjedisit të punës.
- ❖ Rreziku më i lartë për personelin janë mungesa e materialeve mbrojtës.
- ❖ Rreziku struktural me problematik është lageshtia në mure.

- ❖ Dëmtimi shëndetësor për infermieret janë dëmtimet fizike edhe lodhje.
- ❖
- ❖ Manipulime të infermiereve pa informacionin e duhur për sëmundjet që pacienti ka aktualisht apo ka kaluar.
- ❖ Mungesa e pikave grumbullimi të mbeturinave.
- ❖ Mungesa e ujit është një rrezik tjetër për shëndetin e infermiereve.
- ❖ Dëmtimet fizike më të mëdha janë çipimet me age.

DISKUTIMI

Programet spitalore Menaxhimi mjekësor dhe administrativ i spitalit duhet të mbështes fuqishëm programin e hartuar për parandalimin

e rezikut dhe sigurimin e kushteve të punës. Çdo autoritet shëndetësor duhet të hartojë një program të brendshëm për të parandaluar demtimet në vendin e punës.

Ky program duhet:

- Të përcaktojë objektiva të qarta në përputhje me objektiva të tjera shëndetësore kombëtare.

- Të përditësojë vazhdimisht praktikën që duhen ndjekur bazuar në udhërrëfyesin për parandalimin e infeksioneve spitalore

- Të ngrenë një sistem që monitoron demtimet dhe aksidentet në vendin e punës dhe të vlerësojnë sesa të efektshme janë masat e ndërmarra

- Të trajnojnë stafin në mënyrë të vazhdueshme. Është e rëndësishme që ky program të drejtohet nga Ministria e Shëndetësisë dhe të zbatohet nga institucionet e varura prej saj. Komiteti kombëtar për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore Detyrat e komitetit kombëtar janë:

-)Miraton strategjinë kombëtare për minimizimin dhe parandalimin e demtimeve spitalore.

-)Miraton programet e punës për zbatimin e strategjisë.

-)Miraton propozimet për ndryshime të shkurta në kuadrin ligjor dhe nënligjor përkatës.

-)Miraton propozimet për ndryshime të rëndësishme organizative, për ngritjen e njërive të kontrollit të infeksioneve spitalore në spitalet rajonale

-)Krijon grupe ekspertësh, që punojnë mbi detyrat e lëna në periudhën midis dy mbledhjeve të tij. Komiteti i autoritetit shëndetësor rajonal për Parandalimin dhe Kontrollin e Infeksioneve Spitalore Ky komitet duhet të bashkëpunojë ngushtë dhe të raportojë stafit mjekësor dhe atij administrativ të spitaleve të rajonit në mënyrë që programi të jetë sa më i efektshëm. Tashmë ka të dhëna të qarta se vendi i punës është i lidhur direkte me një numër të konsiderueshëm demtimesh vdekjeprurëse ose jo. Ky numër duket se është në rritje sipasoj e zvogelimit të punësve në vendin e punës edhe si rrjedhojë e mos raportimit të problemit, apo në raportim të tyre, p.sh **studimet për praninë e dhimbjes së**

shpinës të infermieret kanë treguar se pavaresisht mungesës së të dhënave zyrtare kjo simptomë është e pranishme në shumicën e tyre dhe personeli vazhdon akoma punën, (Hignett 1996). Nga një studim i kryer në Angli në vitin 1989 u gjetë se 22% e të gjitha trajtimeve aksidentale në spital edhe në shërbimin e urgjencave i përkasin demtimeve të ndodhura në punë (OPCS1991). Shëndeti gjithashtu është i ndikuar edhe nga sjellje të rrezikshme ose ndryshim i rutinës, mjedisit i përgjithshëm i punës edhe efekti i tij në shëndet përben aspektin më të neglizhuar në lidhjen midis punës edhe shëndetit. Kjo vjen si pjesë e shkaqeve politike e faktit se një lidhje e tillë kaq e përgjithshme është e vështirë të provohet apo të hulumtohet (Otave Kanada 19869). Megjithatë ke të dhëna të rëndësishme që tregojnë rëndësinë e mjedisit të punës në shëndet ku demonstron nga disa studime, detyrat e perseritura, mungesa e autonomisë, presionet e udhëqesve etj. Kushtet e punës janë përgjegjëse për diferencat që ekzistojnë në smunshmerinë e punësve të personit infermieror ku rolet kryesore ka ekspozimet afatgjata ndaj stresit të cilin edhe në gjetjen e zgjidhjes stimuluese përfshijnë e duhanit e cila vrehet të të punësuarit masivisht (Naidoo J, Wills J Londer 2000) Në rastet emergjente (shpërthim infeksionesh) komiteti duhet të organizojë një takim sa më shpejt që të jetë e mundur.

- Të komunikoj dhe të bashkëpunoj me Njësitë për Parandalimin e Infeksioneve Spitalore të ngritura në spitale (Urdhër Nr.568, dt. 26/10/2010) Menaxhimi Spitalor Masat parandaluese duhet të fokusohen kryesisht në spitale. Parandalimi i infeksioneve për pacientët dhe stafin është një shqetësim për këdo që punon në spital

- Të sigurojë që stafi të edukohet dhe trajnohet në mënyrë të vazhdueshme.

- Aspektet teknike përsa i përket higjienës së spitalit të delegohen stafit që është i përshtatshëm për këtë detyrë.

- Të rishikoj periodikisht gjendjen e infeksioneve spitalore dhe sa të përshtatshme

janë masat e ndërmarra për parandalimin e tyre. Marrja e mostrave të ndryshme për ndotjen në brendesi të pavionit është një mundësi shumë e mirë që do të reduktonte edhe numrin e lartë të mikroorganizmave patogjenë në ajër dhe cilat shërbenë si rrugë për tejçimin e infeksionit ose sëmundjeve të ndryshme.

- Të marrë pjesë në investigimin e shpërthimeve të infeksioneve. Njësitë për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore. Institucionet spitalore duhet që të kenë kontakte me specialistë të epidemiologjisë, të parandalimit të infeksioneve spitalore dhe sëmundjeve infektive. Në disa vende këto specialistë punojnë për një spital ose një grup institucioneve spitalore. Kjo do të varet nga tipi, nevojat dhe resurset që ka çdo institucion shëndetësor.

- Vlerëson masat e marra nga personeli përkatës shëndetësor për sterilizimin dhe dezinfektimin e të gjitha pajisjeve mjekësore që gjenden në ambientet e përmendura më sipër si dhe nivelin e ndotjes së këtyre ambienteve.

- Vlerëson dhe kontrollon aparaturat dhe siguron praktikën të sigurta të punës. Mungesa e kushteve përlevizjen e pacientit apo edhe për transportin e tij nga një dhomë në tjetër demton rendin shëndetësor të infermierëve të cilët duhet të levizin duke sforcuar veten. Shumë prej infermierëve ankohen për ngritje të pacientëve në krahe me barrele sepse mungonë aparaturot me efikasitet të lartë apo edhe një ashtensor. Mungesa e mbajtësve anësorë për pacientet vështirëson punën e infermierit nëse edhe nga faktet që numri i tyre në turne është i pakët, nxite sforcimin në punë për të kryer detyrat deri në fund. Shpesh herë infermierët gjatë intervistimit i është dashur të levizin qoftë edhe për marrje borxhi të mjeteve me të domosdoshmi si: aërgësi, vigonë, karroca transporti, dorëza, alkole, betadine, feasho të cilat janë të pakta. Vështirësia e më së madhe është gjatë turneve të tratimit ku punon vetëm 1 infermiere në pavione. Nëse nga këto fakte është e nevojshme që të kryhen kontrole të rregullshme dhe në mënyrë që të plotësohen kushtet me minimale për punë

. • Propozon pranë ISHP pezullimin e përkohshëm të aktivitetit mjekësor në sallat operatorë, në pavijone, si dhe në sallat e lindjes dhe ato të aborteve të spitaleve publike dhe private, kur ngarkesa dhe ndotja mikrobike i tejkalon kufijtë e lejuar, deri në normalizimin situatës nga sterilizimi dhe dezinfektimi.

- Kryen aktivitete në funksion të mbrojtjes së personelit mjekësor • Bashkëpunon me laboratorët mikrobiologjik

- Në bashkëpunim me strukturat rajonale të shëndetësisë (ASHR, DRS, DSHP) dhe ISHP, kryen hetimin e sëmundjeve të shfaqura në spital.

- Përgatit raporte për çdo hetim dhe vlerësim si dhe raporte të përgjithshme 6- mujore dhe vjetore.

REKOMANDIME

- ❖ Të instistohet vazhdimisht nga drejtoritë përkatëse
- ❖ Për rritjen e numrit dhe paisjen e të gjithë stafit me mjete të nevojshme të ruajtjes
- ❖ Të ketë kushtet minimale të higjenes për larje, pastrim dhe sterilizim
- ❖ Të drejtoj infermierit dhe motivoj drejt rigorozitetit në aplikimet e bera
- ❖ Të ushtroj kontroll të vazhdueshëm tekne të aparaturave .
- ❖ Përmirësim të kushteve strukturore.
- ❖ Të kryej inspektimet e duhura higjienore Brenda struktureve në mënyrë të tillë që të rritet efikasiteti i sanitareve
- ❖ Të testoj vazhdimisht personelin për nivelin serologjik të sëmundjeve infektive me të shpeshtë në pavion
- ❖ Të rrisi funksionin e kryeinfermieres së raportit në kompetencën kontrolli të higjenes dhe vëzhgimit të punës të infermierit gjatë manipulimeve
- ❖ Të promovoj vazhdimisht të menyrat e sakta të sigurisë fizike dhe kimike.
- ❖ Rritje të procedurave sterilizuese.
- ❖ Nxjete të promovimit shëndetësor në pavione.

BIBLIOGRAFIA

1. Autoriteti Shendetesor i Vancouver Island, Manual i Parandalimit dhe Kontrollit te Infeksioneve. 7 Shkurt 2013
2. Protokoll Klinik per Kontrollin dhe Parandalimin e Infeksioneve Spitalore, MSH, ISHP, ISKSH, QKCSA. Tirane. Mars 2012
3. Udhezime Praktike per Kontrollin e Infeksioneve ne Institucionet e Kujdesit Shendetesor, Organizata Boterore e Shendetesise.8 Dhjetor 2003
4. Udhezimet e OBSH-se per larjen e duarve ne kujdesin shendetesor.Prill 2006. Raport Nr: WHO/WPI/QPS/05.2 Public Health Agency Canada (1999)
5. Infection Control Guidelines; routine practices and additional precautions for preventing transmission of infection in healthcare. Health Canada. MMWR (2003)
6. Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). NHS Estates (2002)
7. Infection Control in the Built Environment – Design and Planning (2nd edition),Norwich, UK: Wiseman, Sue Fraser Health Authority, Acute Care Infection Prevention and Control Manual, 2008 Centre for Disease Control. (2003),
8. Guidelines for environmental infection control in health care facilities.Morbidity and mortality weekly report, 52(RR10), 1-42. Favero, M.S., Bond, W.W. (1991).
9. Sterilization, disinfection and antisepsis in the hospital manual of clinical microbiology. Washington, DC: American Society for Microbiology. Rhodes, M. (2003) The ABCs of Infection Control. Infection control Today Magazine
10. Ewls L ,Simnett i .Promoting helth;a practical guide to health education,4 edn.Harcourt,Edinburgh,1999
11. Smith ,J .A.The idea of heath ;implications for the nursing proffesion.New York :Columbia University Teachers College Press 1983.
12. Departament of helth (DoH) .On the state of public health 1991 .HMSO ,London 1992.
13. Blaxter M. Health and lifestyles. Tavistock/routledge,London ,1990
14. Naidoo J,Wills J .Health promotion :foundations for practice/ Baillere Tindall,London 2000.
15. Anderson,D.G.Ward,H .community et public health nursing (6 th ed.) .St.Luis :Mosby,2004/
16. A.Vasili,E.Tomini.Tiran 2012 Semundjet infektive ne shqiperi ,konferenca e pare kombetare 11 maj 2012 Tirane.
17. M.Dervishi,S.Bino Tirane 2009)Politikat shendetesore Shqiperi,strategjia e OBSH per shendetin deri ne 2020Semundjet infektive ne shqiperi ,konferenca e pare kombetare 11 maj 2012 Tirane.
18. The global epidemiology of infectious diseases [electronic resource] / edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez, Colin D. Mathers. 1 PDF. -- (Global burden of disease and injury series ; volume 4) 1.Communicable diseases - epidemiology I. Murray, Christopher J. L. II. Lopez, Alan D. III. Mathers, Colin D. ISBN 92 4 159230 3 (NLM classifi cation: WC 100)
19. Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options

(1996) Investing in health research and development. World Health Organization. Geneva (Document TDR/Gen/96/1). Eisner R (1989) The total incomes system of accounts. Chicago, University of Chicago Press. Feachem RGA et al., eds. (1992) The health of adults in the developing world. New York, Oxford University Press for the World Bank. Ghana Health Assessment Project team (1981) A quantitative method of assessing the health impact of different diseases in less developed countries. International Journal of Epidemiology, 10:73-80. Goerdts A et al. (1996) Disability: definition and measurement issues. In: Murray CJL and Lopez AD, eds., The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press. Jamison DT et al., eds. (1993) Disease control priorities in developing countries. New York, Oxford University Press for the World Bank. Lopez AD (1993) Causes of death in industrial and developing countries: estimates for 1985-1990. In: Jamison DT et al., eds. Disease control priorities in developing countries. New York, Oxford University Press for the World Bank, 35-50. Lozano R et al. (1994) El peso de la enfermedad en México: un doble reto. [The national burden of disease in México: a double challenge.] Mexico, Mexican Health Foundation, (documentos para el análisis y la

convergencia, No. 3). Morrow RH, Bryant JH (1995) Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. American journal of public health, 85(10):1356-1360. Murray CJL (1996) Rethinking DALYs. In: Murray CJL and Lopez AD, eds., The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press. Murray CJL and Lopez AD, eds. (1994) Global comparative assessments in the health sector: disease burden, expenditures and interventions packages. Geneva, World Health Organization. Murray CJL, Lopez AD, Jamison DT (1994) The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. Bulletin of the World Health Organization, 72(3):495-509. World Bank (1993) World development report 1993: investing in health. New York, Oxford University Press for the World Bank. World Health Organization. World health statistics annual, various years. Geneva, WHO. World Health Organization (2002). World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva, WHO. Zeckhauser R, Shepard D (1976) Where now for saving lives? Law and contemporary problems, 40: 5-45

20. http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007ip_part3.html.

21. www.rischiobiologico.org

VLERËSIMI I NJOHURIVE TË PERSONELIT INFERMIEROR PËR KUJDESIN NDAJ DEKUBITUSEVE

Bledar Levenaj
bledilevenaj@gmail.com

Abstract

Decubitus is a constant problem in the health care system and produces a significant burden on patients, relatives and health personnel.

Purpose of the study: Assessment of the knowledge, perceptions and nursing practices in the direction of the decubitus, in order to clearly define the training needs of the nursing staff.

Specific objectives

- Assessing the knowledge of nurses based on the pavilion where he works.
- Evaluation of the distribution of knowledge of nurses based on the level of education: Bachelor level, Master level Professional, Master degree level.
- Evaluating the distribution of nursing knowledge based on the training they have attended.
- Assessing the distribution of nursing knowledge based on work experience: 0-5 years of work, 5-10 years of work, over 10 years of work
- Determining perceptions and practices of nursing staff in case of decubitus

Hyrje

Dekubitusi është dëmtim i lokalizuar i lëkurës, muskujve dhe / ose indeve që shkaktohet nga shtypja, fërkimet apo nga presioni kryesisht në daljet kockore (Nursing Clinical Practice Guideline, 2001). Dekubituset janë probleme të vazhdueshme në sistemin e kujdesit shëndetësor dhe prodhojnë një barrë të konsiderueshme për pacientët, të afërmit dhe personelin shëndetësor (Bours, Halfens, Abu-Saad, dhe GROLL, 2002). Sipas Brain dhe Lyder (2004), është vlerësuar se

Material and methods

This study was conducted at the Fier Regional Hospital, during the period March - June 2017, involving nursing staff of pathology, intensive care and emergency services. For the realization of this study, a self-administered questionnaire was used. The SPSS 17 program was used for statistical analysis.

Results: The average age of participants in the study was 38.5 years. Only 44.4% of nurses reported having had direct experience in treating patients with decubitus. 18.6% of nurses were classified as nurses with a good level of knowledge in the direction of decubitus.

Conclusions: The educational level and type of service where nursing staff works is seen as an important factor affecting the nursing's knowledge and necessarily the appropriate nursing care provided to patients with decompensated or endangered forms of decubitus.

Key words: Decubitus, nurse, prevention.

60.000 e vdekjeve ka ndodhur çdo vit në Shtetet e Bashkuara të Amerikës (SHBA) për shkak të dekubituseve, si rezultat i komplikacioneve që shkaktojnë tek pacientët e prekura nga dekubitusi. Të paktën 1.7 milion pacientë zhvillojnë dekubitus çdo vit (Pieper, 2007). Një tjetër studim tregon se incidenca e dekubitusit në mjediset e kujdesjeve spitalore shkon respektivisht nga 2.2% në 66% në Mbretërinë e Bashkuar (UK) dhe nga 0% në 65,6% në SHBA dhe Kanada (Kaltenthaler, Whitfield, Walters,

Akehurst, & Paisley, 2001). Sipas (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2001), incidenca e dekubitusit në SHBA shkon nga 0.4% në 38%, në mjediset e kujdesit akutë, 2.2% në 23.9% në kujdesin kronik dhe 0% në 17 % në kujdesin në shtëpi. Studimi i fundit i kryer në Evropë, SHBA, Kanada dhe Australi dha vlerësimet se dekubituset kanë incidencë më të lartë dhe mbizotërojnë në spital duke filluar nga 8.3% deri në 25.1% (Hulsenboom, Bours, & Halfens, 2007). Incidenca e dekubitusit në vendet aziatike është konsideruar e lartë duke filluar nga 2.1% deri në 31.3% në ICU (Suriadi et al., 2007).

Dekubitusi është një barrë e konsiderueshme financiare për çdo sistem të kujdesit shëndetësor dhe ka efekte negative mbi arritjen e qëllimeve të kujdesit shëndetësor (Clark & Watts, 1994). Studimet e mëparshme kanë treguar se dekubitusi ka krijuar disa efekte negative, të tilla si: rritja e rrezikut të infeksionit, shërimin e vonuar të plagëve, rritjes së mortalitetit, rritjen e përdorimit të burimeve spitalore dhe shpenzimet e kujdesit të pacientit, rritjen në kohëzgjatjen e qëndrimit në spital, dhimbje dhe vuajtje dhe cilësi e ulët të jetës së pacienteve (Armstrong, Bortz, & Holter, 2001; NPUAP, 2001).

Janë të shumtë faktorët që ndikojnë në formimin e dekubituseve. Këtu përfshihet: mosha e madhe, palëvizshmëria, dehidratimi, patologjitë kronike, dëmtimi i perceptimit ndijor, ndryshime në perfuzionin indor, kequshqyerja, anemia, dhe infeksioni si faktorët e brendshme, intensitetin dhe kohëzgjatjen e presionit, fërkimet dhe tretjen si faktorë të jashtëm (Fogerty et al, 2008; Seëchuk, Padula, & Osborne, 2006). Njohuritë, qëndrimi dhe praktika e infermierëve shihen edhe si faktorë të tjerë jashtë individit për formimin e dekubituseve.

Përmbledhje e literaturës

Terma të ndryshme janë përdorur për t'iu referuar dekubitusit, të tilla si plagë shtrati, ulçer dekubitusi, dhe plagë nga presioni. Dekubitusi

Mungesa e njohurive të personelit shëndetësor ndikon në prevalencën më të lartë të dekubituseve (Ayello & Meaney, 2003). Formimi i dekubitusit ka ndodhur si rezultat i një kombinimit të dy faktorëve të brendshëm dhe të jashtëm dhe një tjetër faktor i jashtëm i cili është konsideruar i rëndësishëm ishte nga menaxhimi i gabuar i pacientëve të sëmurë (Bliss, 1990). Disa arsye për rritje të incidencës të dekubirusit mund të jetë e lidhur me njohuritë dhe praktikën e personelit infermior në drejtim të vlerësimit të rrezikut dhe metodat e parandalimit. Njohuritë qëndrimi, dhe praktika infermiore rrit ndërgjegjësimin e infermierëve për problemet që sjellin formimet e dekubitusit dhe ofron bazën për vendim-marrje në përkujdesjet infermiore (Benboë, 1992). Gunningberg, Lindholm, Carlsson dhe Sjoden (2001) kanë studiuar njohuritë dhe praktikën e stafit infermior në Suedi dhe kanë gjetur se shumica e infermierëve kishin njohuri të pamjaftueshme në drejtim të vlerësimit të rrezikut, parandalimit dhe trajtimit të dekubitusit tek pacientët me frakturë të kockave të legenit.

Parandalimi i dekubituseve është përgjegjësi e të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor të cilët janë të përfshirë në kujdesin e pacientit. Njohuritë, qëndrimi dhe aftësitë janë të nevojshme për të siguruar kujdes infermior në mënyrë efektive (Cully, 1998)

Parandalimi i dekubitusit është një nga treguesit e cilësisë për të reduktuar incidencën e dekubitusit në kujdesjet akute. Zhvillimi dhe implementimi i protokollit për parandalimin e dekubitusit, stafi i informuar, protokolle cilësore, vlerësimi i rrezikut dhe i statusit nutricional, ofrimi i kujdesit ndaj lëkrës, dhe dokumentimi janë tregues cilësorë për parandalimin e formimit të dekubitusit (Catania et al., 2007).

zhvillohet kur dëmtimi i indeve ndodh për shkak të aplikimit të disa forcave mekanike mbi daljet kockore (Seëchuk, Padula, & Osborne, 2006). Rreth 1.7 milion pacientë zhvillojnë dekubitus çdo vit (Pieper, 2007). Më shumë se një milion

pacientë të hospitalizuar zhvillojnë një ose më shumë dekubituse çdo vit në SHBA (Young, Evans, & Davis, 2003). Incidenca e zhvillimit të dekubitusit në pacientët me dëmtime të shtyllës kurrizore dhe pacientët kirurgjikale shkonin respektivisht nga 20% në 31% dhe 4% në 45% (NPUAP, 2001). Presioni i dekubitusit shkakton dhimbje dhe vuajtje, rrezik për infeksion, shërim të vonuar të plagës, rritje të mortalitetit, ul cilësinë e jetës së pacientëve, rrit kohëzgjatjen e qëndrimit në spital dhe përdorimin e burimeve spitalore, si dhe rritje të kostove të trajtimit (NPUAP; Rintala et al, 2008).

Përkufizimi i dekubitusit

Një dekubitus është përcaktuar si çdo plagë e shkaktuar nga presioni i vazhdueshëm që rezulton në dëmtimin e indeve të lëkurës,

subkutan apo dhe muskular. Organizata të ndryshme e përcaktojnë dekubitusin në mënyra të ndryshme. Aktualisht, dekubitusi është përcaktuar si dëmtim i lokalizuar në lëkurë / ose inde zakonisht mbi daljet kockore si rezultat i presionit ose të fërkimit (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], 2007). Fonder et al. (2008) e përshkroi dekubitusin si një zonë e dëmtuar të lëkurës për shkak të presionit të vazhdueshëm në daljet kockore e cila nëse do të vazhdonte për një kohë të gjatë do të ndikonte në reduktimin e furnizimit me gjak të indeve nën presion, si pasojë e të cilës do të shfaqej nekroza e indeve. Sipas European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], dekubitusi është përcaktuar si një zonë e dëmtimit të lokalizuar të lëkurës dhe indeve nën të që vjen si rezultat i presionit, fërkimit, dhe / ose kombinim i këtyre.

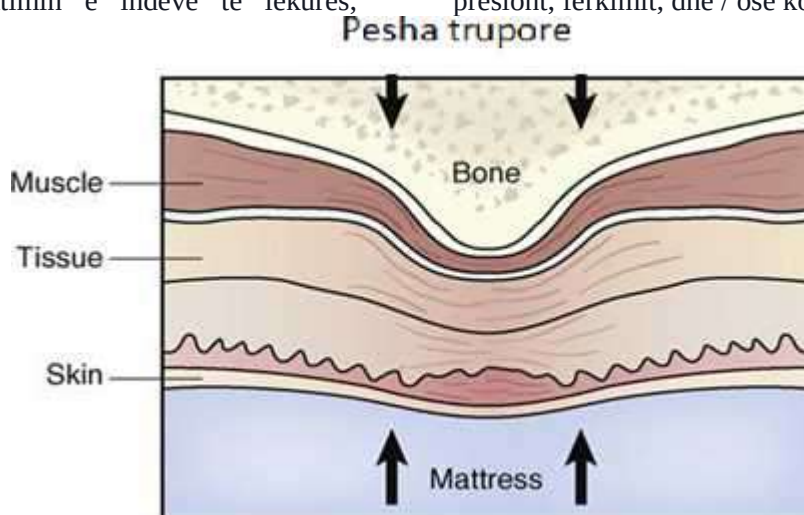


Fig. 6.8.1 Mekanizmi i formimit të dekubitusit

Faktorët rriskant

Faktorët rriskant që mund të krijojnë këto lloj dëmtimesh ndahen si më poshtë:

- Faktorë lokal
- Faktorë të përgjithshëm

Në faktorët lokal bëjnë pjesë:

- Presioni
- Forca e shtypjes
- Forca e komprimimit

- Rritja e temperaturës dhe e lagështirës.

Në faktorët e përgjithshëm bëjnë pjesë:

- Mosha
- Imobilitëti
- Kequshqyerja
- Sëmundjet kronike-degjenerative

Faktorët lokalë

Në vend të pare si shkaktar kryesor i formimit të dekubitueseve është presioni.

Presioni. Me presion do të kuptojmë një forcë të aplikuar perpendikularisht mbi një sipërfaqe.

Pika kritike deri sa zhvillohet një ulcerë nga presioni avancon kur forca e komprimimit midis sipërfaqes trupore dhe planit mbështetës është më e fortë sesa presioni i gjakut në enët e tij dhe kështu krijohen kushtet për ishemi (mungese e qarkullimit të gjakut). Kjo zakonisht ndodh kur mbahet një pozicion i njëjtë për një kohë të gjatë pasi hypoperfuzioni i indeve tolerohet për pak kohë, nëse kjo kohë zgjat do të kemi nekroze të qelizave. Mos furnizimi me oksigjen i këtyre zonave e shton shpejtësinë e dëmtimeve qelizore. (Mund ta krahasojmë këtë proces me procesin e larjes së makinës në lavazho në rastin kur dikush bllokun tubin e ujit pra uji ose do të pakësojë në dalje ose do të ndërpritet plotësisht.) Faktori presion lidhet edhe me tipin e indit që pëson këtë mungesë oksigjeni dhe fluksi i gjakut. Në fakt tipet e lezioneve të ardhura si pasojë e presionit varen edhe nga vendi i pikës së kontaktit. Personi i shëndetshëm është në gjendje të lëvizë në mënyrë të vazhdueshme për të alternuar zonat e trupit të cilat kanë qenë nën presion, p.sh kur dikush është i ulur këmbëkryq ai automatikisht sinjalizohet nga SNQ që është nevoja për të ndërruar pozicionin dhe kjo gjë bëhet në mënyrë spontane. Kjo ndodh edhe gjatë natës ku njerëzit ndërrojnë pozicionin gjatë gjumit.

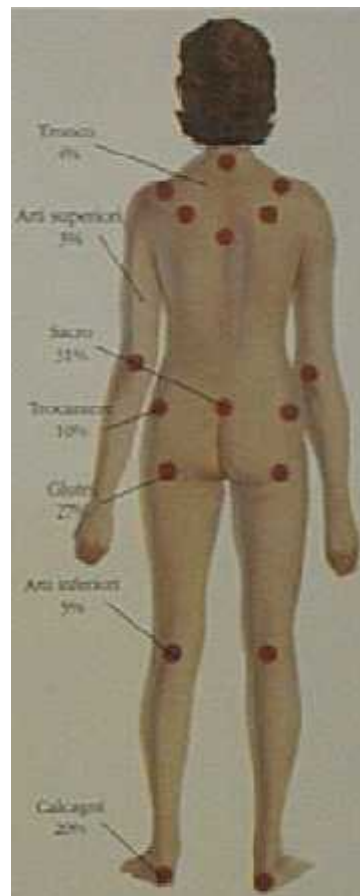
Rritja e temperaturës lokale dhe lagështira

Shpesh jastëkët, dyshekët dhe çarçafët përmbajnë nxehtësi dhe e ngrohin lëkurën akoma më shumë. Dyshekët janë të pajisur me material plastik dhe këto materiale rrisin temperaturën e lëkurës duke rritur në këtë mënyrë edhe metabolizmin, me pasojë isheminë indore. Gjithashtu rritja e temperaturës nxit edhe prodhimin e djersës që mund të pasohet me dëmtim të lëkurës.

Faktorë të përgjithshëm

Faktorët e përgjithshëm mund të jenë fiziologjik (mosha) ose patologjik si sëmundjet e

ndryshme që mund të favorizojnë dekubitueset në rastet që verifikohet një imobilitet parcial ose total. Është e rëndësishme të theksohet që në asnjë literaturë shkencore nuk përmendet



obeziteti si faktor rrisht. Kjo lidhet me faktin e imobilitetit por jo me faktin e lezioneve të dekubituesve sikurse lidhet me malnutricionin.

Mosha. Pacientët e moshuar kanë një risk më të madh për të bërë dekubitues, kjo lidhet me faktin e reduktimit të indit adipoz subkutan (tek të moshuarit ky reduktim arrijnë në masën 50% në krahasim me të rinjtë), zvogëlimin e ndjeshmërisë, rigjenerimin me vonësë të plagëve, reduktimin e mikroqarkullimit, zvogëlimin e sensibilitetit dhe elasticitetit.

Lëvizshmëria. Me gjithë modifikimet e lëkurës, shpesh në pacientët e moshuar edhe palëvizshmëria është një faktor rrisht për formimin e dekubituesve. Çdo situatë ose sëmundje që redukton lëvizjet e pacientit të

pamjaftueshmërisë së O₂ dhe lëndëve të transportuara në zonën e prekur duke u shoqëruar me akumulimin e produkteve përfundimtare të metabolizmit në këto inde. (Chang & Seireg, 1992, Prentice, 2005). Ushtrimi I presionit të lartë (70 mm Hg) për një kohë të gjatë më shumë se dy orë shkakton vdekje qelizore. (Dinsdale, 1974).

Fërkimi. Fërkimi është forca e dy sipërfaqeve të cilat lëvizin midis njera-tjetres (Maklebust & Sieggreen, 2000). Nderrimin e krevatit mund ta kryejm larg sipërfaqes mbeshtese kur pacienti eshte I shtrire ne krevat ne menyre qe te shmangim ferkimet. Kur sipërfaqia midis trupit dhe shtratit është lagur si rezultat I djersitjes, urinës (në rast të inkontinencës urinare) apo eksudatit të plagës, fërkimi dhe forca rritet ndjeshëm (Maklebust & Sieggreen). Nëse koka e shtratit është e lartë, graviteti tërheq trupin poshte, dhe forcat e fërkimit dhe shtypjes shkaktojnë nekrozë në zonen sakrale (Maklebust & Sieggreen).

Faktorë të brendshëm

Si faktorë të brendshëm përmendim faktorët fiziologjik apo patologjitë të cilat ndikojnë në rritjen e rrezikut për shfaqjen e dekubitusit. Tek faktorët e brendshëm përmendim: mosha e tretë, gjinia, kequshqyerja, perceptimi ndijor, dhe dëmtimi I qarkullimit i gjakut (Majumdar, Kothari, & Gupta, 2006;. Suriadi et al, 2007). Disa studime kanë nxjerë në pah se janë disa medikamente të cilat ndikojnë në shfaqjen e dekubituseve si anestezia, qetësuesit apo dhe analgjezikët. (Ayello, Baranoski, Lyder & Cuddigan, 2004; Suriadi et al.). Këto medikamente shkaktojnë vasokonstriksion duke reduktuar perfuzionin indoor (Suriadi et al.). nivelet e uleta të proteinave plazmatike, nivele të ulëta të Hb dhe hematokriti I ulët janë gjetur si faktorë të brendshme, të cilat mund të ndikojnë ne perfuzionin e indeve (Dyson & Lyder, 2001). Sipas Majumdar, Kothari, dhe Gupta (2006), kequshqyerja u cilesua si një nga faktorët e brendshme për zhvillimin e dekubitusit.

Tek pacientët e moshave të treta kemi ulje të qarkullimit epidermik, uljen e barrierës

sipërfaqësore të lëkurës, ulje të perceptimit ndijor si dhe uljen e lëvizshmërisë , humbje të indit subcutan dhe atij dhjamor (Kanj & Philips, 2001). (Ryan, 2004). Njerëzit e moshuar me mungesë lëvbizshmërie dhe me sëmundje të rënda akute dhe / ose deficite neurologjike jane më të prirur për të zhvilluar dekubitus (Cullum, Deeks, Sheldon, Song & Fletcher, 2003).

Pacientët me dëmtim të shtyllës kurrizore, pacientët me sëmundje cerebro-vaskulare, dhe pacientët me diabet mellitus janë shembull i pacientëve të cilët kanë te dëmtuar perceptimin ndijor. Prandaj, këto pacientë janë në rrezik për zhvillimin e dekubitusit (Auer-Grumbach, 2008).

Dëmtimi I qarkullimit të gjakut është një tjetër faktor rreziku I brendshëm për zhvillimin e dekubitusit. Ulja e presioni sistolik të gjakut nën 100 mmHg dhe presionit diastolik nen 60 mmHg ndikon në formimin e dekubitusit (Bergström, 1997). Hypotensioni pengon qarkullimin e gjakut nga lëkura në organet vitale duke rezultuar në uljen e tolerancën e lëkurës ndaj presion (Pieper, 2007). Pirja e duhanit u gjet si faktor që mund të ndikojë ne uljen e perfusionit te indeve (Ayello et al, 2004;. Dyson & Lyder, 2001). Ethet, dehidratimi, ishemia, hypoksemia, dhe anemia gjithashtu janë gjetur si faktorë që ndikojnë në perfuzionin e indeve (Majumdar et al., 2006).

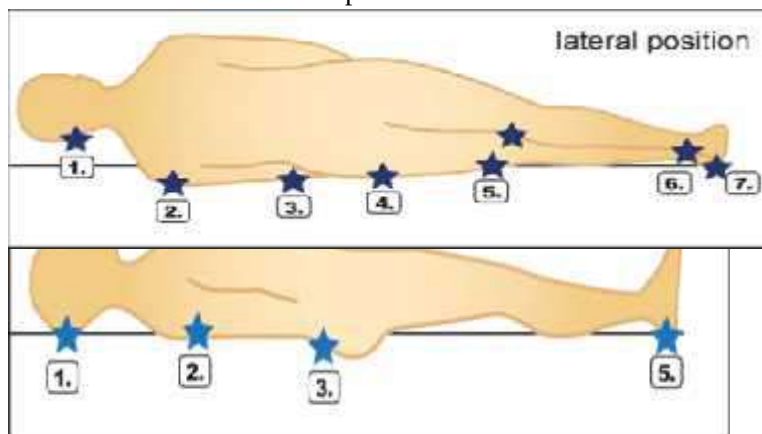
Ku formohen dekubitueset?

Normalisht ka zona të ndryshme të trupit ku formohen dekubitueset kjo në varësi të pozicionit të pacientit dhe të zonës që ushtrohet presioni.

Në **pozicionin dekubitus dorsal** zonat e rrezikut janë:

- thembrat e këmbës,
- pulpat e këmbëve
- gluteuset
- sakrumi
- shpatullat

- kocka oksipitale



Në **pozicionin dekubitues lateral dekstra ose sinistra**, zonat e rrezikuara janë:

- thëmbër
- maleoli
- kondili lateral medial.
- Trokanteri (në nivelin e kokës së femurit)
- Bërryli
- Procesi akromial
- Veshët

Zonat në rrisht në dekubitues lateral

Në **dekubitues ventral** zonat e rrezikut janë:

- gishtat e këmbëve
- gjunjët
- kreshta iliake
- organet genitale tek meshkujt
- gjoksi tek femrat
- veshët, faqe
- bërrylat

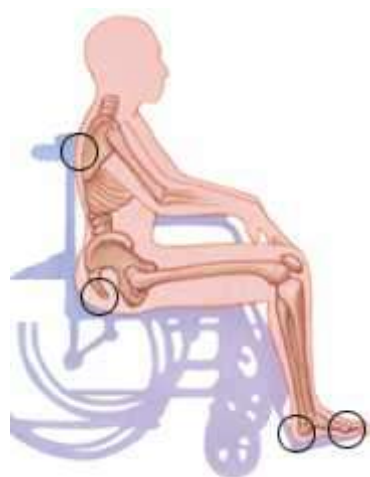
Zonat në rrisht në dekubitues ventral

Në pozicion **ortopnoe (ulur)** zonat e rrezikut janë

- shpatullat
- muskujt gluteal
- thëmbra
- shputa e këmbës

Vlerësimi i rrezikut të dekubituesit

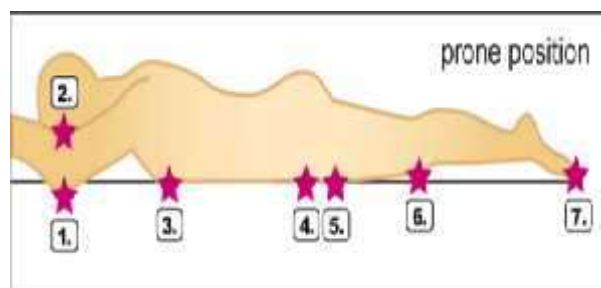
Vlerësimi i rrezikut për shfaqjen e dekubituesit kanë për qëllim reduktimin e rreziqeve potenciale për zhvillimin e një dekubituesi. Ajo përmirëson cilësinë e kujdesit shëndetësor të pacientëve. Vlerësimi i rrezikut duhet të bazohet në supozimin se të gjithë individët janë në rrezik për zhvillimin e dekubituesit (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2001). Vlerësimi i rrezikut duhet të jetë i saktë dhe i



besueshëm (Bergström, 1997), në mënyrë që të kryejnë ndërhyrjen nismetare parandaluese. Shkalla e Vlerësimit të rrezikut është projektuar për identifikimin e një individi në rrezik dhe të faktorëve që kontribuojnë në formimin e dekubituesit në mënyrë që të iniciojë ndërhyrje parandaluese.

Personat në rrisht.

Objektivi i parë i ndërhyrjes parandaluese është të identifikoj personat në rrisht për t'u prekur nga lezionet e dekubituesit. Potencialisht persona në rrisht janë ata që janë të detyruar të qëndrojnë në shtrat ose në karrocë, mund të jenë gjithashtu edhe:



- personat e moshuar sidomos ata mbi 70 vjeç, për vetë kushtet e përgjithshme shpesh kompromentuese.

- Personat që kanë humbur ndjeshmërinë, p.sh personat e paralizuar.

- Personat që vuajnë nga miastenia (inflamacion i muskujve) që shkakton një zvogëlim të forcës së kontraksionit muskular dhe për pasojë subjekti lëviz pak dhe mban për një kohë të gjatë të njëjtin pozicion.

- Personat e prekur nga skleroza multiple, në fazë të avancuar që vjen si pasojë e gjendjeve spastike dhe parestezie.

- Personat e prekur nga sëmundje onkologjike, dhe persona të prekur nga AIDS sepse në përgjithësi kanë sistemin imunitar të dobësuar dhe një gjendje të rëndë të ushqyerjes [malnutricioni (kaheksia)].

- Personat në gjendje kome, me imobilitet absolut.

- Persona që vuajnë nga sëmundje nervore, hemiplegji, paraplegji, tetraplegji me shkallë të ndryshme imobiliteti.

- Personat e prekur nga diabeti, për shkak të dëmtimeve në mikroqarkullim dhe të sensibilitetit.

- Personat mbajtës të protezave të ekstremiteteve.

- Të politraumatizuarit, me një lëvizje të kufizuar dhe kompromentim të gjendjes së përgjithshme të shëndetit.

Vlerësimi i rrezikut për formimin e dekubitusit duhet të kryhet në mënyrë periodike në varësi të gjendjes së pacientit. Për shembull, vlerësimi i rrezikut duhet të kryhet në ditën e parë të pranimiit dhe pastaj gati cdo dy çdo ditë apo dhe në varësi të ndryshimeve të statusit shëndetësor të pacientit (Ayello & Braden, 2002). Në pacientët neurologjike, vlerësimi i rrezikut duhet të realizohet në pranim, cdo javë për 4 javët e para, mujore dhe tremujore ose në bazë të gjendjes së pacientit (Pieper, 2007).

Mjetet e vlerësimit të rrezikut për dekubituset janë zhvilluar më shumë se 40 vite më pare. Shumica e këtyre mjeteve të vlerësimit të rrezikut kane përdorur vlerësim numerik duke I klasifikuar pacientët në 'pa rrezik', 'rrezik të ulët',

'rrezik të mesëm ', 'rrezik të lartë ', ose " rrezik shume të lartë "(Ayello & Braden, 2002).

Janë disa shkallë të cilat bëjnë vlerësimin si Norton, Braden, dhe Ëaterloë për të identifikuar individët në rrezik për zhvillimin e dekubitusit dhe këto mjete kanë ndihmuar profesionistët e kujdesit shëndetësor për të mbledhur informacion në mënyrë sistematike dhe të identifikojnë individët në rrezik (Prentice, 2005).

Një mjet i mire i vlerësimit të rrezikut duhet të plotësojnë kërkesat themelore të vlefshmërisë dhe besueshmërisë (AWMA, 2001). Vlerësimi i besueshmërisë dhe vlefshmërisë te shkallëve të ndryshme të martjers duhet të jetë gjithmonë hapi i parë në procesin e vendimmarrjes për të zgjedhur mjetin qe duhet për t'u përdorur. Shkalla Norton dhe Braden janë mjete të përmendura në udhëzimin AHCPR si mjete të përshtatshme për të përcaktuar vlerësimin e rrezikut per shfaqjen e dekubitusit.

Shkalla Braden. Shkalla Braden përdoret për parashikimin e rrezikut te dekubitusit dhe është e përbërë nga gjashtë nenshkalle, dhe kanë si qëllim matjen e përcaktuesve që ndikojnë në presionin e ushtruar si aktiviteti, lëvizshmëria, perceptimi ndijor apo dhe tolerancën e e indit ndaj presionit si të ushqyerit, lagështia, fërkim dhe shtypja. Çdo nenshkalle përfshin një titull dhe secili nivel dhe secila shkallë ka një koncept kyç përshkrues si dhe një apo dy fraza përshkruese për faktorit atribues. Pesë nga nenshkallet janë renditur nga 1 (më pak të favorshme) te 4 (më e favorshme). Nenshkalla e fërkimit dhe shtypjes është vlerësuar nga 1 në 3.

Shkalla Braden është më e zakonshëm dhe përdoret si shkallë vlerësimi në mbarë botën. Ajo u krijua në vitin 1987 nga Bergstrom et al. sipas të cilës infdividët me pikë 15-18 tregojne rrezik të ulët, rezultat 13-14 tregon rrezik të moderuar, rezultati 10 deri në 12 tregon rrezik të lartë, dhe ata me 9 ose më poshtë tregon rrezik shumë të lartë. Shkalla Braden është kategorizuar në 6 nenshkalle të cilat janë përshkruar si: 1) perceptimi ndijor, 2) aktiviteti, 3) lagështia, 4) lëvizshmëria, 5) fërkimi dhe shtypja, dhe 6) të ushqyerit. Nenshkalla e

perceptimit ndijor mat aftësinë për të ndjer dhe për të lehtësuar diskonfortin. Paaftësia për të ndjer apo për të perceptuar presionin (shtypjes) rrit rrezikun për zhvillimin e dekubitusit. Gjatë vlerësimit të lagështirës përcaktohet ekzpozimi i lëkurës ndaj lagështirës. Aktiviteti dhe imobiliteti vlerësohen vec e vec por janë koncepte shumë të lidhura me njëra tjetrën. Nëpërmjet tyre matet frekuenca dhe kohëzgjatja e aktivitetit dhe ndryshimit të pozicioneve. Lëvizshmëria është aftësia për të çliruar presionin nëpërmjet lëvizjes. Ushqyerja pasqyron marjen e produkteve ushqimore prej pacientit të hospitalizuar. (Bergstrom et al.).

Janë disa studime të cilat kanë treguar sensitivitetin dhe specificitetin e shkallës Braden. Duke përdorur këtë shkallë vlerësimi sensitiviteti i saj ishte 100% i paraqitur në dy studimendërsa specificiteti shkonin nga 64% në 90%.

Shkalla Waterlow. Është konsideruar si një shkallë gjithëpërfshirëse për vlerësimin e rrezikut të plotë apo dhe parandalimit të formimit të dekubituseve. Ky vlerësimrreziku përfshin: raportin e peshës me gjatësinë, inkontinencën, tipin e lëkurës, mobilitetin, moshën, gjininë dhe oreksin. Sipas kësaj shkalle vlerësimi pacientët me më shumë se 10 pikë konsiderohen pacient me risk të ulët, ata me më shumë se 15 me rrezik të lartë dhe ata me më shumë se 20 konsiderohen si pacientë me rrezik shumë të lartë. Sensitiviteti i kësaj shkalle vlerësimi është 98 – 100% ndërsa specificiteti ishte 14%. (AWMA, 2001).

Shkalla Norton. Shkalla Norton vlerëson kushtet shëndetësore, aktivitetin, mobilitetin dhe inkontinencën në një shkallë nga 1 – 4, duke bërë të mundur në përfundim të vlerësimit të grumbullohen nga 5 – 20 (5- rrezik i ulët, 20 rrezik shumë i lartë) (Norton, 1996). Gunningberg, Lindholm, Carlsson, dhe Sjoden (1999) kanë treguar se shkalla Norton kishte mundësi të identifikonte pacientët të cilët kishin mundësi për vlerësimin e dekubitusit. Sensitiviteti dhe specificiteti i kësaj shkalle për parashikimin e dekubitusit ishte 71% dhe 44%.

Parandalimi i lezioneve të dekubituseve dhe roli i infermierit.

Në masat parandaluese të lezioneve të dekubituseve asistencë e personave sigurohet si nga personeli infermior ashtu edhe nga personeli ndihmës. Sipas profilit profesional infermieri është i përgjegjshëm për asistencën e përgjithshme infermiore dhe, ndërkaq, është profesionisti që ka një rol të rëndësishëm dhe një përgjegjësi të përcaktuar mirë në përcaktimin e rrishtit të lezioneve.

Praktika e Parandalimit të Dekubitusit

Kujdesi i lëkurës është një nga procedurat kryesore për parandalimin e dekubitusit. Ky kujdes duhet të përfshijë vlerësimin e lëkurës, menaxhimin e të ushqyerit për të ruajtur shëndetin e lëkurës, menaxhimin e peshave trupore dhe programet edukuese të pacientëve, familjarëve të tyre dhe personelit infermior. (AEMA, 2001).

Kujdesi për lëkurën

Vlerësimi i lëkurës. Vlerësimi i lëkurës është një hap i rëndësishëm dhe i thjeshtë për përcaktimin e hershëm të dëmtimit të lëkurës. Gjithashtu është një aspekt i rëndësishëm si për vlerësimin dhe parandalimin. Lëkura duhet të inspektohet rregullisht në bazë të vlerësimit të individualizuar dhe shpeshtësia e inspektimit përcaktohet nga ndryshimet e gjëndjes së përgjithshme shëndetësore të pacientit. (Nursing Clinical Practice Guideline, 2001). Zona të lokalizuara të lëkurës duhet të kontrollohet në çdo ripozicionim apo kthim. Lëkura mbi daljet kockore të zonës sakrale, këmbë, dhe trokanter major duhet t'i kushtohet vëmendje e veçantë. Vlerësimi i lëkurës duhet të bëhet të paktën çdo ditë për shenja mundshme të dëmtimit të integritetit të lëkurës. (AWMA, 2001).

Higjena e lëkurës. Në mënyrë që të ruhet integriteti i lëkurës duhet të minimizohet prezenca e substancave irrituese. Lëkura duhet të mbahet pastër dhe e thatë por pa shkaktuar tharje të theksuar asaj. Prezenca e urinës, feces, djersitjes apo likidet që rrjedhin nga plaga mund të shkaktojnë dëmtimin e lëkurës. (Nursing

Clinical Practice Guideline, 2001). Lëkura duhet të pastrohet menjëherë pas ndotjes dhe të lahet me detergjent të butë me ujë të ngrohtë duke u ndjekur nga aplikimi i kremrave mbi lëkurë për të minimizuar në këtë mënyrë acarimin dhe tharjen e saj (AHCPR, 1992). Ferkimi i lëkurës dhe masazhi mbi daljet kockore duhet të shmanget (AHCPR).

Ruajtja e lagështirës së lëkurës. Eliminimi i faktorëve të brendshme dhe të jashtëm rezultojnë në tharjen e cila e bën lëkurën më të ndjeshme ndaj traumave. Reduktimi i turgorit të lëkurës e bën lëkurën më pak rezistente ndaj forcave mekanike si presionit, shtypjes apo dhe fërkimit. (Frantz & Gardner, 1994). Substancat e ndryshme irrituese si urina dhe feces rritin rrezikun e krijimit të një mjedisi të favorshëm për shumimin e bakterieve. (Anderson et al., 1994). Inkontinenca fekale, plagët e infektuara, djersitja si rezultat prezencës së temperaturës së lartë janë faktorë të cilët mund të shkaktojnë dëmtimin e lëkurës. (Shanon & Lehman, 1996).

Ruajtja e një temperature konstante në lëkurë. Rritja e temperaturës në sipërfaqen e lëkurës shoqërohet me një rrezik më të madh të zhvillimit të dekubitusit dhe kontribuon në rritjen e djersitjes. Ruajtja e temperaturës trupore konstante ndikon në reduktimin e metabolizmit dhe kërkesave të trupit për oksigjen. (Grous, Reily, dhe dhurata, 1997).

Ushqyerja për të ruajtur lëkurë të shëndetshme
Kequshqyerja është një nga faktorët riskantë për formimin e dekubitusit. Hypoproteinemia është një nga përcaktuesit kritik që ndryshon rigjenerimin e indeve, reagimin inflamator dhe funksionin imunitar që shkakton formimin e edemës, e cila dëmton përhapjen e oksigjenit dhe të transportit të lëndëve ushqyese në idnet ishemiike apo edemetaze; duke rezultuar në këtë mënyrë në uljen e rezistencës së organizmit ndaj infeksioneve. (Harris & Fraser, 2004). Kequshqyerja ndikon në integritetin e lëkurës dhe strukturën mbështetëse trupore. Përveç kësaj, mungesa e vitaminave rrit rrezikun për zhvillimin e dekubitusit (Cullum & Clark, 1992). Duhet të inkurajohet mbajtja e një diete të

ekuilibruar për të siguruar plotësimin e nevojave të orghanimit për kalori, për mirëmbajtjen e BMI apo dhe riparimin e indeve të dëmtuara. (Pieper, Surgrue, EELAND, Sprague & Heimann, 1997).

Deficencat e vitaminave të tilla si vitamina A, C, dhe E ndikojnë në formimin e dekubitusit. Mungesa e vitaminës A pengon epitelizimin, sintezën e kolagjenit ndërsa mungesa e vitaminës C ndikon negativisht në formimin e kolagjenit dhe në funksionin e sistemit imunitar. Mungesa e vitaminës E ul imunitetin dhe rrit dëmtimin e indeve (Thomas, 2006). Vlerësimi duhet të përfshijë peshën aktuale dhe gjatësinë, humbjen e fundit në peshën trupore, zakonet hahetzakonet në ushqyerje (Nursing Clinical Practice Guideline, 2001).

Menaxhimi i ngarkesave mekanike

Për të mbrojtur lëkurën nga forcat e jashtme të presionit, shtypjes dhe fërkimit kërkon një plan parandalues që përfshin një orar të përshtatshëm për ndryshimin e pozicioneve, eliminimin e shtypjes dhe dhe fërkimit, reduktimin ose eliminimin e presionit në thembra, promovimin e lëvizshmërisë dhe aktivitetit, si dhe përdorimin e një mbështetje të duhur të sipërfaqes trupore. (AEMA, 2001).

Pozicionimi dhe ripozicionimi. ndryshimet e pozicionit të pacientit në shtrat rekomandohet me qëllim parandalimin e okluzionit të kapilarëve, isheminë indore dhe dekubituse. Sipas Pieper (2007), ndryshimi i ipozicioneve duhet të realizohet çdo 2 orë në bazë të presionit të ushtruar. Ndryshimi i pozicionit të pacientit në shtrat redukton kohëzgjatjen e presionit i cili përbën një faktor të fortë për formimin e dekubitusit. Megjithatë, Pieper (2007) rekomandon kthimin e shpeshtë çdo 2 orë (Gunningberg et al., 2001).

Eliminimi i shtypjes dhe fërkimit. Pacientët në imobilitet apo dhe inaktiv janë të ekspozuar ndaj shtypjes dhe fërkimit gjatë lëvizjes në shtrat, kthimit apo pozicionimit në daljet kockore (Young, 1990). Fërkimi shfaqet gjatë ripozicionimit. Për të shmangur fërkimet, duhet

të realizohen të gjitha teknikat e pozicionimit të pacientit në shtrat me shumë kujdes duke përdorur material të tilla si pajisje kthese, fletët rrëshqitje dhe bordet rrëshqitje mund të përdoret gjatë spostimeve dhe transferimit. Forca e shtypjes mund të lehtësohet nëpërmjet ngritjes së segmentit infermior të trupit në gradë 10 – 20 gradë. Kjo ndihmon për të parandaluar rrëshqitjen e trupit të pacientit gjatë pozicionit të pacientit ulur apo gjysëm shtrirë. (Baranoski, 2006).

Eliminimi i presionit tek thëmbat e këmbës së pacientit. Reduktimi i presionit tek thëmbat e këmbëve të pacientit gjithashtu përbën një aspekt të rëndësishëm të kujdesjeve parandaluese. Për këtë qëllim mund të përdoren mjete të cilat e reduktojnë këtë presion si jatëk mbështetës apo dhe xhelra të cilët ndihmojnë pozitivisht (Guin, Hudson, dhe Gallo, 1991).

Programi arsimor për pacientin, familjen, dhe stafin infermior

Programi arsimor për pacientin, familjen, dhe stafin, është një komponent i parandalimit të dekubitusit në praktikë (Langemo et al., 2008). Edukimi i pacientit, familjes, dhe stafit infermior duhet të bazohet në nevojat dhe kërkesat e një individi. Stafi infermior duhet të jetë i arsimuar në vlerësimin e rrezikut dhe parandalimin e dekubitusit dhe ata duhet të shpërndajnë njohuritë dhe aftësitë e tyre për profesionistët e tjerë që lidhen me kujdesit shëndetësor. Programet arsimore duhet të përfshijnë faktorët e rrezikut për formimin e dekubitusit, fizpatologjin, aplikimin e mjeteve të vlerësimit të rrezikut, vlerësimin e lëkurës, kujdesit të lëkurës, përzgjedhjen dhe mirëmbajtjen e presionit rishpërndarjen e sipërfaqeve mbështetëse, metodat për mbajtjen rekord të aktiviteteve të vlerësimit të rrezikut dhe parandalimit, pozicionimin e duhur për të minimizuar presionin, shtypjen dhe fërkimin, **funksionet e qasjes** ndër dhe multidisiplinar të ekipit në menaxhimin e dekubitusit dhe politikën dhe procedurën për transferimin e pacientit nga një njësi në tjetrën (Nursing Clinical Practice Guideline, 2001).

McGough (1999) pasqyron se programi i koordinimit dhe strukturuimit arsimor përveç ofrimit të sigurimit të cilësisë të vazhdueshme ka qenë më i dobishëm për pacientët në uljen e incidencës dhe prevalences në formimin e dekubitusit. Zulkoëski, Ayello, dhe Eexler (2007) vune në dukje se infermieret marrin pjesë në një **sesion** arsimor për vlerësimin dhe zbatimin e protokolleve për parandalimin e dekubitusit në fazën I dhe fazën II. Megjithatë, pacienti dhe familja duhet të jenë të informuar dhe edukuar mbi shkakun e formimit të dekubitusit, rëndësinë e faktorëve që lidhen me dekubitusin, ndikimin e strategjive parandaluese, inspektimin e lëkurës dhe ndryshimet e saj, procesin e kujdesit të lëkurës, metodat për presionin e reduktuar, dhe njoftimin e dëmtimit të lëkurës nga profesionistët e kujdesit shëndetësor (AHCPR, 1992, Pieper, 2007). Prandaj, është e domosdoshme nga diskutimi i lartpërmendur për kujdesin ndaj lëkurës, të ushqyerit për të mbajtur të shëndetshme lëkurën, menaxhimin e ngarkesave mekanike dhe programet arsimore për pacientin, familjen, dhe stafin infermior janë kërkesat themelore për parandalimin e dekubitusit në praktiken infermiore për të luftuar rastet me dekubitus.

Njohuritë, zakonet dhe praktikat infermiore në drejtim të parandalimit të dekubituseve.

Studime të ndryshme që lidhen me njohuritë e infermiereve, qëndrimi dhe praktika në parandalimin e dekubituseve kanë treguar se ka boshllëqe të mëdha. Panagiotopoulos dhe Kerr (2002) bëri një studim tek infermierët në një spital të përgjithshëm në Angli për të identifikuar njohuritë e infermiereve dhe praktikën e tyre në lidhje me parandalimin e dekubitusit. Nga ky studim u zbulua se infermieret kishin njohuri në fushat e faktorëve të rrezikut, por ata kishin një mungesë të njohurive në lidhje me metodat parandaluese të masazheve dhe duke përdorur kremra, të cilat nuk janë të rekomanduara. Një studim i projektuar nga Heis, Eolf, dhe McHugh (1995) i cili kishte si qëllim të testonte njohuritë e infermiereve në lidhje me faktorët e rrezikut në formimin e dekubitusit u pa se shumica e infermiereve kishte njohuri të pamjaftueshme

në drejtim të parandalimit të faktorëve që ndikojnë në formimin e dekubituseve. Gunningberg et al. (2001) ka studiuar njohuri dhe praktika në lidhje me stafin e infermiereve të kësaj fushe në Suedi. Një shumicë e infermiereve kishin njohuri të pamjaftueshme dhe praktikë për të zbatuar dhe dokumentuar parandalimin e formimit të dekubitusit tek pacientët me rrezik, siç janë ato me thyerje të kockës së legenti.

Faktorët që kontribuojnë në njohurit e infermiereve, qëndrimin dhe praktikën, lidhur me Parandalimin presionit të dekubitusit

Disa faktorë janë të lidhur me njohurit e infermiereve, qëndrimin dhe praktikën në lidhje me parandalimin presionit të dekubitusit. Ato janë:

- arsimi dhe trajnimi i njohurive,
- eksperiencia në punë,
- ekspertizë në fushën e praktikës preventive (parandaluese),
- mungesa e lidershit të infermiereve,
- objektet joadekuate dhe pajisjet,
- mungesa e infermiereve dhe puna me ngarkes të madhe
- besimet individuale (Pancorbo-Hidalgo et al., 2007).

Arsimi dhe trajnimi i njohurive. Arsimi është një nga faktorët e rëndësishëm që kontribuon për parandalimin e zhvillimit të dekubitusit. Një studim i mëparshëm ka gjetur se infermieret spanjolle me diploma universitare dhe të arsimit specifik kanë marrë rezultate të larta si për njohuritë dhe praktikën klinike në parandalimin të dekubitusit (Pancorbo-Hidalgo et al., 2007).

Vite e përvojës. Përvoja e shërbimit të Infermierit është gjithashtu një tjetër faktor kontribues për parandalimin e zhvillimit të dekubitusit. Një studim ka gjetur se niveli më i ulët i njohurive në mesin e infermiereve me përvojë shumë vjeçare ishte për shkak të mungesës së ekspozimit aktual arsimor në lidhje

me parandalimin e dekubitusit (Mockridge & Anthony, 1999).

Ekspertiza në fushën e praktikës parandaluese. Ekspertiza e infermiereve është një faktor me ndikim në parandalimin e zhvillimit të dekubitusit. Një studim krye nga Zulkoëski et al. (2007) në mesin e 460 infermiereve në zonat rurale dhe urbane për të vlerësuar njohuritë e tyre në lidhje me dekubitusin. Ky studim tregoi se infermieret që meren me kujdesin ndaj plagëve marrë rezultate të larta (89%) në këtë fushë në krahasim me infermieret që nuk meren me kujdesin ndaj plagëve (75%).

Mungesa e lidershit infermieror. Udhëheqja e pamjaftueshme që ju është dhënë infermiereve mund të ul nivelin e praktikës infermieror në parandalimin të dekubitusit. Një studim dy-vjeçar është projektuar për të vlerësuar rezultatet e zbatimit të udhëzimeve në praktikën klinike për të parandaluar dhe trajtuar dekubitusin në qendrat primare, sekondare dhe terciare shëndetësore në Kanada. Të dhënat që rezultuan tregojnë se mungesa e lidershit për infermieret u identifikua si një pengesë për zbatimin e udhëzimeve të bazuara në fakte për parandalimin e zhvillimit të dekubitusit (Clarke et al., 2005).

Objektet joadekuate dhe pajisjet. Objektet për trajtimin e dekubituseve, të tilla si materiale që kanë të bëjnë me anën mësimore dhe pajisjeve përkatëse, janë elemente thelbësore për infermieret për të parandaluar formimin e dekubituseve. Mungesa e objekteve për të hyrë në literaturë, mungesa e mundësive për të shfrytëzuar rezultatet e hulumtimit dhe mungesa e pajisjeve janë faktorët kontribues për infermieret për të zbatuar një kujdes cilësor për parandalimin e dekubitusit. Studimet e mëparshme kanë gjetur një numër të pengesave për infermieret për të zhvilluar praktika të mira në këtë fushë. Këto përfshijnë: mungesën e përfshirjes me literaturën; mungesa e burimeve dhe pajisjeve; mungesa e politikave në spital për të shfrytëzuar mjetet e vlerësimit të rrezikut; mungesa e udhëzimeve dëshmi-bazë; dhe shfrytëzimi joadekuat i gjetjeve të kërkimit

në zonat klinike (Moore & Price, 2004; Panagiotopoulou & Kerr, 2002;).

Mungesa e infermierëve dhe puna me ngarkesw tw madhe. Kujdes infermieror i papërshtatshme për të parandaluar formimin e dekubituseve, ndodh si rezultat I numrit te ulet te infermierwve. Studimet e mëparshme tregojnë se mungesa e kohës dhe infermierëve ka penguar qe shume infermiere te kene nje neglizhence ndaj zbatimit dhe qëndrimit te tyre pozitiv në praktik (Moore & Price, 2004; Panagiotopoulou & Kerr, 2002). Ka një mungesë të madhe të stafit infermieror në Shqipëri. Është raportuar se raporti aktual i infermiereve të pacientëve në Shqipëri ishte 1: 15, si kundër një raport ndërkombëtar i 1: 4 (Arju, 2008).

Besimet individuale. Nje faktor I rendesishem eshte edhe qendrimi pozitiv I një individi për të transformuar sjelljene tij në praktikë. Studimet e mëparshme kanë treguar se infermieret kane pasur qëndrime negative në lidhje me parandalimin e dekubituseve, sepse ata besonin se aktivitetet e parandalimit te dekubituseve kane prioritet të ulët në kujdesin infermieror (Bus, Halfens, Abu-Saad, & Kok, 2004). Moore dhe Price (2004) ka deklaruar se infermieret kane demonstruar një qëndrim pozitiv ndaj jane te vetëdijshem per rrezikun qe shkakton dekubitusit dhe i kane dhene nje rendesi te madhe kujdesit infermieror dhe parandalimit te tij. Një tjetër studim thotw se infermieret qw kanw treguar qëndrime negative ka ndodhur pwr shkak se ata e kanw vlerwsuar problemin e formimit tw dekubituseve nw bazw tw gjykimit tw tyre klinikw dhe jo duke përdorur një shkallë të vlerësimit të rrezikut për të vlerësuar pacientët në rrezik nga dekubitusi (Ulrika & Bjorn-Ove, 2009]

Instrumentat që kontribojnë në parandalimin dhe trajtimin e një dekubitusi

Instrumentat e mëposhtëm janë shumë të nevojshëm për të parandaluar dhe për të trajtuar dekubitusin, por nuk zëvendësojnë punën e personelit infermieror dhe ndryshimin e pozicionit dhe higjienën trupore.

Lëkurë qengji: Një pjesë e lëkurës së qengjit sistemohet sipër çarçafit infermieror 1-7) për të mbrojtur lëkurën nga irritimet e biankerisë së shtratit. Lëkura e qengjit përdoret veçanërisht për të mbrojtur shpatullat, regionin sacral apo dhe në artikulacionet.



Përdorimi i materilet me lëkurë dashi për parandalimin e dekubitusit

Tubi metalik: Vendosija e një tubi metalik në pjesën inferiore të shtratit në nivelin e këmbëve e mban të ngritur biankerinë e shtratit për të evituar presionin në këmbë. Biankeria e sipërme futet në fund të krevatit për të evituar korentet ajrore.



Përdorimi tubit metalik

Jastëk me xhel: Puna e këtij jastëku është e njëjtë me atë të dyshekut me ujë. Pjesa e sipërme e brendshme është e mbushur me xhel. Përdoret në karrocë me rrota.

Dysheku “vezë”: Bëhet fjalë për një dyshek gome me pamje si ato të kartonave që vendosen vezët. Pjesët e ngritura (“vezët”) shpërndajnë peshën e pacientit në mënyrë uniforme. Ky dyshek vendoset mbi dyshekun e zakonshëm, i cili është mbuluar vetëm me një çarçaf.



Përdorimi i dyshekut “vezë”

Dysheku me ujë: Dysheku me ujë është shumë i përdorshëm. Ai shpërndan presionin në të gjithë pjesën e lëkurës. Në këtë mënyrë evitohet shtypja.

Dysheku me ajër: Dysheku me ajër me presion të alternuar komandohet në mënyrë elektrike. Është i përbërë nga disa formacione në formë tubulare (fig. 11-9). Gjysmat e formacioneve janë të fryra me ajër dhe alternohen rregullisht me të tjerat që janë bosh. Çdo 3-5 minuta formacionet bosh fryhen dhe ato të fryra shfryhen automatikisht. Kjo bëhet në mënyrë që asnjë pjesë e trupit nuk është subjekt i një komprimimi kostant.



Përdorimi i dyshekut me ajër

Klasifikimi dhe identifikimi i lezioneve të dekubitueseve.

Një lezion i dekubitueseve është një plagë e indeve, që mund të preki lëkurën, indin subkutan, muskujt, tendinat dhe kockat. Një ndër faktorët kryesorë që është përmendur është presioni i ushtruar në një zonë të caktuar dhe shkakton një reduktim të furnizimit me gjak dhe me oksigjen të kësaj zone. N.q.s. indeve të pjesës ku ushtrohet presioni ju mungon për një kohë të gjatë “karburanti” shumë qeliza mund të vdesin.

Lezionet e dekubitueseve mund të quhen edhe leziona të presionit, ulcer dekubitues, plagë, ose thjesht fare dekubitues. Graviteti i tij varet nga sasia e indit të dëmtuar dhe nga thellësia e ulceracionit. Lezionet e dekubitueseve janë të rrezikshme dhe mund të çojnë në infeksion të gjeneralizuar, p.sh si procesi i osteomielitit (infeksion i indit kockor) që janë shumë të vështirë të trajtohen dhe shumë shpesh mund të çojnë në vdekje. Rastet e vdekjeve nuk janë të rralla dhe përfshijnë gati 38% të pacientëve të prekur nga lezionet e dekubitueseve që evoluojnë në procese infektive dhe si pasojë çojnë në vdekje si rrjedhojë e komplikacioneve.

Stadet e formimit të dekubitueseve.

Dekubitueset mund të evoluojnë në disa faza:

Stadi i parë. Eritema e lëkurës (jo e çarë) jo e rikthyeshme gjatë komprimimit me gisht. Kjo shenjë paralajmëron për ulceracion të lëkurës.

Stadi i dytë. Plagë që prek epidermën dhe dermën. Ulcera është sipërfaqësore dhe paralajmëron klinikisht që kemi një hapësirë.

Stadi i tretë. Plagë që është tashmë në formën e nekrozës të indit subkutan. Ulcera paraqitet klinikisht si një kavitet i thellë që mund të jetë ose jo i trajtueshëm.

Stadi i katërt. Plagë e thellë, nekrozë që ka prekur muskujt, kockat ose strukturat e mbështetjes. (tendini, kapsula artikulare etj)

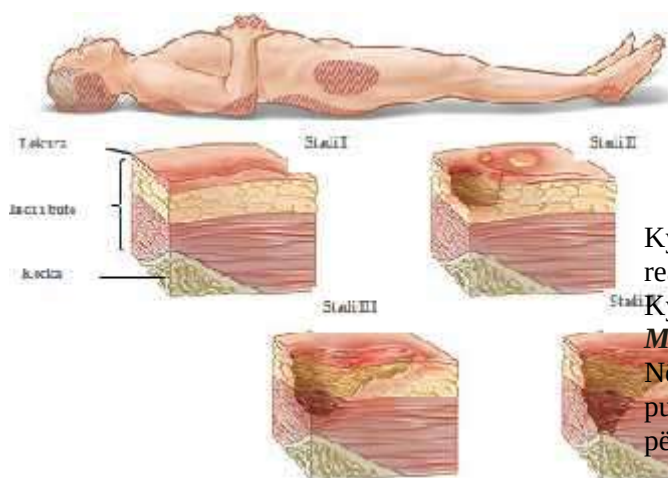


Fig. 6.8.7 Stadet e formimit të dekubituseve

Prezantimi i temës:

Qëllimi i temës:

- ◆ Vlerësimi i njohurive, perceptimeve dhe praktikave infermiere në drejtim të dekubituseve, në mënyrë që të përcaktohen qartë nevojat për trajnim të personelit infermior.

Objektivi i përgjithshëm:

Vlerësimi i njohurive të përgjithshme të infermiereve përsa i përket dekubituseve dhe ndërhyrjeve infermiere për parandalimin tyre.

Objektivat specifike:

- ◆ Vlerësimi i njohurive të infermiereve në bazë të pavionit ku ai punon.
- ◆ Vlerësimi i shpërndarjes së njohurive të infermiereve në bazë të nivelit arsimor: niveli Bachelor, niveli Master Profesional, niveli Master Shkencor.
- ◆ Vlerësimi i shpërndarjes së njohurive të infermiereve në bazë të trajnimeve që ata kane ndjekur.
- ◆ Vlerësimi i shpërndarjes së njohurive të infermiereve në bazë të eksperiencës së punës: 0-5 vite punë, 5-10 vite punë, mbi 10 vjet punë

- ◆ Përcaktimi i perceptimeve dhe praktikave kryesore të personelit infermior në rast të dekubituseve

Metodologjia e studimit:

Ky është një studim *deskriptiv Kros Seksional*, i realizuar në Spitalin e Fierit.

Ky studim është realizuar gjatë periudhës kohore **Mars – Qershor 2017**.

Në këtë studim u përfshinë 27 infermiere të punësuar me kohë të plotë në 3 reparte përkatësisht

- patologji
- terapi intensive
- urgjence.

Pjesëmarrësit në këtë studim u zgjodhën në mënyrë *rastësore*, duke përjashtuar nga studimi

- infermierët të cilët nuk kishin rol të drejtpërdrejtë në përkujdesjet shëndetësore
- infermierët me më pak se 1 vit eksperiencë pune në repartet përkatëse

Informacion për instrumentin matës:

Për këtë studim kam përdorur një pyetësor të vetë administruar, të cilin e kam përgatitur pasi kam realizuar një studim të kujdesshëm të literaturës. [aneks 1]

Pyetësori ishte anonim. Përbëhej nga 4 grupe pyetjesh:

Grupi i parë i pyetjeve përbën informacionin në lidhje me të dhënat personale të pjesëmarrësve të përfshirë në studim: moshë, gjinia, niveli arsimor, pozicioni i punës, eksperiencë në punë, pjesëmarrja në kurse trajnime.

Grupi i dytë i pyetjeve përbën informacionin në lidhje me njohuritë e infermiereve në drejtim të parandalimit të dekubituseve. Njohuritë e personelit infermior u vlerësuan në drejtim të:

- faktorëve që ndikojnë në formimin e dekubituseve
- vlerësimin e rreziikut të

- formimit të dekubituseve
- kujdesjet ndaj lëkurës
- ushqyerjes për të ruajtur integritetin e lëkurës
- menaxhimit të mekanikës trupore

infirmierore kundrejt dekubituseve dhe parandalimit të tyre.

Variablat në studim

Variablat e varur janë :

- Niveli i njohurive ne lidhje me dekubituset.

Gjithsej iu drejtuan infirmierëve 18 pyetje.
Në bazë të përqindjes së përgjigjeve të sakta personeli infirmior u kategorizua

- niveli i ulët njohurish në 50%
- nivel mesatar njohurish 51 % - 79.9%
- nivel i lartë njohurish mbi 80%

Grupi i tretë i pyetjeve përbën informacionin në lidhje sjelljet dhe perceptimet

Variablat e pavarur janë :

- Niveli arsimor
- Sherbimi spitalor ku punojne
- Pjesemarrja ne trajnime
- Eksperienca ne pune
- Turnet e punes.

Operacionalizimi i variablave

Variablat	Përkufizimi konceptual	Përkufizimi operacional	Klasifikimi	Metoda e matjes	Tipi
Niveli i njohurive	Njohuritë e sakta në drejtim të dekubituseve dhe parandalimit të tyre	Pohim i vet raportuar nga infirmieret	Shume te mira Te mira, Mesatare Jo te mira	Pyetesor	Ordinale
Niveli arsimor	Lloji i shkolles se realizuar	Pohim i vet raportuar nga infirmieret	BCH MP MS	Pyetesor	Nominal
Sherbimi spitalor	Pavioni ku realizon ushtrimin e profesionit	Pohim i vet raportuar nga infirmieret	Kirurgji, Patologji Reanimacion	Pyetesor	Nominal
Pjesemarrja ne trajnime	A ka realizuar trajnime ne drejtim te dekubituseve	Pohim i vet raportuar nga infirmieret	PO JO	Pyetesor	Ordinale
Eksperienca ne pune	Kohezgjatja e ushtrimit te profesionit	Pohim i vet raportuar nga infirmieret	0 / 5 vjet 5/ 10 vjet 10/ 15 vjet 15/ 20 vjet Mbi 20 vjet	Pyetesor	Numerik

Prezantimi i rezultateve te studimit.

Ky studim u realizua gjatë periudhës kohore
Mars – Qershor 2017.

Në këtë studim morën pjesë 27 infirmierë të repartit të Patologjisë, urgjencës dhe Terapisë Intesive, Spitali i Fierit.

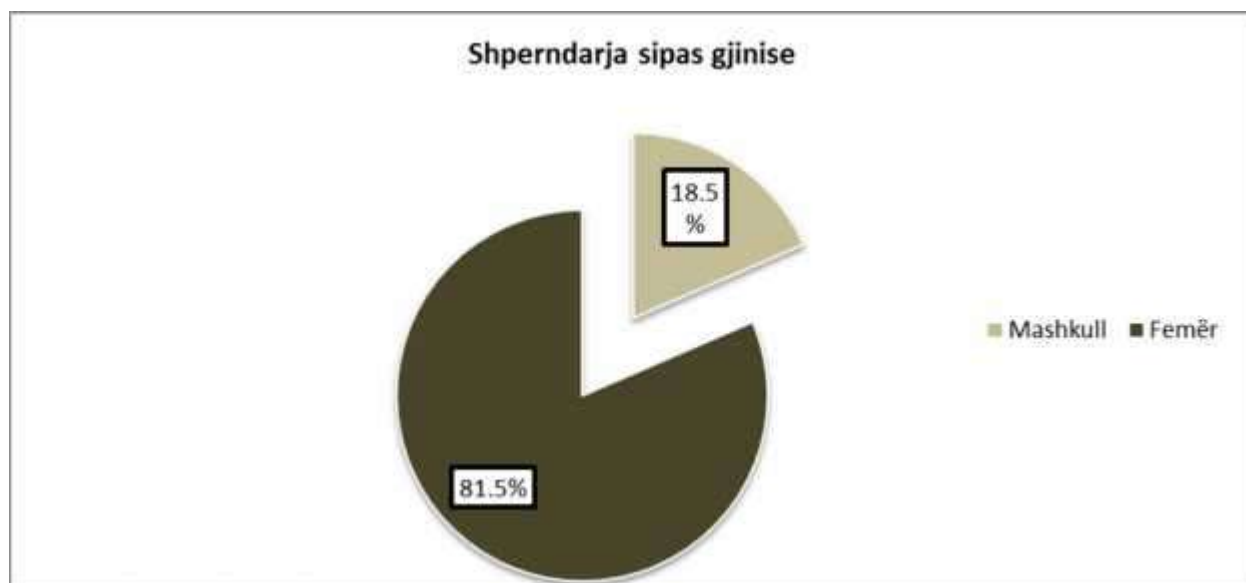
Pjesa e parë e studimit
Prezantimi i të dhënave të infermierëve pjesmarrës në studim

Tabela 1. Shpërndarja e infermierëve pjesmarrës në studim sipas të dhënave personale

Variablat	Numri	%	Mesatarja
Mosha (në vite)	27	100%	38.5
Gjinia			
Mashkull	5	18.5%	
Femër	22	81.5%	
Niveli arsimor			
Shkollë të mesme profesionale	5	18.5%	
Bachelor në Infermieri	19	70.4%	
Master professional + shkencor	3	11.1%	
Eksperienca në punë			
Më pak se 5 vjet	5	18.5%	
5 – 10 vjet	10	37%	
Mbi 10 vjet	12	44.5%	
Reparti ku punoni			
Patologji	10	37%	
Urgjence	10	37%	
Terapi intesive	7	26%	
Keni mare pjese ne kurse trajnimi per kujdesin ndaj dekubituseve			
Po	0	0%	
Jo	27	100%	
Keni patur eksperienca ne kujdesjet ndaj pacienteve me dekubitus apo me rrezik per formimine dekubituseve			
Po	12	44.4%	
Jo	9	33.3%	
Nuk me kujtohet	6	22.3%	

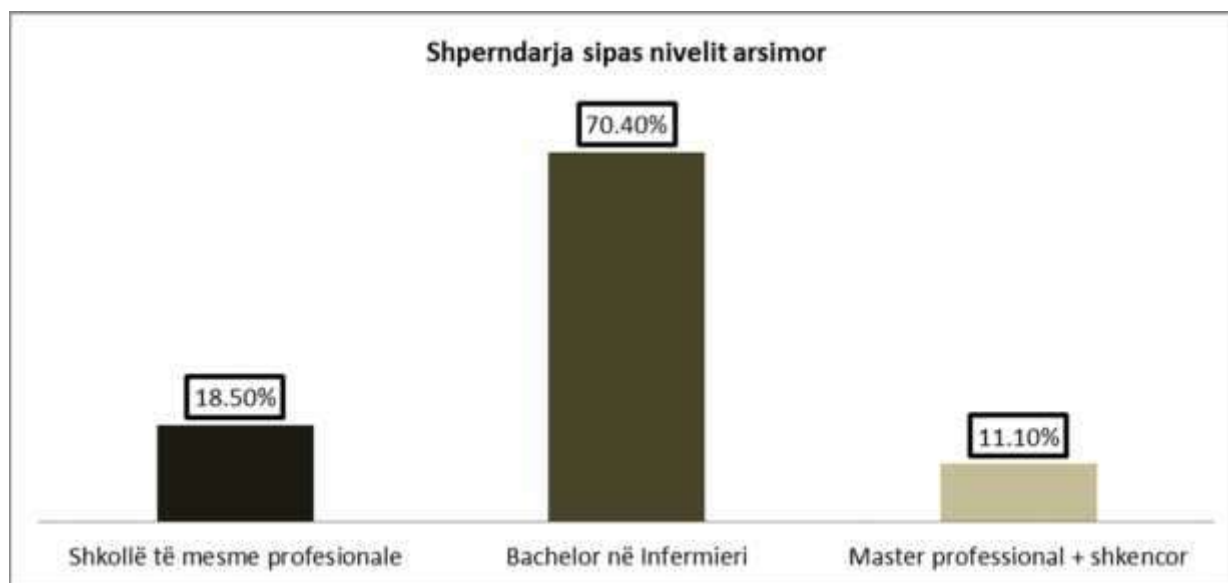
Mosha mesatare e pjesmarësve në studim ishte 38.5 vjec.

Grafiku 1.



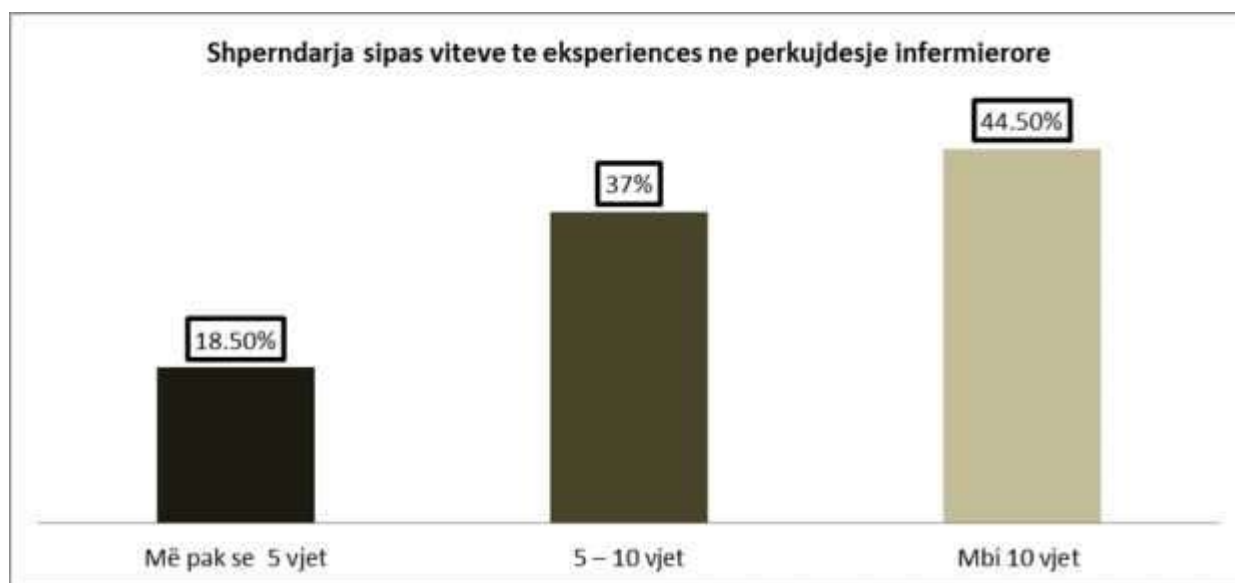
Pjesa më e madhe e pjesmarësve në studim ishin femra 81.5%. meshkuj rezultuan vetëm 18.5%.

Grafiku 2.



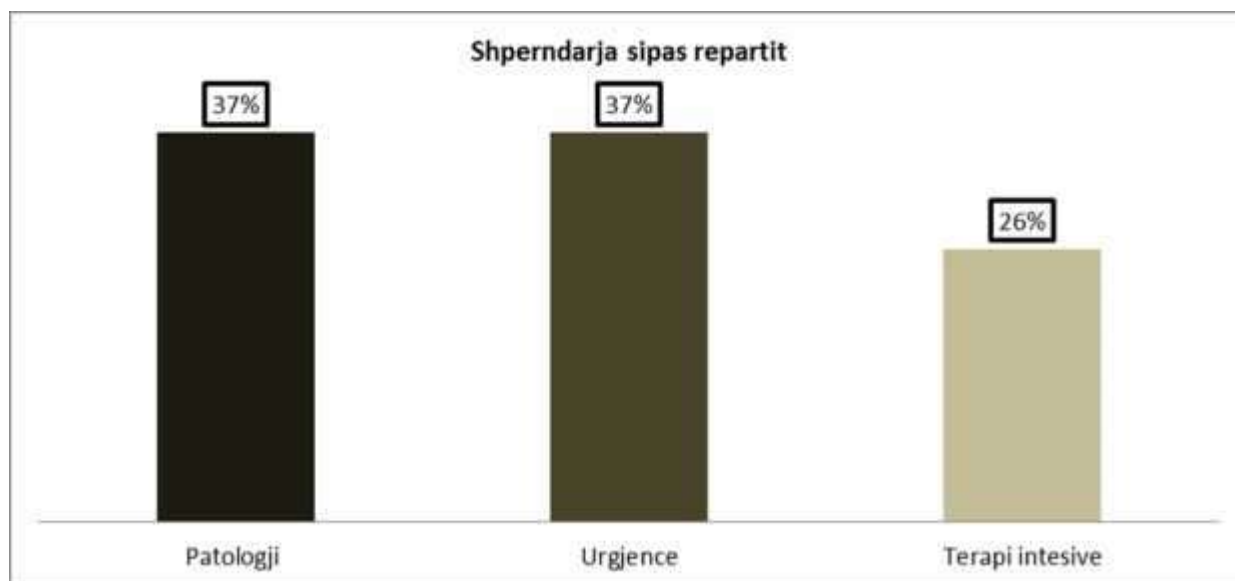
Pjesën më të madhe të personelit të përfshirë në studim e zënë infermierët me arsim të lartë, (70.4%), 11.1% ishin me master profesional dhe 18.5% ishin me arsim të mesëm profesional.

Grafiku 3



44.5% e infermierëve kishin më shumë se 10 vite punë, 37% kishin 5 – 10 vjet dhe 18.5% më pak se 5 vite punë.

Grafiku 4



Përkatësisht nga 37% e infermierëve që u përfshinë në studim punojnë në patologji dhe po aq në urgjencën spitalore, dhe 26% në terapi intensive.

Asnjë prej infermierëve të përfshirë në studim nuk ka marrë pjesë në kurse trajnimi për kujdesin ndaj dekubituseve apo parandalimin e tyre.

Grafiku 5



Shikojme që 44.4% e infermierëve referuan se kishin realizuar përkujdesje ndaj pacientëve me dekubitus dhe kryesisht ishin infermieret me eksperiencë të madhe në punë mbi 10 vjet dhe pak mbi 5 vite. Dominonte me shumë kujdesi ndaj pacientëve me rrezik për formimin e

dekubitusit.

33.3% e tyre referuan se nuk kishin patur rast të ofronin përkujdesje të tilla. Ndërsa 22.3% nuk mund të referonin saktë nëse kishin ofruar apo jo përkujdesje ndaj pacientëve të tillë.

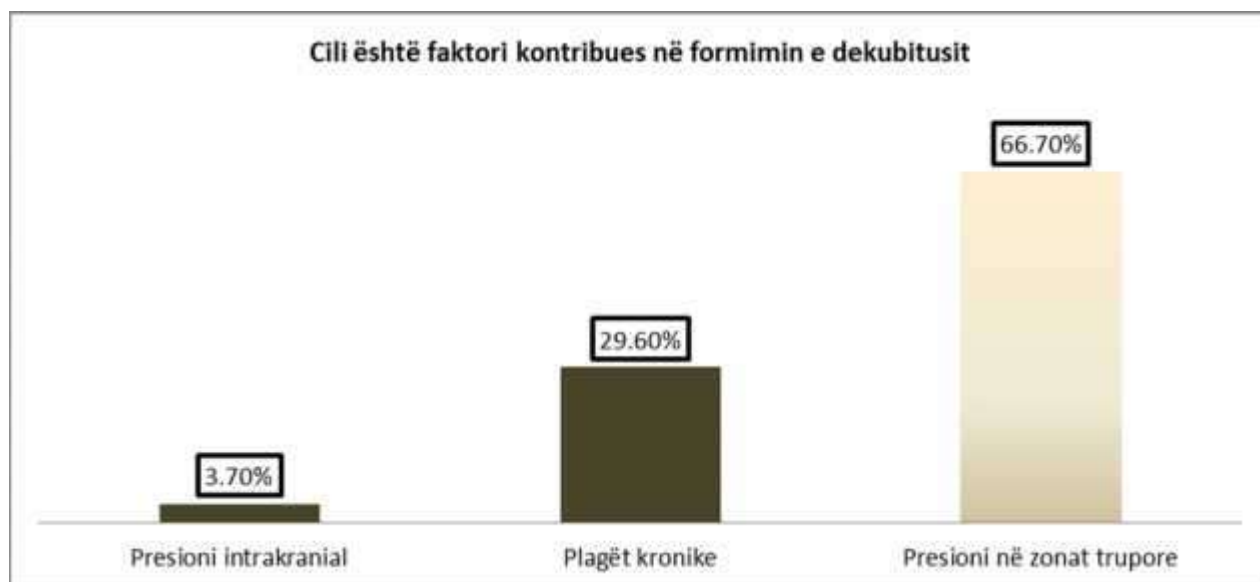
[Prezantimi i vlerësimit të njohurive të personelit infermieror në drejtim të dekubitusit dhe parandalimit të tij](#)

Tabela 2. Vlerësimi i njohurive në drejtim të faktorëve që ndikojnë në formimin e dekubituseve

Vlerësimi i njohurive në drejtim të faktorëve që ndikojnë në formimin e dekubituseve	Numri	%
Cili është faktori kontribues në formimin e dekubitusit		
<i>Presioni intrakranial</i>	1	3.7%
<i>Plagët kronike</i>	8	29.6%
<i>Presioni në zonat trupore</i>	18	66.7%
Cili nga faktorët e mëposhtëm është faktori më i rëndësishëm për formimin e dekubitusit tek pacienti 80 vjeçar me frakturë të kokës së femurit		
<i>Kequshqyerja</i>	5	18.5%
<i>Inkontinenca urinare</i>	10	37%
<i>Imobiliteti</i>	12	44.5%
Cili është mjedisi i përshtatshëm për zhvillimin e bakterieve tek një pacienti ri me dëmtim në kokë dhe që është i pavetëdijshëm		

<i>Dehidrimi</i>	3	11.1%
<i>Anemia</i>	2	7.4%
<i>Prania e feceve</i>	25	81.5%
Cili është faktori kritik për formimin e dekubitusit		
<i>Albumina e ulët</i>	6	22.2%
<i>Hematokriti I rritur</i>	8	29.6%
<i>Rritja e nivelit të Na</i>	13	48.2%

Grafiku 6



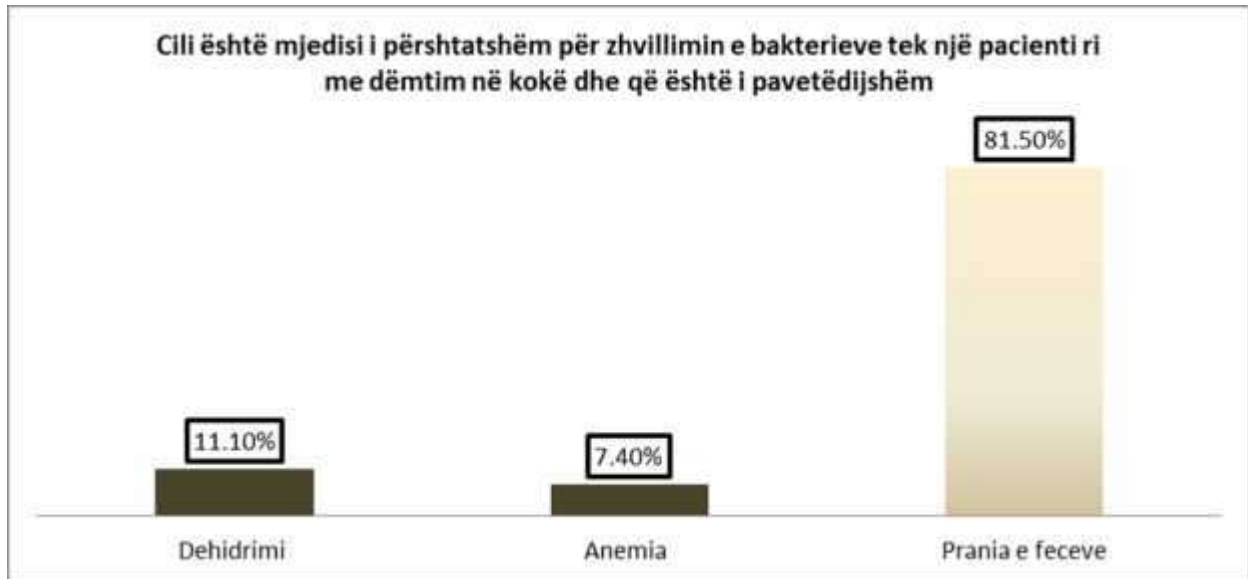
Përsa i përket pyetjes se cili është faktori që kontribuon në formimin e dekubitusit, vetëm 66.7% e infermierëve iu përgjigjën saktë kësaj pyetje: **presioni në zonat trupore**.

Grafiku 7



Pyetjes se cili është faktori më i rëndësishëm për formimin e dekubitusit tek pacienti 80 vjar me frakturë të kokës së femurit, vetëm 44.5% e infermierëve iu përgjigjën saktë kësaj pyetje: **imobiliteti**.

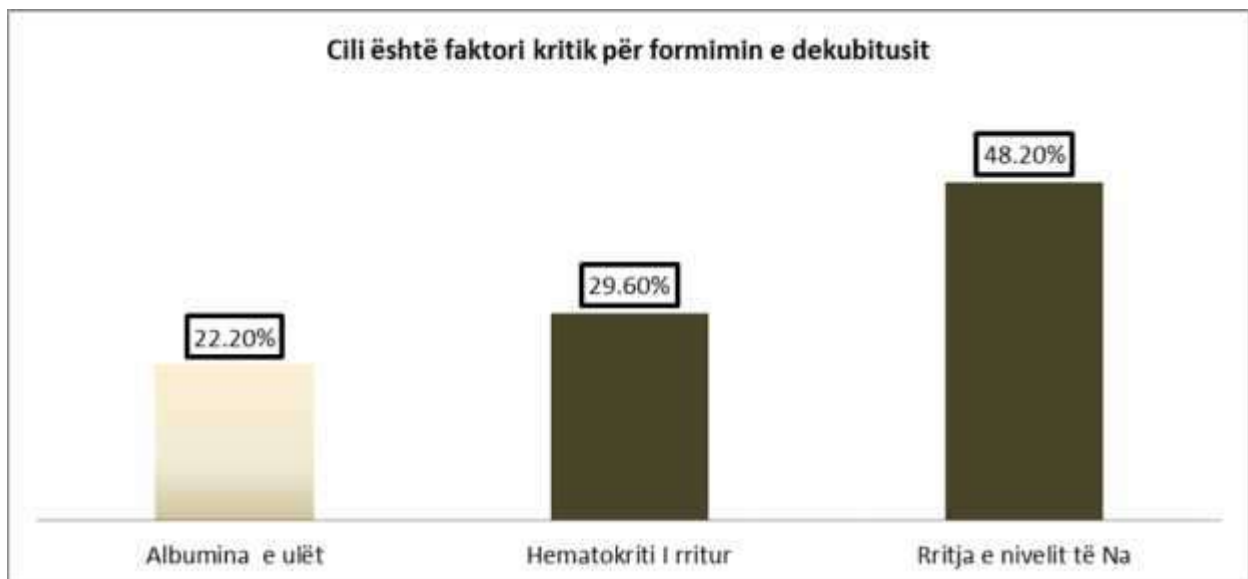
Grafiku 8



81.5% e infermierëve të përfshirë në studim I janë përgjigjur saktë pyetjes në lidhje me mjedisin më të përshtatshëm për zhvillimin e

mikrorganizmave tek pacienti me dëmtim të kokës dhe të pavetëdijshëm: **prania e fecëve**

Grafiku 9



Vetëm 22.2% e infermierëve janë përgjigjur saktë duke vlerësuar **uljen e nivelit të Albuminës** si factor kritik për formimin e dekubitusit.

Tabela 3. Vlerësimi i njohurive në drejtim vlerësimit të rrezikut në formimin e dekubituseve

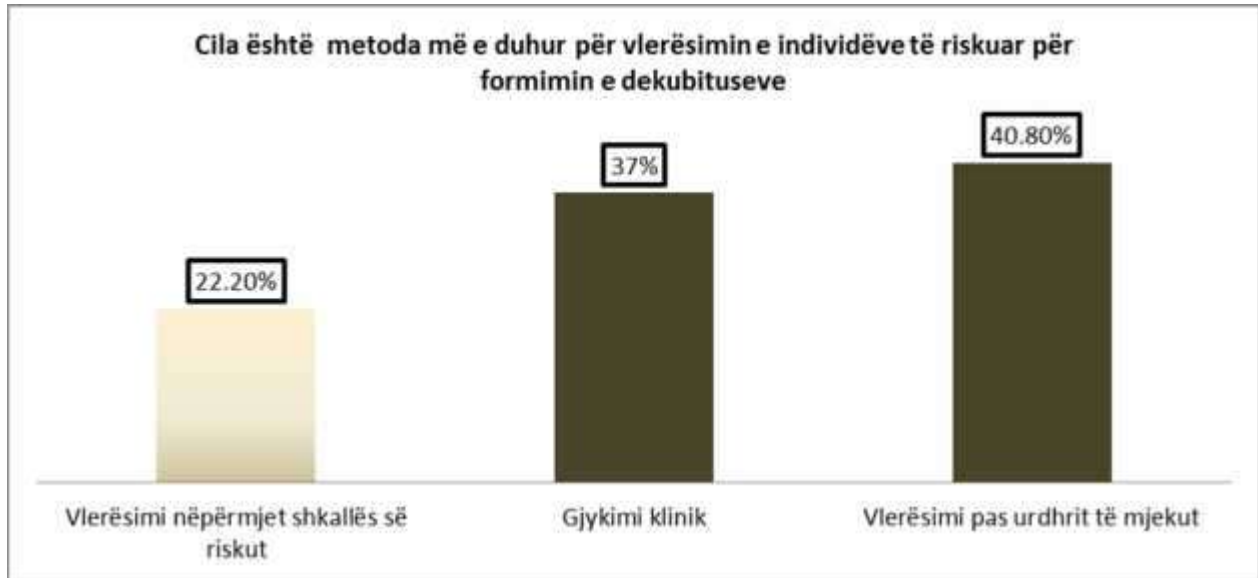
	Numri	%
Tek një pacient me dëmtim të shtyllës kurrizore cilën nga procedurat e mëposhtme duhet të përdoret për vlerësimin		
Vlerësimi kardiak	3	11.1%
Vlerësimi respirator	6	22.2%
Vlerësimi i lëkurës nga koka tek këmbët	18	66.7 %
Cila është metoda më e duhur për vlerësimin e individëve të riskuar për formimin e dekubituseve		
Vlerësimi nëpërmjet shkallës së riskut	6	22.2%
Gjykimi klinik	10	37%
Vlerësimi pas urdhrat të mjekut	11	40.8 %
Cila përbën shenjat e stadi të dytë të dekubitusit		
Lëkurë e padëmtuar	8	29.6%
Dëmtim i epidermës (abrasion)	8	29.6%
Nekrozë e indit subcutan	11	40.8%
Cila është shenja e parë e formimit të dekubitusit		
Dëmtim i integritetit të lëkurës	13	48.2%
Dekolorim i lëkurës në shtypje	7	25.9%
Formim i vezikulave në lëkurë	7	25.9%
Kur flasim për dekubitus në shkallën e tretë dëmtimi ka arritur		
Dermën	0	0%
Indin subcutan	15	55.6%
Muskulin	12	44.4%

Grafiku 10.



66.7% e infermierëve të mar në studim iu përgjigjën saktë persa i përket se **vlerësimi i lekures nga koka deri tek këmbët** shërben si metodë vlerësimi për pacientët me dëmtim të shtyllës kurrizore.

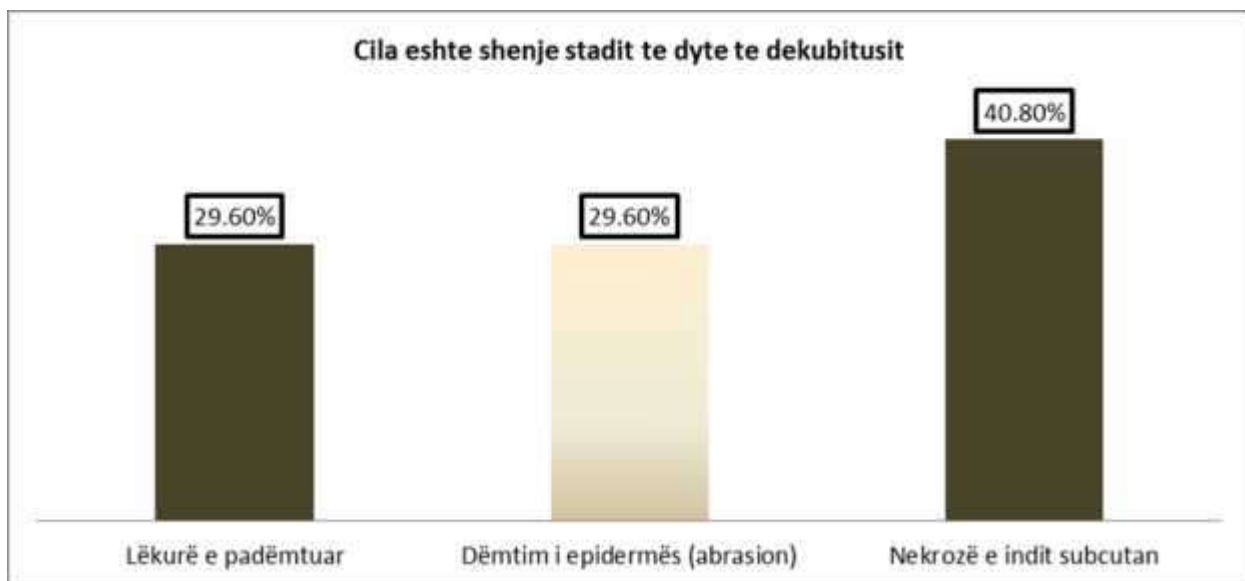
Grafiku 11.



22.2% e infermierëve të mar në studim janë përgjigjur saktë pyetjes se cila është metoda më e duhur për vlerësimin e individëve të riskuar për formimin e dekubituseve : **vlerësimi nëpërmjet shkallës së riskut**. Pjesa më e madhe

e infermierit janë përgjigjur gabimisht. Ku 40.8% e tyre vlerësimin e individëve të riskuar për dekubitus e shohin si një ndërhyrje totalisht të varur ndaj urdhërave mjekësore.

Grafiku 12.



Pyetjes se cila është shenja e stadit të dytë të dekubtusit , i janë përgjigjur saktë 29.6% e infermierëve:
dëmtim i shtresës së lëkurës (abrasion)

Grafiku 13.



Përsa I përket pyetjes se cila është shenja e parë e formimit të dekubtusit, sërisht shohim një përqindje të ulët të individëve të cilët janë përgjigjur saktë, 25.9% e infermierëve: **dekolorim i lëkurës në shtypje**

Grafiku 14



55.6% e infermierëve janë përgjegjës në mënyrë të saktë përsa I përket indit të dëmtuar gjatë stadi të tretë të dekubitit.

Tabela 4 Vlerësimi i njohurive në drejtim të kujdesit ndaj lëkurës

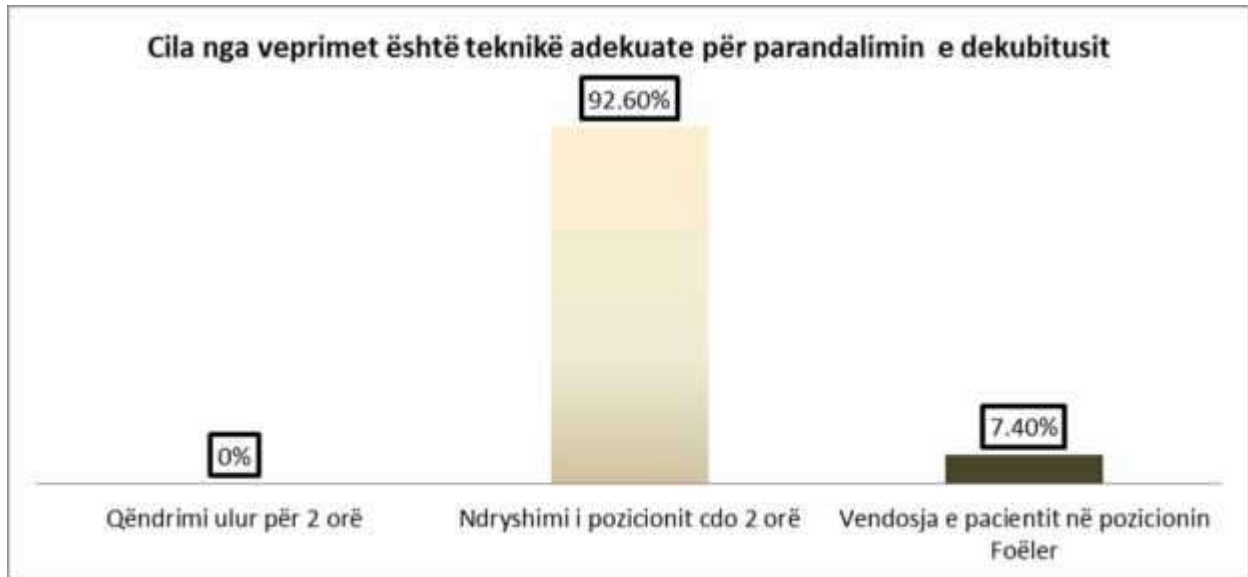
	Numri	%
Cila është metoda më e mirë e kujdesit ndaj lëkurës		
Masazhimi në daljet kockore	11	40.7%
Aplikimi i pudrës	0	0%
Aplikimi i pomadave lokale	16	59.3%
Cila nga veprimet është teknikë adekuate për parandalimin e dekubitit		
Qëndrimi ulur për 2 orë	0	0%
Ndryshimi i pozicionit cdo 2 orë	25	92.6%
Vendosja e pacientit në pozicionin Foëler	2	7.4%
Cili nga kujdesjet e mëposhtme është praktikë korrekte për ruajtjen e integritetit të lëkurës		
Ndryshimi i pozicionit të pacientit pa e tërhequr atë	18	66.7%
Përdorimi i jastëkëve	9	33.3%
Përdorimi i lëkurës së deles	0	0%
Cfarë duhet të përdoret për të parandaluar dekubitusin në thëmbërën e këmbës		
Ngrihet pjesa fundore e shtratit	0	0%
Përdoren shtresa të buta pambuku	10	37%
Vendosen jastëk të vegjël nën këmbët e pacientit	17	63%

Grafiku 14



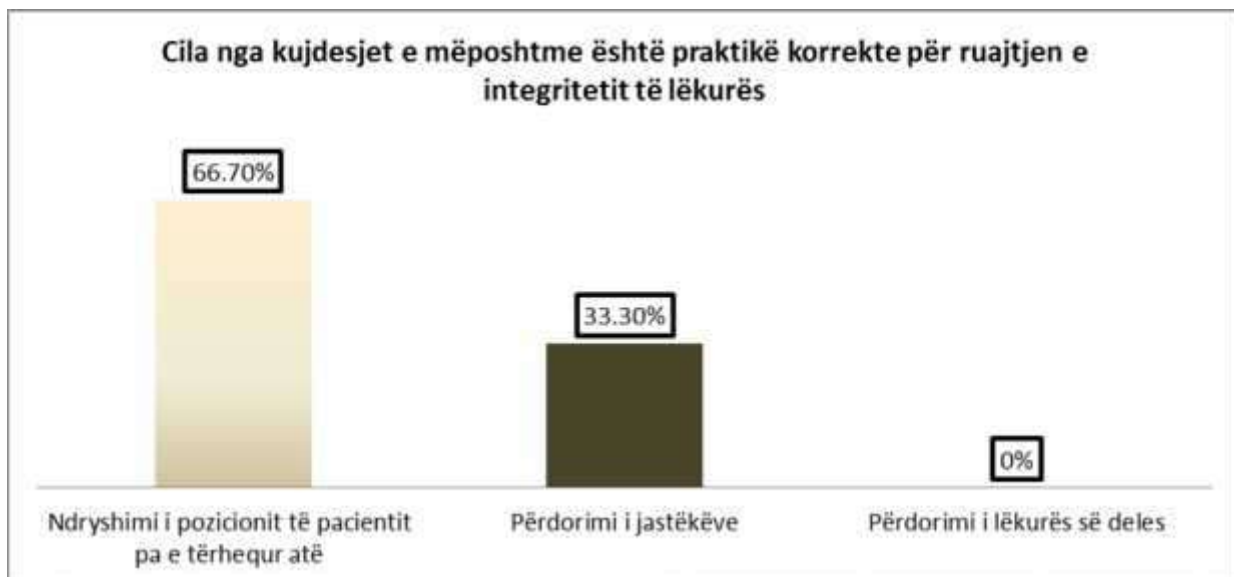
59.3% e infermiereve janë përgjigjur saktë pyetjes se cila është metoda më e mirë e kujdesit ndaj lëkurës: **aplikimi i pomadave lokale.**

Grafiku 15.



92.6% e infermiereve të marrë në pyetje iu përgjigjen saktë pyetjes se cila nga veprimet është teknike adekuate për parandalimin e dekubitusit: **ndryshimi i pozicionit cdo 2 ore**

Grafiku16



Ndryshimi i pozicionit të pacientit pa e terhequr atë në shtrat është një praktikë të cilën personeli infermieror duhet ta marrë në konsideratë gjatë ndryshimeve të pozicionit të pacientit në shtrat. Vertëm 66.7% e infermierëve u përgjigjën saktë.

Grafiku 17



Në zonat trupore të cilat gjenden të mbështetura në shtrat për të lehtësuar këtë mbështetje duke parandaluar në të njëjtën kohë dhe dekubitusin në thëmbërën e këmbës rekomandohen **përdorimi i jastëkëve të vegjël**. 63% e infermierëve e referuan saktë

Tabela 5 Vlerësimi i njohurive në drejtim të kujdesit ndaj ushqyerjes

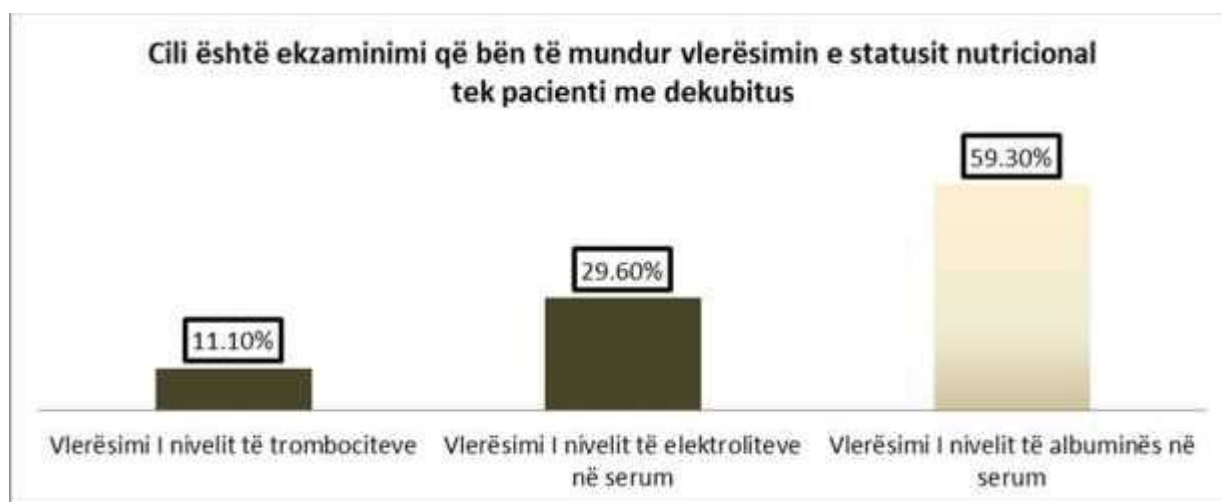
	Numri	%
Cila nga vitaminat është e rëndësishme për ruajtjen e shëndetit të lëkurës		
Vitamina B dhe D	5	18.5%
Vitamina C dhe E	19	70.4%
Vitamina K	3	11.1%
Cili është ekzaminimi që bën të mundur vlerësimin e statusit nutricional tek pacienti me dekubitus		
Vlerësimi I nivelit të trombociteve	3	11.1%
Vlerësimi I nivelit të elektroliteve në serum	8	29.6%
Vlerësimi I nivelit të albuminës në serum	16	59.3%
Cfarë produktesh ushqimore duhet ti ofrohet një të moshuari me BMI < 18.5		
Yndyrna	4	14.8%
Proteina dhe produkte me shumë kalori	6	22.2%
Fruta dhe perime me fibra	17	63%

Grafiku 18.



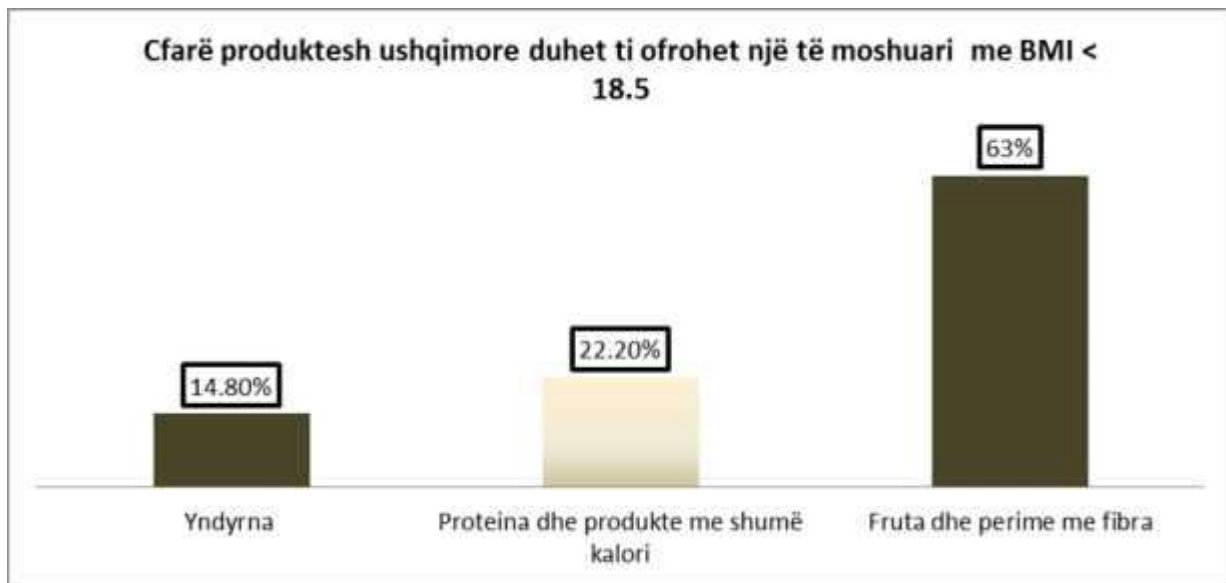
Në drejtim të ushqyerjes **vitamina C dhe E** ndikon në ruajtjen e shëndetit të lëkurës. 70.4% e infermierëve referuan se këto vitamina ndikojnë pozitivisht.

Grafiku 19



Vlerësimi i nivelit të albuminës është tregues i ushqyerjes së mirë të pacientit. Vetëm 59.3% e pacientëve kanë referuar në mënyrë të saktë.

Grafiku 20



Tek personat e vlerësuar si nënpeshë këshillohet përdorimi I **produkteve me përmbajtje të lartë të proteinave dhe atyre me kalori të lartë**. Në këtë rast 22.2% e infermierëve e shikojnë këtë grup produktesh ushqimore si ushqime që duhet ti ofrojnë një të moshuari nënpeshë

Studimi i Nivelit te njohurive te Infermierëve.

Nga vleresimi me pike i njohurive sic eshte theksuar ne fillim, është ndërtuar tabela e meposhtme:

Tabela 6. Shperndarja e infermiereve sipas Nivelit te Njohurive.

Niveli i njohurive	Numri	%
Nivel jo i mire	9	33.3
Nivel mesatar	13	48.1
Nivel i mire	5	18.6
Totali	27	100.00

Nga tabela shihet se rreth 48.1% e infermiereve kane rezultuar me Nivel mesatar te njohurive mbi dekubituset, rreth 18.6% me Nivel te mire

dhe 33.3% me Nivel jo te mire njohurish mbi dekubituset.

Kete e tregon me qarte grafiku i meposhtem.

Grafiku 21. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të Njohurive mbi dekubituset.

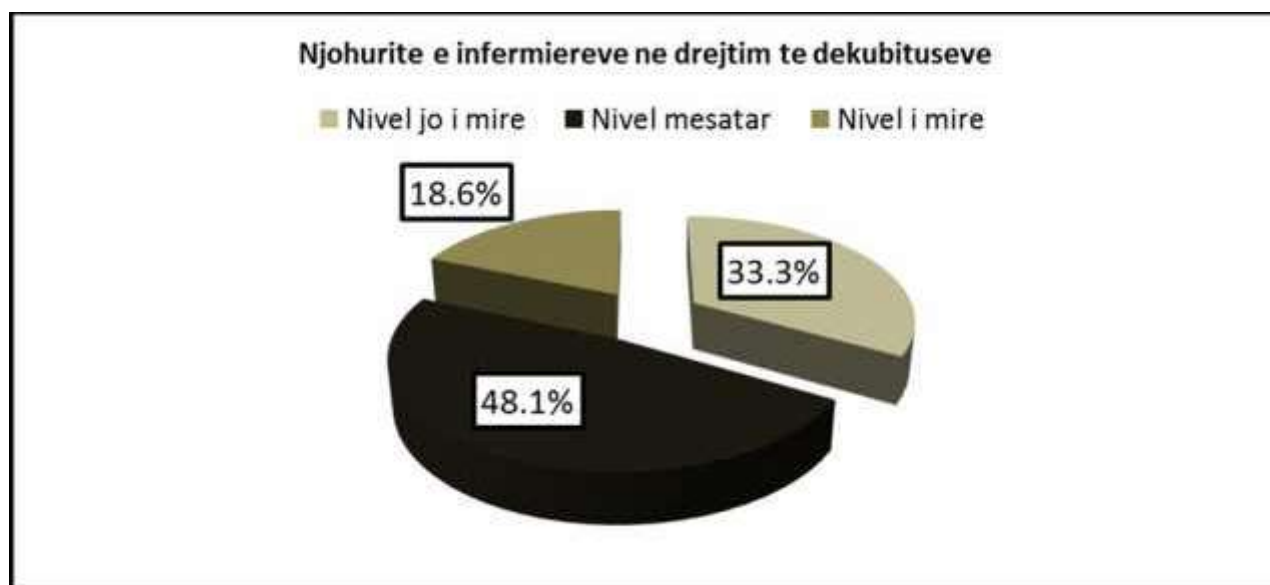


Tabela 7. Saktesia e përgjigjeve mbi pyetjet në drejtim të dekubituseve

Nr.	Grupi i pyetjeve	% e pyetjeve të sakta
1	Faktorët që ndikojnë në formimin e dekubituseve	53.7%
2	Vlerësimi i rrezikut në formimin e dekubitusit	40%
3	Kujdesi ndaj lëkurës	70.4%
4	Kujdesi në drejtim të ushqyerjes	50.6%

Grafiku 22. Shpërndarja e infermiereve sipas shpërndarjes së përgjigjeve të sakta mbi dekubituset



Përqindjen më lartë në drejtim të përgjigjeve të sakta e shohim tek Kujdesi ndaj lëkurës. Ku 70.4% e infermierëve janë përgjigjur në mënyrë të saktë ndaj këtij grupi pyetjesh.

Problemi më i madh është në drejtim të vlerësimit të rrezikut për formimin e dekubitusit.

Studimi i Nivelit të njohurive sipas Gjinisë.

Tabela 8. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të njohurive dhe Gjinisë.

Niveli i njohurive	Gjinia		Total
	Numri	%	
	Femer	Mashkull	
Nivel i mire	4	1	5
	18.2	20	18.6%
Nivel jo i mire	6	3	9
	27.3	60	33.3%
Nivel mesatar	12	1	13
	54.5	20	48.1
Total	22	5	27
	58.42	41.58	100.00

Hi-katror = 0.8569

Nga tabela shihet se femrat janë ato që zënë përqindje më të larta se meshkujt në të gjitha llojet e niveleve të njohurive mbi dekubituset.

Por koeficienti Hi-katror = 0.8569, pra $> 5\%$ tregon se këto ndryshime midis meshkujve dhe femrave në nivelin e njohurive nuk janë statistikisht të rëndësishme.

Nëse ky koeficient do të ishte $< 5\%$ ndryshimet do të ishin të rëndësishme dhe mund të thoshim se femrat kanë njohuri më të mira se

meshkujt. Në këtë rast nuk ka ndryshim në nivelin e njohurive në studimin tonë.

Grafiku 23. Shpërndarja e infermiereve sipas nivelit të njohurive dhe gjinisë



Studimi i Nivelit të njohurive sipas Niveli arsimor të infermiereve.

Tabela 9. Shperndarja einfermiereve sipas Nivelit te njohurive dhe Nivelit Arsikor.

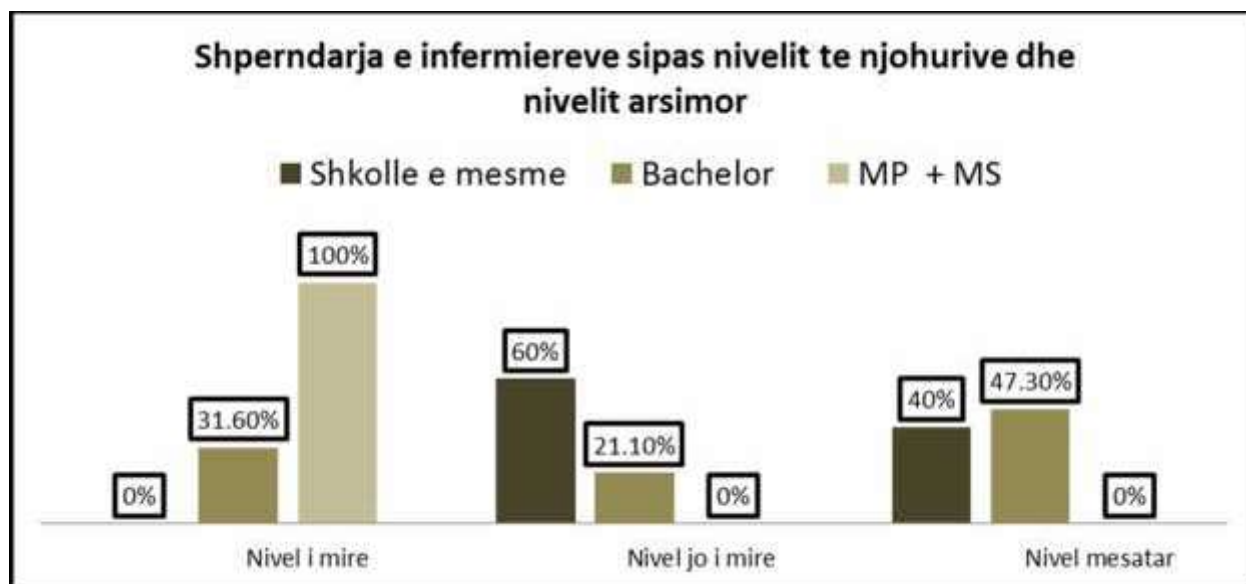
Niveli i njohurive		Niveli arsimor			Total
Numri	%	Shkolle e mesme	Bachelor	MP + MS	
Nivel i mire		0	6	3	5
		0%	31.6%	100%	18.6%
Nivel jo i mire		3	4	0	9
		60%	21.1%	0%	33.3%
Nivel mesatar		2	9	0	13
		40%	47.3%	0%	48.1
Total		5	19	3	27

Hi-katror 0.0214

Nga tabela shihet se me Nivel te mire njohurish mbi infeksionet spitalore , paraqiten me teper infermieret me arsimimin MP dhe MS.
Treguesi Hi-katror =0.02214 >5% tregon se keto ndryshime jane te rendesishme

statistikisht,pra mund te themi se Niveli arsimor i infermiereve ka ndikuar per te diferencuar ne lidhje me njohurite mbi dekubituset.

Grafiku 24. Shperndarja e infermiereve sipas Nivelit te njohurive dhe Nivelit Arsikor.



Studimi i Nivelit te njohurive sipas Viteve te punes ne profesion.

Tabela 10. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të njohurive dhe Vitet e punës në profesion.

Niveli i njohurive	Total			
Numri %	0-5	10-15	Mbi 10 vjet	Total
Nivel i mire	0	0	3	5
	0%	0%	25%	18.6%
Nivel jo i mire	3	4	2	9
	60%	40%	16.7%	33.3%
Nivel mesatar	2	6	7	13
	40%	60%	58.3%	48.1
Total	5	10	12	27
	18.5%	37%	44.5%	

Hi-katror 0.5324

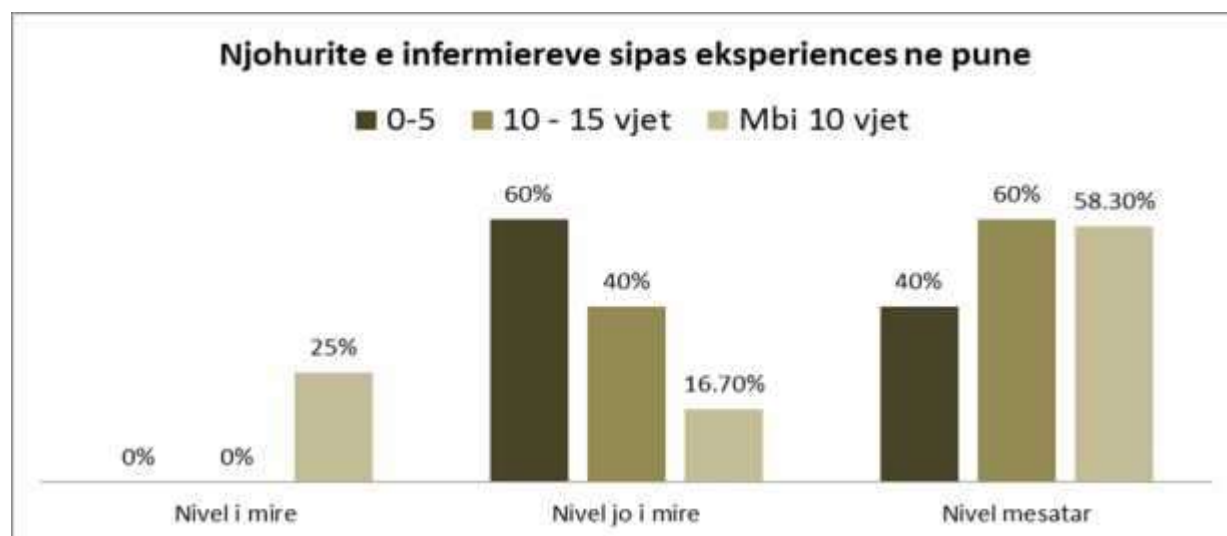
Sic shihet infermieret me Nivel të mire njohurish janë me tepër ata me mbi 10 vjet eksperiencë. Po kështu këta janë edhe me nivel mesatar njohurish (7 vete) dhe me Nivel jo të mire (2 vete).

Kjo tregon se nuk ka ndryshim të rëndësishëm në nivelin e Njohurive mbi dekurbituset përsa I përket Viteve në punë të infermiereve të përfshirë në studim.

.Kete e tregon edhe treguesi Hi-katror = 0.5324 > 5 %.

Gjithashtu edhe fakti që infermieret me mbi 10 vjet në punë kanë përqindje më të lartë në nivel mesatar njohurish mund të themi se niveli i njohurive të tyre nuk ndikohet nga vjetërsia në punë.

Grafiku 25. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të njohurive dhe Vitet e punës në profesion.



Studimi i Nivelit të njohurive sipas shërbimit.

Tabela 11. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të njohurive dhe shërbimit spitalor.

Niveli i njohurive	Total			
Numri	%	Patologji	Urgjence	Terapi intensive
Nivel i mire	1	0	4	5
	10%	0%	57.1%	18.6%
Nivel jo i mire	5	4	0	9
	50%	40%	0%	33.3%
Nivel mesatar	4	6	3	13
	40%	60%	42.9%	48.1%
Total	10	10	7	27
	37%	37%	26%	

Hi-katror 0.0098

Sic shihet Infermieret me Nivel të mire njohurish paraqiten me tepër në Shërbimin e Terapisë intensive (57.1% e tyre 61%), me Nivel Mesatar kryesisht në Urgjence (60% e tyre) dhe me pas Patologjinë (40% e tyre) dhe Nivel jo i mire me tepër në Patologji (50% e tyre) dhe Urgjencën (40% e tyre).

Edhe treguesi Hi –katror = 0.0098 < 5 % tregon se ka ndryshime të rëndësishme në Nivelin e njohurive sipas Shërbimit spitalor ku punojnë. Kështu Infermieret e Terapisë Intensive kanë Nivel më të lartë njohurish për dekubitusetse Shërbimet e tjera.

Grafiku 26. Shpërndarja e infermiereve sipas Nivelit të njohurive dhe Vitet e punës në profesion.

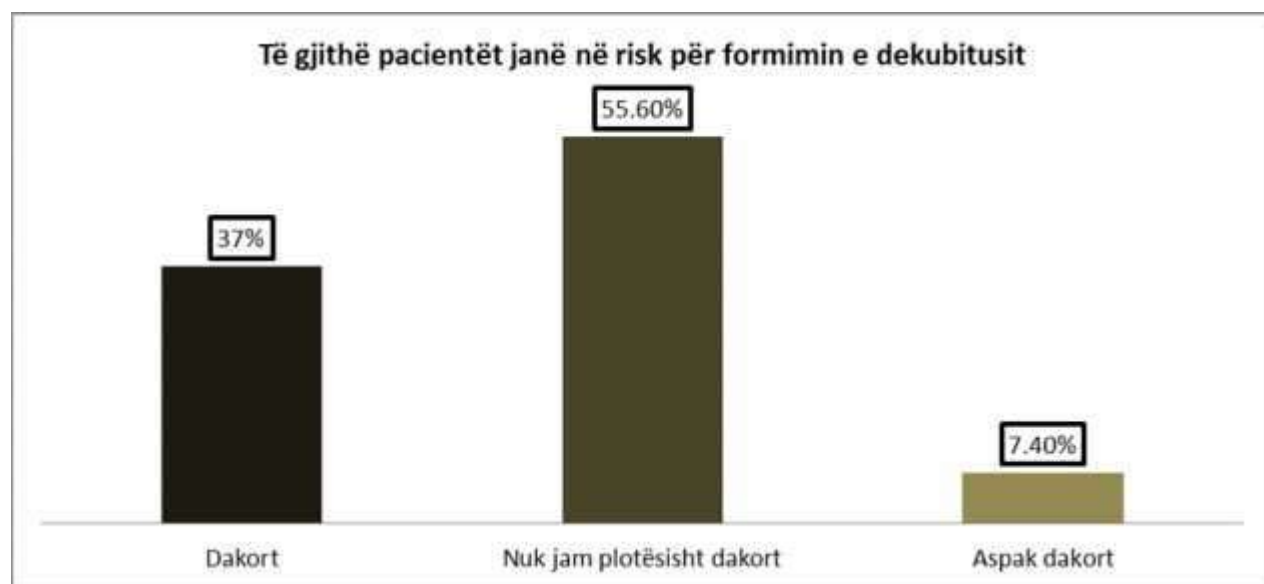


Tabela 12. Shpërndarja e pjesëmarrësve në studim sipas perceptimeve dhe veprimeve infermierore për parandalimin e dekubituseve.

Variablat	Numri	%
Të gjithë pacientët janë në risk për formimin e dekubitusit		
<i>Dakort</i>	10	37%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	15	55.6%
<i>Aspak dakort</i>	2	7.4%
Shumë nga faktorët që ndikojnë në formimin e dekubituseve mund të parandalohen		
<i>Dakort</i>	14	51.9%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	7	25.9%
<i>Aspak dakort</i>	6	22.2%
Parandalimi i dekubitusit është një nga detyrat e mia gjatë ofrimit të kujdesit		
<i>Dakort</i>	8	29.6%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	12	44.5%
<i>Aspak dakort</i>	7	25.9%
Incidenca e dekubitusit duhet të jetë 0% në pavionin tim		
<i>Dakort</i>	16	59.3%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	9	33.3%
<i>Aspak dakort</i>	2	7.4%
Sipas opinionit tim, infermieri duhet të veprojë në mënyrë të pavarur për parandalimin e dekubitusit		
<i>Dakort</i>	8	29.6%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	15	55.6%
<i>Aspak dakort</i>	4	14.8%
Parandalimi i dekubitusit nuk është në qendër të kujdesjeve të mia		
<i>Dakort</i>	7	25.9%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	12	44.5%
<i>Aspak dakort</i>	8	29.6%
Jam i kujdesshëm gjatë vlerësimit të lëkurës për evidentimin e formimit të dekubitusit		
<i>Dakort</i>	16	59.3%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	8	29.6%
<i>Aspak dakort</i>	3	11.1%
Pacientët në risk të lartë për dekubitus duhet të vlerësohen me kujdes që gjatë ditës së parë të hospitalizimit		
<i>Dakort</i>	9	33.3%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	14	51.9%
<i>Aspak dakort</i>	4	14.8%
Vlerësimi për zhvillimin e dekubitusit nuk mund të bëhet tek të gjithë pacientët e hospitalizuar		
<i>Dakort</i>	14	51.9%
<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	11	40.7%
<i>Aspak dakort</i>	2	7.4%

Gjithë të dhënat e mbledhura në drejtim të dekubitusit duhet të dokumentohen në kohën e duhur			
	<i>Dakort</i>	15	55.6%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	8	29.6%
	<i>Aspak dakort</i>	4	14.8%
Formimi i dekubitusit është një indikator i cilësisë së kujdesjeve infermiere			
	<i>Dakort</i>	8	29.6%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	14	51.9%
	<i>Aspak dakort</i>	5	18.5%
Infermieri duhet të ofroj kujdesje duke mbrojtur lëkurën e pacientit			
	<i>Dakort</i>	18	66.7%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	6	22.2%
	<i>Aspak dakort</i>	3	11.1%
Pacienti duhet të masazhohet në zonat e dala kockore pas ndryshimit të pozicionit			
	<i>Dakort</i>	11	40.7%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	4	14.8%
	<i>Aspak dakort</i>	12	44.5%
Jam i kujdesshëm në vlerësimin e statusit nutricional të pacientit			
	<i>Dakort</i>	10	37%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	10	37%
	<i>Aspak dakort</i>	7	26%
Jam i kujdesshëm në ndryshimin e pozicionit të pacientit të riskuar cdo 2 orë			
	<i>Dakort</i>	20	74.1%
	<i>Nuk jam plotësisht dakort</i>	2	7.4%
	<i>Aspak dakort</i>	5	18.5%

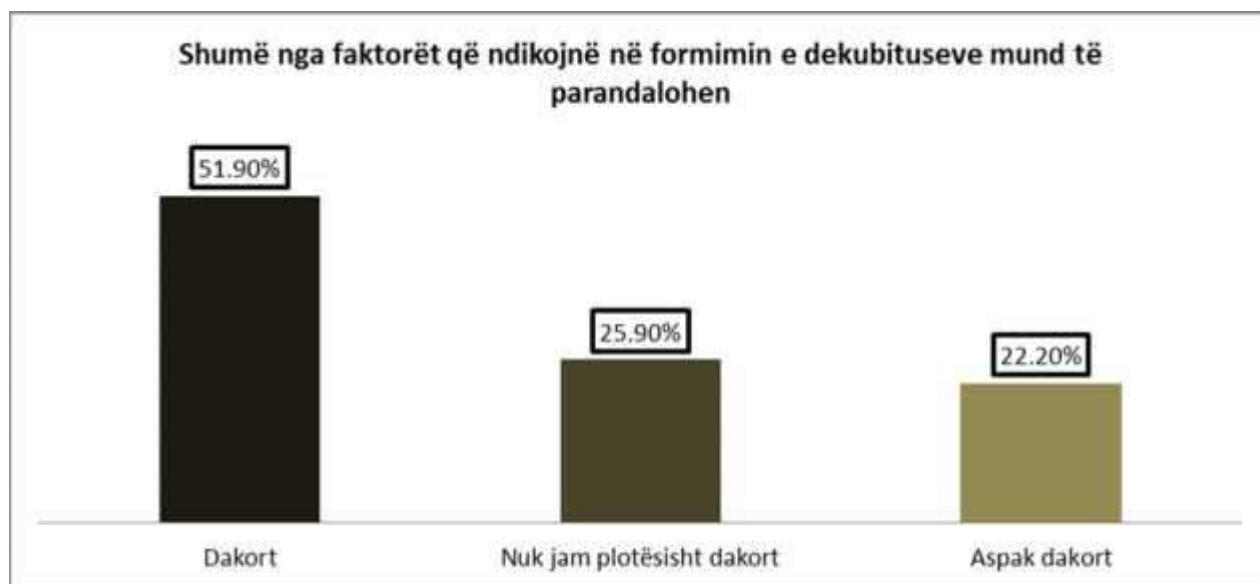
Grafiku 27.



Nga rezultatet vëmë re se vetëm 37% e infermierëve referojnë se të gjithë pacientët mund të jenë të riskuar për formimin

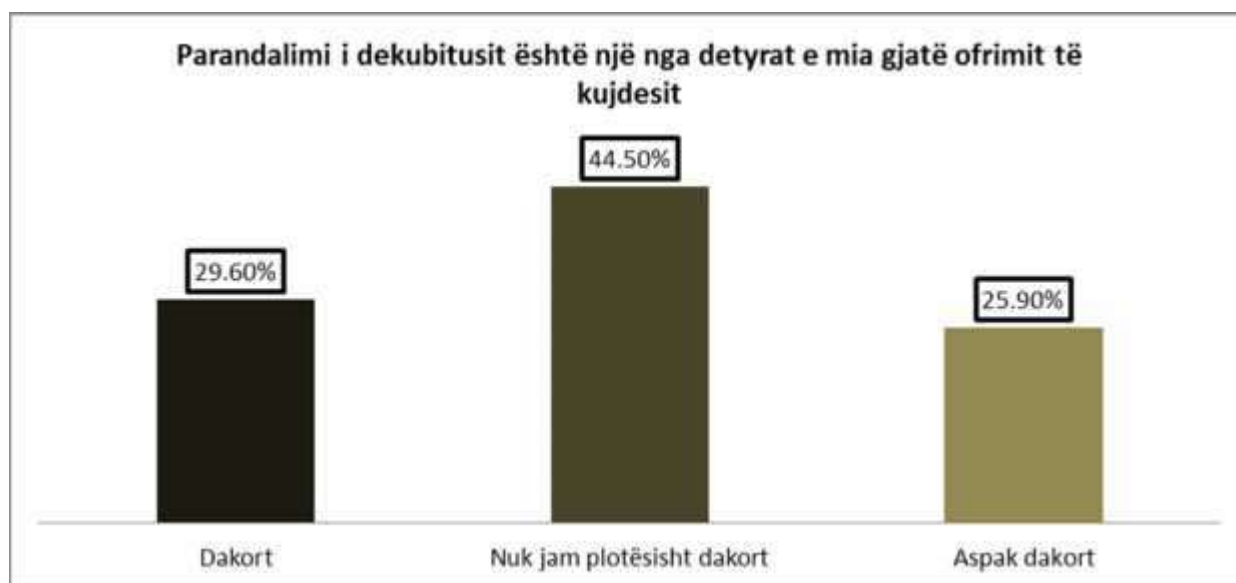
dekubituseve. Ndërkohë që 55.6% thonë se nuk janë plotësisht dakort, pasi janë të shumtë faktorët që ndikojnë në formimin tyre.

Grafiku 28.



5.9% e infermierëve referojnë se shumë nga faktorët që ndikojnë në formimin e dekubituseve mund të parandalohen nëse zbatohen teknikat parandaluese prej personelit infermior.

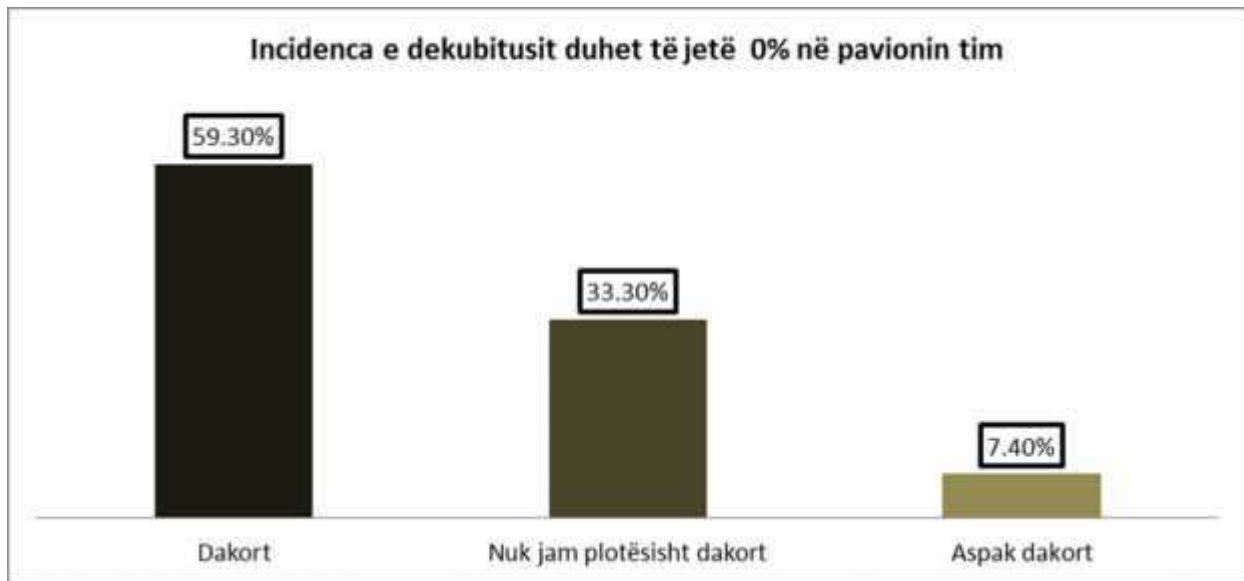
Grafiku 29.



Vetëm 29.6% e infermierëve e shikojnë parandalimin e dekubituseve si një nga detyrat e kryesore të tyre gjatë përkujdesjeve të pacientëve të riskuar për formimin e

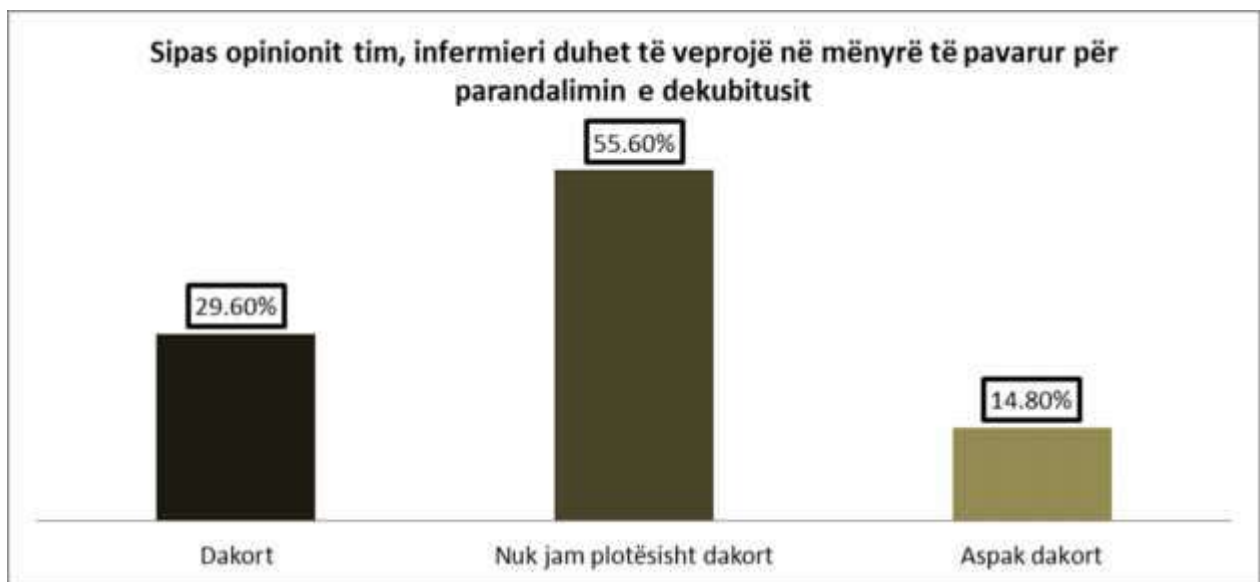
dekubituseve, pasi dhe pacientët ndaj të cilëve ata ofrojnë përkujdesje shëndetësore janë me problem të ndryshme.

Grafiku 30.



Një nga qëllimet e kujdesjeve infermierore tek pacientët e hospitalizuar është që të mos shfaqet asnjëherë dekubitusi tek këta pacientë. 59.3% e infermierëve e referojnë këtë qëllim gjatë përkujdesjeve.

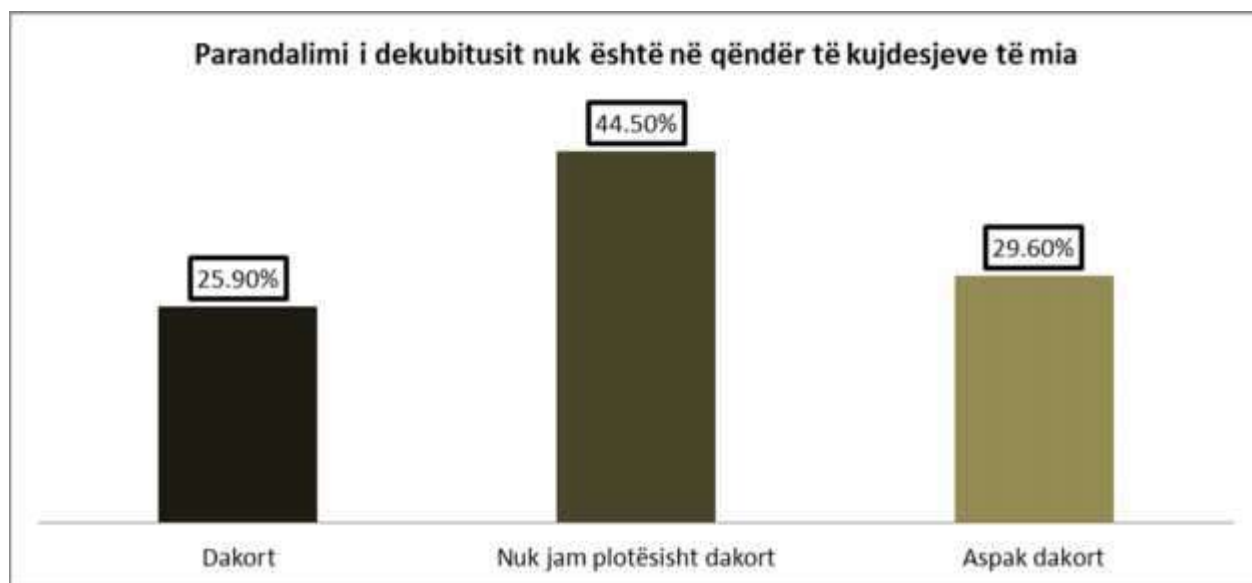
Grafiku 31.



Parandalimi i dekubituseve përbën një nga detyrat e pavarura të personelit infermior. 29.6% e infermierëve nuk e shohin në këtë

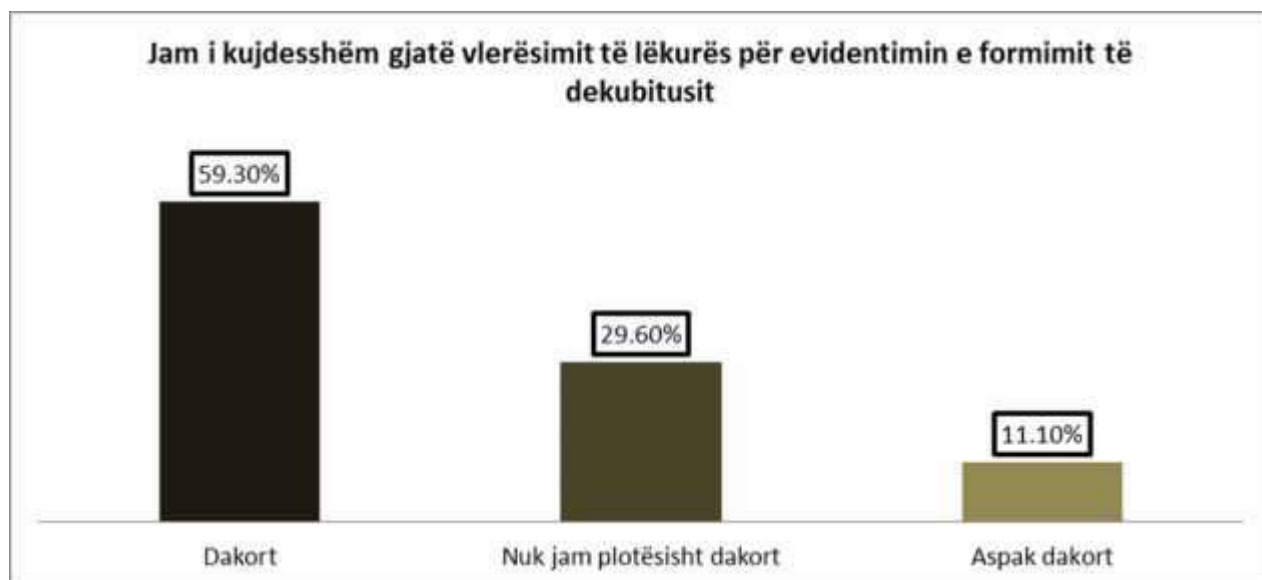
mënyrë. Shumica e infermierëve e referojnë si një detyrë të urhdëruar prej personelit mjekesor.

Grafiku 32.



29.6% e infermiereve referojne se parandalimi I dekubitusit është në qendër të kujdesjeve të tyre.

Grafiku 33.



Gjatë ofrimit të kujdesjeve infermierore infermieri duhet të jetë i kujdesshëm në vlerësimin e lëkurës, sidomos në pikat e

mbështetjes së trupit në shtrat. Shikojmë se 59.3% e infermierëve referojnë se janë të kujdesshëm në këtë drejtim.

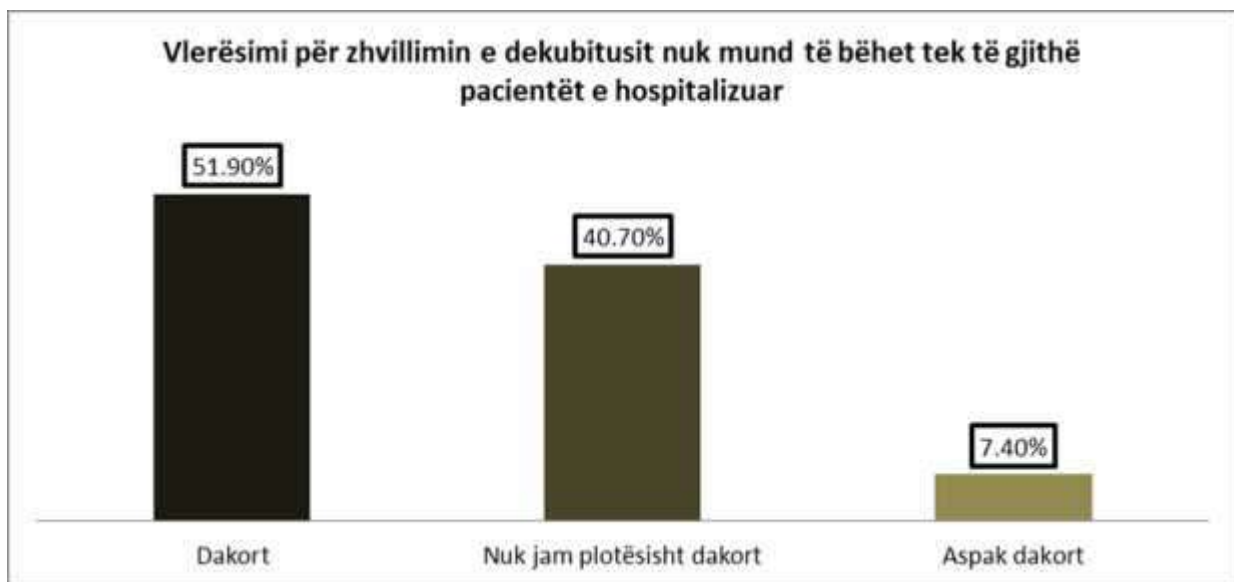
Grafiku 34.



Cdo pacient i hospitalizuar duhet të vlerësohet me kujdes aq më shumë pacientët të cilët shikohen si individ me risk të lartë për formimin

e tyre. 51.9% e infermierëve referojnë se nuk janë plotësisht dakort.

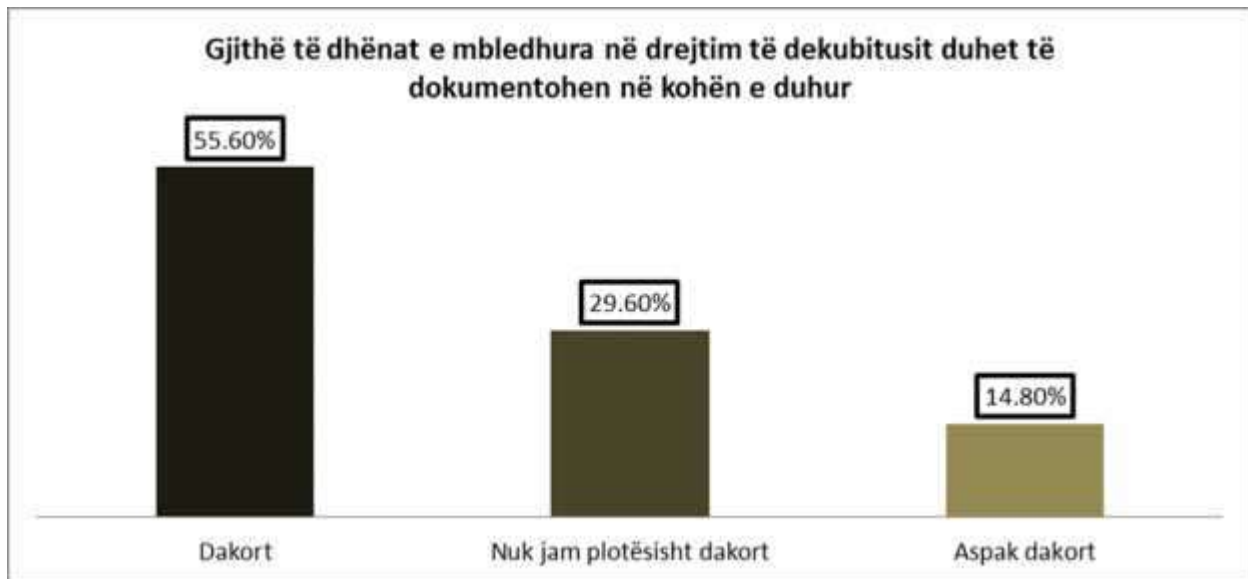
Grafiku 35



51.9% e infermierëve referuan se jot e të gjithë pacientët mund të realizohet vlerësimi për zhvillimin e dekubituseve. Ndërkohë që ky

vlerësim duhet të realizohet në mënyrë që të identifikohen personat me risk

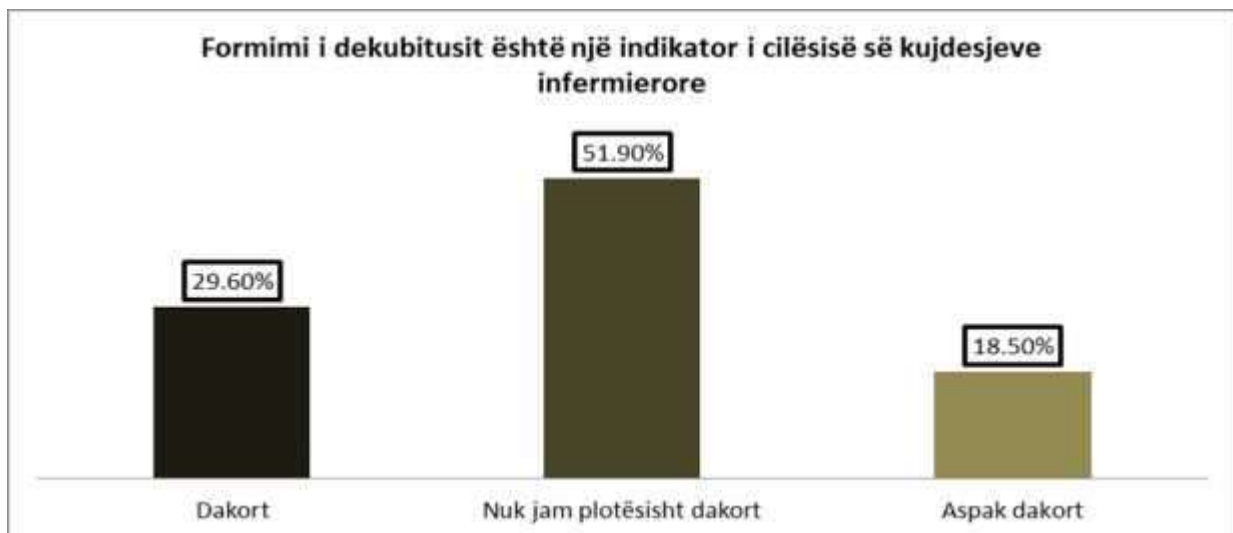
Grafiku 36.



Cdo përkujdesje infermiore e prezantuar sipas etapave të procesit infermior duhet të prezantohet dhe dokumentohet në kartelat

infermiore. 76.6% e infermierëve e referojnë këtë.

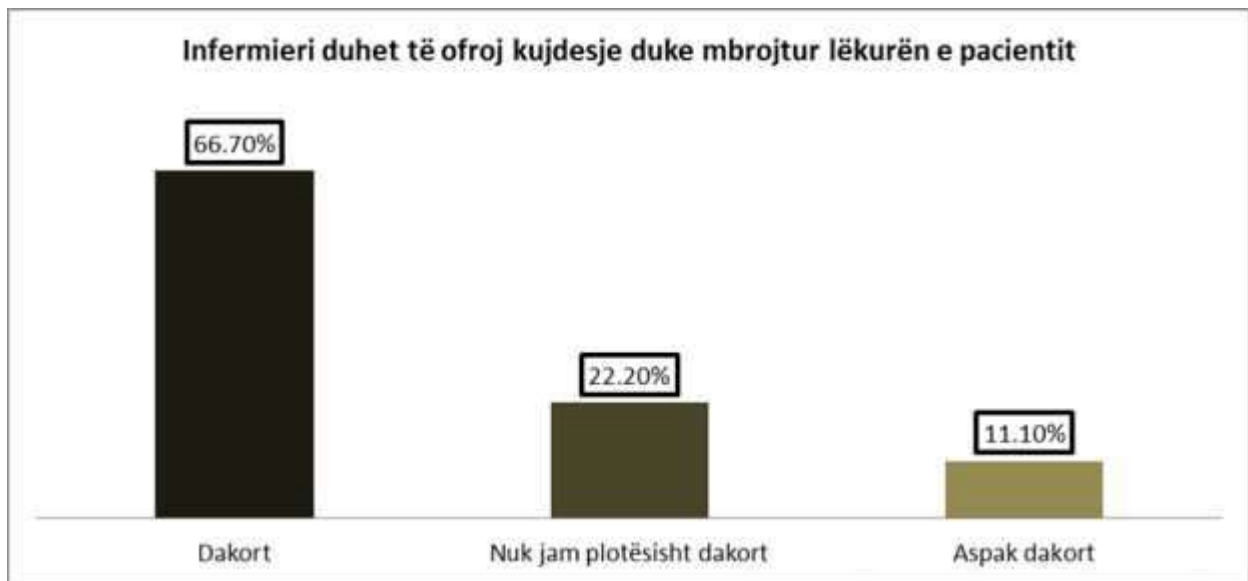
Grafiku 37.



Në cdo institucion infermieror incidence 0% e dekubituseve është tregues i përkujdesjeve cilësore infermierore. Por shohim se 18.5% e

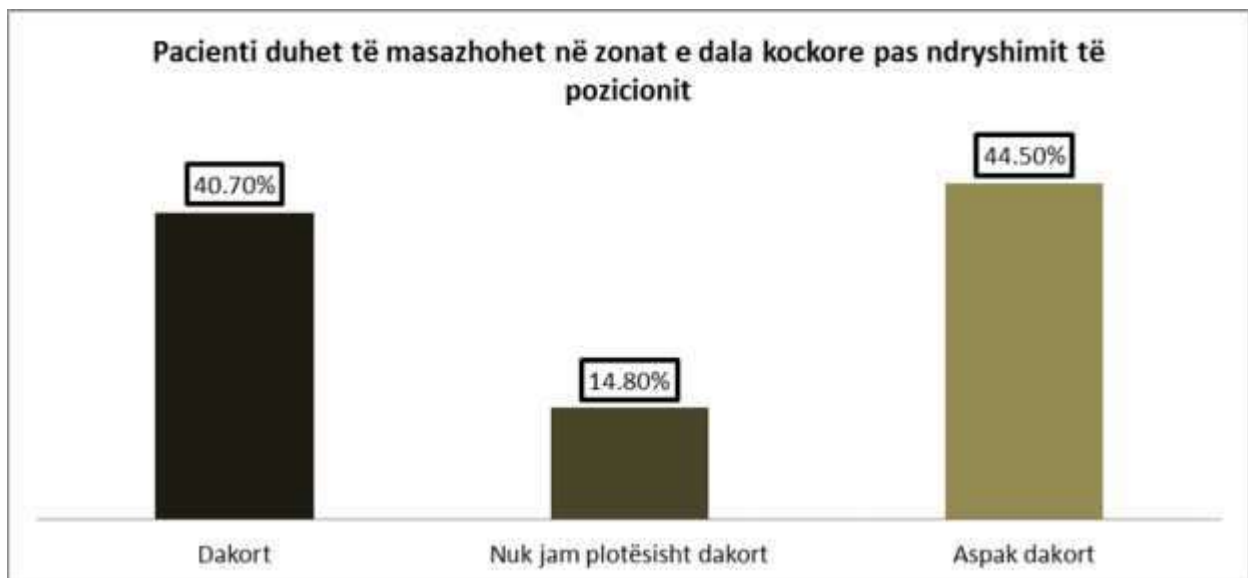
infermierëve nuk e shohin këtë si pjesë të cilësisë së përkujdesjeve.

Grafiku 38.



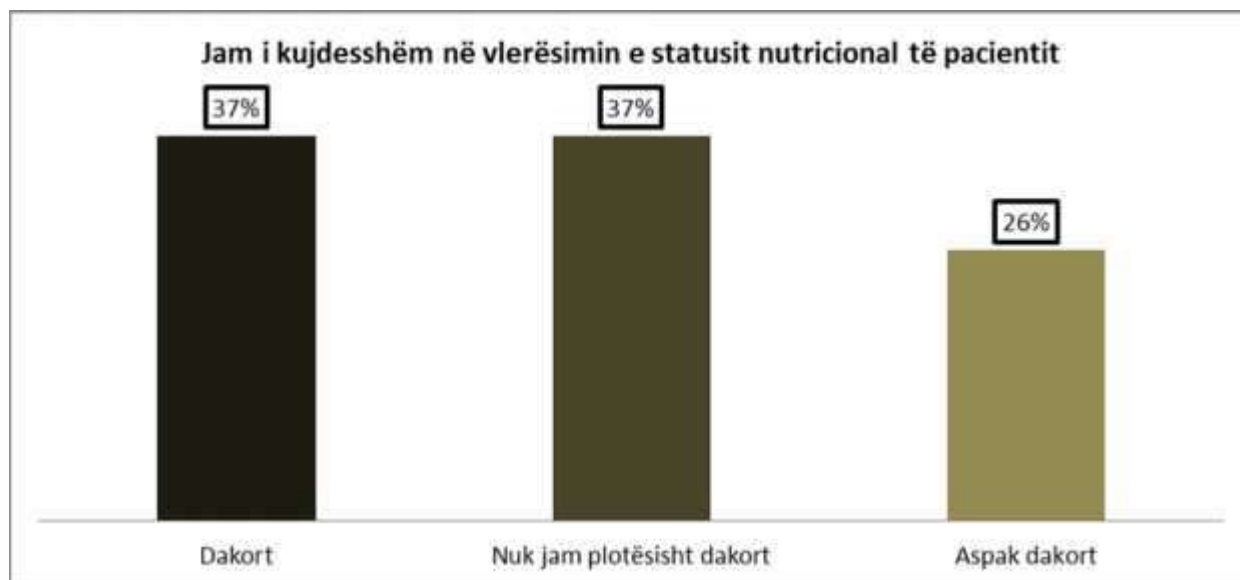
66.7% e infermiereve referojnë se janë plotësisht dakort me ofrimin e kujdesjeve në drejtim të lëkures.

Grafiku 39.



40.7% e infermierëve referojnë se janë dakort që pacienti duhet të masazhohet në zonat e dala kockore gjithmonë pas ndryshimit të pozicionit.

Grafiku 40.



Gjatë ofrimit të kujdesjeve infermierore infermieri duhet të jetë i kujdesshëm në vlerësimin e statusit nutricional të pacientit. Shikojmë se 37% e infermierëve referojnë se janë të kujdesshëm në këtë drejtim.

Grafiku 41.



Gjithashtu gjatë ofrimit të kujdesjeve infermierore inferieri duhet te jetë i kujdesshëm në ndryshimin e pozicionit të pacientit të riskuar

cdo 2 ore, dhe këtë e referojnë vetëm 74.1% e tyre

Konkluzionet e studimit

Qëllimi i studimit tim ishte të vlerësoja njohuritë e personelit infermieror në lidhje me dekubituset dhe perceptimet dhe veprimet e tyre në drejtim të parandalimit të dekubituseve.

Nga vlerësimi i njohurive, mund të themi se:

- 33.3% e infermierëve u klasifikuan me nivel jot ë mirë njohurish
- 48.1 u klasifikuan me nivel mesatar njohurish
- 18.6% me nivel të mirë njohurish

Përsa i përket perceptimit të personelit infermieror në lidhje me kujdesjet infermiore parandaluese dhe veprimet e tyre : kryesisht vëmë re se personeli infermieror:

- 51.9% të rasteve mendon se mund të parandaloj shumicën e faktorëve që ndikojnë në formimin e dekubituseve.

Referencat

1. Arju, A. (2008, May 12). The nurse crisis hampers health services. *The Daily New Age*. Retrieved March 5, 2010, from <http://www.newsbd.com>
2. Armstrong, D., Bortz, P., & Halter, M. J. (2001). An integrative review of pressure relief in surgical patients. *Association of Preoperative Registered Nurses Journal*, 73, 645-657.
3. Auer-Grumbach, M. (2008). Hereditary sensory neuropathy type 1. *Orphanet Journal of Rare Disease*, 3, 1-7.
4. Australian Wound Management Association. (2001). *Clinical practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers*. Retrieved on April 8, 2009, from <http://www.awma.com.au/publications/publications.php>
5. Ayello, E., & Meaney, G. (2003). Replicating a survey of pressure

- Vetëm 29.6% e infermierëve e shikojnë parandalimin e dekubituseve si një nga detyrat e tij gjatë ofrimit të përkujdesjeve shëndetësore.
- Rreth 29.6% e infermierëve referojnë se parandalimi i dekubituseve është një nga veprimet e tij të cilat duhet ti kryejë në mënyrë të pavarur.
- 74.1% e infermierëve referojnë se janë të kujdesshëm në ndryshimine pozicionit të pacientit cdo 2 orë
- Niveli arsimor dhe Lloji i shërbimit ku personli infermieror punon shikohet si një faktor i rëndësishëm që ndikon në njohuritë e infermierit dhe detyrimisht në kujdesjet adekuate që ofron infermieri ndaj pacientëve me dekubituse apo me rrezik për formimin e dekubitusit.

ulcer content in nursing textbooks. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 30, 266-271.

6. Ayello, E. A., Baranoski, S., Lyder, C., & Cuddigan, J. (2004). Pressure ulcers. In S. Baranoski, & E. A. Ayello (Eds.), *Wound care essentials: Practice principles* (pp. 240-270). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
7. Baranoski, S. (2006). Raising awareness of pressure ulcer prevention and treatment. *Advances in Skin and Wound Care*, 19, 398-405.
8. Baranoski, S., & Ayello, E. A. (2003). *Wound care essentials: Practice principles*. New York: Lippincott.
9. Bergstrom, N., Bennett, M. A., & Carlson C. E. (1994). Treatment of pressure ulcers in adults: Clinical practice guideline. *Agency for Health Care Policy and Research Publication*,

15. 181-188.
10. Bergstrom, N. I., & Braden, B. (1992). A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 748-758.
11. Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for predicting pressure sores risk. *Nursing Research*, 36, 205-210.
12. Black, J., Baharestani, M., Cuddigan, J., Dorner, B., Edsberg, L., & Langemo, D. (2007). National Pressure Ulcer Advisory Panel's updating pressure ulcer staging system. *Urologic Nursing*, 27, 144-156.
13. Bours, G. J. J., Halfens, R. J. G., Abu-Saad, H. H., & Groll, R. T. P. (2002). Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: Descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Research in Nursing and Health*, 25, 99-110.
14. Brain, H., & Lyder, C. (2004). Protocol for the successful treatment of pressure ulcer. *American Journal of Surgery*, 188, 9-17.
15. Buss, I. C., Halfens, R. J. G., Abu-Saad, H. H., & Kok, G. (2004). Pressure ulcer prevention in nursing homes: Views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 668-676.
16. Catania, K., Huang, C., James, P., Madison, M., Moran, M., & Ohr, M. (2007). PUPPI: Pressure ulcer prevention protocol intervention. *American Journal of Nursing*, 107, 44-52.
17. Chang, W. L., & Seireg, A. A. (1992). Prediction of pressure ulcer formation on the skin. *Medical Hypothesis*, 2, 141-144.
18. Clarke, H. F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., VanderWal, R., & Groound, S. (2005). Pressure ulcers: Implementation of evidence based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49, 578-590.
19. Clark, M., & Watts, S. (1994). The incidence of pressure sore within a national health service trust hospital during 1991. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 33-36.
20. Culley, F. (1998). Nursing aspects of pressure ulcer prevention and therapy. *British Journal of Nursing*, 7, 879-886.
21. Cullum, N., Deeks, J., Sheldon, T., Song, F., & Fletcher, A. W. (2003). Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. *Cochrane Library*, 49, 32-42.
22. E. H., & Halfens, R. J. G. (2006). Massage to prevent pressure ulcers: Knowledge, beliefs and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 428-435.
23. Dyson, M., & Lyder, C. (2001). Wound management: Physical modalities. In M. Morison (ed.). *The prevention and treatment of pressure ulcers*. Edinburgh, UK: Mosby.
24. Fonder, M., A., Lazarus, G. S., Cowan, D. A., Aronson-Cook, B., Kohl, A. R., & Mamelak, A. J. (2008). Treating the chronic wound: A practical approach to the care of non healing wounds and wound care dressings. *Journal of American Academy in Dermatology*, 58, 185-206.
25. Fogerty, M. D., Abumrad, N. N., Nanney, L., Arbogast, P. G., Poulouse, B., & Barbul, A. (2008). Risk factors for pressure ulcer in acute care hospitals. *Wound Repair and Regeneration*, 16, 11-18.
26. Gunningberg, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjoden, P. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcer: Nursing staff knowledge and documentation. *Scand*

- Journal of Caring Science*, 15, 257-267.
27. Hadley, M. B., & Roques, A. (2007). Nursing in Bangladesh: Rhetoric and reality. *Social Science and Medicine*, 64, 1153-1165.
28. Haalboom, J. R. (2000). The Dutch experience of pressure ulcers: A personal view. *Journal of Wound Care*, 9, 121-122.
29. Harris, C. L., & Fraser, C. (2004). Malnutrition in the institutionalized elderly: The effects on wound healing. *Ostomy Wound Management*, 50, 54-63.
30. Hulsboom, M. A., Bours, G. J., & Halfens, R. J. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention: A cross-sectional and comparative study among nurses.
- a. *Bio-Medical Central Nursing*, 6, 1-11.
31. Kaltenthaler, E., Whitfield, M. D., Walters, S.J., Akehurst, R.L., & Paisley, S. (2001). UK, USA and Canada: how do their pressure ulcer prevalence and incidence data compare? *Journal of Wound Care* 10, 530-535.
32. Kanj, L. F., & Philips, T. J. (2001). Skin problems in the elderly. *Wounds*, 13, 93-97.
- Keller, B. P. J. A., Wille, J., VanRamshorst, B., & Van der Werken, C. (2002). Pressure ulcer in intensive care patients: A review of risk and prevention. *Intensive Care Medicine*, 28, 1379-1388.
33. Launiala, A. (2009). How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes, and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11, 1-13.
34. Langemo, D., Cuddigan, J., Baharestani, M., Ratliff, C. R., Posthauer, M. E., Black, J., et al. (2008). Pressure ulcer guidelines: "Minding the gaps" when developing new guidelines. *Advanced in Skin and Wound Care*, 21, 213-217.
35. Lee, S. K., Posthauer, M. E., Dorner, B., Redovian, V., & Maloney, M. J. (2006). Pressure ulcer healing with a concentrated, fortified, collagen, protein hydrolysate supplement: A randomized controlled trial. *Advanced Skin Wound Care*, 19, 92-96.
36. Lindholm, C., Sterner, E., Romanelli, M., Pina, E., Torra y Bou, J., Hietanen, H., et al. (2008). Hip fracture and pressure ulcer: The Pan-European pressure ulcer study-intrinsic and extrinsic risk factors. *International Wound Journal*, 5, 315-328.
37. Maklebust, J., & Sieggreen, M. Y. (2000). *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and management*. Pennsylvania: Springhouse.
38. Maklebust, J., & Sieggreen, M. Y. (2001). *Pressure ulcers: Guidelines for prevention and management*. Pennsylvania: Springhouse.
39. Majumdar, R., Kothari, S. Y., & Gupta, A. (2006). Challenge in the management of pressure ulcers. *Indian Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 17, 1-4.
40. Maylor, M. (2001). Control beliefs of orthopedic nurses in relation to knowledge and prevalence of pressure ulcers. *Journal of Orthopedic Nursing*, 5, 180-185.
41. Maylor, M., & Torrance, C. (1999). Pressure ulcer survey part 2: Nurses' knowledge. *Journal of Wound Care*, 8, 101-105.
42. McDonald, M. E. (2002). *Systematic assessment of learning outcome: Developing multiple choice exams*. Sudbury, M A: Jones and Bartlett Publishers.
43. Ministry of Health and Family Welfare. (2004). *Poverty reduction strategy paper: Thematic group on health including population planning, nutrition and sanitation*.

- Dhaka: Government of Bangladesh.
44. Moore, Z. (2005). Pressure ulcer grading. *Nursing Standard*, 19, 56-64. Moore, Z., & Price, P. (2004). Nurses attitude, behavior, and perceived barrier towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 942-951. National Institute for Clinical Excellence. (2001). *Pressure ulcer risk and prevention*. London, UK. Retrieved on January 15, 2009, from <http://www.worldwidewounds.com/NICE-pressure-ulcer-review.com.htm>
 45. National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2007). Reexamining and updated the definition and stages of pressure ulcer. *Society for Urologic Nurses Associates*, 27, 144-150.
 46. National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2001). Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence, and implications for the future. *Advanced in Skin & Wound Care*, 14, 208-215.
 47. Norton, D. (1996). Calculating the risk: Reflections on the Norton scale. *Advanced Wound Care*, 9, 38-43.
 48. Nursing Clinical Practice Guideline. (2001). *Nursing management of pressure ulcer in adults*. Singapore: Ministry of Health. Retrieved April 10, 2009, from <http://www.hpp.moh.gov.sg/HPP/1163085654642.html>
 49. Panagiotopoulou, K., & Kerr, S. M. (2002). Pressure area care: An exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 285-296.
 50. Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., & Lopez-Ortega, J. (2007). Pressure ulcer care in Spain: Nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 327-338.
 51. Pieper, B. (2007). Mechanical forces: Pressure, shear, and friction. In R. A. Bryan & D. P. Nix (Eds.), *Acute and chronic wounds: Current management concepts* (3rd ed., pp. 205-234). Philadelphia: Mosby Elsevier.
 52. Prentice, J. (2005). Pressure ulcers. In S. Templeton (Ed.), *Wound care nursing: A guide to practice* (1st ed.) (pp. 189-209). Melbourne: Ausmed publication.
 53. Rahman, M. M., Shahidullah, M., Shahiduzzaman, M., & Rashid, H. A. (2002). Quality of health perspectives. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 28, 87-96.
 54. Rintala, D. H., Garber, S. L., Friedman, J. d., & Holmes, S. A. (2008). Preventing recurrence pressure ulcers in veterans with spinal cord injury: Impact of a structured education and follow-up intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1429-1441.

Aneks

Pyetësi drejtuar personelit infermieror.

Të dhënat personale të infermierëve pjesëmarrës në studim	
1. Mosha _____	2. Gjinia ☐ Femër ☐ Mashkull
3. Niveli arsimor ☐ Shkollë të mesme ☐ Bachelor në infermieri ☐ Master professional /shkencor në infermieri	4. Reparti ku punon ☐ Patologji ☐ Kirurgji ☐ Terapi intensive
5. Eksperienca në punë ☐ Më pak se 5 vite punë ☐ 5 – 10 vite punë ☐ Më shumë se 10 vite pune	6. Keni mare pjese ne kurse trajnimi per kujdesin dhe parandalimin e dekubitusit? ☐ Po ☐ Jo

Vlerësimi i njohurive të infermierëve në lidhje me parandalimin e dekubitusit	
1. Cili është faktori kontribues në formimin e dekubitusit ☐ Presioni intrakranial ☐ Plagët kronike ☒ Presioni në zonat trupore	2. Cili nga faktorët e mëposhtëm është faktori më i rëndësishëm për formimin e dekubitusit tek pacienti 80 vjeçar me frakturë të kokës së femurit ☐ Kequshqyerja ☐ Inkontinencë urinare ☒ imobiliteti
3. Cili është mjedisi i përshtatshëm për zhvillimin e bakterieve tek një pacienti ri me dëmtim në kokë dhe që është i pavetëdijshëm ☐ dehidrimi ☐ anemia ☒ fecet	4. Cili është faktori kritik për formimin e dekubitusit? ☒ Albumina e ulët ☐ Hematokriti i rritur ☐ Rritja e nivelit të Na
5. Tek një pacient me dëmtim të shtyllës kurrizore cilën nga procedurat e mësipërme duhet të përdoret për vlerësim të rrezikut për dekubitus ☐ Vlerësim kardiak ☐ Vlerësim respirator ☒ Observim i kujdesshëm nga koka tek këmbët	6. Cila është metoda më e duhur për vlerësimin e individëve të riskuar për formimin e dekubituseve ☒ Vlerësimi nëpërmjet shkallës së riskut ☐ Gjikimi klinik ☐ Vlerësimi pas urdhrit të mjekut
7. Cila përbën shenjat e stadi të dytë të dekubitusit ☐ Lëkurë e padëmtuar ☒ Dëmtim i shtresës së lëkurës (abrasion) ☐ Nekroze e indit subcutan	8. Cila është shenja e parë e formimit të dekubitusit ☐ Dëmtim i integritetit të lëkurës ☒ Dekolorim i lëkurës në shtypje ☐ Formim i vezikulave në lëkurë
9. Kur flasim për dekubitus në shkallën e tretë, dëmtimi ka arritur në ☐ Shtresën e lëkurës ☒ Indin subcutan	

☐ Indin muskular	
10. Cila është metoda më e mirë e kujdesit ndaj lëkurës ☐ Masazhimi në daljet kockore ☐ Aolikimi i pudres ☒ Aplikimi i pomadave lokale	11. Cila nga veprimet është teknikë adekuate për parandalkimin e dekubitussit ☐ Qëndrimi ulur për dy ore ☒ Ndryshimi i pozicionit cdo 2 orë ☐ Vendosja e pacientit në pozicion Foëler
12. Cili nga kujdesjet e mëposhtme është praktikë korrekte për ruajtjen e integritetit të lëkurës ☒ Ndryshimi i pozicionit të pacientit pa e tërhequr atë ☐ Përdorimi i jastëkëve ☐ Përdorimi i lëkurës së deles	13. Cfarë duhet të përdoret për të parandaluar dekubitusin në thëmbërën e këmbës ☐ Ngrihet pjesa fundore e shtratit ☐ Përdoren shtresa të buta pambuku ☒ Vendosen jastëk të vegjël nën këmbët e pacientit
14. Cila nga vitaminat është e rëndësishme për ruajtjen e shëndetit të lëkurës ☐ Vitamina B dhe D ☒ Vitamina C dhe E ☐ Vitamina K	15. Cili është ekzaminimi që bën të mundur vlerësimin e statusit nutricional tek pacienti me dekubitus ☐ Vlerësimi i nivelit të trombociteve ☐ Vlerësimi i nivelit të elektroliteve në serum ☒ Vlerësimi i nivelit të albuminës në serum
16. Cfarë produktesh ushqimore duhet ti ofrohet një të moshuari me BMI < 18.5 ☐ Yndyrna ☒ Proteina dhe produkte me shumë kalori ☐ Fruta dhe perime me fibra	17. Cili është kujdesi i duhur infermieror për ruajtjen e mekanikës trupore ☒ Ndryshimi i pozicionit ☐ Vendosja e jastëkëve të ajrit në daljet kockore ☐ Pastrimi i pacientit
18. Cili është veprimi i duhur për të reduktuar fërkimin e trupit të një pacienti 80 vjeçar në shtrat i cili është me frakturë të kockave të legenit ☐ Ngrihet pjesa superiore e shtratit të pacientit në kënd 30° ☒ Ngrihet pacienti pa e tërhequr atë ☐ Masazhohen daljet kockore të pacientit	

Perceptimet infermierore në drejtim të parandalimit të dekubituseve		Dakort	Nuk jam plotësisht dakort	Aspak dakort
1	Të gjithë pacientët janë në risk për formimin e dekubitussit	☐	☐	☐
2	Shumë nga faktorët që ndikojnë në formimin e dekubituseve mund të parandalohen	☐	☐	☐
3	Parandalimi I dekubitussit është një nga detyrat e mia gjatë ofrimit të kujdesit	☐	☐	☐
4	Incidence e dekubitussit duhet të jetë 0% në pavionin tim	☐	☐	☐
5	Sipas opinionit tim, infermieri duhet të veprojë në mënyrë të pavarur për parandalimin e dekubitussit	☐	☐	☐
6	Parandalimi I dekubitussit nuk është në qendër të kujdesjeve të mia	☐	☐	☐
7	Jam i kujdesshëm gjatë vlerësimit të lëkurës për evidentimin e formimit të dekubitussit	☐	☐	☐
8	Pacientët në risk të lartë për dekubitus duhet të vlerësohen me kujdes	☐	☐	☐

	që gjatë ditës së parë të hospitalizimit			
9	Vlerësimi për zhvillimin e dekubitit nuk mund të bëhet tek të gjithë pacientët e hospitalizuar	☐	☐	☐
10	Gjithë të dhënat e mbledhura në drejtim të dekubitit duhet të dokumentohen në kohën e duhur	☐	☐	☐
11	Formimi i dekubitit është një indikator i cilësisë së kujdesjeve infermiere	☐	☐	☐
12	Kujdesi infermior duhet të ofroj kujdesje duke mbrojtur lëkurën e pacientit	☐	☐	☐
13	Pacienti duhet të pastrohet menjëherë pasi mund të jetë ndotur	☐	☐	☐
14	Përdorime mbrojtëse ndaj pacientëve në risk për formimin e dekubitit	☐	☐	☐
15	Pacienti duhet të masazhohet në zonat e dala kockore pas ndryshimit të pozicionit	☐	☐	☐
16	Jam i kujdesshëm në vlerësimin e statusit nutricional të pacientit	☐	☐	☐
17	Mendoj se statusi nutricional i pacientit nuk përbën ndonjë problem për zhvillimin e formimit të dekubitit	☐	☐	☐
18	Jam i kujdesshëm në ndryshimin e pozicionit të pacientit të riskuar çdo 2 orë	☐	☐	☐

ANALIZA E PROBLEMEVE SOCIAL-EKONOMIKE DHE PSIKOLOGJIKE QË KANË NDIKUAR NË SHFAQJEN E SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE TEK PACIENTËT QË KANË KRYER CHEC- UP NË QËNDRËN SHËNDETËSORE NR. 4 VLORË

Amada Meleqi

Abstrakti

Introduction:

Cardiovascular diseases are the main cause of deaths in the population, about 80% of the number of heartburns results from the SEA. Cardiovascular disease affects women more than men, not only the elderly but also the younger children. In the emergence of cardiovascular diseases affect a number of factors that we share:

1- Incompatible: Age, gender, race, and inheritance. 2- Modifiable: Smoking, dyslipidemia, arterial hypertension, obstetric life, obesity, psychosocial factors etc. 3 - Other risk factors such as: high PCR, fibrinogen, homocysteine, corneal calcifications, etc.

An important role in the diagnosis of SEAs is the chec-up (basic health control) which is a national program free of charge for its beneficiaries, aimed at screening the population for the most prevalent risk factors and morbidity, with a view to health care , prevention of diseases and complications, early detection of disorders, early medication and improvement of healthcare culture, from which will benefit all 35-70 year olds residing permanently in the Republic of Albania.

Purpose:

To identify the socio-economic and psychological problems that have affected the occurrence of cardio-vascular diseases in this population group studied in order to prevent and diagnose these diseases early.

Methodology:

The study is retrospective type. Includes period: January 2016 - April 2017. Chec-up questionnaire available: How are you? Patient Testing Form. Study Implementation Location: Health Center Nr. 4 Vlorë. Neighborhoods included in the study: "Renaissance, Leaf Salad, 29th November, Hajro Çakërri, Isa Boletini". The study included 300 patients of the age group 40-60 who performed chec-up during the period: January 2016 - April 2017. Includes patients who have shown cardio-vascular disease before and after chec-up, including previously diagnosed patients (chronic patients).

Results:

This study highlighted various issues such as: The impact of socio-economic, psychological, depressive factors that have led to the emergence of cardiovascular disease not only for patients who are screened for chec-up but also for patients previously diagnosed with sëmundjekardiovaskulare.

Fjalët kyçe:

- Zemra
- OBSH
- Sëmundje kardiovaskulare
- Gjak
- Oksigjen
- Atak kardiak
- Angina pectoris
- Aritmi
- Arterioskleroza
- Kardiomiopati
- IAM
- HTA
- Stenoza koronare
- Dhimbjet
- Ushqyerje
- Stress
- Aktivitet fizik
- Ekzaminime
- Medikamente
- Rehabilitim

Shkurtesat e përdorura:

- SKV -> Sëmundje Kardio-Vakulare.
- HTA->Hipertension Arterial.
- QSH nr. 4->Qendra Shëndetësore Numër 4.
- EKG->Elektrokardiograma.

- SHBA ->Shtetet e Bashkuara të Amerikës.
- AP->Angina Pectoris.
- IAM ->Infarkt Akut i Miokardit.
- PCR->Proteina C-reaktive.
- Fe->Hekuri.
- NSAID-> Antiinflamator jo steroid.
- PAD-> Arterie periferike.

HYRJE

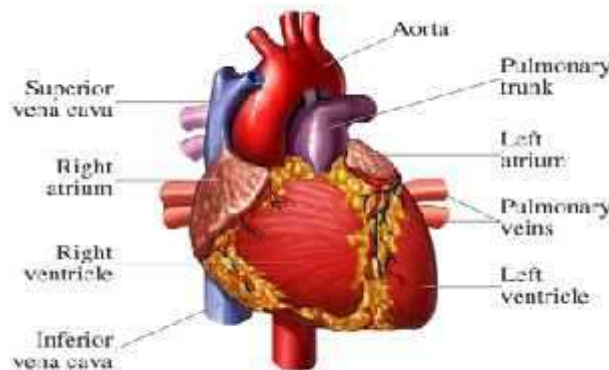
Ndërtimi anatomik i zemrës dhe funksioni i saj

Zemra është një organ muskular që është i pozicionuar në zgavrën e krahavorit. Muret e zemrës janë të përbëra nga fibra muskulare kardiake të fiksuara në një kornizë me fije kolagjeni.

Qëllimi i zemrës është që të pompojë gjak në organet dhe në indet e trupit që kanë nevojë për oksigjen dhe lëndë ushqyese. Gjak i pasur me oksigjen është nxjerrë jashtë nga ana e majtë e zemrës për në arteriet e këtyre indeve dhe organeve.

Zemra pompon gjatë gjithë ditës për të qarkulluar gjakun përreth trupit. Mesatarisht, një qelizë e kuqe e gjakut në qarkullim do të kalojë përmes zemrës çdo 45 sekonda. Nëse filloni për të ushtruar veten, zemra do të fillojë të pompojë më shpejt për të furnizuar muskujt e punës me sasi në rritje të oksigjenit dhe me lëndë ushqyese që ata kanë nevojë(1).

Fig. 1 . Anatomia e zemrës (1).



Si funksionon zemra?

Zemra përbëhet prej dy pjesëve:

- Pjesës së djathtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të mushkërive.
- Pjesës së majtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të pjesëve të tjera të trupit.

Meqë rezistenca në enët e gjakut dhe në trup është pesë herë më e madhe se rezistenca në mushkëri, pjesa e majtë e zemrës duhet të jetë më e fuqishme se pjesa e djathtë. Për këtë arsye, pjesa e majtë e ka murin më të trashë se pjesa e djathtë, por volumi është i njëjtë në të dyja pjesët e zemrës.

Zemra ka dy barkushë dhe dy valvula. Barkushja e majtë (ventrikuli i majtë) pompon gjak në qarkullimin sistematik, ku presioni është rreth 80-120 mmHg, kurse barkushja e djathtë pompon në qarkullimin mushkëror, ku presioni është rreth 8-25 mm Hg. Gjak kalon nga atriumi i djathtë për në barkushen e djathtë. Kur atrium i djathtë mbushet, gjaku më pas kalon nëpër valvulën në ventrikulin e djathtë. Valvula ndalon gjakun që të rrjedhë pas për në atriumin e djathtë në momentin që është në barkushen e djathtë. Barkushja e djathtë dërgon oksigjenin në gjak që është i nevojshëm për mushkëritë.

Gjakun që ka nevojë për oksigjen është pompuar jashtë barkushes së djathtë nëpërmjet valvulës pulmonare për në arterien pulmonare. Arteria pulmonare më pas ndahet në arterien pulmonare të majtë dhe të djathtë, duke mbajtur gjak për në mushkëritë (e majtë dhe të djathtë). Gjakun në mushkëri lëshon dyoksidin e karbonit dhe thith oksigjenin. Gjakun i pasur me oksigjen nga mushkëritë hyn në zemër. Gjakun i pasur me oksigjen largohet nga mushkëritë dhe rikthehet tek zemra në venat pulmonare. Ky gjak i pasur me oksigjen hyn për në atriumin e majtë, dhomën e majtë të zemrës. Gjakun kalon nga atriumi i majtë për në barkushen e majtë.

Kur atriumi i majtë është plot, ai shtyn gjakun përmes valvulës mitrale për në ventrikulin e majtë. Barkushja e majtë dërgon gjakun e pasur me oksigjen përreth trupi. Barkushja e majtë pushon dhe mbushet me gjak përpara se të pompojë gjakun e pasur me oksigjen nëpërmjet valvulës përmes aortës, arteria kryesore që mban gjakun e trupit. Muri i muskulit të barkushes së majtë është shumë i trashë sepse i duhet që të pompojë gjakun përreth gjithë trupit.

(2)

Ç'janë sëmundjet kardiovaskulare

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) është një term i gjerë dhe përfshin një sërë sëmundjesh që

ndikojnë në zemër dhe në enët e gjakut. Një atak në zemër ose goditje në tru mund të jetë paralajmërimi i parë i një sëmundje kryesore. Ka shumë lloje të ndryshme të sëmundjeve që mund të japin ose goditje në zemër ose goditje në tru dhe për lehtësi i ndajmë këto sëmundje në tre grupe të mëdha: në sëmundje që ndikojnë drejtpërdrejtë në zemër, në tru dhe në sistemin periferik të qarkullimit të gjakut, prej të cilave marrim edhe emrin (3).

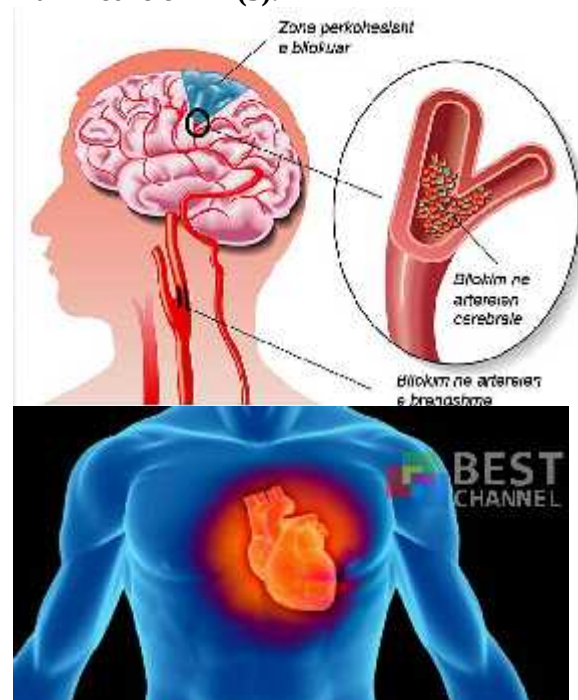


Fig .2.Goditja në tru dhe ataku kardial(2), (3).

Llojet e sëmundjeve kardiovaskulare :

1-Angina Pectoris (AP)-> karakterizohet nga ndjenja e shqetësimit , trishtimit , presionit në gjoks, fyt e në disa raste në shpatull dhe në krahun e majtë . Kjo ndjesi shkaktohet nga mungesa e oksigjenit dhe gjakut në muskujt e zemrës.

2- Aritmia -> karakterizohet nga rrahje të parregullta ose jonormale të zemrës. Kërkon monitorim të rregullt për shkak se në disa raste mund të rezultojë në forma më të rënda të sëmundjes nëse nuk është trajtuar siç duhet.

3-Arterioskleroza-> karakterizohet nga humbja e elasticitetit , forcim i parregullt dhe trashje e mureve arteriale , të cilat shkaktojnë ngushtim të

arterieve duke e bërë të vështirë qarkullimin e gjakut.

4-Kardiomiopati-të->karakterizohen nga bllokimet e gjakut brenda muskujve të zemrës si dhe dobsi e këtyre muskujve. Shoqërohet me ngulçim pa tendosje fizike.

5-Arresti kardiak->Në këtë sëmundje zemra ndalon së rrahuri. Nëse nuk trajtohet shpejt dhe në mënyrën e duhur çon në vdekje.

6-Sulmi në zemër ose IAM-> Ndodh si rezultat i pakësimit të gjakut dhe të oksigjenit në zemër . Si rezultat pjesët e zemrës vdesin.

7- HTA->Është një nga kushtet më të zakonshme të zemrës . Njerëzit e prekur kanë nivele më të larta të presionit të gjakut krahasuar me vlerat normale të cilat mund të dëmtojnë muret e arterieve (4).

8-Stenoza koronare->Është një gjëndje në të cilin kapaciteti i pompimit të zemrës tejkalohet për shkak se arteriet dhe/ ose valvulat e muskulit të zemrës ngushtohen , duke e bërë rrjedhjen normale të gjakut të vështirë , dhe që rezulton me një furnizim të zvogëluar të oksigjenit dhe lëndëve ushqyese në zemër e në të gjithë trupin.

9- Virozat e stinës ndikojnë në zemër->Grup sëmundjesh të tjera janë ato që shkaktohen nga virozat e stinëve dhe ka për bazë një infeksion viral. Ky infeksionviral siç mund të prekë gjithë organizmin e njeriut prek edhe muskulin e zemrës dhe kemi këto që quhen miokarditë virale por që konsiderohen si forma të buta të lehta që trajtohen dhe nuk lënë ndonjë pasojë në zemrën e njeriut. Janë edhe një grup sëmundjesh të zemrës të cilat janë me origjinë të panjohur dhe nuk kanë ndonjë shkak të dukshëm. Sëmundjet që ndeshen shpesh por që janë të rrezikshme janë sëmundjet që vijnë nga hipertensioni që dëmtojnë zemrën (5).

Etiologjia e SKV

Faktorët e rrezikut

Faktorët e rrezikut kardiovaskular lidhen me gjëndje të brendshme ose atë mjedisore. Disa prej tyre janë të modifikueshëm, të tjerët jo.

- Faktorët e pamodifikueshëm të rrezikut janë:
- ❖ Moshë

- ❖ Gjinia
- ❖ Trashëgimia
- ❖ Raca, etnia

Meshkujt janë më të prekshëm nga sëmundjeve kardiovaskulare rreth 1- dhjetëvjeçar para femrave. Sëmundja fillon të shfaqet klinikisht te meshkujt që në moshën 45 –vjeçare, ndërsa te femrat nga moshë 55-vjeçare. Por bashkëshoqërimi me faktorë të tjerë rreziku, mund ta prishin këtë rregullsi. Trashëgimia edhe pse faktor rreziku i pamodifikueshëm, mund të zbutet në njëfarë mënyre. Zhdukja ose minimizimi i faktorëve mjedisorë të pranishëm edhe te paraardhësi trashëgues mund të dobësojnë fuqinë gjenotipike.

- Faktorët klasikë të modifikueshëm të rrezikut janë:
- ❖ Duhanpirja
- ❖ Hipertensioni arterial
- ❖ Dislipidemia
- ❖ Diabeti
- ❖ Sindromi metabolik
- ❖ Jeta sedentare
- ❖ Faktorët psikosocialë
- ❖ Obeziteti

Dislipidemia, duhanpirja, jeta sedentare , hipertensioni, diabeti dhe sindromi metabolik e obeziteti, ndikohen përfillshëm nga stili i jetesës. Por dislipidemia, hipertensioni dhe diabeti mund të kërkojnë edhe mjekim me barna. Faktorët psiko-socialë mund të ndikohen pozitivisht nëpërmjet masave ekonomiko-sociale që kanë të bëjnë me gjithë popullsinë (6)

Faktorë të tjerë janë identifikuar gjithashtu si faktorë të mundshëm rreziku:

- ❖ Niveli i lartë i homocisteinës në gjak:
- ❖ Niveli i lartë i fibrinogjenit
- ❖ Niveli i lartë i PCR
- ❖ Mikroalbuminuria
- ❖ Trashja e parenkimës, ose pllakat në arteriet karotike
- ❖ Indeksi qafëz këmbë – krah
- ❖ Kalçifikimet në arteriet kor

Biologjikë	Përcaktues të stilit të jetesës	Përcaktues më të gjerë	
		Të pamodifikueshëm	Të modifikueshëm
Niveli i lartë i presionit të gjakut	Duhanpirja	Mosha	Të ardhurat
Niveli i lartë i kolesterolit	Dieta e pashëndetshme	Gjinia	Arsimi
Niveli i lartë i sheqerit	Abuzimi me alkolin	Gjenetika	Kushtet e jetesës
Mbipesha / Obeziteti	Inaktiviteti fizik	Etnia	Kushtet e punës

Tab 1. Klasifikimi i faktorëve të rrezikut kardiovaskulare

Simptomat e SKV

1. Dhimbja në fytyrë.

E ndieni se ju shtrëngon muskuli në zonën e qafës? Mendoni përsëri, veçanërisht nëse dhimbja nuk ndalet. Pas sulmit në zemër, disa pacientëve u kujtohet se si shpesh kanë ndier dhimbje dhe shtrëngim në zonën e qafës. Femrat më së shpeshti as që i ndjejnë simptomat e tilla të sulmit në zemër. Ajo që këtë dhimbje e dallon nga të tjerat është që dhimbja përhapet në anën e majtë të trupit, dorën apo supin e majtë

2. Disfunskioni erektil.

Nëse keni probleme me arritjen ose mbajtjen e ereksionit, ndoshta vuani nga sëmundjet koronare. Një hulumtim ka treguar që meshkujt me problem të ereksionit fillojnë t'i ndjejnë me muaj apo vite para se të kuptojnë që kanë probleme me zemrën. Arteria mund të ngushtohet ose ngurtësohet, kështu që penisi nuk furnizohet mjaftueshëm me gjak.

3. Marramendja, dobësia ose frymëmarrja e shkurtuar.

Më shumë se 40 për qind e femrave në një hulumtim kanë deklaruar që kanë ndier shkurtim të frymëmarrjes në ditët para sulmit në zemër. Ndoshta do të

ndiheni sikur nuk mund të merrni frymë ose do të ndieni marramendje. Të gjitha këto janë arsye që ta vizitoni mjekun tuaj. Shkaku i këtyre simptomave është arteria e dobësuar e cila nuk mund të qarkullojë shumë oksigjen.

4. Të përziera apo thartësi të stomakut.

Edhe pse shumica prej nesh pret që dhimbja e cila ka të bëjë me sëmundjet e zemrës të shfaqet në gjoks, ajo mund të paraqitet kudo, madje edhe në zonën e stomakut. Disa njerëz, veçanërisht femrat, këtë dhimbje e përjetojnë si thartësi të stomakut. Çrregullimet në tretje dhe të përzierat mund të jenë shenja të hershme të sulmit në zemër. Në një hulumtim është treguar që femrat me vështirësi i hetojnë të përzierat dhe çrregullimet tretëse si simptoma të sëmundjes së zemrës.

5. Dhimbjet e nofullës dhe të veshit.

Dhimbja e nofullës mund të jetë simptoma kryesore e sëmundjeve koronare dhe e sulmit të ardhshëm të zemrës. Dhimbja mund të shtrihet deri te veshi, ndërsa ndonjëherë mund të jetë vështirë të përcaktohet se nga cila zonë vjen. Kjo është simptomë, të cilën mjekët kanë filluar ta studiojnë vetëm në kohën e fundit, sepse shumë pacientë pas sulmit në zemër pohojnë që

dhimbjen në zonën e nofullës dhe veshit e kanë ndier ditë ose javë më herët(7).



Fig 3.Dhimje dhe shtrëngim ne zemër (4).
Fig.4. Lodhje, dobësi, marramendje (5).

Diagnoza

Diagnoza e SKV vendoset me ndihmën e :

4-Eksaminimet radiologjike ku përfshihen:

- EKG
- Angiograma
- ASI
- Ultratingujt e artereve koronare
- RMI(8).

5- Eksaminimet laboratorike

- Kolesterol Total

1-Anamnezës familjare.

2- Ekzaminimit objektiv:

- inspeksion
- auskultacion
- perkusion
- palpacion

3- Matja e presionit arterial



Fig.5. Matja e presionit arterial (6).

- LDLKolesterol
- Trigliceridet
- Niveli i PCR (një shënues I inflamacionit kronikë)
- Homocysteina (mund të rrisë formimin e pllakave Brenda arterieve)
- Lipoproteina (a)- (një tregues I LDL)
- Fibrinogjeni (nivelet e larta tregojnë rrezik të goditjes dhe sëmundje të arterieve koronare)
- Apolipoproteina A-1 dhe B (janë parashikues të rrezikut të përgjithshëm të sëmundjes të zemrës te një person) (9)

Nivelet e analizave laboratorike

Analizat laboratorike	Vlerat në normë
Kolesteroli total	160-200 mg/dl
LDL kolesterol	Nën 130 mg/dl
HDL kolesterol	Nën 150 mg/dl
Trigliceridet	Nën 150 mg/dl
PCR	Nën 32 mg/dl
Hocysteina	Nën 10 mol/mikro/1
Lipoprotein (a)	Nën 32 mg/dl
Fibrinogjen	Nën 300mg/dl
Apoliproteina A-1	125-215 mg/dl
Apoliproteina B	55-125 mg/dl
Glukoza	80-110 mg/dl
Insulina	4-15 mol/mikro/1
Hekuri (Fe)	Më pak se 150 mg/dl

Tab.2. Analizat laboratorike.

Mjekimi i SKV

1-Trajtim medikamentoz:

- Aspirinë dhe NSAID
- Medikamentet e hollimit të gjakut ose anticoagulant si p.sh. : Varfarina.
- Barna për uljen e kolesterolit kryesisht klasa e njohur si statin si p.sh. "Lipitor" dhe "Crestor"

2-Trajtimi kirurgjikal:

- Angioplastika
- Kirurgjia Bypass
- Kateterizimi I Zemrës

3-Trajtimi dietetik(10).

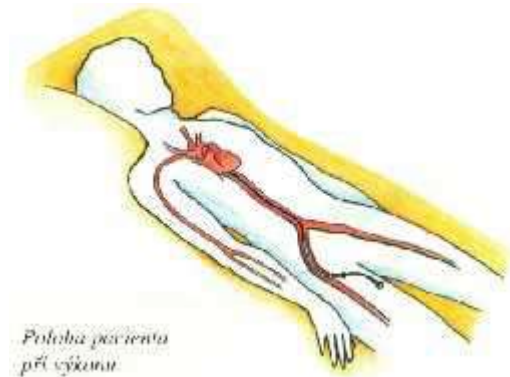


Fig.6. Mjekimi I SKV(7).

EPIDERMIOLOGJIA

Semundjet kardiovaskulare (SKV) janë shkaktari kryesor i vdekshmërisë në botë. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë

(OBSH)(11), çdo vit vdesin më shumë njerëz nga SKV-të, sesa nga çdo sëmundje tjetër (12).

5 milionë njerëz vdiqën nga SKV-të në vitin 2012, dhe shifrat janë në rritje duke përfaqësuar kështu 31% të të gjitha vdekjeve në nivel global. Nga këto 7.4 milionë ishin si pasojë e sëmundjeve koronare të zemrës, dhe 6.7 milionë si pasojë e goditjes në zemër. Deri në vitin 2030, pritet që çdo vit, 23 milionë njerëz në botë të vdesin nga SKV-të. Më shumë se $\frac{3}{4}$ e vdekjeve nga SKV-të ndodhin në vendet me nivel ekonomik të ulët dhe të mesëm.

Sëmundjet kardiovaskulare shkaktojnë vdekje të parakohshme. Të paktën 80% e vdekjeve të parakohshme nga sëmundjet kardiovaskulare (SKV) mund të parandalohen apo shmangen, duke mbajtur nën kontroll faktorët e rrezikut të këtyre sëmundjeve siç janë përdorimi i duhanit, alkoolit, kripës, inaktiviteti fizik apo sedentarizmi, si dhe rritja e presionit të gjakut. Individët të cilët janë me sëmundje kardiovaskulare (SKV), apo janë në rrezik të lartë për sëmundje kardiovaskulare (si pasojë e pranisë së një apo më shumë faktorëve të rrezikut si HTA, diabet, hiperlipidemi) kanë nevojë për një diagnostikim dhe menaxhim sa më të hershëm të tyre nga ana e mjekut. Sëmundjet kardiovaskulare shkaktohen në përgjithësi nga kombinimi i një sërë shkaqesh të përbashkëta e të shumta, duke filluar me karakteristikat social-biologjike si: Presioni i lartë i gjakut, kolesterolit i lartë, mbipeshës, obeziteti, diabeti apo faktorët e mënyrës së jetesës si: Dieta jo e shëndetshme, duhanpirja, mungesa e aktivitetit fizik, konsumi i shtuar i alkoolit, të cilat rrisin probabilitetin për të pasur një problem të enëve koronare apo cerebrovaskulare.

Për sa i përket barrës së vdekjeve, faktor kryesor rreziku i SKV-ve është presioni i lartë i gjakut, të cilit i atribuohet 13 % e vdekjeve globale, ndjekur nga përdorimi i duhanit 9 %, sheqeri i ngritur i gjakut 6%, pasiviteti fizik 6 % dhe mbipeshës e obeziteti 5%.

Parë në këtë këndvështrim, shumica e SKV-ve janë shkakuar nga faktorë të rrezikut që mund të kontrollohen, trajtohen ose të modifikohen. Sot në botë, të gjithë ekspertët e shëndetësisë

besojnë se SKV-të janë dukshëm të parandalueshme, duke evituar një numër të madh vdekjesh të parakohshme. OBSH-ja përllogarit se të marra së bashku, uljet modeste të tensionit të gjakut, obezitetit, kolesterolit dhe përdorimit të duhanit në të gjithë popullsinë, mund të përgjysmojnë incidencën e SKV-ve.

Sëmundjet kardiovaskulare kanë pësuar një luhatje me pamjen e një epidemie në kohë; në fillim të shekullit deri nga gjysma e dytë e shekullit të XX-të, SKV-të janë rritur shumë në vendet e industrializuara, ndërkohë që pas viteve 70 është vërejtur një prirje për ulje në këto vende, e cila vazhdon edhe sot.

Në shumicën e vendeve të Evropës Veriore, Perëndimore e Jugore, vdekshmëria nga SKV-të, incidenca dhe ndërlikimet janë ulur. Faktorët madhorë të këtij ndryshimi raportohet se janë ndryshimi i mënyrës së jetesës, si ushqyerja me më shumë fruta e perime, më pak yndyrna shtazore dhe kalori, ulja e nivelit të duhanpirjes etj, si edhe përmirësimi i sistemit të shërbimeve shëndetësore, si kapje e hershme dhe trajtim i përshtatshëm i faktorëve të rrezikut sidomos hipertensionit, trajtim më i mirë i urgjencës dhe ndërhyrjet fizike në enët koronare etj. Ndërsa në vendet e Evropës Qendrore e Lindore, SKV-të jo vetëm nuk janë ulur por edhe janë rritur. Ato janë duke u rritur në vendet që po kalojnë fazën e zhvillimit të tyre social-ekonomik, dhe ku mënyra e jetesës po i afrohet asaj të quajtur "amerikane", ushqyerje me shumë kalori, shumë yndyrna, pak aktivitet fizik etj.

Është një mit që sëmundjet e zemrës dhe goditjet në tru prekin vetëm të moshuarit, meshkujt dhe popullatat e pasura. SKV-të prekin sa gratë po aq dhe burrat megjithatë, rreziku i SKV-ve të gratë është nënvlerësuar seriozisht. Në fakt sëmundjet e zemrës janë vrasësi numër një i grave në botë, duke shkaktuar 1 vdekje në 3 femra; është shokuese, ka një vdekje për minutë. Edhe pse SKV-të si të gjitha sëmundjet kronike rriten me moshën apo takohen më shpesh në moshat e mëdha, ato nuk duhen konsideruar si një problem vetëm i të moshuarve. Fëmijët janë gjithashtu shumë të prekshëm, rreziku për sëmundje kardiovaskulare (SKV) mund të fillojë para lindjes, që gjatë zhvillimit të fetusit, dhe

rritet më tej gjatë fëmijërisë me ekspozimin ndaj dietave jo të shëndetshme, mungesës së aktivitetit fizik dhe pirjes së duhanit. Sëmundjet kardiovaskulare (SKV), si të gjitha sëmundjet kronike, fillojnë që në barkun e nënës dhe shtohen me moshën. Është provuar se pesha e ulët në lindje është e lidhur me një rrezik të shtuar për hipertension, sëmundje zemre, cerebrovaskulare dhe diabet në jetën adulte (12).

Prevalenca e SKV në Shqipëri

Në vendin tonë ka një rritje të sëmundjeve kardiovaskulare të përvitshme në 20 vitet e fundit. Këto sëmundje shkaktojnë mbi gjysmën e vdekjeve, duke zënë vendin e parë si shkak i të gjitha vdekjeve, ndaj mund të konsiderohen si sëmundjet me peshën më të madhe në shoqërinë shqiptare.

Bazuar në të dhënat nga Instituti i Shëndetit Publik, vdekjet nga sëmundjet kardiovaskulare janë duke u rritur. Kështu, nga 200 vdekje në vitin 1991 nga këto sëmundje, në 2862 raste vdekje në vitin 2009, duke zënë rreth 60% të të gjitha vdekjeve.

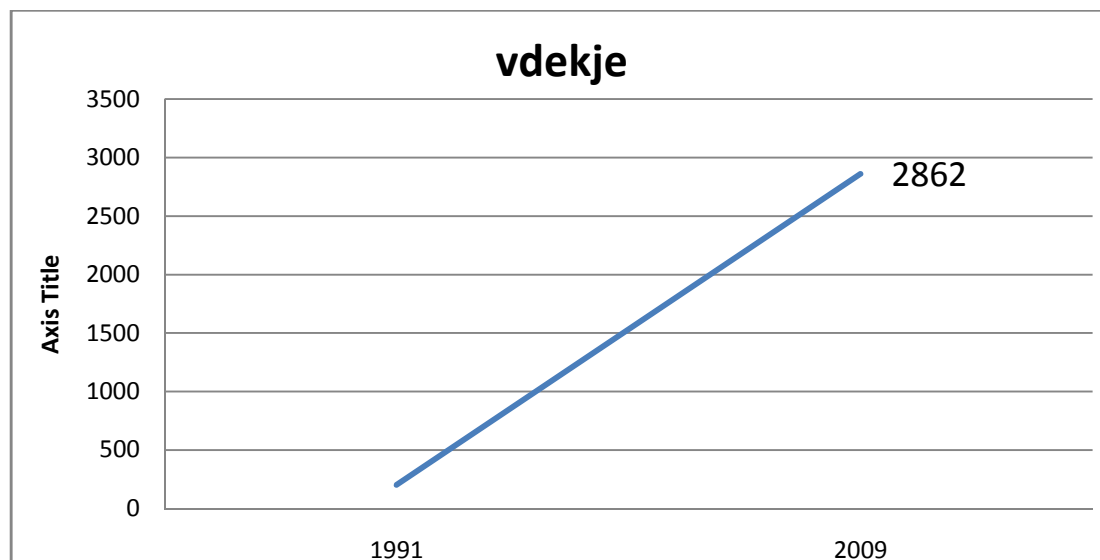
Sa u takon shkaqeve, Departamenti i Promocionit të ISHP-së raporton se, "61% e shkaktarëve janë faktorët që i kemi ne vetë në dorë, si kontrolli apo trajtimi i rregullt i hipertensionit, shmangia e duhanpirjes, ushqyerja me fruta e perime, të qenit më aktiv, etj".

Në vendin tonë, përsa i përket barrës së vdekjeve, faktor kryesor i rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare është presioni i lartë i gjakut në masën 17.2 %, duhanpirja 10,8 %, mbipesha e obeziteti në 6,7 %, inaktiviteti fizik në 6,6 %, alkoolpirja 6,4%, sheqeri i lartë në gjak në 6,3 %, kolesterolin i lartë në gjak 5,2%, etj.

Sëmundjet kardiovaskulare, edhe tek ne, nuk janë problem vetëm i burrave, por janë problem edhe i grave. Të dyja gjinitë sëmurën dhe vdesin njëloj nga sëmundjet kardiovaskulare. Sipas Institutit të Shëndetit Publik, ka një veçanti të vdekjeve tek ne, sepse gratë vdesin më shumë nga sëmundjet e enëve të gjakut të trurit në masën 38.3 %, ndërsa burrat vdesin më shumë nga sëmundja ishemike e zemrës në masën 32.4%.

Duke qënë se sëmundjet kardiovaskulare, në shumicën e tyre lidhen ngushtësisht me faktorët e stilit të jetesës që janë të modifikueshëm, të trajtueshëm dhe të kontrollueshëm, mjekët apelojnë për të nxitur marrjen e masave për të zvogëluar rrezikun e sëmundjeve të zemrës dhe goditjes në tru, si ushqyerje e shëndetshme, kryerje të aktivitetit fizik, shmangien e përdorimit të duhanit dhe kontrollin e rregullt të presionit të gjakut.

Organizata Botërore e Shëndetësisë (11)përllëgarit se, të marra së bashku, uljet modeste të tensionit të gjakut, obezitetit, të kolesterolit dhe të përdorimit të duhanit në të gjithë popullsinë, mund të përgjysmojnë incidencën e sëmundjes kardiovaskulare (13).



Grafiku nr.1 Vdekshmëria në Shqipëri nga SKV

Parandalimi i SKV

Zakonet që ndihmojnë për të parandaluar sëmundjet e zemrës:

Të hahet një dietë e shëndetshme, kryerja e rregullt e aktivitetit fizik, mbajtjen e një peshë të shëndetshme, dhe reduktimim dhe shmangia e pirjes së duhanit. Shumë të rinj janë gjithashtu të pambrojtur. Studimet e fundit tregojnë se rreth dy të tretat e adoleshentëve tashmë kanë të paktën një faktor rreziku për sëmundjet e zemrës. Çdo faktor rreziku ka rëndësi. Hulumtimet tregojnë se çdo individ rrezikon për sëmundje kardiovaskulare. Faktorët në masë të madhe rrisin shanset për zhvillimin e sëmundjeve të zemrës. Për më tepër, sa më i keq është një faktor i veçantë rreziku, aq më shumë jemi të predispozuar për të zhvilluar sëmundje të zemrës. P.sh. nëse keni presion të lartë të gjakut, aq më i madh është shansi juaj për zhvillim e sëmundjeve të zemrës, duke përfshirë pasojat e saj shumë serioze. Një zemër e dëmtuar mund të dëmtojë jetën tuaj. Parandalimi konsiston në kryerjen e aktiviteteve të kënaqshme, duke bërë gjëra të thjeshta, të tilla si: Duke bërë një shëtitje ose hapa ngjitur.

- Së pari, mund të mësoni rreth faktorëve të rrezikut tuaj.

- Së dyti, mundeni të filloni të bëni ndryshime të shëndetshme në dietën tuaj, aktivitetin fizik dhe zakone të tjera të përditshme. Cilado qoftë mosha juaj apo gjendja aktuale e shëndetit, nuk është kurrë vonë për të marrë hapa për të mbrojtur zemrën tuaj. Gjithashtu është shumë e rëndësishme faza e parandalimit. Sa më shpejt që të veproni, aq më mirë. Duhet biseduar me mjekun për të marrë më shumë informacion.

Parandalimi përfshin:

- Lënien e duhanit.
- Kontrolli i kushteve të tjera shëndetësore, siç janë presioni i lartë i gjakut, kolesterolit i lartë dhe diabeti.
- Ushtrime fizike të paktën 30 minuta në ditë në shumicën e ditëve të javës.
- Hani një dietë që është e ulët në kripë dhe yndyrë të ngopur.
- Ruaj një peshë të shëndetshme.
- Ulja dhe menaxhimi i stresit.
- Praktikoni higjienë të mire.
- Përbalja dhe mbështetja.
- Rehabilitimi i zemrës.

Për njerëzit që kanë sëmundje kardiovaskulare që kanë shkaktuar një atak në zemër ose kanë kërkuar operacion për të korrigjuar, rekomandohet shpesh rehabilitimi i zemrës si një mënyrë për të përmirësuar trajtimin dhe përshpejtimin e shpejtësisë. Rehabilitimi kardial përfshin nivelet e stërvitjes së monitoruar, këshillimin ushqimor, mbështetjen emocionale dhe mbështetjen dhe edukimin rreth ndryshimeve të jetesës për të ulur rrezikun e problemeve të zemrës.

- Grupet mbështetëse. Kthimi tek miqtë dhe familja për mbështetje është thelbësore, por nëse keni nevojë për më shumë ndihmë, bisedoni me mjekun tuaj për t'u bashkuar me një grup mbështetës. Ju mund të shihni se mund të ndihmoni duke folur për shqetësimet tuaja me të tjerët me vështirësi të ngjashme.
- Kontrollime të vazhdueshme mjekësore. Nëse keni një gjendje të përsëritur ose kronike të zemrës, kontrolloni rregullisht me mjekun tuaj për të siguruar që ju jeni në gjendje të mirë të menaxhimit të gjendjes tuaj të zemrës (14).



Fig.7. Parandalimi i SKV që përfshin: Këshillim, rehabilitim dhe mbështetje (8)

Kujdesi infermieror

1- Informimi I pacientit dhe familjarëve konsiston në:

➤ Takime të shpeshta të mjeku I familjes i cili përfshin përgatitjen për takimin si:

- Jini të vetëdijshëm për kufizimet para emërimit. Kur të bëni takimin, pyesni nëse ka ndonjë gjë që duhet të bëni paraprakisht, të tilla si kufizimi i dietës suaj. Për shembull, mund të keni nevojë të agjëroni përpara testit të kolesterolit.
- Shkruani simptomat që ju jeni duke përjetuar, përfshirë ndonjë që duket pa lidhje me sëmundjet e zemrës.
- Shkruani informacionin kyç personal - duke përfshirë një histori familjare të sëmundjeve të zemrës, goditje, tension të lartë apo diabet - dhe streset e mëdha apo ndryshimet e fundit të jetës.
- Bëni një listë të barnave, vitamina apo shtojcave ju jeni duke marrë.
- Mernidike me vete, nëse është e mundur. Dikush që ju shoqëron mund t'ju ndihmojë të mbani mend informacionin që ju jepet. Të jenë të përgatitur për të diskutuar dietën tuaj dhe pirja e duhanit dhe zakonet ushtrimi. Nëse nuk e keni ndjekur tashmë një dietë apo stërvitje rutinë, bisedoni me mjekun tuaj për fillimin.

➤ Matjen e rregullt të presionit arterial

Matja e shtypjes së gjakut dhe analiza e nivelit të kolesterolit në gjak janë faktorë të cilët mund t'ju ndihmojnë të parandaloni sëmundjet e zemrës, pasi që këto janë dy faktorë paraprirës të çrregullimeve kardiovaskulare.

- Mënyrën e ushqyerjes.
- Menaxhimin e stresit.
- Rëndësinë e aktivitetit fizik (15).
- Kujdesin për zemrën gjatë periudhës së dimrit.

Pacientët me sëmundje kardiovaskulare duhet të evitojnë daljen jashtë gjatë orëve me temperatura të ulëta (në mëngjes dhe mbrëmje). Temperatura optimale për ambientet e

brendshme duhet të jetë jo me pak se 18°C. Rekomandohet përdorimi i borsave me ujë të ngrohtë në shtrat gjatë gjumit. Të evitohet aktiviteti i sforcuar fizik në ambiente me temperatura të ulëta. Të shmangët qëndrimi ulur për periudha të gjata kohore duke lëvizur nëpër shtëpi çdo orë. Rekomandohet veshje optimale për stinën duke përdorur edhe shalle, doreza, kapele. Rekomandohet mospërdorimi i pijeve alkoolike. Rekomandohet përdorimi i lëngjeve dhe ushqimeve të ngrohta për ti dhënë organizmit energjinë e nevojshme për të përballuar temperaturat e ulëta. Rekomandohet kufizimi i kripës dhe yndyrave shtazore në dietën ushqimore. Marrja e rregullt e mjekimeve për sëmundjen kardiale dhe kontrollet e rregullta tek mjeku. Rekomandohet vaksinimi kundër virusit të gripit (15).

❖ Bëni rregullisht ekzaminime

Presioni i lartë i gjakut dhe kolesterolit i lartë dobësojnë sistemin kardiovaskular, duke përfshirë dhe zemrën. Ekzaminimet e rregullta ju tregojnë rrugën se ku të mjekoheni si p.sh. Hipertensioni. Ekzaminimet nisin që në fëmijëri. Ju duhet ta bëni këtë të paktën çdo dy vjet. Presioni normal është më pak se 120/80. Niveli i kolesterolit në gjak . Ju këshillohet testim i rregullt jo vetëm të rriturve por edhe fëmijëve Sëmundjet e zemrës ka raste që shmangen. Ndiqni këshillat për një stil jete të kënaqshëm, mos e komplikoni jetën dhe asnjëherë mos u ndjeni të vetëhumbur(16).

2- Ushqyerja

Ushqimi i shëndetshëm për zemrën përfshin konsumimin e perimeve, frutave, drithërat, produktet e qumështit pa yndyrë ose me yndyrë të ulët, peshk, mish të ligët, shpezë, vezë, arra, farëra, produkte soje, bishtajore dhe vajra bimore

Fruta dhe Perime.

- Qershia

Gjatë verës duhet të konsumoni çdo ditë qershia. Sipas studimeve qershia ndikon në uljen e tensionit të lartë të gjakut, duke filluar nga të rriturit deri tek të moshuarit që vuajnë nga kjo sëmundje.

- Kumbullat

Një kokërr kumbull mund të ndikojë në largimin e depresionit. Një studim në Shtetet e Bashkuara të Amerikës thotë se kumbullat kanë efekt në përmisimin e humorit dhe në largimin e depresionit. Kumbullat këshillohet të konsumohen edhe nga personat që vuajnë nga stresi.

- Zemra ka nevojë për hekur

Një studim i shkencëtarëve amerikanë tregon se konsumimi i hekurit ndihmon në kontrollin e shtypjes së gjakut dhe faktorëve të tjerë të dëmshëm për zemër. Rezultatet e studimit, thonë se hekuri që është i dobishëm për zemrën, mund të shpjegohet me veprimin e antioksiduesve, të pranishëm në hekur. Krahës uljes së shtypjes së gjakut, konsumimi i hekurit është parë se çon edhe te zvogëlimi i proceseve inflamatore në organizëm, duke mbrojtur edhe muskulin e zemrës.

- Pi më shumë çaj

Meshkujt që pinë 2 filxhanë çaji në ditë kanë 25 % më pak mundësi për të vdekur nga sëmundjet e zemrës sesa ata që rrallë e vënë në gojë. Arsyeja: flavonoidet në çaj, jo vetëm përmirësojnë aftësinë e enëve të gjakut për t'u qetësuar, por gjithashtu hollojnë gjakun, duke reduktuar koagulimin.

- Më shumë peshk për zemrën

Peshku duhet të hahet së paku dy herë në javë, sepse është i pasur me thartirën omega-3, e cila ul tensionin dhe ruan

arteriet dhe zemrën. Mishi është i pasur me yndyra, të cilat mund të shtresohen në arterie, duke vështirësuar në këtë mënyrë qarkullimin e gjakut dhe shkaktuar ngritjen e tensionit

- Kënaquni me çokollatë të zezë

Mbylleni çdo ditë me një trajtim të lehtë me çokollatë të zezë. Varietetet me çokollatë të zezë përmbajnë flavonoide, antioksidantët të cilët i bëjnë enët e gjakut më shumë elastike. Në një studim, 18 % e pacientëve që kanë ngrënë çdo ditë çokollatë të zezë përmirësuan sistemin e tyre të qarkullimit(17).



Fig.8. Shumëllojshmëria e ushqimeve të shëndetshme (9).

USHQIMET QË DUHET TË KUFIZOJMË:

- Ushqimet e skuqura dëmtojnë zemrën

Ushqimet e skuqura, të shpejta dhe me shumë kripë mund të shkaktojnë atak në zemër. Kështu, pakësoni në mënyrë të konsiderueshme ushqimet e skuqura, apo ato që shiten në fast foode, pasi duke i zëvendësuar me perime dhe fruta, mund të ulni deri në 30 % mundësinë e një infarkti në zemër.

- Zvogëlo marrjen e kripës

Kripa e tepërt shkakton rritjen e presionit të gjakut, gjë që rrit rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve koronare të zemrës. Rri larg ushqimeve të kripura dhe shikoj gjërat para se t'i blesh, nëse kanë përmbajtje të lartë të kripës. E ndoshta edhe gjërat që na duken të shëndetshme kanë sasi të lartë të kripës, kështu që shikoni përmbajtjen e tyre.

- Yndyrnat e ngopura dhe yndyrna trans

Yndyrna të ngopura janë gjetur në sasi të larta në shkurtime yndyrore të mishit, pulave me ushqime të lëkurës, në qumësht, gjalpë, dhjamë derri, dhe vajra e kokosit dhe palma.

Yndyrna trans janë gjetur në sasi të larta në ushqime të bëra me vajra, të tilla si disa, kokoshka mikrovale, pizza të ngrira, rrinë margarines dhe kafe.

Për t'ju ndihmuar të kufizoni futjen e yndyrave të ngopura dhe trans duhet të: Lexoni etiketat e ushqyerjes dhe zëvendësoni ushqimet e larta me yndyrna të ngopura me produkte kafshësh të pakta me yndyra ose vajra vegjetale, të tilla si vaj ulliri ose vaj i këndshëm në vend të gjalpë. Ushqimet që janë më të larta në yndyrna të ngopura, të tilla si mishi i yndyrshëm dhe produktet e qumështit me yndyrë të lartë, kanë tendencë të jenë më të larta në kolesterolin dietik që gjithashtu duhet të jenë të kufizuara.

. Disa yndyrna trans natyrisht ndodhen në sasi shumë të vogla në produktet e qumështit dhe mish. Ushqime që përmbajnë këto nivele shumë të ulëta të yndyrave natyrale trans nuk duhet të jenë të eliminuara nga dieta jonë, sepse ata kanë ushqyes të tjera të rëndësishëm.

- Sheqerat e shtuara

Kur ndiqni një plan shëndetësor të shëndetshëm të zemrës, duhet të kufizoni sasinë e kalorive që konsumoni çdo ditë nga sheqernat e shtuara. Për shkak se sheqernat e shtuar nuk japin lëndë ushqyese esenciale dhe janë kalori shtesë, kufizimi i tyre mund t'ju ndihmojë të zgjidhni ushqime të pasura me lëndë ushqyese dhe të qëndroni brenda limitit tuaj të përditshëm të kalorive. Disa ushqime, të tilla si fruta, përmbajnë sheqerna natyrale. Në SHBA, pijet e ëmbla dhe ëmbëlsirat janë burimet kryesore të sheqernave të shtuara. Pije të ëmbël përbëjnë rreth gjysmën e të gjitha sheqernave të shtuara të konsumuara. Më poshtë janë shembuj të ushqimeve dhe pijeve me sheqer të shtuar.

Pije e ëmbëla përfshijnë: Pijet e buta ose sodas, pije frutash, kafe ëmbël dhe çaj, pije energjetike, pije alkoolike, dhe ujrat e favorizuar.

Ëmbëlsirat përfshijnë sheqer kokërr të tilla si ëmbëlsira, pies, cookies, Broënies, donuts; sheqer qumështore të tilla si akullore, çokollat të ngrirë, dhe buding; candies; sheqerna; shurupe.

Për t'ju ndihmuar të zvogëloni sasinë e sheqernave të shtuara në dietën tuaj:

- ❖ Zgjidhni fruta të pashuar ose të plotë për snacks ose ëmbëlsirë.
- ❖ Zgjidhni pije pa sheqer të shtuar, si uji, qumështi me yndyrë të ulët ose pa yndyrë,

ose 100 për qind fruta ose lëng perimesh.

- ❖ Futni limitin e pijeve të ëmbla, ëmbëlsirave dhe sheqernave duke ngrënë ato më rrallë dhe në sasi më të vogla.

- Alkoolin

Nëse pini alkool, duhet të kufizoni marrjen tuaj. Burrat duhet të pinë jo më shumë se dy pije alkoolike në ditë. Gratë nuk duhet të pinë jo më shumë se një pije alkoolike në ditë.

Shumë alkool mund të:

- ❖ Ngreh tensionin e gjakut dhe nivelet e yndyrave të triglicerideve në gjakun tuaj.
- ❖ Shtimi i kalorive në dietën e përditshme mund të shkaktojë shtim në peshë.
- ❖ Përkeqësohet dështimi i zemrës në disa pacientë.
- ❖ Kontribuon në dështimin e zemrës në disa njerëz me kardiomiopati.

Nëse nuk pini, nuk duhet të filloni të pini. Ju nuk duhet të pini nëse jeni shtatzënë, nën moshën 21 vjeç, duke marrë ilaçe të caktuara ose keni kushte të caktuara mjekësore duke përfshirë dështimin e zemrës. Është e rëndësishme për njerëzit me dështim të zemrës që të marrin sasinë e saktë dhe llojet e lëngjeve sepse shumë lëngje mund të përkeqësojnë dështimin e zemrës.

Mos harroni se pijet alkoolike përmbajnë kalori dhe kontribuojnë në kufijtë e përditshëm të kalorive. Sasia e kalorive do të ndryshojë sipas llojit të pijeve alkoolike **(18)**.

Përshkrimi i Planit të Ushqimit DASH

DASH është një plan fleksibël dhe i ekuilibruar për të ngrënë që ndihmon në krijimin e një stili të shëndetshëm të ngrënies për jetën. Plani i të ushqyerit DASH nuk kërkon ushqime të veçanta dhe në vend të kësaj ofron synime ushqyese ditore dhe javore. Ky plan rekomandon. Ushqimi i perimeve, frutave dhe drithërat. Përfshirë produktet e qumështit pa yndyrë ose me yndyrë të ulët, peshk, pulat, fasulet, arra dhe vajrat bimore. Kufizimi i ushqimeve që janë të

larta në yndyrna të ngopura, të tilla si mish yndyror, produkte të qumështit me yndyrë të plotë dhe vajra tropikale si kokosit, kernel palme dhe vajra palme. Kufizimi i pijeve të ëmbla dhe ëmbëlsirat me sheqer. Bazuar në këto rekomandime, tabela në vijim tregon shembuj të serviseve ditore dhe javore që plotësojnë objektivat e planifikimit të DASH për një dietë me kalori në ditë. Planifikimi i përditshëm dhe javor i planit të ushqimit DASH për një dietë me vlerë 2,000 kalori një ditore.

Grupet ushqimore	Sasia
Kokrra	6-8
Mish, shpezë dhe peshk	6 ose më pak
Perime	4-5
Fruta	4-5
Produkte të qumështit me yndyrë të ulët ose pa yndyrë	2-3
Yndyrna dhe vajra	2-3
Sodium	2300 mg
Arra ,fara fasule të thata dhe bizele	4-5
Ëmbëlsira	5 oser më pak

Tab.3. Planifikimi javor i dietës së shëndetëshme

* 1,500 miligram (mg) natriumi ul presionin e gjakut edhe më tej se 2,300 mg natriumi në ditë. Kur ndjek planin e ngrënies së DASH-it, është e rëndësishme të zgjidhni ushqimet që janë: Të

ulët në yndyrna të ngopura dhe trans. Të pasura me kalium, kalcium, magnez, fibër dhe protein. Ulët në natriumi **(19)**.

3- PESHA

Një peshë e shëndetshme për të rriturit është zakonisht kur masa e trupit indeksi (BMI) është midis 18.5 dhe 24.9.

Indeksi i masës trupore (BMI) përdoret për të përcaktuar nëse jeni nën peshë, të shëndetshëm, mbipeshë ose të trashë. Të rriturit janë nën peshë

nëse BMI e tyre është nën 18.5, peshë e shëndetshme nëse BMI e tyre është 18.5-24.9, mbipeshë nëse BMI e tyre është 25-29.9, dhe i trashë nëse BMI e tyre është 30 ose më lart.

Gjithmonë bisedoni me mjekun tuaj ose me ofruesin e kujdesit shëndetësor në lidhje me atë

që BMI është e drejtë për ju. Bisedoni me mjekun e fëmijës tuaj për të përcaktuar nëse fëmija juaj në rritje është një peshë e shëndetshme, sepse BMI e tij ose të saj duhet të krahasohet me tabela të rritjes specifike për moshën dhe gjininë e fëmijës suaj. Mësoni rreth rreziqeve të shëndetit të mbipeshës ose obezitetit dhe përfitimet shëndetësore të mbajtjes së një peshë të shëndetshme.

❖ Rreziqet shëndetësore të mbipeshës ose obezitetit

Sa më shumë yndyrë që të keni në trup dhe sa më shumë të peshoni, aq më shumë ka gjasë që të zhvilloni sëmundje koronare të zemrës, presionin e lartë të gjakut, diabetin e tipit 2, problemet e frymëmarrjes dhe kanceret e caktuara.

❖ Matja e perimetrit të belit

Nëse jeni mbipeshë ose i trashë, mjeku juaj mund të matë perimetrin tuaj të belit për të ndihmuar në përcaktimin e rrezikut tuaj për zhvillimin e kushteve të tjera shëndetësore. Për të matur saktë perimetrin tuaj të belit, qëndroni dhe vendosni një masë kasetë rreth mesit tuaj, pikërisht mbi hipbonesin tuaj. Matni belin tuaj sapo të dilni jashtë.

Nëse shumica e yndyrës suaj është rreth belit tuaj dhe jo në hips tuaj, ju jeni në një rrezik më

të lartë për sëmundjet e zemrës dhe diabetin e tipit 2. Ky rrezik mund të jetë i lartë me një perifer të belit që është më shumë se 35 inç për femrat ose më shumë se 40 inç për meshkujt.

❖ Përfitimet e mbajtjes së një peshë të shëndetshme

Nëse jeni mbipeshë ose i trashë, përpiquni të humbni peshë. Një humbje prej vetëm 3 deri në 5 për qind të peshës suaj aktuale mund të ulë trigliceridet dhe nivelet e glukozës në gjakun tuaj, si dhe rrezikun e zhvillimit të diabetit të tipit 2. 3 deri në 5 për qind humbje peshë mund të përmirësojë presionin e gjakut, mund të ulë kolesterolin e keq LDL, dhe rritjen e mirë të kolesterolit HDL (20).

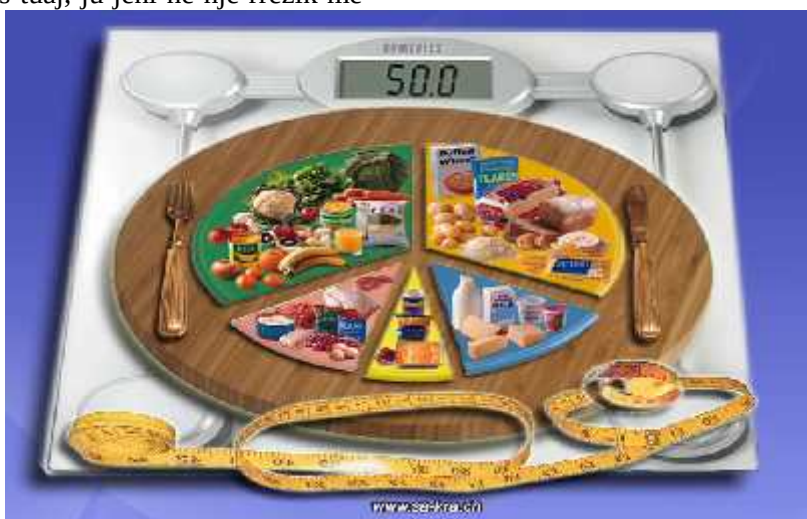


Fig.9. Menaxhimi i peshës (10).

4- Duhani

Pirja e duhanit shkakton rreth 1 në çdo 5 vdekje në Shtetet e Bashkuara çdo vit. Është shkaku kryesor i parandalueshëm i vdekjes dhe sëmundjes në Shtetet e Bashkuara.

Pirja e duhanit dëmton pothuajse çdo organ në trup, duke përfshirë zemrën, enët e gjakut, mushkëritë, sytë, gojën, organet riprodhuese, kockat, fshikëzën dhe organet ndihmëse të

tretjes. Problemi fokusohet në atë se si pirja e duhanit ndikon në zemër dhe në enët e gjakut.

Kimikatet në tymin e duhanit dëmtojnë qelizat e gjakut. Ata gjithashtu mund të dëmtojnë funksionin e zemrës suaj, strukturën dhe funksionin e enëve të gjakut. Ky dëmtim rrit rrezikun e arteriosklerozës .

Arterioskleroza është një sëmundje në të cilën një substancë dylli e quajtur pllakë ndërton në

arterie nje pengese. Me kalimin e kohës, pllaka ngurtësohet dhe ngushton arteriet tuaja. Kjo e kufizon rrjedhjen e gjakut të pasur me oksigjen tek organet dhe pjesë të tjera të trupit .

Pirja e duhanit është një faktor i madh rreziku për sëmundjet e zemrës. Kur kombinohet me faktorë të tjerë rreziku të tilla si nivele të larta të kolesterolit në gjak , presionin e lartë të gjakut , si dhe mbipesha apo obezitetin rrit rrezikun e sëmundjeve të zemrës.

Pirja e duhanit është gjithashtu një faktor i madh rreziku për sëmundje të arteries periferike(PAD). PAD është një gjendje në të cilën pllaka ndërtohet në arteriet që mbajnë gjaku në kokë, organe dhe gjymtyrë. Njerëzit të cilët kanë PAD janë në rrezik për sëmundjet e zemrës, sulmin në zemër dhe goditje në tru .

❖ Pirja e duhanit dhe arterioskleroza

Pirja e duhanit mund të ndikojë në arterie, në zemër dhe në këmbë. Çdo sasi e pirjes së duhanit, madje edhe të pirjes së duhanit të lehtë ose të pirjes së duhanit, dëmton zemrën dhe enët e gjakut. Për disa njerëz, të tilla si gratë që përdorin pilulat e kontrollit të lindjes dhe njerëzit që kanë diabet, pirja e duhanit paraqet një rrezik edhe më të madh për zemrën dhe enët e gjakut.

Tymi i dorës së dytë mund të dëmtojë edhe zemrën dhe enët e gjakut. Tym i dorës së dytë është tymi që vjen nga fundi i djegies së një cigare, puro ose tubi. Tym i dorës së dytë gjithashtu i referohet tymit që frymëzohen nga një person i cili është duke pirë duhan. Tym i dorës së dytë përmban shumë kimikate të dëmshme që njerëzit i thithin kur pihen. Pirja e duhanit të dorës së dytë mund të dëmtojë zemrat dhe enët e gjakut të njerëzve që nuk pinë duhan në të njëjtën mënyrë si ata njerëz që pinë duhan. Tym i dorës së dytë në masë të madhe rrit rrezikun e të rriturve për sulme në zemër dhe vdekje.

Tymi i dorës së dytë gjithashtu rrit te fëmijët dhe adoleshentët rrezikun e SKV në të ardhmen, sepse:

- Zvogëlon kolesterolin HDL (ndonjëherë i quajtur "i mirë" kolesterol)
- Ngre presionin e gjakut
- Dëmton indet e zemrës

Rreziqet e tymit të dorës së dytë janë veçanërisht të larta për foshnjat premature që kanë sindromin respirator ankth (RDS) dhe fëmijë të cilët kanë sëmundje të tilla si astma .

Studiuesit e dinë më pak se si puro cigaret dhe tymi i tubave ndikon në zemrën dhe në enët e gjakut sesa ato për tymin e cigareve.

Megjithatë, tymi nga puro dhe tuba përmban të njëjtat kimikate të dëmshme si tymi nga cigaret. Gjithashtu, studimet kanë treguar se njerëzit që pijnë puro janë në rrezik të lartë për sëmundjet e zemrës.

❖ Përfitimet e ndalimit të pirjes së duhanit dhe shmangia e tymit të dorës së dytë

- Një nga mënyrat më të mira për të zvogëluar rrezikun e sëmundjes së zemrës është të shmangni tymin e duhanit. Mos filloni kurrë pirjen e duhanit. Nëse pi duhan, hiqni dorë. Pa marrë parasysh sa dhe sa kohë keni pirë duhan, ndalimi i pirjes së duhanit do t'ju sjellë dobi.
- Gjithashtu, përpikuni të shmangni tymin e dorës së dytë. Mos shkoni në vende ku pirja e duhanit lejohet
- Ndalimi i pirjes së duhanit do të zvogëlojë rrezikun e zhvillimit dhe të numrin e vdekjeve nga sëmundjet e zemrës. Me kalimin e kohës, ndalohet edhe ulja e rrezikut të aterosklerozës dhe mpiksjes së gjakut.
- Nëse pini duhan dhe tashmë vuani nga sëmundjet e zemrës, ndalohet pirja e duhanit, e cila do të zvogëlojë rrezikun e vdekjes së papritur kardiale , një sulm të dytë të zemrës, dhe vdekjes nga sëmundje të tjera kronike.

Studiuesit kanë studiuar komunitetet që kanë ndaluar pirjen e duhanit në punishte dhe në vende publike. Numri i sulmeve në zemër në këto komunitete ka rënë mjaft. Studiuesit mendojnë se këto rezultate janë rezultat i një uljeje të pirjes së duhanit aktiv dhe ekspozimit të reduktuar ndaj tymit të dorës së dytë.

Pirja e duhanit ose ekspozimi ndaj tymit të dorës dëmton zemrën dhe enët e gjakut në shumë mënyra. Pirja e duhanit gjithashtu është një

faktor i madh rreziku për zhvillimin e sëmundjeve të zemrës ose që vdes nga ai.

Ndërrprerja e pirjes së duhanit dhe shmangia e tymit të dorës së dytë mund të ndihmojë në zvogëlimin e rrezikut për dëmtimin e enëve të zemrës dhe të enëve të gjakut.

Ndalimi i pirjes së duhanit është i mundshëm, por mund të jetë i vështirë. Miliona njerëz kanë lënë duhanin me sukses dhe mbetën pa duhanpirës (21).

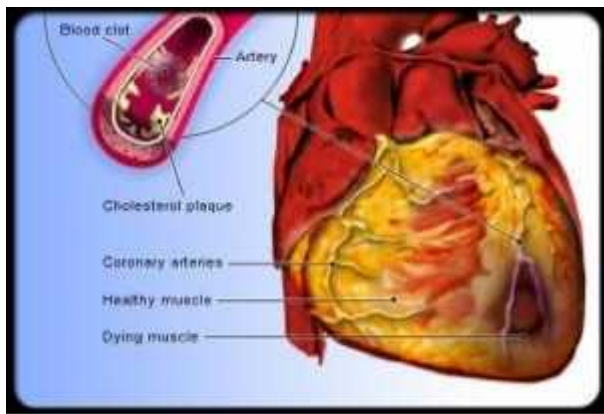


FIG. 10. Dëmet që shkakton në zemër pirja e duhanit (11)

5- Aktiviteti fizik



Fig.11. Aktiviteti fizik dhe SKV (12).

Aktivitetet sportive janë shumë të rëndësishme për të mënjeluar problemet e zemrës. Ndërkohë që jo të gjitha kategoritë e pacientëve mund të bëjnë aktivitete sportive. Shumë njerëz me kondita të ndryshme shëndetësore si sëmundje të mushkërive apo të zemrës mund të shkaktojnë më shumë dëm se sa përfitim nga stërvitja. Para se të përcaktohet se çfarë aktiviteti sportiv do të bëjë është e rëndësishme që të kontaktohet mjeku specialist i cili do të përcaktojë dhe gjendjen e pacientit nëse duhet të bëjë aktivitete sportive dhe se këto aktivitete ndihmojnë në ndonjë aspekt të rëndësishëm.

Sipas ekspertëve rreth 30 minuta aktivitete sportive janë shumë të domosdoshme në ditë për të sëmurët e zemrës. Aty mund të bëhen ushtrime fizike si ecje ose vrapim i lehtë mund të pakësohen dukshëm rrezikun e prekjës nga sëmundjet.

Sipas studimeve të bëra thuhet se për të pasur një zemër të shëndoshë gjatë këtyre ushtrimeve është e rëndësishme që të bëhen më shumë ushtrime të thjeshta fizike. Kryesisht ngritja e peshave ndihmon në formimin e muskujve, por të dhënat kanë treguar se një prej muskujve që përfiton nga ky lloj sporti është edhe zemra. Ngritja e peshave pakëson rrezikun e prekjës nga sëmundjet e zemrës, duke ulur nivelin e kolesterolit në gjak, nivelin e yndyrave si dhe ndihmon organizmin të asimilojë sheqernat dhe të shmangë komplikacionet kardiovaskulare (22).

Në çdo rast është e nevojshme që mjeku të vlerësojë paraprakisht mundësitë e individit apo pacientit për të kryer aktivitetet fizik. Për të mos u përballur me dëmtime të muskujve apo të ligamenteve specialistët e shëndetit publik detajojnë edhe parimet kryesore si : “siguria, elasticiteti, rezistenca dhe kënaqësia”, të cilat duhet të paraprijnë kryerjen e aktiviteteve fizike të shëndetshme dhe në dobi të luftimit të problemeve të zemrës.

- Siguria

Para nisjes së një aktiviteti fizik duhet pasur parasysh gjithmonë siguria (së pari mos dëmto!), sidomos në rastet kur ekziston tashmë një sëmundje koronare e zemrës. Fillimi i aktivitetit fizik duhet të jetë gradual dhe përzgjedhja e llojeve të ushtrimeve duhet të jetë shumë e kujdesshme. Duhet shmangur entuziazmi i fillimit duke nisur me gjysmën e sasisë së ushtrimeve që personi beson se mund të kryejë. Gjithmonë para fillimit të aktivitetit fizik këshillohet kryerja e nxehjes, e shoqëruar me pesë minuta pushim pas saj.

- Elasticiteti

Elasticiteti i muskujve, tendinave, si dhe ligamenteve është një komponente tjetër shumë e rëndësishme që duhet marrë në konsideratë kur merret parasysh nisja e kryerjes së aktivitetit fizik. Në mënyrë që të shmangen dëmtimet apo dhimbjet e muskujve dhe ligamenteve, si dhe për të zhvilluar në maksimum lëvizshmërinë e kyçeve, të gjymtyrëve, shpinës dhe qafës, është e këshillueshme kryerja e zgjatjes së muskujve në qetësi. Elasticiteti apo niveli i tërheqjes mund të matet duke tentuar prekjën te majat e këmbëve me trupin të përkulur. Në rast se kjo kryhet lehtësisht atëherë kemi të bëjmë me një elasticitet të mirë. Në rast se duart arrijnë deri tek kyçi i këmbëve kjo do të thotë se kemi të bëjmë me një elasticitet mesatar dhe se ka nevojë për më shumë ushtrime. Në rast se duart arrijnë vetëm diku deri në mes të gjunjëve dhe thembrave elasticiteti është i pamjaftueshëm. Ushtrimet e jogës, gjimnastika në kushtet e shtëpisë janë të mjaftueshme për të ndryshuar këtë balancë dhe për të bërë zgjatjen e duhur të muskujve.

- Rezistenca

Rezistenca dhe aerobia kanë të bëjmë me aftësinë për të vazhduar një aktivitet pa t'u mbajtur fryma. Sa më e madhe të jetë rezistenca, aq më i mirë është qarkullimi i gjakut në këto

kushte më shumë oksigjen do të shkojë në muskujt jetikë të organizmit. Sa më e madhe rezistenca aq më efikase dhe të ngadalshme janë rrahjet e zemrës, çka e bën këtë të fundit që të durojë më shumë dhe më gjatë në situata ku stresi është më i fortë.

- Matja e rezistencës

Prova e rezistencës mund të kryhet me ngjitjen e rreth 20 shkallëve dhe vazhdimin e një dialogu pa t'u mbajtur fryma. Nëse personi është mbi 50 vjeç ai duhet të jetë i aftë që të vrapojë pa iu mbajtur fryma për rreth dy minuta. Ndërsa për personat nën 50 vjeç kjo duhet të zgjaste 3 minuta. Një indikator shumë i rëndësishëm i rezistencës është pulsi. Maksimumi i pulsit që zemra arrin është 220 rrahje në minutë, por ky maksimum ulet me një rrahje më pak për çdo vit jete. Pra për gjetjen e pulsit maksimal duhet hequr nga 220-ta, mosha e personit. Gjatë ushtrimeve fizike pulsi duhet të jetë 70 për qind e pulsit maksimal për moshën e personit. Një formulë më e thjeshtuar për të llogaritur pulsën e rekomanduar gjatë aktivitetit fizik është si në vijim : $(200 - \text{mosha e personit} - 40)$. Përshembull nëse një person është 52 vjeç dhe pa eksperiencë fizike, pulsi i rekomanduar i tij do ishte $200 - 52 - 40 = 108$. Nuk duhet që gjatë ushtrimeve pulsi i zemrës të kalojë pulsën e rekomanduar, pasi jo vetëm që vlera e përafëruar do të ishte shumë e ulët, por do të vihej zemra në një stres të padëshiruar. Nëse personi është një pacient që ka shtëngime në gjoks, tension të lartë të gjakut, apo merr beta bllokues, pulsi i rekomanduar duhet të jetë edhe më i ulët se sa ai i rekomanduar më lart.

- Kënaqësia

Nëse gjatë kryerjes së ushtrimeve fizike personi nuk do të gjente asnjë lloj kënaqësie por vetëm mërzë dhe lodhje, atëherë mundësia për ta lënë këtë aktivitet është shumë e madhe. Nëse ushtrimet fizike nuk kryhen në mënyrë sistematike dhe të vazhdueshme do të përballemi me mungesë të efekteve. Është e nevojshme që

të kryhen të paktën tre herë në javë nga 15-20 minuta ushtrime intensive dhe kjo të vazhdojë për të paktën 6 javë në mënyrë që të vërehen shenja të përmirësimit të rezistencës tek forca muskulore. Seancat e para mund të japin vetëm pak dhimbje të gjymtyrëve, por pasi ushtrimet të jenë bërë zakon do të jetë vetë trupi që do të kërkojë kryerjen e tyre. Kjo edhe në rastet kur ju harroni apo përtoni që t'i kryeni.

Pse është i rëndësishëm aktiviteti fizik

Aktiviteti fizik ka shumë efekte përfituese në drejtim të shëndetit, pavarësisht nga mosha. Njerëzit të cilët bëjnë një jetë të shëndetshme dhe që rregullisht përfshihen në ushtrime, kanë me pak mundësi të zhvillojnë sëmundje kronike, duke përmendur këtu diabetin jo insulino-vartës, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet tumorale, ose sëmundjet mendore. Gjithashtu, personat me aktivitet fizik ditor permanent mund të mbajnë peshën e tyre trupore në normat e lejuara po të krahasohen me personat që janë më pak aktive. Mënyra aktuale e jetesës kërkon aktivitet më të pakët fizik si pasojë e rritjes së përdorimit të makinave, shikimit të televizorit dhe aktivitetit të pakët fizik në shtëpi, për shkak të modernizimit të aparaturave elektrike. Kësaj i shtohen edhe zakone të tjera të mënyrës së jetesës (si pirja e duhanit), shtimi i peshës, të cilat kontribuojnë në rritjen e rrezikut ndaj sëmundjeve kronike. Është tepër e rëndësishme që dieta e shëndetshme të kombinohet me aktivitet fizik ditor të nevojshëm, për të minimizuar jetën sedentare, që është një faktor risku i zakonshëm për shumë sëmundje kronike. Rekomandohen ushtrimet e përditshme, ecja, vrapimi, kërcimi, noti etj. Njerëzit të cilët kanë futur në rutinën e mënyrës së tyre të jetesës skemën e ushtrimeve, kanë përmirësime të mirëqenies së tyre fiziologjike dhe psikologjike (23).

6- Menaxhimi i stresit

Stresi është një nga faktorët kryesorë të riskut për sëmundjet kardiovaskulare. Stresi çliron hormonin kortisol, i cili ndikon në rritjen e tensionit të gjakut duke dëmtuar muret e arterieve, shkakton aritmi dhe shtim të nivelit të kolesterolit.

Në një numër të madh studimesh që janë bërë, është vërtetuar se njerëzit që reagojnë ndaj ndodhjeve të jetës me padurim, armiqësi, inat, hakmarrje, garë, urgjencë dhe me përpjekje të vazhdueshme e të parreshtura kanë një shkallë më të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare.

Nga studimet e shkencëtarëve (Lynes, 1993; Griffiths & Dancaster, 1995) personat tepër sensibil dhe emocionalë, me karakteristikat e mësipërme të emërtuar gjithashtu edhe si personalitetet e tipit A, është evidentuar, se të ekspozuar ndaj ngacmimeve të ndryshme, presioneve, dhe kritikave gjatë situatave të tilla si lojërat video, ritmi i rrahjeve të zemrës dhe tensioni i gjakut ishin shumë më të larta se personat që bënin pjesë në personalitetin e tipit B, të cilët karakterizohen prej qetësisë, durimit dhe vetëpërmbytjes.

Hulumtimet shkencore sipas OBSH tregojnë se gjatë vitit 2000 njerëzit me personalitet të tipit A kishin dy herë më shumë atake kardiakë apo vdekje të papritura se bashkëmoshatarët e tyre me personalitet të tipit B.

Rruga e dytë e ndikimit negativ të stresit në shëndetin tonë është qëndrimi ynë negativ ndaj tij. Njerëzit me stres priren drejt sjelljeve dhe zakoneve jo të shëndetshme si mbingrënia, konsumi i alkoolit, duhanit, drogave, braktisja e vetvetes, etj. Të gjitha këto janë faktorë risku për shumë sëmundje si dhe aksidente, ku sëmundjet kardiovaskulare janë një nga kërcënimet më të mëdha.

Edhe depresioni duket se e shton rrezikun e sëmundjeve të zemrës dhe vdekjeve të parakohshme. Të sëmurët me depresion, të identifikuar ndryshe edhe si njerëzit me personalitet të tipit D, ose "Personaliteti i Dëshpëruar", të cilët karakterizohen nga depresioni, emocionet negative dhe frenimi social, kanë një incidencë të madhe për sëmundjet kardiovaskulare.

Ashtu sikurse personat me stres të vazhdueshëm, organizmi i tyre prodhon me shumicë hormonin kortisol, të cilat dëmtojnë zemrën dhe enët e gjakut.

Meqënëse stresi afatgjatë shton mundësinë e zhvillimit të sëmundjeve kardiovaskulare, pakësimi i stresit është bërë pjesë e trajtimit mjekësor të përdorur për të frenuar përparimin e ngurtësimit të arterieve që mund të çojnë në atak kardiak dhe hemorragji cerebrale. Një dietë me yndyrë të pakët dhe teknikat e kontrollit të stresit kanë qenë efektive në këto lloj sëmundje(24).

Të përballosh stresin, do të thotë të përdorësh mendim, mënyra apo teknika specifike për të ulur nivelin e gjendjes stresuese që përjetohet. Por, për të përballuar stresin në fillim është shumë e rëndësishme ta njohësh e ta pranosh atë gjendje. E pasi e njohim është mundësia të fillojmë të praktikojmë disa teknika relaksuese që ndihmojnë në përballimin e situatave stresuese.



Fig.12. Një teknik e menaxhimit të stresit (13).

Në fillim do të renditim disa pika që ndihmojnë për përballimin e stresit, dhe këto janë:

- ❖ Duke i përqendruar përpjekjet në zgjidhjen e problemit që ju streson.
- ❖ Duke ikur prej mjedisit stresues.
- ❖ Duke i përqendruar përpjekjet në reduktimin e pasojave të stresit: emocionet negative dhe reagimet e dëmshme fiziologjike.
- ❖ Shmangia e mbingarkesave individuale, marrja me sport dhe dëgjimi i muzikës.

- **Zgjidhja e problemit stresues**

Në fillim të përcaktohet mirë se, cili është problemi që ju streson dhe mënyra e mundshme e zgjedhjes së tij. Synimi është që t'i japim ndryshime problemit stresues. Kështu që duke bërë ndryshime të problemit stresues, mund të reduktoni edhe produktet e stresit, reagimet negative emocionale dhe fiziologjike. P.sh. E kuptoni se ajo që ju streson është mbingarkesa në punë. Ndryshimi: Vendosni që ta ndani më mirë punën me të tjerët.

Në raste të tjera ju mund të ndryshoni mënyrën e të menduarit dhe synimet tuaja të larta. Gjithashtu mund të ndryshoni stilin e jetës. Megjithatë edhe kur e kuptoni se nuk keni fare se çfarë të bëni për të zgjidhur problemin stresues, thjesht të njohurit më mirë të këtij problemi ju jep një ndjenjë më të madhe sigurie dhe kontrolli.

- **Ikja**

Një pikë tjetër që ndihmon në zgjidhjen e problemit stresues.

Ndodh që të mos keni mundësi ta zgjidhni problemin që ju shqetëson. Ndodh gjithashtu që ta keni të pamundur të bashkëjetoni me të, atëherë nëse keni mundësi mund të largoheni prej tij. Kjo mund ta lehtësojë apo edhe ta shmangë stresin që lidhet me të. P.sh. keni

shtëpinë në qytet dhe jeni mërzhitur nga pluhuri dhe zhurmat, për të lehtësuar sadopak stresin zgjidhni të shkoni për pak kohë në një vend tjetër.

- **Reduktimi i produkteve të stresit**

Fatkeqësisht nuk mund të zgjidhen të gjitha problemet stresuese dhe gjithashtu ndoshta nuk është e mundur që të ikni prej tyre. Atëherë kërkohet që të bashkëjetohet me to. E në këtë rast, kërkohet që të bëhet reduktimi i emocioneve negative dhe reagimet e dëmshme fiziologjike që shkaktohen në mendjen dhe trupin tuaj stresues. Kjo mund të arrihet duke përdorur disa teknika shmangëse. Quhen kështu sepse synojnë të shmangin vëmendjen prej problemit stresues. Duke përdorur ato, jo vetëm që largon vëmendjen prej problemit stresues, por edhe vepron drejtpërdrejt tek vetja duke reduktuar në këtë mënyrë nxitjen e tepërt fiziologjike në trup.

Disa nga teknikat janë: relaksimi progresiv, meditimi, frymëmarrja diafragmatike, stërvitja autogjenetike, relaksimi përmes imazheve, aktiviteti fizik etj. por janë edhe disa teknika që mendohet se janë më pak efektive si: mekanizmat mbrojtës, gjumi, ilaçet qetësuese, të ngrënit.

- ❖ **Disa nga teknikat relaksuse për përballimin e stresit**

- **Meditimi**

Në të shumtën e rasteve dhe nga shumëkush meditimi mendohet si diçka magjike ose si diçka fetare. Por nuk është gjithmonë kështu. Meditimi është një ushtrim mendor. Është një përpjekje e vetëdijshme për ta përqendruar vëmendjen në një gjë të vetme dhe për të shmangur gjithçka tjetër, si mendimet ashtu edhe ngacmuesit e mjedisit të jashtëm. Objekti në të cilin përqendrohet vëmendja gjatë meditimit mund të jetë: frymëmarrja, rrahja e zemrës, një imazh

pamor, një vazo, një lutje, një fjalë apo fjali që përsëritet në mënyrë të heshtur, një dritë etj.

Lind pyetja: Cili është qëllimi i përqendrimit të vëmendjes në një objekt të vetëm? Analiza e këtij objekti? JO! Me anë të përqendrimit të vëmendjes njeriu nuk synon të analizojë pjesët e ndryshme të objektit, por synon të shohë objektin si diçka që ekziston në vetvete. Synon që ky objekt të mbushë gjithë mendjen e të përjashtojë gjithçka tjetër. Pse bëhet kjo? Për t'u shkëputur nga problemi? Jo! Kjo bëhet për t'u qetësuar dhe për të rimarrë energji që tëpërballonimë mirë problemin që ju shqetëson dhe për ta kontrolluar vëmendjen. Ky është thelbi i meditimit.

Cilat janë efektet e meditimit? Efektet e meditimit janë shumë të rëndësishme dhe i ndajmë në ato fiziologjike dhe psikologjike.

1. Fiziologjike

Ul ritmet e rrahjes së zemrës, ul ritmet e frymëmarrjes, ul konsumimin e oksigjenit nga organizmi, ul presionin e lartë të gjakut, ul tensionin muskolor, normalizon aktivitetin e valëve alfa në tru (këto janë valët e trurit në kushte qetësie), përmirëson gjumin.

2. Psikologjike

Pakëson ankthin, pakëson depresionin, rrit nivelin e vetëdijësisë për gjërat që ndodhin brenda dhe jashtë personit, rrit nivelin e vetëkontrollit. Sipas studimeve këto efekte mund të ndihen brenda 2-4 javëve nga praktikimi i meditimit.

• Relaksimi progresiv

Midis tensionit nervor-emocional dhe tensionit muskolor ka një lidhje të ndërsjellët. Ankthi dhe zemërimi i kontraktjnë dhe i tendosin muskujt. Është e vështirë që të kontrollohen emocionet negative, por mund të kontrollohen muskujt. Mjeku Edmund Jakobson(25) e vuri re këtë lidhje mes tensionit emocional dhe tensionit muskolor dhe i lindi ideja se tensioni muskolor

mund të reduktohet duke relaksuar muskujt progresivisht. E kështu ai përpunoi teknikën e relaksimit progresiv ose ndryshe njihet edhe si relaksimi jacobsonian. Teknika e relaksimit progresiv nuk është gjë tjetër veçse një seri sistematike ushtrimesh që kërkojnë në fillim të tendosni një grup muskujsh dhe pastaj t'i çlironi ata me qëllim që të relaksohen.

➤ Pse quhet relaksim progresiv?

Sepse relaksimi bëhet gradualisht duke kaluar nga njëri grup muskujsh tek tjetri, gjersa të relaksohen plotësisht të gjithë muskujt e trupit. Fillohet nga muskujt e duarve, krahëve, pjesa e kokës, shpina, krahbarori, pjesa e barkut dhe më në fund këmbët.

Qëllimi i fazës së relaksimit është që ta njihni sa më mirë këtë përjetim, e pasi të njihet mirë t'ia induktoni vetes.

➤ Cilat janë efektet e relaksimit progresiv?

Gjithmonë, siç thamë tek meditimi janë fiziologjike dhe psikologjike.

❖ Fiziologjike

Ulje e tensionit muskolor. (Lehtëson shumë dhimbjet e kokës, migrenën dhe dhimbjet e shpinës), normalizim i funksionimit të organeve të brendshme. (Veçanërisht, relaksim i sistemit të zemrës dhe enëve të gjakut dhe aparatit gastrointestinal). Përmirësimi i gjumit, rimarrje energjish.

❖ Psikologjike

Pakëson ankthin (Shumë e rekomandueshme për ata që ndjejnë ankth). Pakëson depresionin, përmirëson mendimin për veten, ndihmon në luftimin e alkoolizimit dhe përdorimit të drogës.

• Frymëmarrja diafragmatike

Zoti me të vërtetë na ka pajisur me një mekanizëm të përsosur për frymëmarrje-diafragmën. Me një muskul që ndodhet nën mushkëri, mes gjoksit dhe zgavrës abdominale (zona mes stomakut dhe gjoksit), në mënyrë ritmike, të lirshme, të qetë do lëvizë përpara kur njeriu nxjerrë frymën. Në këtë rast frymëmarrja është e plotë, e thellë, e ngadaltë dhe e shtruar. Truri punon më mirë. Kur bëhet nxjerrja e frymës jashtë duke përdorur diafragmën, muskujt çlirohen nga tendosja. Njeriu ndjehet më i qetë. Këtu qëndron edhe efekti relaksues i frymëmarrjes diafragmatike. Sa herë që njeriu përjeton shenjat e frymëmarrjes së nxituar është mirë të përdorni frymëmarrjen diafragmatike për të qetësuar veten.

Për të ditur se si merrni frymë, provoni këtë test: vini njërën dorë në pjesën e sipërme të gjoksit tuaj dhe tjetrën mbi bark, aty ku mbaron kafazi i kraharorit. Nëse në fillim të çdo frymëmarrje çohet më parë barku juaj, atëherë ju merrni frymë duke përdor diafragmën tuaj. Nëse në fillim të çdo frymëmarrje çohet më parë gjoksi juaj, atëherë ju merrni frymë me anë të gjoksit.

- **Desinsibilizimi sistematik**

Pse quhet desinsibilizim sistematik? Sepse ai kryhet shkallë-shkallë. Personi rri plotësisht i relaksuar dhe në fillim imagjinon situatën që shkakton më pak ankth dhe kështu shkallë – shkallë kalon te situata që shkakton ankthin më të madh. Në këtë mënyrë kalohet në një hierarki situatash: Nga ajo që shkakton fare pak ankth ose që mund të jetë edhe neutrale, gjer te situata në kulmin e hierarkisë që shkakton ankth të madh. Desinsibilizimi sistematik e shuan frikën për diçka. Jo vetëm kaq, por jep mundësi që të rivlerësoni situatën apo objektin e frikshëm, u jep mundësi që t'i zotëroni ato.

Teknika e desinsibilizimit sistematik është mjaft e përshtatshme për të luftuar ankthin e provimeve, ankthin e intimitetit seksual, ankthin e të folurit në vende publike, frikën e bërjes së pyetjeve, dhe shumë frikëra të tjera.

- **Relaksimi autogjenik**

Mendja ka një forcë të jashtëzakonshme ndikuese mbi trupin. Njeriu mund ta përdorë këtë forcë të mendjes edhe për t'u relaksuar. Këtu bazohet teknika e relaksimit autogjenik. Autogjenik do të thotë që njeriu vetë t'i induktojë diçka vetes së vet. Kjo teknikë është vetë hipnotizuese. Thelbin e saj e përbëjnë 6 formula standarde që përshkruajnë ndijime specifike në pjesë të ndryshme të trupit:

- “Të dyja duart dhe krahët e mi janë shumë të rënduar dhe shumë të ngrohtë.”
- “Të dyja këmbët e mia janë shumë të rënuara dhe shumë të ngrohta.”
- “Zemra ime rreh qetë dhe rregullt.”
- “Frymëmarrja ime është e qetë dhe e thellë.”
- “Ngrohtësia po shpërndahe mbi stomakun tim.”
- “Balli im është i freskët.”

Këto formula individit ia thotë vetes mendërisht pa zë 5-6 herë radhazi. Dhe në të njëjtën kohë individit imagjinon imazhe të caktuara që ndihmojnë që të krijohet ndijimi trupor. P.sh. në kohën kur personi i thotë vetes formulën “Të dy duart dhe krahët e mi janë shumë të rënduar dhe shumë të ngrohtë”, mund të imagjinoj sikur rrezet e diellit bien të ngrohta mbi duart dhe krahët.

Në pamje të parë kjo teknikë mund të duket një lojë pakëz e çuditshme, por nuk mund ta merrni me mend se çfarë ndryshimesh fiziologjike induktohen në trup.

- **Relaksimi përmes imazheve**

Mendja e njeriut është e aftë të krijojë imazhe ose ndryshe mund të quhen piktura mendore për ndodhi dhe objekte specifike dhe për përvojat që lidhen me to. Mendja e njeriut është e aftë që t'i regjistrojë dhe t'i riprodhojë përvojat që njeriu përjeton në formën e imazheve. Imazhet kanë një funksion shumë të rëndësishëm në trupin e njeriut. Imazhet ndihmojnë shumë për t'u relaksuar. Fakti është se kur njeriu sjell

ndërmend imazhe për ndonjë përvojë, trupi e rijeton këtë përvojë fiziologjikisht. Por nëse imazhi që sillet ndërmend është i frikshëm apo i trishtueshëm trupi do të rijetojë po ato reagime fiziologjike që ka përjetuar në situata reale të frikshme apo të trishtueshme (26).

KONTROLI SHËNDETËSOR BAZË

Kontroli Shëndetësor Bazë është një program kombëtar, pa pagesë për përfituesit e tij, që synon depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundshmërinë më prevalente, me qëllim kujdesin për shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe komplikacioneve, zbulimin e hershëm të çrregullimeve, mjekimin në fazat e hershme dhe përmirësimin e kulturës shëndetësore, prej te cilit, do të përfitojnë të gjithë shtetasit e grupmoshës 40-65 vjeç me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë.

Të shëndetshëm, jemi të gjithë të barabartë!

Filozofia e kontrollit shëndetësor bazë

Shëndeti është një aspiratë e përbashkët njerëzorë e përparësisë më të lartë dhe kjo qëndron në thelb të ekzistencës së shoqërisë modern.

Nismat botërore e OBSH-së, "Shëndeti 2020", e bën të qartë se përmirësimi thelbësor i shëndetit mund dhe do të arrihet kur në të përfshihemi të gjithë, e gjithë shoqëria dhe e gjithë qeveria, duke synuar mbrojtjen e popullatës nga kërcënimët mbi shëndetin, që njerëzit të jetojnë cilësisht më gjatë, duke ndihmuar gjithashtu, edhe mbrojtjen e shtresave të pambrojtura të shoqërisë.

Kjo përjasje na ofron mundësinë të fokusohemi, më së pari, te shëndeti dhe ruajtja e tij, dhe jo vetëm te sëmundja dhe kurimi i saj (27).

Çfarë është kontrolli mjekësor bazë dhe përse ju shërben?

- Çdo individ, sado i shëndetshëm, në një etapë të caktuar të jetës së tij (që nga mosha mesatare), është i rrezikuar nga sëmundjet si ato të zemrës dhe enëve të gjakut, goditjet në tru, diabeti, sëmundjet e veshkave, disa forma të demencës, depresioni etj.

- Sëmundjet kronike jo të trasmetueshme, veçanërisht ato kardiovaskulare dhe tumorale, janë shkaktarët më të mëdhenj të vdekshmërisë në Shqipëri.
- Këto janë sëmundje që kanë në bazë të tyre një stil jo të shëndetshëm jetese, prandaj është thelbësore që të mund të parandalohen duke u kapur në kohë dhe duke ndikuar në edukimin shëndetësor të popullatës për një stil ytë shëndetshëm jetese.
- Në një masë dërmuese, barra e sëmundshmërisë në Shqipëri përcaktohet nga tre faktorë madhorë të rrezikut: presioni i lartë i gjakut, konsumimi i produkteve të duhanit dhe ushqyerja jo e shëndetshme.
- Personat e grupmoshës 40-65 vjeç kanë rrezik më të lartë për një sërë gjëndjesh shëndetësore jo të favorshme, dhe pikërisht, këta individë do të kishin përfitimin maksimal nga zbulimi i hershëm i sëmundjes së tyre.
- Shfaqjen e këtyre sëmundjeve mund ta favorizojnë, gjithashtu edhe disa faktorë të tjerë që lidhen me mënyrën e jetesës, stresin, trashëgueshmërinë familjare etj.
- Kontrolli shëndetësor për moshat 40-65 vjeç, ka si qëllim të ndihmojë në diagnostikimin e hershëm dhe uljen e rrezikut së zhvillimit të këtyre sëmundjeve të zakonshme dhe të rrezikshme, por që në kohën e sotme, është e mundur të parandalohen.
- Nëse jeni në moshën 40-65 vjeç, ju do të merrni njoftimin dhe disa udhëzime me postë ose në telefon nga Mjeku i Familjes, lidhur me paraqitjen, për të kryer kontrollin një herë në vit, në një afat kohor të caktuar (2-3 data) Brenda muajit të lindjes. Kjo do t'ju ndihmojë që të keni lehtësi procedurale, koha e pritjes të jetë sa më e shkurtër dhe e planifikuar.
- Ajo që është më e rëndësishmja, në rast se ju paraqiten problememe shëndetin, të diagnostikoheni dhe të trajtoheni sipas

të gjitha rregullave nga Mjeku i Familjes, I cili ju mbulon me shërbimin shëndetësor të ofruar në Qendrën Shëndetësore pranë zonës ku ju banoni.

- Personeli mjekësor që do të ofrojë shërbimin e Paketës së Kontrollit Mjekësor për moshat 40-65 vjeç, është profesionalisht i aftë dhe i trajnuar për të gjithë elementët që përmban paketa e këtij shërbimi.
- Gjatë kontrollit, rreziku për sëmundje do të vlerësohet nëpërmjet disa testeve të thjeshta dhe pyetjeve standart për stilin e jetës që bëni, mënyrën e ushqyerjes, dhe historinë mjekësore të familjes suaj. Do t'ju ofrohen këshilla të personalizuar dhe ndihmë për të ulur rrezikun e sëmundjeve dhe për të bërë një jetë sa më të shëndetëshme.
- Këto do të përfshijnë këshilla për disa ndryshime të vogla port ë rëndësishme për regjimin e ushqimit, ose çfarë aktiviteti fizik duhet të kryeni sipas gjëndjes shëndetësore dhe nivelit të rrezikut që ju konstatohet.
- Nëse konstatohet rrezik i lartë , do të trajtoheni me ndihmën e duhur mjekësore, si barna që kontrollojnë presionin arterial të gjakut, diabetin , ose sëmundjet e veshkave, të shoqëruara me udhëzimet për rënien në peshë, ose lënien e duhanit, kontrollin e pirjes së alkolit etj **(28)**.

Paketa e kontrollit shëndetësor bazë përfshin:

- A) Vlerësim, këshillim, trajtim dhe ndjekje për faktorët e stilit të jetesës:
- Ushqyerja .
 - Konsumimi i duhanit.
 - Konsumimi i alkolit.
 - Niveli i stresit dhe depresionit.
- B) Matje, vlerësim, këshillim, trajtim, referim dhe ndjekje e parametrave fiziologjikë:
- Tension arterial.
 - Indeksi i masës trupore.

- Aktiviteti i zemrës (EKG).

C) Matje, vlerësim, këshillim, trajtim, referim dhe ndjekje e parametrave biokimikë:

- Formula e gjakut.
- Hb,HCT, MCV, MCH, MCHC.
- Kolesterol total, HDL kolesterol, LDL kolesterol, triglyceride.
- Glicemia.
- Feçe për gjak okult.
- Albuminuria, prania e qelizave, cilindrave, kristaleve në urinë, azotemia dhe kreatinemi.
- Bilirubinë totale dhe direkte, trasaminaza (SGPT, SGOT).

Hallkat e procesit

Thirrja e individëve për kontrollin shëndetësor bazë do të realizohet nëpërmjet:

- Shërbimit postar.
- Dërgim me zarf në adresë të çdo shtetasi qëndrim të përhershëm 40-65 vjeç:
 - Ftesa që sistemi shëndetësor I dërgon personit, informacion standart në lidhje me kontrollin mjekësor bazë.
 - Kontenieri për materialin e ekzaminimit IFOB.
 - Numer telefoni pa pagesë për informacione/paqartësi.
- Pjesëmarrja në kontrollin mjekësor bazë do të ofrohet në një nga tri datat që do t'i propozohen individit, në muajin e tij/saj të lindjes.
- Thirrje bac-up nëpërmjet telefonit.

Parimet e kontrollit mjekësor bazë

- Çdo shtetas me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë, që I përket grupmoshës 40-65 vjeç, ka të drejtën e kontrollit mjekësor bazë, pa diskriminim.
- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç është pa pagesë për shtetasit përfitues të programit.

- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç, ofrohet dhe realizohet nga punonjësit e shëndetësisë në Kujdesin Shëndetësor Parësor.
- Kontrolli mjekësor bazë realizohet në infrastrukturën e 415 Qëndrave Shëndetësore, të shtrira në të gjithë territoret e vendit.
- Çdo shtetas gëzon të drejtën të jap pëlqimin për kujdesin shëndetësor që do ti ofrohet.
- Çdo shtetas gëzon të drejtën e trajtimit me dinjitet.
- Çdo shtetas, që I përket grupmoshës 40-65 vjeç, pas kryerje së kontrollit mjekësor bazë, gëzon të drejtën e këshillimit, trajtimit dhe referimit sipas kuadrit rregullator në fuqi (29).

FAKTORËT SOCIAL-EKONOMIK DHE PSIKOLOGJIK NË SËMUNDJET E ZEMRËS

Statusi socioekonomik (SES) i referohet pozitës shoqërore të individit në raport me anëtarët e tjerë të një shoqërie. SES i ulët është i lidhur me rritje të mëdha në rrezikun e sëmundjes kardiovaskulare (CVD) tek meshkujt dhe femrat. Lidhja midis SES dhe rrezikut CVD në vendet me të ardhura të larta është rezultat i prevalencës së lartë dhe efekteve të përzierë të faktorëve të shumëfishtë të sjelljes dhe të rrezikut psikosocial tek njerëzit e SES të ulët. Megjithatë, dëshmitë e forta dhe të qëndrueshme tregojnë se SES prindërore, faktorët e hershme të jetesës dhe pabarazitë në shërbimet shëndetësore gjithashtu kontribuojnë në rritjen e rrezikut të CVD-së tek njerëzit e SES të ulët që jetojnë në vendet me të ardhura të larta. Përveç kësaj, vendbanimi mund të ndikojë në rrezikun e CVD, edhe pse të dhënat mbi ndikimin e shpërndarjes së pasurisë dhe faktorëve të lidhur me punën nuk janë në përputhje. Studimet mbi efektet e SES, mbi rrezikun CVD në vendet me të ardhura të ulëta dhe me të ardhura të mesme janë të pakta, por ka prova që po rritet pasuria e këtyre vendeve duke çuar në përsëritje të modeleve të vendeve me të ardhura të larta. Klinikët duhet të adresojnë

lidhjen mes SES dhe CVD duke përfshirë SES në llogaritjet e rrezikut të CVD dhe mjetet e shqyrtimit, duke reduktuar faktorët e rrezikut të sjelljes dhe psikosocial përmes parandalimit primar dhe sekondar të efektshëm dhe të barabartë, duke ndërmarrë auditime të barazisë shëndetësore për të vlerësuar pabarazitë në ofrimin e kujdesit (30).

Më shumë se gjashtë dekada kërkime empirike kanë treguar se faktorët e rrezikut psiko-social si statusi i ulët socio-ekonomik, mungesa e mbështetjes sociale, stresi në punë dhe jeta familjare, depresioni, ankthi dhe armiqësia kontribuojnë si në rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve koronare të zemrës (CHD) dhe përkeqësimi i kursit klinik dhe prognozës në pacientët me sëmundje kardiovaskulare. Këta faktorë mund të veprojnë si barriera ndaj aderimit të trajtimit dhe përpjekjeve për të përmirësuar stilin e jetesës në pacientët dhe popullatat. Përveç kësaj, janë identifikuar mekanizma të dallueshëm psikologjikë, të cilët janë të përfshirë drejtpërsëdrejti në patogjenezën e CHD. Në praktikën klinike, faktorët e rrezikut psikosocial duhet të vlerësohen përmes intervistës klinike ose pyetësorëve të standardizuar dhe duhet të diskutohet me pacientin në lidhje me cilësinë e jetës dhe rezultatet mjekësore. Në rast të rrezikut të rritur, duhet të përshkruhet ndërhyrja multimodale, sjellja, integrimi i këshillimit për faktorët e rrezikut psikosocial dhe përballja me sëmundjen. Në rast të simptomave klinike të rëndësishme si të depresionit dhe ankthit, pacientët duhet të referohen për psikoterapi dhe / ose ilaçe sipas standardeve të vendosura (sidomos inhibitorët selektiv të rimarrjes së serotoninës (SSRIs)). Psikoterapia dhe SSRIs duket të jenë të sigurta dhe efektive në lidhje me shqetësimet emocionale.

NDARJA E DEPRESIVE DHE STATUSI SOCIOEKONOMIK

Do të duket logjike që çrregullimet e humorit, dhe çrregullimet depressive në veçanti, do të kishin një marrëdhënie të fortë inversi me statusin socio-ekonomik. Pozita relative në strukturën socio-ekonomike të shoqërisë duhet të pasqyrohet në vetëvlerësim, një komponent ose

lidhje të ngushtë të dysphoria, simptomë kardinale e çrregullimit depresiv. Në masën që personat në pozita të ulëta socio-ekonomike fajësojnë veten për statusin e tyre, duket se ka potencial për faj, një komponent i veçantë i çrregullimeve depressive (Matza 1967). Jeta në shtresat e ulëta të statusit socioekonomik është më stresues dhe stresi lidhet me çrregullimet depressive (Turner, Eheaton dhe Lloyd 1995). (Sidoqoftë, lloji i stresit me lidhjen më të fortë me fillimin e depresionit, dmth humbjen e papritur të bashkëshortit ose të tjerëve të tjerë intim, nuk është aq e lidhur me statusin socioekonomik si llojet e tjera të stresit.) Studimet e hierarkive të statusit në primatë zbulojnë: Ky status dhe ndryshimet në statusin pasqyrohen në dallimet hormonale të cilat njihen të jenë të lidhura me çrregullimet depressive tek njerëzit (Jones, Stoddart dhe Mallick 1995). Disa psikiatër darvinistë besojnë se depresioni është funksional, në një kuptim evolucionar, sepse shpreh vartësi, e cila është e dobishme për mbijetesën e specieve (Gilbert 1992) (31).

Studime mbi gjendjen social-ekonomike dhe psikologjike te pacientet me semundje kardiovaskulare.

Australia

1- Në Australi, një grup ekspertësh arriti në përfundimin se ekziston një lidhje e fortë dhe e qëndrueshme midis depresionit, izolimit social dhe mungesës së mbështetjes sociale cilësore dhe sëmundjeve të zemrës. Këta faktorë ishin po aq të rrezikshëm për shëndetin e zemrës, sa nivele anormale të lipideve të gjakut, pirja e duhanit dhe presioni i lartë i gjakut.

Por i njëjti grup nuk gjeti lidhje midis sëmundjeve të zemrës dhe ngjarjeve kronike të jetës, stresit të punës, modelit të sjelljes së Tipit A, armiqësisë, çrregullimeve të ankthit ose çrregullimeve paniku.

Diku tjetër, studiuesit e tjerë kanë gjetur një lidhje të fortë midis ankthit dhe sëmundjeve të zemrës.

Një studim zbuloi një progres linear midis stresit psikologjik të vetëraportuar dhe dëmtimit të arteries karotide. Studimi i gjerë i Eëhitehall në

Mbretërinë e Bashkuar mes punonjësve të qeverisë zbuloi se ata që kishin më pak kontroll mbi punën e tyre, kishin normat më të larta të sëmundjeve të zemrës. Një sondazh i kryer nga Zyra Australiane e Statistikave në vitin 2008 në lidhje me të rriturit me të menaxhueshme për neuroza të rënda zbulon se pothuajse gjysma e popullsisë kishte një çrregullim mendor në një pikë të jetës së tyre dhe një në pesë njerëz kishin çrregullim mendor çdo 12 muaj. Femrat janë gjetur të kenë shkallë të lartë të çrregullimeve të shëndetit mendor(32).

Shtetet e Bashkuara

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë në vitin 2004, depresioni është shkaku kryesor i paaftësisë në Shtetet e Bashkuara për individë të moshës 30 deri në 70 vjeç. Depresioni shpesh ndodhin me një shumëllojshmëri të sëmundjeve mjekësore të tilla si sëmundje të zemrës, kanceri, dhe dhimbje kronike, dhe është i lidhur me statusin më të dobët shëndetësor dhe prognozë më të rëndë. Çdo vit, rreth 30.000 amerikanë marrin jetën e tyre, ndërsa qindra mijëra të bëjnë përpjekje për vetëvrasje (Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve). Në vitin 2004, vetëvrasja ishte shkaku kryesor i vdekjes në Shtetet e Bashkuara (Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve), e treta në mesin e individëve të moshës 40-50 vjeç. Pavarësisht nga disponueshmëria e trajtimit të frytshëm të depresionit, niveli i nevojës së paplotësuar për trajtim mbetet e lartë (33).

Republika Çeke

Ky studim përqendrohet në analizën e kushteve të zgjedhura sociale të emigrantëve sllovakë që jetojnë në Republikën Çeke. Qëllimi i studimit ishte të përshkruhen situatat sociale të sllovakëve që jetojnë në Republikën Çeke dhe të gjejnë lidhje midis situatës së tyre sociale dhe shëndetit personal. Në përputhje me objektivin kryesor të studimit, ne formulam pyetje kërkimore që lidhen me konceptet e statusit shoqëror, statusin socio-ekonomik, aftësitë gjuhësore dhe mbështetjen sociale. Metodrat e

intervistimeve të strukturuar janë përdorur për grumbullimin e të dhënave. Intervistat u transkriptuan dhe pastaj u kodifikuan. Mostra e hulumtimit përbëhet nga 16 emigrantë sllovakë, 11 gra dhe 5 burra. Rezultatet Skocezët që jetojnë në Republikën Çeke subjektivisht vlerësojnë shëndetin e tyre si të mirë. Korrelacionet midis perceptimit subjektiv të shëndetit dhe kushteve të zgjedhura sociale janë demonstruar nga arsimi dhe statusi i punësimit. Nuk ka pasur lidhje të dukshme ndërmjet perceptimit subjektiv të gjendjes shëndetësore dhe njohjes së gjuhës çeke. Përveç kësaj, asnjë lidhje nuk është treguar midis statusit social dhe perceptimit subjektiv të statusit shëndetësor. Nuk është treguar asnjë korrelacion midis përkrahjes sociale dhe perceptimit subjektiv të statusit shëndetësor personal. Përfundim: Hulumtimet kanë treguar se sllovakët që jetojnë në Republikën Çeke ndjehen mirë dhe janë të pranuar në mesin e Çekisë. Ata gëzojnë mbështetje sociale në të gjitha nivelet dhe janë të integruar në shoqërinë çeke (34).

QËLLIMI I STUDIMIT

Të analizojmë problemet social-ekonomike dhe psikologjike që kanë ndikuar në shfaqjen e sëmundjeve kardiovaskulare në këtë grup popullate të marrë në studim, me qëllim parandalimin dhe diagnostikimin e hershëm të këtyre sëmundjeve.

Hipotezat e studimit

- A ndikon mosha e personave të marrë në studim në shfaqjen e sëmundjeve kardiovaskulare?
- A ka diferencë gjinore në sëmundshmërinë kardiovaskulare për personat e marrë në studim?
- A ka ndikim statusi civil në sëmundshmërinë kardiovaskulare?
- A ndikon niveli arsimor i pacientëve të marrë në studim në shfaqjen e sëmundjeve kardiovaskulare?
- A ndikon statusi social-ekonomik në këtë sëmundshmëri?

- A ndikojnë të ardhurat ekonomike të pacientëve të marrë në studim në krahasim me të ardhurat mesatare të popullsisë në Shqipëri në sëmundshmërinë kardiovaskulare?
- A ka ndikuar gjendja psikologjike dhe mendore përgjatë dy javëve të fundit në shfaqjen e sëmundshmërisë te pacientët e marrë në studim?
- Sa ka ndikuar gjendja e vështirë mendore e pacientëve të marrë në studim në kryerje e aktiviteteve të përditëshme?
- Sa prej pacientëve të marrë në studim kanë mendime suicidal për shkak të problematikave shëndetësore?

Materialet dhe Metoda:

- Studimi është i tipit retrospektiv.
- Përfshin periudhën : Janar 2016- Prill 2017.
- Për studimin është përdorur pyetësi i gatshëm i chec-up : Si je? Formulari i Testimit të Depistimit.
- Vendi i realizimit të studimit: Qendra Shëndetësore Nr. 4 Vlorë. Lagjet e përfshira në studim: "Rilindja, Lef sallata, 29 Nëntori, Hajro Çakëri, Isa boletini".

Kriteret e pranimit:

- Në studim u përfshin 300 pacientë të grup-moshës 40-60 vjeç që kanë kryer chec-up gjatë periudhës : Janar 2016- Prill 2017.
- Përfshin pacientë që kanë shfaqur sëmundje kardio-vaskulare para dhe pas kryerjes së chec-up, ndër ta edhe pacientë të diagnostikuar më parë (pacientë kronikë).

Analiza e të dhënave:

Popullimi : Paciente me sëmundje kardiovaskulare .

Zgjedhja : 300 paciente te semure me semundje kardiovaskulare.

Variabli i interesit : Niveli i stresit te keta paciente si nje nga faktoret kryesore te semundjes.

Ne shfaqjen e semundjeve kardiovaskulare ,jane analizuar faktore(variabila) te tille te pamodifikueshem te riskut si moshë,gjinia,statusi civil,arsimimi si dhe faktore te tille te modifikueshem te riskut si punesimi dhe te ardhurat e familjes.

Per analizen e faktoreve jane analizuar shenimet e mjekeve per cdo pacient ne Qendren Shendetesore Nr.4 Vlore.

Te dhenat jane perpunuar me programin statistikor SPSS 19.

Metodat tabelare dhe grafiket ne forme drejtkendeshi, qarku apo ne forme vije jane

perdorur per te paraqitur shperndarjen e pacienteve sipas karakteristikave te caktuara.

Per te pasqyruar ndryshimet midis klasifikimeve te ndryshme eshte perdorur probabiliteti i shperndarjes Hi-katror,vlera $p < 0.05$ e te cilit tregon ndryshime te rendeshme statistikore midis klasave qe krahasohen.

Nga analiza e zgjedhjes se studimit tone mund te bejme paraqitjen e pergjitheshme si me poshte.

I.Analiza e zgjedhjes prej 300 pacientësh sipas faktorëve socialë-ekonomike.

1.Shpërndarja e pacientëve sipas moshës.

Nga analiza e të dhënave të database mbi moshën e pacientëve në studim është ndërtuar Tabela1.

Tabela 1.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas moshës.

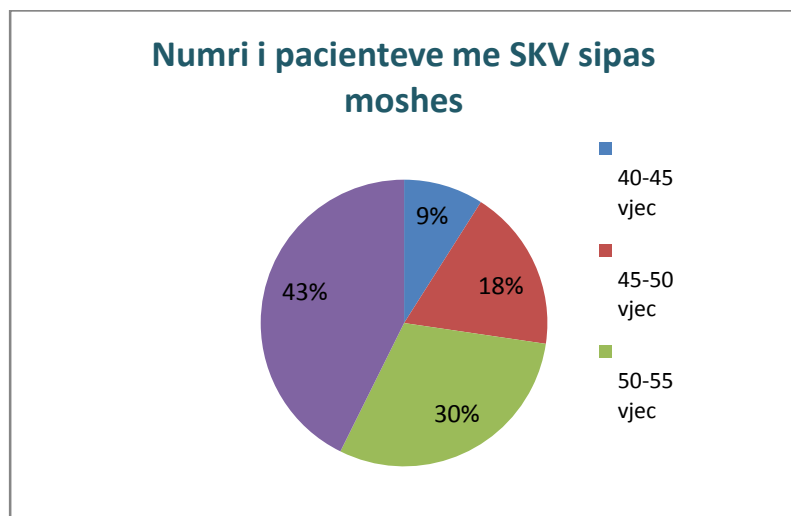
Mosha e pacienteve(vjec)	Numri	%
40-45	27	9
45-50	55	18.33
50-55	90	30
55-60	128	42.67
Totali	300	100

Nga **Tabela 1.** shihet se pacientët në studim i përkasin disa klasave të ndryshme të moshës, 9% janë të moshës 40-45 vjeç, 18% të moshës 45-50 vjeç, 30 % të moshës 50-55 vjeç, 43% moshës 55-60 vjeç. Pra numri më i madh i këtyre pacientëve i përket moshës mbi 50 vjeç.

Mosha mesatare e pacientëve në studim është 52.78 vjeç ,me devijim standart 5.46 vjeç.

Mosha minimale është 40 vjeç dhe ajo maksimale 60 vjeç.

Këtë shpërndarje moshash e paraqet më qartë edhe grafiku i mëposhtëm:



Grafiku 1

2.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas gjinisë.

Tabela 2. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas gjinisë.

Gjinia	Numri	%
Femer	197	65.67
Mashkull	103	34.33
Totali	300	100.00

Nga **Tabela.2** shihet se nga 300 pacientët,197 ose afro 66% e tyre janë femra dhe 103 ose 34% janë meshkuj.Këtë e paraqet edhe grafiku i mëposhtëm.



Grafiku 2

Tabela 3. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas moshës dhe gjinisë.

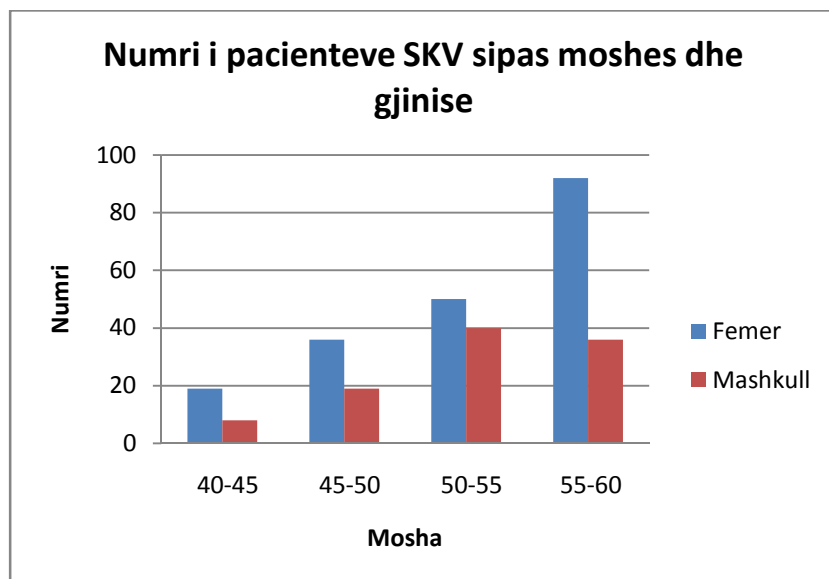
Tabela. 3 .Shpërndarja e pacientëve sipas moshës dhe gjinisë

Gjinia	Mosha (vjeç)				Total
	40-45	45-50	50-55	55-60	
Femer	19	36	50	92	197
Mashkull	8	19	40	36	103
Total	27	55	90	128	300

Nga të dhënat mund të themi se mosha mesatare e femrave paciente me SKV në studim është 53 vjeç, me devijim standart 5.67 . Mosha minimale është 40 vjeç dhe ajo maksimale 60 vjeç. Mosha më e përhapur është 60 vjeç.

Mosha mesatare e meshkujve pacientë me SKV në studim është 52.34 vjeç, me devijim standart 4.99. Mosha minimale është 41 vjeç dhe ajo maksimale 60 vjeç. Mosha më e përhapur është 54 vjeç.

Për një paraqitje më të qartë jepet grafiku.



Grafiku 3

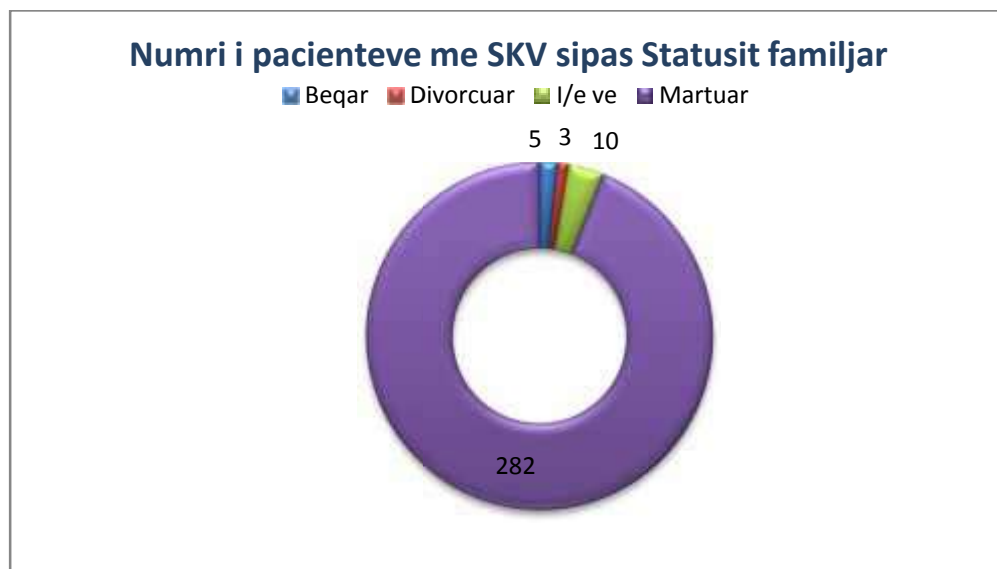
3.Shpërndarja e pacientëve sipas statusit familjar.

Tabela 4. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas statusit familjar

Statusi civil	Numri	%
Beqar	5	1.67
Divorcuar	3	1.00
I/e ve	10	3.33
Martuar	282	94.00
Totali	300	100.00

Nga Tabela. 4 shihet se nga 300 pacientët ,282 ose 94% e tyre janë të martuar, 5 pacientë ose 2

% janë beqar ,3 ose 1% të divorcuar dhe 10 pacientë ose 3 % janë të ve.
Kjo jepet edhe nga grafiku i mëposhtëm:



Grafiku 4

4. Shpërndarja e pacientëve sipas viteve të edukimit.

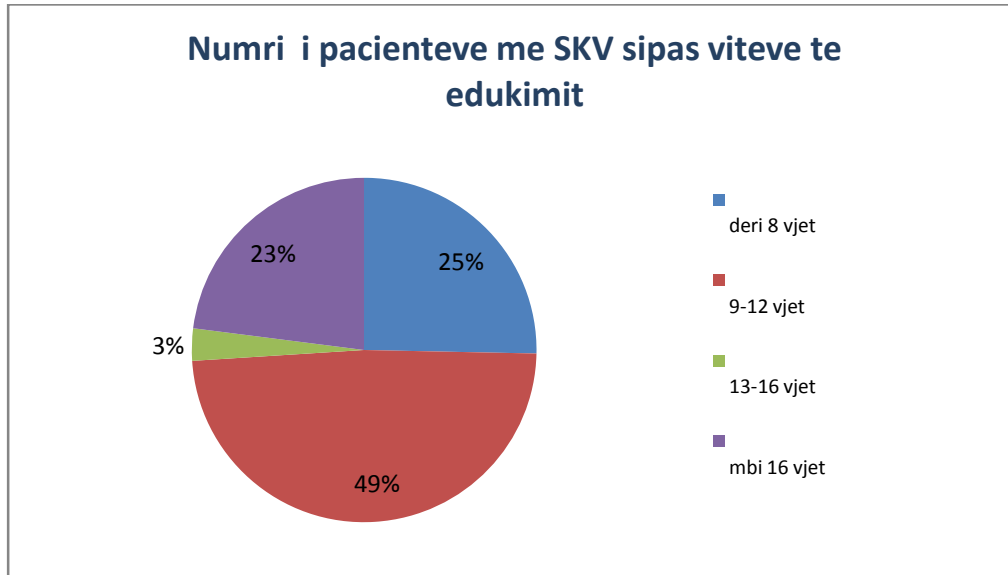
Tabela 5. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas viteve të edukimit.

Edukimi	Numri	%
deri 8 vjet	76	25.33
9-12 vjet	146	48.67
13-16 vjet	9	3.00
mbi 16 vjet	69	23.00
Totali	300	100.00

Lidhur me shpërndarjen e pacientëve sipas edukimit nga tabela 5 shihet se ,pjesa më e madhe e pacientëve të marr në studim , 146 pacientë ose 49 % e tyre kanë përfunduar 9-12 vjet arsimim, 25% kanë përfunduar deri 8 vjet arsimim ,23 % kanë përfunduar mbi 16 vjet

studime , 3% kanë përfunduar 13-16 vjet arsimim.Gjithashtu vitet mesatare të edukimit për pacientët janë 12.11 vite dhe devijimi standart 3.28 vjet.

Këtë shpërndarje e tregon edhe grafiku i mëposhtëm

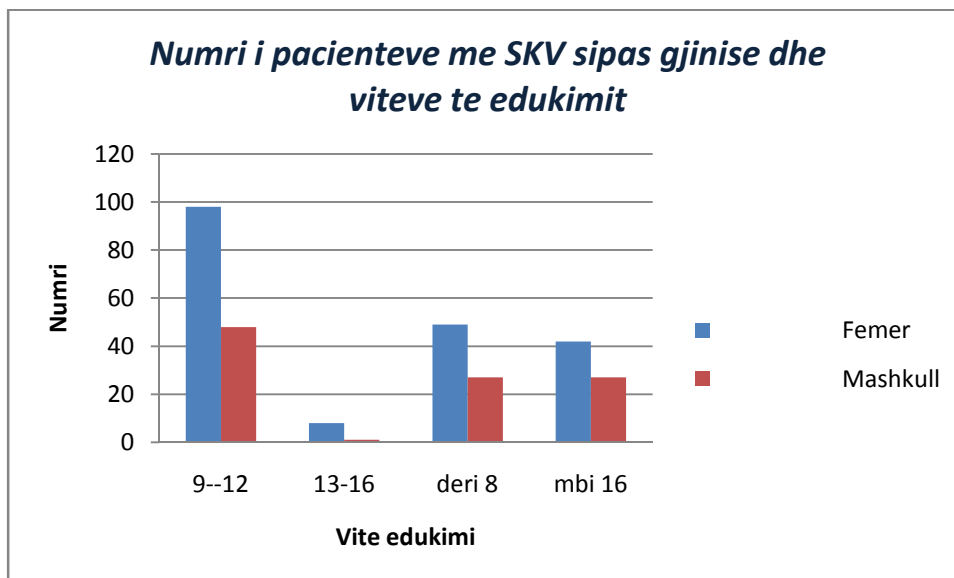


Grafiku 5

Gjithashtu ,përsa i përket edukimit të pcientëve me SKV të marr në studim sipas gjinisë shihet se pjesa më e madhe e pacientëve femra 98 (ose 50% e femrave) kanë edukimin 9-12 vjet dhe 49 (ose 25% e tyre) kanë deri në 8 vjet edukim .Po kështu ,21% kanë mbi 16 vjet edukim.Për

meshkujt 48 (ose 47% e meshkujve)) kanë edukimin 9-12 vjet dhe 27 (ose 26% e tyre) kanë deri në8 vjet edukim .Po ashtu 26% kanë mbi 16 vjet edukim.

Grafiku i mëposhtëm jep këtë shpërndarje.



Grafiku 5/1

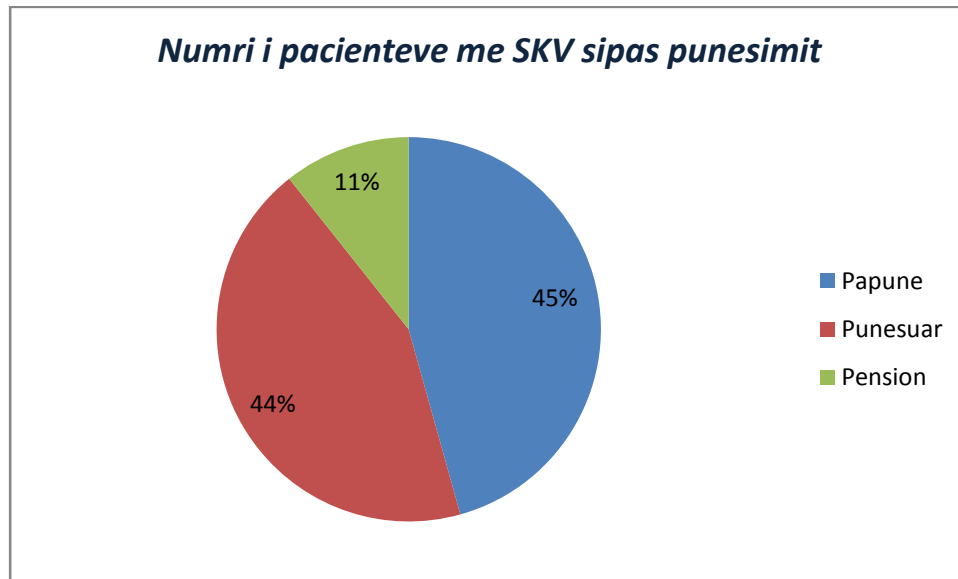
5. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas punësimit .

Tabela 6. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas punësimit.

Punesimi	Numri	%
Papune	137	45.67
Punesuar	131	43.67
Pension	32	10.66
Totali	300	100.00

Nga Tabela.6 shihet se sipas punësimit ,pjesa më e madhe e pacientëve në studim rreth 46% janë të papunë , rreth 44 % janë të punësuar dhe 11 % janë në pension.

Këtë shpërndarje e pasqyron edhe grafiku i mëposhtëm:



Grafiku 6

Tabela 7. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas punësimit dhe gjinisë

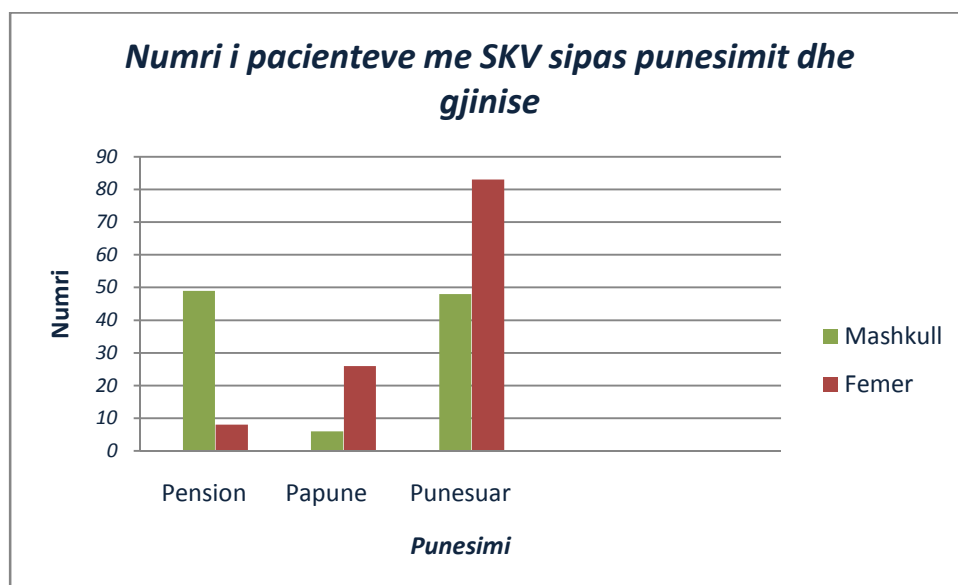
Gjinia	Punesimi			
	Pension	Papune	Punesuar	Total
Femer	8	26	83	197
	29.3	8.67	27.67	65.67

Mashkull	49	6	48	103
	16.33	2.00	16.00	34.33
Total	137	32	131	300
	45.67	10.67	43.67	100.00

Nga tabela shihet se te femrat numrin më të madh të pacientëve e përbëjnë ato që punojnë (83) dhe më pas ato te papuna (26) dhe vetëm 8 në pension.

Te meshkujt numrin më të madh e përbëjnë ata që janë në pension (49), më pas të punësuarit (48) dhe vetëm (6) janë papunë.

Edhe Grafiku.7 jep paraqitjen e kësaj shpërndarjeje



Grafiku 7

6. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas të ardhurave ekonomike krahasuar me të ardhurat mesatare familjare.

Tabela 8

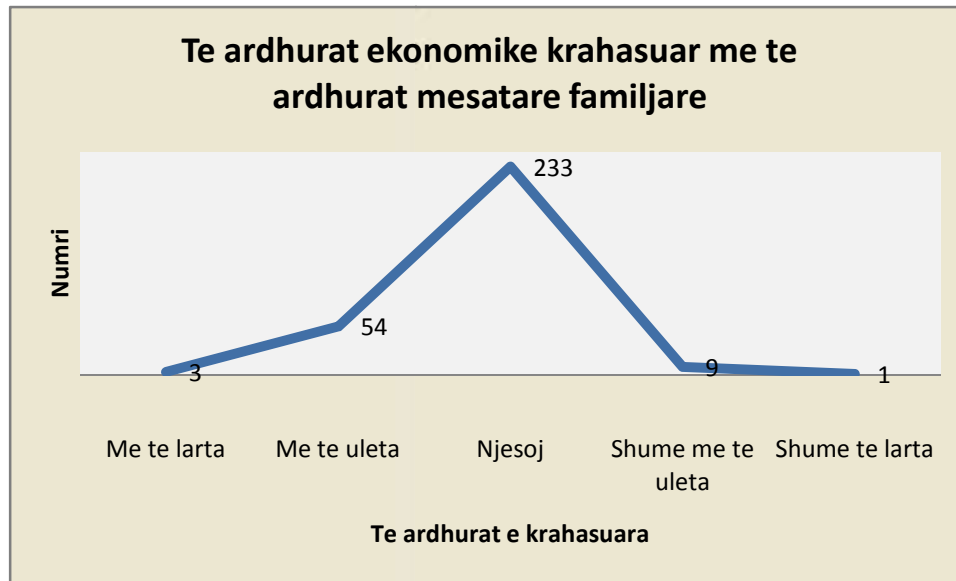
Te ardhurat ekonomike krahasuar me te ardhurat mesatare familjar	Numri	%
Me te larta	3	1.00
Me te uleta	54	18.00
Njesoj	233	77.67
Shume me te uleta	9	3.00
Shume te larta	1	0.33

Totali	300	100.00

Nga Tabela.8 shihet se nga 300 pacientët ,233 ose 78% e tyre deklarojnë se të ardhurat e tyre nuk kanë ndryshuar ,për 54 pacientë (18%) me SKV të ardhurat janë më të ulëta se mesatarja e familjes ,9 pacientë (3%) kanë të ardhura shumë

më të ulëta se mesatarja e familjes ,3 pacientë (1%) më të larta dhe1 pacientë(0.33%) shumë të larta.

Grafiku i mëposhtëm jep pamjen e kësaj shpërndarjeje.



Grafiku 8

Tabela 9. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas të ardhurave familjare dhe gjinisë

Gjinia	Te ardhurat ekonomike krahasuar me te ardhurat mesatare familjare					Total
	Me te larta	Me te uleta	Njesoj	Shume me te ulet	Shume te larta	
Femer	0	36	154	6	1	197
	0.00	12.00	51.33	2.00	0.33	65.67
Mashkull	3	18	79	3	0	103
	1.00	6.00	26.33	1.00	0.00	34.33
Total	3	54	233	9	1	300
	1.00	18.00	77.67	3.00	0.33	100.00

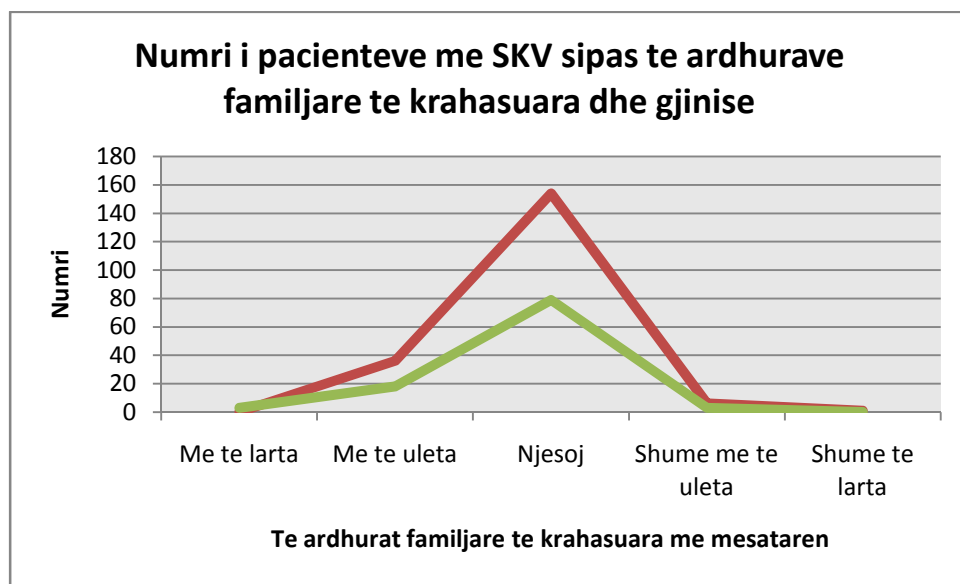
Nga analiza e shpërndarjes së pacientëve me SKV sipas të ardhurave ekonomike të krahasuara me të ardhurat mesatare familjare dhe gjinisë ,(Tabela 9) shihet se, pjesa më e

madhe te të dy gjinitë deklaror se të ardhurat e tyre nuk kanë ndryshime të mëdha nga mesatarja familjare,pra mund të deklarohen njësoj me nivelin mesatare.

Te femrat rreth 21% i përkasin të ardhurave më të ulëta ose shumë më të ulëta se mesatarja kurse te meshkujt kjo shifër është 20 %.Pra shihet se

kemi të njëjtën shpërndarje sipas të ardhurave në të dy gjinitë.

Këtë shpërndarje e jep edhe grafiku i mëposhtëm.



Grafiku 9

II.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas nivelit të stresit.

Për analizën e stresit te këta faktorë u analizuan përgjigjet e pyetjeve të pyetësorit të chc-up rreth stresit për një periudhë 2 javore. Gjithsej janë 9 pyetje dhe 1 pyetje për ata që kanë patur të paktën 1 shqetësim nga 9 të mësipërmit.

1.Analiza e përgjigjeve që lidhen me stresin.

Janë analizuar 22 faktorë që mund të ndikojnë në stresin te pacientët më SKV dhe përgjigjet e tyre jepen në tabelën e mëposhtme.

Tabela 1.Shpërndarja e pacientëve sipas përgjigjeve të pyetjeve mbi stresin.

Lloji i shqetësimit të hasur ne dy javet e fundit	Përgjigjet	Fare	Disa dite	Me shume se gjysmen e diteve	Pothuaj cdo dite
Pak interes ose pakenaqesi për të bërë gjëra	Numri	238	42	14	4
	%	79.33	14.00	4.67	2.00
Ndihesh keq,gjendje depresive ose pa shprese	Numri	228	60	10	2
	%	76.00	20.00	3.33	0.67
Vështiresi për të fjetur(te të zere gjumi ose të qendrosh në gjumë)	Numri	106	126	41	27
	%	35.33	42.00	13.67	9.00

Ndiresh I lodhur ose ke pak energji(fuqi)	Numri	102	148	26	24
	%	34.00	49.33	8.67	8.00
Nuk ke oreks ose ha me shume se me pare	Numri	232	58	3	7
	%	77.33	19.33	1.00	2.34
Te vjen keq per veten ose mendon se je i/e deshtuar dhe ke lene pas dore veten dhe familjen	Numri	247	47	4	2
	%	82.33	15.67	1.33	0.67
Veshtiresi ne perqendrim per gjerat qe ben si psh per te lexuar gazeten apo per te pare TV.	Numri	262	32	5	1
	%	87.33	10.67	1.67	0.33
Leviz ose flet ngadale ndryshe nga zakonisht dhe te tjeret e kane vene re ose je nervozdhe vjen verdalle me shume se zakonisht.	Numri	279	17	2	2
	%	93.00	5.66	0.67	0.67
Ke mendime se do ishte me mire te ishe i vdekur ose mendon ti besh keq vetes.	Numri	297	2	0	1
	%	99.00	0.67	0	0.33

Nga analiza e të dhënave të tabelës kemi:

Mesatarisht 59 pacientë me SKV kanë patur “Disa ditë” njërin nga shqetësimet që flasin për stres ,12 paciente mesatarisht kanë patur 1 nga këto shqetësime “Më shumë se gjysmën e ditëve “ dhe 8 pacientë mesatarisht kanë patur 1 shqetësim “Pothuaj çdo ditë”.

Nga tabela shihet se vendin e parë e zë shqetësimi “Ndiresh i lodhur ose ke pak energji(fuqi)” me 198 raste,nga të cilat në 24 raste shfaqet pothuaj çdo ditë.

Më pas vjen shqetësimi “Vështirësi për të fjetur (të të zërë gjumi ose të qëndrosh në gjumë” me 194 raste, nga të cilat në 27 raste shfaqet pothuaj çdo ditë.

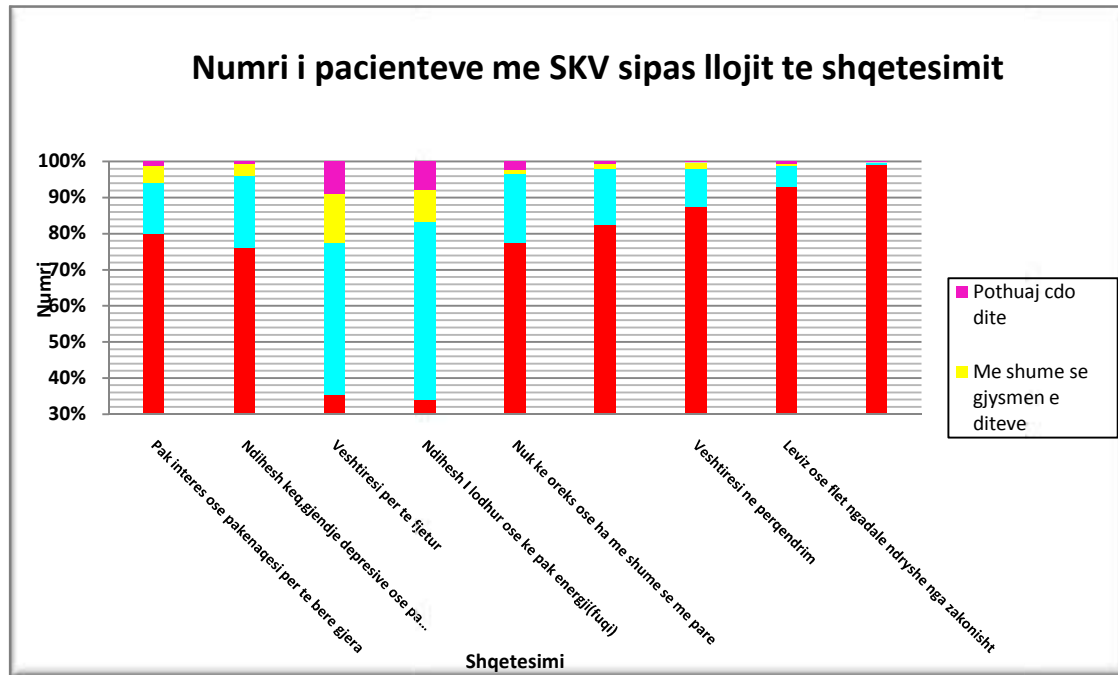
Në vendin e tretë vjen shqetësimi “Ndiresh keq,gjendje depressive ose pa shpresë” me 72 raste, nga të cilat në 2 raste shfaqet pothuaj çdo ditë.

Shqetësimi “Nuk ke oreks ose ha më shumë se më parë” shfaqet në 68 raste dhe në 7 raste shfaqet pothuaj çdo ditë.

Shqetësimi “ Pak interes ose pakënaqësi për të bërë gjëra” ka 60 raste nga të cilat në 4 raste shfaqet pothuaj çdo ditë.

Shqetësimi “Ke mendime se do ishte më mirë të ishe i vdekur ose mendon ti bësh keq vetes” vetëm në 3 raste është shfaqur,nga të cilat në 2 raste”Disa ditë” dhe vetëm në një rast “Pothuaj çdo ditë”.

Ndër shqetësimet që janë shfaqur më shumë”Pothuaj çdo ditë”janë “Vështirësi për të fjetur (të të zërë gjumi ose të qëndrosh në gjumë” në 27 raste dhe “Ndiresh i lodhur ose ke pak energji(fuqi)” në 24 raste.



Grafiku 1
Vështirësitë e shkaktuara te pacientët

Sa veshtiresi kane shkaktuar keto probleme te ju per te punuar, kujdesur per shtepine ose te te largojne nga njerezit e tjere	Numri	Fare	Disi	Jashtez akonish t	Shume
		176	100	8	16
	%	58.67	33.33	2.67	5.33

Tabela e mësipërme jep vështirësitë që kanë sjellë te pacientët me SKV këto lloj shqetësimesh për të punuar, kujdesur për shtëpinë ose largimin nga njerëzit e tjerë.

Kështu, në 100 raste ose 33% të rasteve përgjigja është "Disi", në 8 raste ose 3% "Jashtëzakonisht" dhe 16 raste ose 5% "Shumë".

2. Vlerësimi me pikë i përgjigjeve mbi stresin.

Përgjigjet e pyetjeve i korespondojnë disa niveleve të vlerësimit.

Kështu, është vlerësuar me 1 pikë përgjigja "Disa ditë", me 2 pikë përgjigja "Më shumë se gjysmën e ditëve" dhe 3 pikë përgjigja "Më të shumtën e ditëve".

Nga vlerësimi me pikë i përgjigjeve për stresin jepen të dhënat e mëposhtme:

Është vlerësuar si stres i ulët (S1) shumica e pikëve deri në 4 pikë, duke analizuar se kjo mund të ketë variantet e mëposhtme.

4 nga shqetësimet e mësipërme të shfaqura disa ditë.

2 nga shqetësimet shfaqur në më shumë se gjysmën e ditëve ose 1 shqetësim pothuaj çdo ditë dhe 1 shqetësim disa ditë.

Duke gjykuar se këto mund të jenë edhe rastësore atëherë vlerësimi nga 5 pikë e lartë është quajtur stres i lartë(S2)

Tabela e mëposhtme jep vlerësimin me pikë.

Tabela 2.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas pikëve të marra nga përgjigjet.

Piket	Numri	%
0	69	23.00
1	24	9.00
2	69	23.00
3	30	10.00
4	26	8.66
5	37	11.00
6	15	5.00
7	8	2.66
8	4	1.33

10	4	1.33
11	4	1.33
12	3	1.00
13	1	0.33
14	1	0.33
15	3	1.00
19	1	0.33
20	1	0.33

Kështu nga të dhënat kemi se 69 pacientë me SKV nuk kanë patur asnjë nga shqetësimet e mësipërme të cilat vlerësohen si shkaktarë të stresit dhe depresionit.

Tabela 3.Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit të stresit.

Shihet (Tabela3) se janë 149 raste të pacientëve me SKV që mund të klasifikohen si stres i ulët(S1) dhe 82 raste me nivel stresi të lartë (S2),që mund të jetë edhe shkaktar depresioni

III.Analiza e lidhjes midis stresit dhe faktorëve socialdemografike.

Tabela 4.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe moshës

	Mosha				
Niveli I stresit	40-45	45-50	50-55	55-60	Total
S1	14	28	41	66	149
	6.06	12.12	17.75	28.57	64.50
S2	6	14	30	32	82
	2.60	6.06	12.99	13.85	35.50
Total	20	42	71	98	231
	8.66	18.18	30.74	42.42	100.00
Chi-Square p= 0.5496					

Nga analiza e stresit dhe moshës së pacientëve është llogaritur probabiliteti i Hi-katror i cili për vlera <0.05 tregon ndryshime të rëndësishme statistikore midis klasave të krahasimit,kurse për

vlera>0.05 tregon se ndryshimet janë rastësore dhe jo të rëndësishme.

Në rastin e analizës së stresit sipas moshës së pacientit(4 klasa moshash),probabiliteti Hi-katror p=0.5496,pra >0.05 tregon se ndryshimi

në vlerat e stresit midis pacientëve të moshave të ndryshme nuk është i rëndësishëm statistikisht, por vetëm rastësor.

Tabela 5. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe gjinisë.

Niveli i stresit	Gjinia		
	Femer	Mashkull	Total
S1	9	54	149
	41.3	23.38	64.50
S2	60	22	82
	25.97	9.52	35.50
Total	155	76	231
	67.10	32.90	100.00
Chi-Square p= 0.1451			

Nga analiza e Stresit dhe gjinisë së pacientëve është llogaritur ,probabiliteti Hi-katror $p=0.1451$, pra >0.05 tregon se ndryshimi në

vlerat e stresit midis meshkujve dhe femrave nuk është i rëndësishëm statistikisht ,por vetëm rastësor.

Tabela 6. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe edukimit.

Niveli i stresit	Vite edukimi				Total
	deri 8 vjet	9-12 vjet	13-16 vjet	mbi 16 vjet	
S1	33	76	3	37	149
	14.29	32.90	1.30	16.02	64.50
S2	27	38	3	14	82
	11.69	16.45	1.30	6.06	35.50
Total	60	114	6	51	231
	25.97	49.35	2.60	22.08	100.00
Chi-Square p= 0.2042					

Nga analiza e Stresit dhe edukimit të pacientëve është llogaritur ,probabiliteti Hi-katror $p=0.2042$,pra >0.05 tregon se ndryshimi në vlerat e stresit

midis pacientëve me vite të ndryshme edukimi nuk është i rëndësishëm statistikisht ,por vetëm rastësor.

Tabela 7. Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe punësimit.

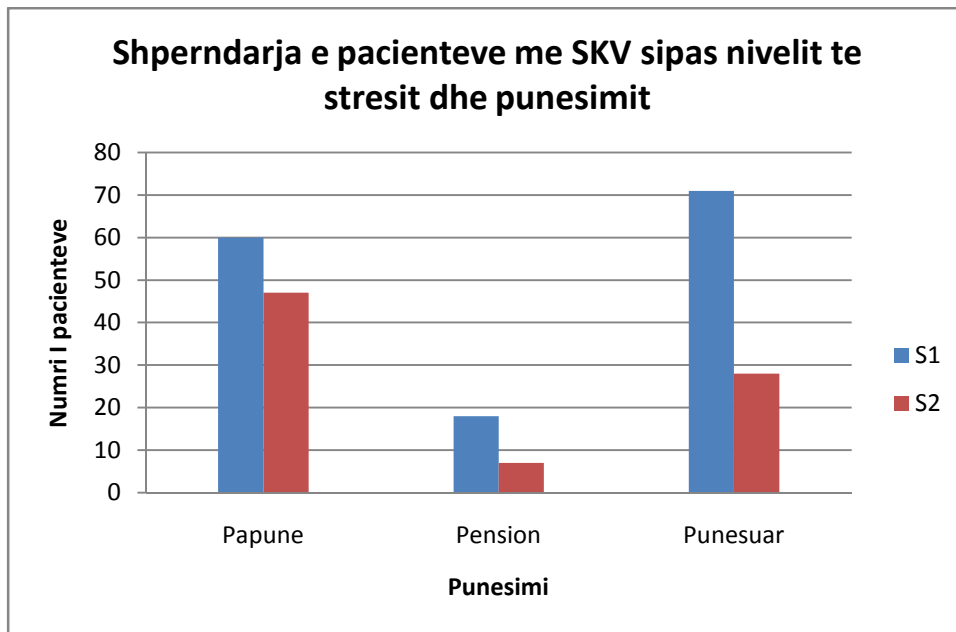
Niveli i stresit	Punësimi			
	Papune	Pension	Punësuar	Total
S1	60	18	71	149
	25.97	7.79	30.74	64.50
S2	47	7	28	82

	20.35	3.03	12.12	35.50
Total	107	25	99	231
	46.32	10.82	42.86	100.00
Chi-Square p= 0.0454				

Nga analiza e Stresit dhe punësimit të pacientëve është llogaritur ,probabiliteti Hi-katror $p=0.0454$,pra < 0.05 tregon se ka një ndryshim të rëndësishëm statistikor në vlerat e stresit midis pacientëve me punësim të ndryshëm.Kështu,në nivelin S1(I ulët) të stresit kemi 40% janë

papunë,47% të punësuar dhe 13% në pension,kurse në nivelin S2(I lartë) të stresit kemi 57% të pacientëve të papunë,34% të punësuar dhe 9% në pension.Pra mund të themi se papunësia ka sjellë rritjen e stresit në nivele më të larta te pacientët me SKV.

Këtë pasqyrë e jep edhe Grafiku 2.



Grafiku 2

Tabela 8.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe statusit familjar.

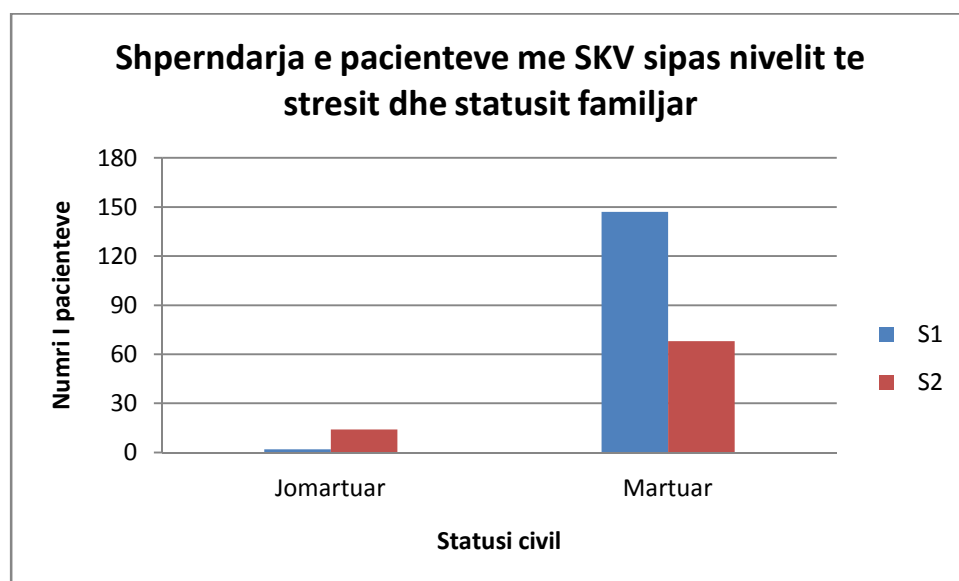
Niveli i stresit	Statusi familjar		
	Jomartuar	Martuar	Total
S1	2	147	149
	0.87	63.64	64.50
S2	14	68	82
	6.06	29.44	35.50
Total	16	215	231
	6.93	93.07	100.00

Chi-Square $p < .0001$

Nga analiza e Stresit dhe statusit familjar të pacientëve është llogaritur ,probabiliteti Hikatror $p < 0.0001$,pra < 0.05 tregon se ka një ndryshim të rëndësishëm statistikor në vlerat e stresit midis pacientëve me status familjar të ndryshëm.Kështu,në nivelin S1(i ulët) të stresit kemi 99% jane të martuar ,1% me statuse të tjerë(Beqar,divorcuar,i/e ve),kurse në nivelin

S2(i lartë) të stresit kemi 83% janë të martuar ,17% me statuse të tjerë(Beqar,divorcuar,i/e ve).Pra mund të themi se statusi civil (jo i martuar) ka sjellë rritjen e stresit në nivele më të larta te pacientët me SKV. Kjo spjegohet edhe me faktin që këta persona mund të jetojnë të vetmuar.

Këtë pasqyrë e jep edhe Grafiku 3.



Grafiku 3

Tabela 9.Shpërndarja e pacientëve me SKV sipas stresit dhe të ardhurave familjare.

Niveli i stresit	Te ardhurat ekonomike krahasuar me te ardhurat mesatare familjare					
	Me te larta	Me te uleta	Njesoj	Shume me te ulet	Shume te larta	Total
S1	0	19	126	3	1	149
	0.00	8.23	54.55	1.30	0.43	64.50
S2	1	27	51	3	0	82
	0.43	11.69	22.08	1.30	0.00	35.50
Total	1	46	177	6	1	231

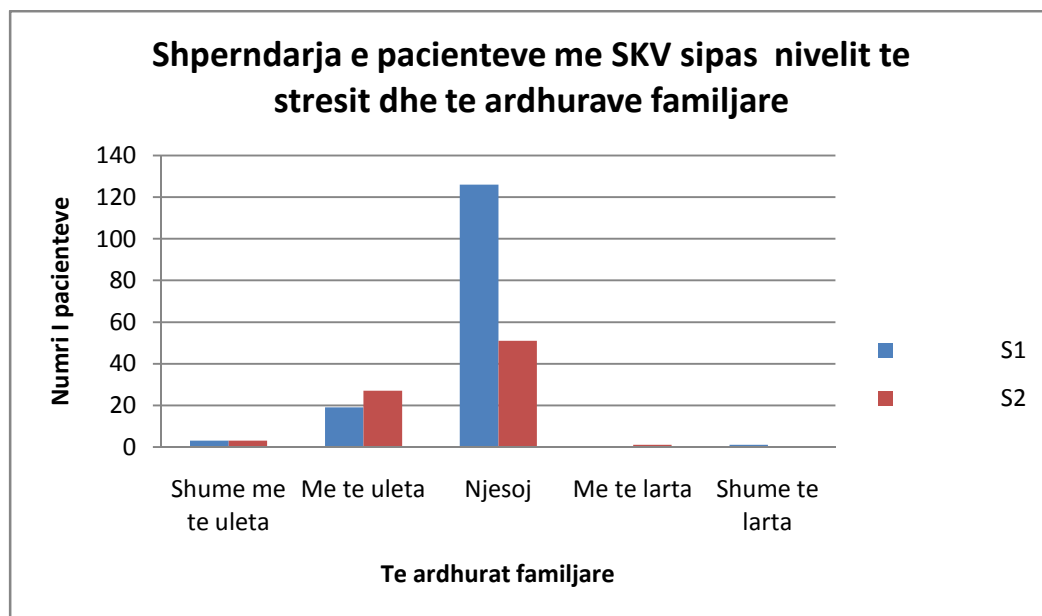
	0.43	19.91	76.62	2.60	0.43	100.00
Chi-Square	p= 0.0018					

Nga analiza e Stresit dhe te ardhurave familjare të krahasuara me të ardhurat mesatar familjare të pacientëve është llogaritur , probabiliteti Hikatror $p = 0.0018$,pra < 0.05 tregon se ka një ndryshim të rëndësishëm statistikor në vlerat e stresit midis pacientëve me të ardhura familjare të ndryshme. Kështu, në nivelin S1(I ulët) të stresit kemi 14% të pacientëve kanë të ardhura familjare më të ulëta dhe shumë më të ulëta nga mesatarja familjare , kurse në nivelin S2(I lartë)

të stresit kemi 36% të pacientëve që kanë të ardhura familjare më të ulëta dhe shumë më të ulëta nga mesatarja familjare. Pra mund të themi se niveli i të ardhurave familjare ka sjellë rritjen e stresit në nivele më të larta te pacientët me SKV.

Niveli i ulët i të ardhurave tregon për gjendje ekonomike të vështirë që padyshim përkthehet në stres dhe në depression.

Kjo pasqyrohet edhe në grafikun 4.



Grafiku 4

Duke qenë se faktorët e tillë si punësimi dhe të ardhurat familjare janë faktorë të modifikueshëm të stresi është detyrë e shtetit të përmirësojë politikat e punësimit për të ulur stresin, depresionin dhe ndikimin e tyre në SKV.

Statusi civil është një faktor i pamodifikueshëm në stres, për këtë arsye e vetmja mundësi është ndihma sociale ndaj këtyre personave në mënyrë që ata të mos ndihen të vetmuar dhe pa përkrahje, duke ulur stresin dhe depresionin si dhe ndikimin e tyre në SKV.

Përfundime:

1. Nga të dhënat e këtij studimi mund të themi se nga 300 pacientët me SKV që kanë kryer chec-up, shenjat e stresit në nivele të ndryshme janë shfaqur në 77% të rasteve ,kurse në 36% të rasteve niveli i stresit është i konsiderueshëm deri në të lartë.
2. Ndryshimi i vërejtur në nivelin e stresit midis pacientëve me SKV **tëmohave** të ndryshme nuk është i rëndësishëm statistikisht , por vetem rastësor. Pra nuk kemi të dhëna të mjaftueshme për të pohuar se niveli i stresit është më i lartë në një moshë të caktuar.
3. Ndryshimi në nivelin e stresit midis **meshkujve dhe femrave** nuk është i rëndësishëm statistikisht, por vetem rastësor. Pra nuk kemi të dhëna të mjaftueshme për të pohuar se niveli i stresit është më i lartë në një gjini të caktuar.
4. Ndryshimi në vlerat e stresit midis pacientëve me vite të ndryshme **edukimi** nuk është i rëndësishëm statistikisht ,por vetem rastësor. Pra nuk kemi të dhëna të mjaftueshme për të pohuar se niveli i stresit është më i lartë në një nivel edukimi të caktuar.
5. Nga analiza mund te themi se punësimi është një faktor që ndikon në stresin te pacientët me SKV që kanë kryer chec-up. Kështu ,pacientët e papunë kanë nivel më të lartë stresi se kategoritë e tjera të punësimit.
6. Mund te themi se statusi familjar është një faktor që ndikon në nivelin e stresit te pacientët me SKV që kanë kryer chec-up . Kështu pacientët me SKV që nuk janë të martuar (beqare,divorcuar,I/e ve) kanë nivel më të lartë stresi se pacientët e martuar.
7. Mund të themi se niveli i të ardhurave familjare është njëfaktor që ndikon në stresin te pacientët me SKV. Kështu pacientet me SKV që kanë të ardhura

më të ulëta se mesatarja familjare kanë nivel më të lartë stresi.

8. Nga shqetësimet vendin e parë e zë shqetësimi “Ndihehsh i lodhur ose ke pak energji(fuqi)” .Më pas vjen shqetësimi “Vështirësi për të fjetur(të të zërë gjumi ose të qëndrosh në gjumë.
Në vendin e tretë vjen shqetësimi “Ndihehsh keq,gjendje depressive ose pa shpresë” .
9. Shqetësimi “Ke mendime se do ishte më mirë të ishe i vdekur ose mendon ti bësh keq vetes” vetëm në 3 raste është shfaqur,nga të cilat në 2 raste” Disa ditë” dhe vetëm në një rast “Pothuaj çdo ditë”.

Diskutimi

Pjesa më e madhe e popullsisë është e gjinisë femërore,rezultat ky i dalë në mënyrë rastësore,ndoshta edhe për shkak të devotshmërisë së femrave për të kryer kontrollin shëndetësor bazë. Grup- mosha 46-55 vjeç e femrave ,kanë probleme kardiovaskulare të shprehura, e lidhur kjo ndoshta edhe për shkak të problemeve tëmenopauzës. Ndërkohe studime të ngjashme në SHBA, Australi,dhe vende të ngjashme me nivelin social-ekonomik shqiptarë, tregojnë se femrat janë më të prekura nga depresioni dhe sëmundjet kardio-vaskulare. Pjesa më e madhe e femrave janë diagnostikuar në këtë periudhë të jetës me HTA apo sëmundje të tjera kardiovaskulare. Nuk vihet re ndonje lidhje e statusit civil me sëmundjet kardiovaskulare, pjesa më e madhe e pacientëve të diagnostikuar me këto sëmundje janë të martuar dhe një pjesë fare e vogël janë të divorcur,të ve apo të pa martuar.E dhënë kjo e dalë ndoshta edhe për faktin se personat e martuar kanë probleme dhe angazhime të shumta familjare,të cilat mund të shtojnë stresin dhe për rrjedhojë faktori stres mund të ndikoj në shfaqjen e problemeve kardiovaskulare. Në studime tëngjashme botërore personat me probleme të tilla si humbja e të afërmeve,bashkëshortëve, ndikojnë në shfaqjen e

fenomeneve psikotike dhe në shfaqjen e problemeve kardio-vaskulare.

Përsa i përket statusit social-ekonomik edhe në këtë studim dalin në pah problemet e shumta sociale dhe ekonomike që kanë pjesa më e madhe e familjeve shqiptare, si papunësia dhe të ardhurat e pakta financiare, probleme këto që çojnë në shfaqjen e stresit në një nivel të lartë të popullsisë dhe siç e dimë të gjithë, stresi është një ndër shkaqet kryesore të sëmundjeve të shumta. Shumë shqetësues është fakti se të dhënat e këtij studimi nxjerrin në pah numrin e madh të të papunëve që ka qyteti i Vlorës, pasi lagjet e përfshira në studim ndodhen në qendër të qytetit. Është alarmant fakti se grupmosha më aktive e popullatës nuk kryen punë dhe nuk është produktive për vetveten dhe shoqërinë duke sjellë për rrjedhojë edhe problem shëndetësor të cilat shtojnë edhe më shumë problemet ekonomike dhe sociale. Në studime të ngjashme të literaturës përmbledhëse rezulton se shtresa e varfër dhe e mesme janë më të prekura nga sëmundjet kardiovaskulare si pasojë e papunësisë, izolimit social dhe fenomeneve të tjera që rrjedhin nga këto probleme.

Nga studimi shqetësues është dhe fakti se disa prej pacientëve të marrë në studim shfaqin probleme psikologjike, çka e bënë të nevojshëm praninë e psikologut dhe punonjësve social në institucionet e shërbimit parësor. Duke qenë se një mjek familje nuk ka ku ta adresojë një pacientë që ka nevojë për trajtim psikologjik, detyrimisht ky pacient çohet te psikiatri pasi është i vetmi orientim shtetëror duke rritur dhe më shumë stresin te ky pacient pasi e mendon veten 'të çmendur'. Të gjithë këta faktorë të grumbulluar së bashku e çojnë stresin në nivel maksimal. Stresi i vazhdueshëm dhe problemet e shumta social-ekonomike në bashkëveprim me sëmundjet kardiovaskulare kanë çuar në një përqindje të vogël edhe në tentativë vetvrasëse. Edhe në studime të ngjashme botërore depresionit i vihet përgjegjësia për probleme të shumta të aftësisë në jetë dhe punë. Sipas OBSH depresioni është shkaku kryesor i paaftësisë në Shtetet e Bashkuara për individë të moshës 30 deri në 70 vjeç. Depresioni shpesh ndodh me një

shumëllojshmëri sëmundjesh mjekësore të tilla si sëmundje të zemrës, kanceri, dhimbje kronike, dhe është i lidhur me statusin më të dobët shëndetësor dhe prognozë më të rëndë. Çdo vit, rreth 30.000 amerikanë marrin jetën e tyre, ndërsa qindra mijëra të bëjë përpjekje për vetëvrasje (Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve). Në vitin 2004, vetëvrasja ishte shkaku kryesor i vdekjes në Shtetet e Bashkuara (Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve), e treta në mesin e individëve të moshës 40-50 vjeç. Pavarësisht nga disponueshmëria e trajtimit të frytshëm të depresionit, niveli i nevojës së paplotësuar për trajtim mbetet e lartë.

Rekomandimet

- Nga studimi u vu re se pjesa më e madhe e personave të përfshirë në studim nuk kishin kryer kontrollin shëndetësor rutin, e cila ka çuar në mungesën e diagnostikimit të hershëm të sëmundjeve kardiovaskulare. Këshillohet që e gjithë popullata duhet të kryejë kontrolle periodike shëndetësore për të evidentuar në fazë të hershme sëmundjet kardiovaskulare.
- Të paktën një herë në 6 muaj pacientet mbi 35 vjeç të bëjnë matjen javore të Presionit Arterial. (matja e TA-së për një periudhë një javore në mëngjes dhe pasdite dhe shënimi i vlerave në një tabel)
- Femrat në moshën e mesme duhet të kryejnë një kontroll shëndetësor edhe pse nuk kanë shenja të dukshme të sëmundjeve kardiovaskulare, pasi janë vënë re çrregullime dhe shfaqje të sëmundjeve të kjo grup moshë.
- Duhet të ketë politika sociale nga shteti për të rritur numrin e të punësuarve, pasi personat e papunë shfaqin më shumë probleme shëndetësore sipas këtij studimi.
- Të sëmurët kronik, veçanërisht ata me më shumë se një diagnozë duhet të ketë lehtësira në kryerjen e kontrolleve periodike në strukturat shëndetësore.
- Nga studimi u vu re se invalidët nuk kishin kryer kontrolle shëndetësore për shkak të paaftësisë fizike të tyre dhe mungesës së

strukturave përshtatëse për këtë kategori në institucionet shëndetësore. Duhet të ketë infrastrukturë të përshatur për personat invalid në të gjitha institucionet shëndetësore.

- Personat e përfshirë në studim dinin shume pak ose aspak se kush ishin faktorët rriskues për shfaqjen e sëmundjeve kardiovaskulare. Duhet të bëhet më shumë në shërbimin parësor për informimin e vazhdueshëm të popullatës për faktorët rriskues, duke përfshirë çdo kategori arsimore.

- Duhet të punohet nga strukturat sociale të pushtetit vendor për uljen e numrit të personave me të ardhura tejet të ulëta, pra zbulimin e varfërisë.
- Thua se asnjë prej personave të përfshirë në studim nuk kishte kryer takime me psikolog apo punonjës social edhe pse disa prej tyre kishtin problem psikologjik. Duhet të ketë shërbim psikologu dhe punonjës social në të gjitha strukturat shëndetësore parësore.

Bibliografia

1-Zemra dhe funksioni i saj. Postuar : Dhjetor 15, 2009 te Uncategorized

<https://arlindshaqiri.wordpress.com/2009/12/15/zemra-dhe-funksioni-i-saj/>

2- @Copyright 2017, Tirana Observer, All Rights Reserved.

<http://www.tiranaobserver.al/wp-content/uploads/2015/07/anatomia-e-zemres.jpg>

3-
https://sq.wikipedia.org/wiki/Semundjet_e_zemre

4-@ Rinstinkt 2012

<https://rinstinkt.wordpress.com/2012/10/26/hyrje-mbi-semundjet-kardiovaskulare/>

5-Sëmundjet e Zemrës – Mjekesia Bimore

<https://mjekesiabimorearabe.com> › Sëmundje & Trajtime › Zemra & Gjaku

6-semundjet kardiovaskulare- Qendra spitalore “Nene Tereza” (QSUT)

www.qsut.gov.al › Shëndeti Juaj › Të njohim trupin dhe të parandalojmë sëmundjet

7-2003 - 2017 Albeu Online Media

www.albeu.com/shendetesi/semundjet-e-zemres-ja-disa-simptoma/73142/

8- Libri Sëmundje të Brendshme vëllimi i dytë autor Fejzi Alushi

9-Sëmundjet e Zemrës – Mjekesia Bimore Arabe

<https://mjekesiabimorearabe.com> › Sëmundje & Trajtime › Zemra & Gjaku

10-© 1998-2017 Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). All rights reserved.

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/heart-disease/basics/treatment/con-20034056>

11-Organizata Boterore e Shendetesise (OBSh)

https://sq.wikipedia.org/wiki/Organizata_Bot%C3%ABrore_e_Sh%C3%ABndet%C3%ABsis%C3%AB

12- REDAKSIA GAZETA 19 shtator 2013-04:16

shqiptarja.com/nees.php?IDNotizia=177663

13Ardhmeria Online

ardhmeriaonline.com/artikull/.../semundjet-kardiovaskulare-vend-te-pare-ne-shqiperi/

14-© 2014Spitali Rajonal Durrës

<http://srd.gov.al/shendeti-yne>

15-<http://qkcsaish.gov.al/siguria-te-drejtat-e-pacientit/informimi-i-hollesishem>

16- © 2016 mapo.al : Botim i Institutit të Shëndetit Publik

<http://www.mapo.al/2016/01/te-semuret-me-zemer-kujdesi-gjate-diteve-te-ftohta/1>

17- Qendra Spitalore Universitare “NËNË TEREZA”

<http://www.qsut.gov.al/index.php/stafi-infermieror-ne-qsut-para-standardeve-te-reja-per-kujdes-te-sigurt-dhe-efektiv-ndaj-pacientit/>

18-© Klan Kosova 2017

klankosova.tv/faktoreset-e-semundjeve-te-zemres/

19-This page was last edited on 20 July 2017, at 18:56.

Text is available under the Creative Commons Attribution-ShareAlike License; additional terms may apply. See Terms of Use for details.

[://https://sq.](https://sq.wikipedia.org/wiki/Semundjet_e_zemres)

[wikipedia.org/wiki/Semundjet_e_zemres](https://sq.wikipedia.org/wiki/Semundjet_e_zemres)

20- @ 2017 Doktoriim.com

<https://www.shije.al/article/5923/dieta-dash-me-e-mira-per-6-vite-radhazi-ne-shba/>

21- © Copyright 2017, Tirana Observer. All Rights Reserved.

<http://www.tiranaobserver.al/ndikimi-i-obezeitit-tek-tensioni-zemra-dhe-diabeti/>

22- Copyright © 2014. All Rights Reserved.ACIBADEM SISTINA

<http://acibademsistina.mk/health/al/index.php/srce-vaskularno-zdravje/62-pusenje-cigari.html>

23- Si ndikon sporti ne shendetin tonePubblicato il 27 febbraio 2011 da EFESS

<http://sitebehesh.over-blog.com/article-si-ndikon-sporti-ne-shendetin-tone-68235405.html>

24-Pranvera KolaAugust 2, 2013 08:43

<http://www.gazetadita.al/aktiviteti-fizik-kufiri-mes-perfitimeve-dhe-demeve-ne-shendet/>

25-Edmund Jacobson (* 22. April 1888 in Chicago; † 7. Januar 1983 ebenda) war ein US-amerikanischer Arzt. Er begründete die progressive Muskelentspannung.

https://de.wikipedia.org/wiki/Edmund_Jacobson

26- a)TERRY F. PETTIJOHN (1996) Psikologji, Tiranë

b)KARAJ. TH.(2005) Psikologjia e Stresit, Tiranë

<http://www.drita.info/2015/07/28/menyr-per-ta-perballuar-stresin-dhe-teknika-relaksuese/>

27-Manual for Primary Healthcare for Citizens Aged 40-65 “Healthy, we are all equal”

<http://www.shendetesia.gov.al/al/promocion/sije-nje-tjeter-hap-strategjik-drejt-rilindjes-qe-duam>

28- http://sije.al/?page_id=27.

29-

http://www.shendetesia.gov.al/files/userfiles/LEA_FLET-CHECKUP.pdf

.30-© 2017 Macmillan Publishers Limited, part of Springer Nature. All Rights Reserved. partner of AGORA, HINARI, OARE, INASP, ORCID, CrossRef, COUNTER and COPE

<https://www.nature.com/articles/nrcardio.2009.163>

31-PMID:20839918

DOI:10.3109/07853890.2010.515605 [Indexed for MEDLINE]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20839918>

32- a)Mackman N. Triggers, targets and treatments for thrombosis. Nature 2008;451:914–918. B)Turpie AGG, Esmon C. Venous and arterial thrombosis – pathogenesis and the rationale for anticoagulation. Thromb Haemost 2011;105:586–596 c)Previtali E, Bucciarelli P, Passamonti SM, Martinelli I. Risk factors for venous and arterial thrombosis. Blood Transfus 2011;9:120–138. D)Fuster V, Moreno PR, Fayad ZA et al. Atherothrombosis and high-risk plaque: part I: evolving concepts. J Am Coll Cardiol 2005;46:937–954

<http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/stress/>.

33- https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health.

34- The most cited articles published since 2012, extracted from Scopus.

<https://www.journals.elsevier.com/kontakt/most-cited-articles>.

Bibliografia e figurave

1-Dardania.de

2-Kosovarja.al

3-Botast.info.

4-gazetaexpress.com

5-m.gazetaexpress.com

6-free.song.org.

7-zbynekmlcoch.cz.. webmed.com.

8-infoalbania.al.

9-telegraf.com.

10-liveux.ru.

11-gazeta-shqip-com.

12-gazetadita.al.

13-slideshare.net.

FORMULARI I TESTEVE TË DEPISTIMIT

DEFRESIONI DHE STRESI

PYETESOR PER SHENDETIN E PACIENTIT (PHQ-9)

EMRI:

Pergjate dy javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar gjëndja e përshkruara më poshtë?

DATA:

16

	Fare	Dita dite	Me shumë se grymen "a" ditëve	Pothasja odo ditë
1. Pak interes dhe përkushtim për të bërë gjëra				
2. Ndihesh keq, gjendje depresive (marziqe) ose pa shpresë				
3. Vështirësi për të qetur (të të bërë gjumë ose të qëndrosh në gjumë për të që ose të me shumë se zakonisht)				
4. Ndihesh i lodhur dhe ka pak energji (të qet)				
5. Nuk ke orëzime t'ua me shpesh se më parë				
6. Të vjen keq për votën ose mendon se je i/e dështuar dhe ke lënë pas dës votën ose fëmijën				
7. Vështirësi në përqendrim për gjërat që bën si për të lexuar gazetën ose për të parë televizor				
8. Lëviz ose flet ngathtë që ndryshon nga mënyra si bën zakonisht dhe të tjerat e kësaj vënje, ose që kundra të je nervoz, nuk të ndahet vënje vështirë me shumë se zakonisht				
9. Ke mendime se do ishte më mirë të ishe i vdekur, ose të mendosh të besh keq vetos				

TOTAL

10. Nëse keni shprehur ndonjë nga problemet e mësipërme, sa vështirësi keni shkaktuar këto probleme të ju për të punuar, për të kujdesur për gjërat në shtëpi ose të të largojnë nga njerezit e tjerë

Fare vështirësi _____

Ditë vështirësi _____

Shumë vështirësi _____

Jeshitëzshmëri vështirësi _____

Pacienti

Infermiere

Faqja 7 nga 15

[391]

Kerkese

Kerkesues: Amada Meleqi

Lenda: Laje per mbledhjen e te dhenave te chek up nga pacientet e QSH Nr.4

Drejtuar: drejtori te Qendres Shendetesore Nr.4 Vlore

Me ane te kesaj kerkese kerkoj nga ana juaj te jepai miratimin per nxjerrjen e te dhenave te pacienteve qe kane kryer kontrollin shendetesore baza per lagjet Rilindja, Lef Sallata, Isa Boletini 29 Nentori dhe Hajro Gakerri.

Te dhenat do te perdoren per realizimin e temes se diplomes Master shkencor ne infermeri.

Tema: Si ka ndikuar gjendja social- ekonomike dhe psikologjike te pacientet me semundje kardiovaskulare qe kane kryer chek- up ne Qendren Shendetesore Nr. 4 Vlore.

Qellimi: Te evidentojme problemet social-ekonomike dhe psikologjike qe kane ndikuar ne shfaqjen e semundjeve kardiovaskulare ne kete grup popullore te marre ne studim me qellim parandalimin dhe diagnostikimin e hershem te ketyre semundjeve.

Te dhenat e pacienteve qe do te mbledhen per kete studim jane konfidenciale dhe nuk do te perdoren per asnje qellim tjeter pervecse studimor ne kete teme. Do te ruhet privatesia dhe e drejta per anonimat per secilin pacient te marre ne studim.

Vlorë, më: 28.07.2017



Drejtori:

Rigerson Gjigji

PREVALENCA E DHUNËS NË FAMILJE NË QARKUN E VLORËS DHE ROLI I INFERMIERIT NË IDENTIFIKIMIN E PERSONAVE TË DHUNUAR QË KËRKOJNËKUJDES SHËNDETËSOR

Irena Velaj
irenavelaj@gmail.com

Abstract

The individual does not arise. They are the interaction of genetic inheritance with the surrounding environment that plunge human beings, especially during childhood. Scientists have identified how violent trauma, refusing behavior and neglect can bring visible damage to brain areas related to emotions. Parents have a great responsibility in forming young people, but it is also important to assess the burden of extra-family interventions, such as television, press and school where children spend most of their time. So why is the cooperation between school and family important, as well as all institutions for the growth of non-violent individuals, capable of communicating and overcoming adaptable difficulties. It is also important to teach these young people not to be violent and to build social reports on the grounds of reasoning,

thus avoiding the act of violence. Another violent manifestation is the act of persecution and repetition of actions such as molestation or intimidation, which deprive the victim of freedom. Skill of this manner of behavior may be an attempt to regain a lost connection or other causes such as jealousy, vengeance, the desire to control the victim, etc. Many times the victim does not know the aggressor; as the "erotomanis" spell, where the aggressor has created the wrong opinion that the victim feels stimulated and satisfied by the persecution that is made. Therefore, it is necessary to distinguish between the harmless behavior of the child, the regeneration of a relationship, attention to real physical and psychological reprisals, though not easy, because violent behavior in all their shadows makes it difficult to distinguish the admissible from the unacceptable.

1.1 Koncepti i dhunës në familje

Të kuptosh çfarë do të thotë dhunë në familje do të thotë të dallosh dhunën edhe kur viktimat nuk ka shenja të dukshme fizike. Dhuna në familje është një model i sjelljes abuzive i karakterizuar nga synimi për të fituar ose ruajtur pushtetin dhe kontrollin mbi partnerin apo anëtarë të tjerë të familjes. Abuzimi mund të krijohet me kalimin e kohës dhe në të shumtën e rasteve, ajo fillon lehtë me fyerje, një shtyrje ose duke tjetërsuar të

mbijetuarin nga familja dhe miqtë. Me kalimin e kohës, sjellja abuzive mund të bëhet më e shpeshtë dhe e rëndë.

1.2 Ç'është dhuna në familje- përkufizimi.

Sipas legjislacionit shqiptar dhuna në familje përkufizohet : 'Çdo veprim ose mosveprim i një

personi ndaj një personi tjetër që i sjell si pasojë cënimin e integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social dhe ekonomik, i ushtruar midis personave që janë apo kanë qënë në një mardhënie familjare'. Dhuna në familje mund të marrë forma të ndryshme si: dhune fizike, seksuale, ekonomike, psikologjike dhe emocionale

1.2.1 Dhuna fizike

Është përdorimi i forcës fizike kundër dikujt në një mënyrë që lëndon, dëmton, ose e rrezikon atë person. Dhuna fizike përfshin një gamë të gjerë sjelljesh si gërvishtjet, shtyrjet, hedhjet, kapjet me forcë, kafshimet, vënien e duarve në fyt, pickimet, shpimet, shkuljet e flokëve, përdredhjet e krahut, shuplakat, shtrëngimin me forcë, goditjet, rrahjet, goditjet me shkelma, djegiet, goditjet me thikë, shtrëngimi i fytit/mbyjtjet. Dhuna fizike mund të përfshijë edhe përdorimin e madhësisë trupore dhe të forcës, mjeteve të kufizimit të lirisë dhe/ose armëve nga ana e një personi (p.sh., armë zjarri, thikë apo ndonjë objekt tjetër) për të fituar dhe mbajtur kontrollin mbi një person tjetër. Jane katër lloje të ndryshme të dhunës fizike që mbështeten tek shkalla e intensitetit të dhunës dhe mundësia e shkaktimit të lëndimeve fizike:

1. **Dhuna fizike e moderuar** – përfshin një ose më shumë nga veprimet e mëposhtme fizike: goditjet me shkelma, hedhjet tutje, shtyrjet, tërheqjet zvarrë, goditjet me shuplakë dhe/ose shkuljet e flokëve
2. **Dhuna fizike e rëndë** – përfshin një ose më shumë nga veprimet e mëposhtme fizike: goditjet, rrahjet, djegiet me qëllim, marrjet e frymës ose mbyjtjet, dhe/ose kërcënimet me armë ose përdorimi i një arme kundër personit.
3. **Dhuna fizike me armë** – përfshin kërcënimet dhe/ose goditjet me armë ose me ndonjë objekt tjetër që mund të shkaktojë lëndime fizike.

1.2.2 Dhuna fizike me lëndime rënduese – përfshin dhunën fizike që i shkakton lëndim fizik një personi tjetër.

1.2.3 Dhuna seksuale.

Abuzimi mund të përfshijë ngacmimet seksuale, sulmet seksuale ose manipulimin e një personi për të kryer marrëdhënie seksuale duke përdorur ndjenjën e fajit ose kërcënimet. Gjithashtu përfshin imponimin, detyrimin ose përpjekjen për të detyruar kontakte ose sjellje seksuale pa pëlqimin personit. Abuzimi seksual përfshin, por nuk kufizohet me përdhunimin martesor, sulmet në pjesët seksuale të trupit, detyrimin për të kryer mardhënie pas ushtrimit të dhunës fizike ose trajtimin e personit në mënyrë seksuale poshtëruese. Abuzimi seksual kryhet nga partnerët intimë dhe nga anëtarët e familjes Brenda kontekstit të martesës, të marrëdhënieve dashurore dhe të familjes.

1.2.4 Dhune Ekonomike

Ka të bëjë me kontrollin e të ardhurave apo ndihmes financiare të një personi, keqpërdorimi i kredisë ose krijimi i vështirësive për një person për të fituar apo mbajtur një punë. Ndalimin e pjesmarrjes së partnerit /es apo familjarit/es për shpenzimet e parave, madje edhe refuzimin e dhenies së parave për të mbuluar nevojat bazë të familjes, mohimi i pronësisë mbi pasirinë e përbashkët, dëmtimi, ose shkatërrimi i pasirisë, vjedhje të pasurisë, moslejimi i përdorimit të të ardhurave vetjake dhe administrimit të pasurisë vetjake.

1.2.5 Dhuna psikologjike dhe emocionle

Përfshin një gamë sjelljesh që kanë për qëllim të kritikojnë dhe poshtërojnë, të mbajnë nën kontroll dhe izolojnë, të trembin dhe shkaktojnë frikë, dhe të sulmojnë karakterin e një gruaje dhe të shkatërrojnë ndjenjën e saj të vetë-vlerësimit, vetë-besimit, dhe sigurisë. Dhuna psikologjike përfshin tre lloje të ndryshme të dhunës psikologjike:

- 1) **Dhuna verbale** – kur gruaja kritikohet, fyhet, poshtërohet dhe/ose asaj i flitet në një mënyrë që sulmon karakterin e saj dhe i trondit ndjenjën e vetë-vlerësimit dhe vetë-besimit.
- 2) **Kërcënim psikologjik** –kur gruaja kërcënohet dhe tek ajo shkaktohet ndjenja e frikës nëpërmjet kërcënimeve për ta lënduar fizikisht atë dhe/ose persona të tjerë të afërt me të, dhe/ose për të shkatërruar diçka të rëndësishme për të duke i tronditur kështu ndjenjën e sigurisë.
- 3) **Sjellje kontrolluese** – kur gruaja shpërfillet, mbahet nën kontroll dhe izolohet, dhe të qenit xheloz dhe akuzimi i gruas se nuk është besnike, për t'ia tronditur ndjenjën e vetë-vlerësimit dhe vetë-besimit.

1.2.6 Dhuna e asistuar

Ka të bëjë me dhunimin që personi I cili është I detyruar të asistojë një skenë dhune, ndonëse ai nuk është subject I drejtëpërdrejtë që dhunuesi ka për objektiv.

1.2.7 Dhuna shoqërore

Ka të bëjë me kontrollin e jetës e të lëvizjeve të viktimës nga dhunuesi. Njëkëtë rast dhunuesi tenton të aminipulojë , izoloje ose të ngacmoje viktimen. Një grua psh mund të ndalohet të ketë kontakte me familjen apo shoqërinë e saj, të mos I lejohet përdorimi I telefonit apo makinës.

Dhuna në familje karakterizohet nga veprime të dhunshme ose kërcënime të veprimeve të dhunshme, duke përfshirë sjelljet që frikësojnë, manipulojnë, poshtrojnë, izolojnë, frikësojnë, terrorizojnë, detyrojnë, kërcënojnë, fajësojnë, lëndojnë apo plagosin një person te familjes.

Dhuna në familje është termi më i zakonshëm për këtë lloj dhune, por njihet edhe si dhuna intime partnere, dhuna familjare apo goditja. Këto përkufizime ndryshojnë midis shteteve, vendeve dhe organizatave, por të gjitha janë të bazuara në premisën e njëjtë - abuzimi i pushtetit dhe kontrollit në marrëdhëniet familjare, bashkëjetuese apo intime.

1.3 Cikli i dhunës familje

Cikli i dhunës në familje u përpunua në vitin 1970 nga sociopsikologjia Lenore Ëalker. Duke intervistuar një numër të madh grash, ndaj të cilave qe ushtruar dhunë apo i qenë nënshtruar abuzimeve të ndryshme, ajo vuri re një model sjellje te cilin e quajti [”Cikli i dhunës familjare” Ky cikël është i dobishëm për të identifikuar nëse po ushtrohet dhunë, nëse jemi duke hyrë në fazën dhune apo nëse ka mundësi për të pasur dhunë pas një kohe të caktuar, etj. Duke qënë të vetëdijshëm për dobishmërinë e këtij cikli për njohjen dhe parandalimin e dhunës në familje, nuk do të thotë se ky model është i aplikueshëm doemos në të gjitha rastet kur ka marrëdhënie të dhunëshme. Nga ana tjetër zgjatja në kohë e cdo faze varet shumë nga faktorë individual të një relacioni bashkëshortor, cka do të thotë se disa cifte mund të ndodhë që ta përjetojnë tërë ciklin disa herë brenda një dite; në disa të tjerë kjo mund të zgjasë disa javë.

Duke përdorur një gjuhë tipike të marrëdhënieve bashkëshortore, modeli sjell shembuj që ilustrojnë fazat e këtij cikli dhe mënyrën sesi rrethrotullohet si.

1.3.1 – Faza ndërtuese (grumbullimi i problemeve)

Kjo periudhë karakterizohet nga rritja e vazhdueshme e tensionit ndërmjet çiftit. Vënie ne dukje e problemeve, shqetësimeve, mosmarrëveshjeve, replica, mëri, qejfmbetje etj.

1.3.2 - Faza vepruese (kalim në veprime konkrete – shpërthimi i dhunës)

Bashkëshorti/bashkëshortja përdor dhe dhunën për të friksuar dhe mbajtur nën kontroll partnerin e vet, duke e fajësuar për problemet ose për rezistencën e saj në zgjidhjen e tyre sipas sugjerimeve të burrit, për ta detyruar të bëjë atë që i kërkon i shoqi me të drejtën e burrit për të mbajtur nën kontroll partnerit etj. Duket sikur dhunuesi pendohet për dhunën e ushtruar.

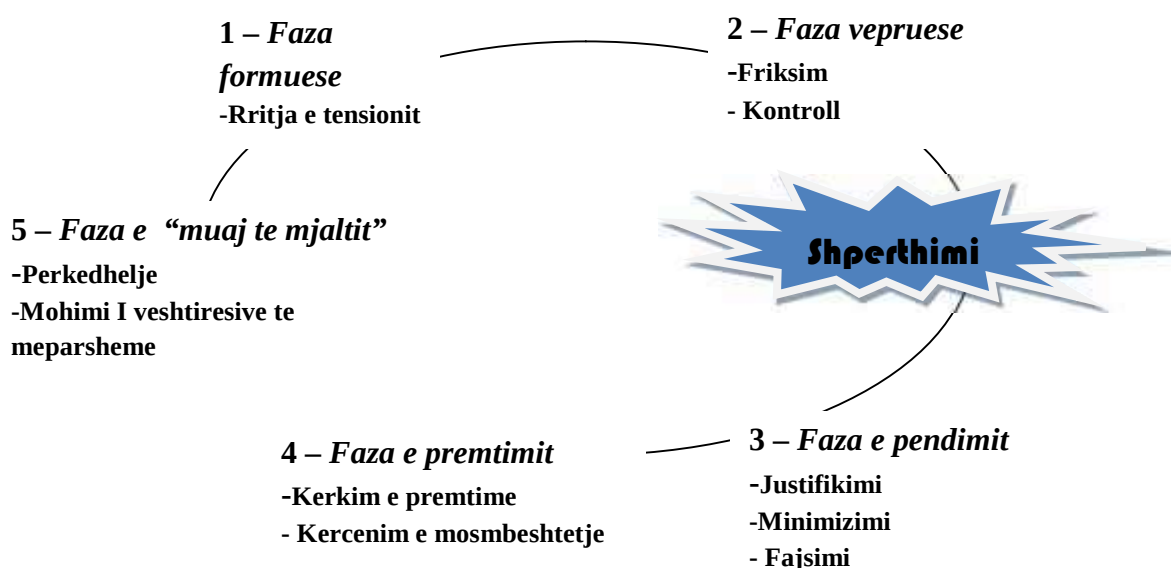
1.3.3 -Faza e pendimit (justifikimi për dhunën dhe plagët e shkaktuara)

Duke u ndjerë i turpëruar për zemërimin dhe dhunën e ushtruar ndaj nënës së fëmijëve të tij

dhe bashkëshortes (të cilën shpesh e ka zgjedhur dhe me të cilën ka qenë i dashuruar) dhunuesi mundohet të minimizojë agresivitetin dhe dëmet e shkaktuara duke u justifikuar para bashkëshortes/bashkeshortit, duke u paraqitur si i penduar, ose duke tentuar tja hedhë fajin të tjerëve, zakonit, keqkuptimit, vetë bashkëshortes apo zërave të këqinj, psh duke i thënë se “ ajo di

mire që ai zemërohet e nevrikoset kur i flasin dhe veprojnë në ata mënyrë” ose “vetëm deshi ta prekte lehtë e nuk deshi ta godiste, por i shpëtoi dora” etj. Justifikim të till ngjajnë me ato që bëjnë meshkujt kur duan të justifikohen para partnerëve të tyre. Kjo e detyron shpesh bashkëshorten që të pranojë sit ë vërtetë pendimin.

Fig. 1: CIKLI I DHUNES NE FAMILJE



1.3.4 -Faza e premtimeve

Partneri abuziv dhe i dhunshëm, në këtë fazë përpiqet të bindë bashkëshorten se ai ka nevojë për të dhe se e do akoma, sepse incidenti që ndodhi ishte vetëm një rastësi dhe veprim i bërë në gjakënxehtësi apo se ishte i dehur. Nëse ai vëren që kjo taktikë nuk funksionon, atëherë ka shumë të ngjarë që ti drejtohet sërish metodave të kërcënimit apo edhe dhunës. Kërcënimet e bëra në këtë fazë ka shumë të ngjarë të vënë seriozisht në rrezik jetën e gruas, dhe studimet tregojnë se mjaft gra që kanë vdekur apo janë vetëvrasë, e kanë humbur jetën pikërisht në këtë fazë. Kjo sepse, kur partneri abuziv nuk arrin të bindë gruan të mbyllë gojën dhe të pranojë

nëheshtje pajtimin, frika e ndëshkimit apo turpit e bën burrin një vrasës gjakëftohtë, ndërsa gruaja mund të vetëvritet për t'i dhënë fund gjëndjes së dëshpëruar ku ndodhet.

1.3.5 -Faza e “muajit të mjalit”

Kur cdo gjë kalon në fazën e tretë dhe çifti pajtohet apo sa për sy e faqe, vjen një fazë qetësie me një shkallë të lartë intimiteti. Një gjëndje e tillë është e ngjashme me atë që provojnë çiftet pasi kanë kaluar një rrezik divorci.

Përfundimisht dhe nganjëherë mjaft shpejt cikli përsëritet, duke rifilluar nga e para, në varësi të

personave dhe të problemeve që kanë mbetur ende pa u zgjidhur.

Sipas sociologëve, dhuna në familje ka pasë gjithëmonë pjesë e strukturës sociale të shoqërive patriarkale. Ajo ka funksionuar gjithëmonë si një instrument kryesor social ndaj grave, për ti mbajtur të nënshturara ndaj burrave dhe si mbajtje e rendit patriarkal të ngritur mbi pabarazinë gjinore.

1.4 Nga buron dhuna në Familje ?

Shumë faktorë mund të kontribuojnë në dhunën në familje, por *asgjë nuk e justifikon lëndimin e një personi tjetër*. Partnerët që janë në marrëdhënie të shëndosha i përgjigjen problemeve duke biseduar gjëra së bashku - ose ndonjëherë duke kërkuar terapi - dhe nuk kthehen në sjellje kontrolluese apo abuzive. Rrënjët e dhunës në familje dhe llojet e tjera të marrëdhënieve të dhunshme lidhen me pushtetin dhe kontrollin.

Nëse një partner ndjen nevojën për të dominuar tjetrin në çdo trajë ose formë, qoftë fizike, seksuale, emocionale, ekonomike apo psikologjike, atëherë ka shumë më tepër gjasa që marrëdhënia të kthehet në dhunë. Hulumtimet kanë treguar se njerëzit me tendencë abuzive në përgjithësi kthehen të dhunshme kur ndihen jashtë kontrollit.

Është e rëndësishme të theksohet se abuzimi është një sjellje e mësuar, e cila, në disa raste mund të jetë mësuar herët në fëmijëri. Një abuzues mund të ketë qenë dëshmitar i dhunës në familje në shtëpinë e tij dhe e kuptoi se dhuna ishte një mjet për të ruajtur kontrollin në njësinë e familjes.

Ndryshime të rëndësishme të jetës, si shtatëzënia ose sëmundja e një anëtar i familjes, gjithashtu mund të rrisin rrezikun që të ndodhë dhuna në familje. Në këto raste, personi mund të ndihet i lënë jashtë ose të neglizhuar dhe mund të kërkojë të rifitojë kontrollin mbi të mbijetuarit.

Përveç kësaj, në rëniet ekonomike, incidentet e dhunës në familje rriten në mënyrë eksponenciale. Faktorët që lidhen me rënien ekonomike si humbja e vendeve të punës, pengesat për strehim ose borxhi mund të kontribuojnë në nivelet më të larta të stresit në

shtëpi, gjë që mund të çojë në rritjen e dhunës. Vështirësitë financiare gjithashtu mund të kufizojnë mundësitë për të mbijetuarit që të kërkojnë sigurinë ose shpëtimin dhe mund të kenë një kohë më të vështirë të gjejnë punë për tu bërë financiarisht të pavarur nga abuzuesit. Përpjekjet për të lënë një marrëdhënie abuzive gjithashtu mund të vendosin një të mbijetuar në një rrezik më të madh për abuzim të mëtejshëm dhe në disa raste të rënda dhe mund të rrisë gjasat për vrasje. Ndjenja e rritur e braktisjes ose e pasigurisë mund të çojë një abuzues që të ketë një dëshirë të rritur për të kontrolluar të mbijetuarin. Kjo mund ta bëjë atë edhe më sfidues për të gjetur një hapsirë mundësi në të cilën ai ose ajo mund të largohet nga abuzuesi. Për shumënjerëz, qëndrimi në marrëdhëniet abuzive mund të jetë më e sigurt se sa të përpiqet të largohet në momentin e gabuar.

1.5 Grupet më të rrezikuara që pësojnë dhunë në familje.

1.5.1 Dhuna dhe gratë

Studime të ndryshme se anëtar i dhunuar në familje është femra. Janë dy kategori të dhunës ndaj grave që janë shpesh prezente në shoqërinë shqiptare, si: shtrengimi për martesë dhe dhuna e justifikuar nga mbrojtja e nderit.

1.5.2 Shtrengimi për martesë

Një martesë më shkuesi ndryshon nga një martesë e detyruar pasi në martesat me shkuesi familjet marrin rol drejtues në zgjedhjen e partnerit për martesë, por janë të dy partnerët që vendosin të lirë që ajo martesë të ndodhë . por në disa raste , martesat kryhen pa aprovimin e të dy apo njëres nga palët, duke qenë të detyruar dhe nën presionin e familjeve përkatëse . Presioni që ushtrohet nga familja mund të jetë fizik ose psikologjike/emocional. Shtrengimi për martesë është shkelje e të drejtave të njeriut dhe një formë e dhunës në familje dhe dhunës ndaj të miturve. Vajzat e mitura kanë më shumë gjasa të bien pre e kësaj forme të dhunës.

Shtrengimi për martesë përbën vepër penale, neni 130 I K.P. Ka raste të pakta në praktikën gjyqësore lidhur me këtë figurë . Sipas Vjetarëve Statistikorë të Ministrisë së Drejtësisë , vendimet lidhur me shtrengimin për martesë janë shumë të limituara , me vitin 2009 ka 4 vendime , më

2010 ka vetëm një , për vitin 2011 nuk ka asnjë vendim duhet të pranojmë se vepra të tilla denoncohen kur shoqërohen me pasoja të rënda si vrasje apo plagosje apo dhunë e ashpër ndaj gruas apo familjarëve të saj. Çka do të thotë se rastet e denoncuar mund të mos përputhen me realitetin. Viktimat ose i nënshtrohen fatit nga frika ose arrijnë të kërkojnë zgjidhjen e martesës duke e paraqitur si një martesë me mblesëri e pa e denoncuar si shtrëngim për martesë. Shtrëngimi për martesë është një nga format e dhunës në familje dhe dhunës ndaj grave apo abuzimit me fëmijët. Në thelb është një shkelje e të drejtave tënjërit dhe duhet trajtuar si e tillë.

1.5.3 Dhuna e justifikuar nga ‘mbrojtja e nderit’

Dhuna me shka mbrojtjen e nderit përkufizohet si je krim apo incident që kryhet për të mbrojtur nderin e familjes apo tëanëtarëve të fisit / komunitetit. Krimet që kryhen në emer tënderit kanë kryesisht viktimat vajzat dhe gratë dhe kryhen duke marr shkas nga sjellje të përceptuara si imorale dhe që prekin kodin e derin të familjes apo fisit duke shkatuar ndjenja turpi dhe poshtërimi tek ta. Shpesh keto krime quhen ‘krime nderi’. Këto lloj krimesh janë të njohura dhe në Evropën Jugore dhe Lindore dhe mund të përfshijnë krime si : rembim , izlim i viktimës , kërcënime dhe dhunë fizike e emocionale, ndërprerje e studimeve dhe karrierës se viktimës , ngacmime , kërcënime për marrjen e jetes , ushqyerje me ndjenja turpi e tradhtie, presion për vet dëmtim, depression , cnderim me ndarje /divorc , shtatëzani e detyruar.

1.5.4 Dhuna dhe fëmijët

Fëmijëjanë të gjithë personat nën moshën 18 vjec. Sipas Konventës të Drejtave të Fëmijëve, me fëmijë do të kuptohet cdo qenie njëzore nën moshën 18 vjec , me përjashtim të rasteve kur moshë madhore arrihet më përpara (neni 1). Sipas Kodit të Familjes , përgjësia prindërore përfundon ligjërisht me arrijten e moshës 18 vjec dhe martesë mund të lidhet me arrijten e kësaj moshe . fëmijët kanë mbrojtje juridike të vecantë. Ata nuk janë si tëriturit dhe për këtë arsye qëndrimi i legjislacionit ndaj tyre është i

ndryshëm në kuptimi e trajtimit pozitiv. Të gjitha tëdrejtat zbatohen njëllor pa asnjë diskriminim për të gjithë fëmijët , pavarësisht se janë lindur Brenda ose jashtë martesë, qenies së birësuar ose jo, prejardhjes së tyre , racës.

Nëse moshë e personit nuk është e qartë ose nuk është plotësisht e përcaktuar, por ekzistojnë arsye që lënë nënkuptohet se personi është fëmijë , ky person konsiderohet fëmijë dhe përfiton nga ky ligj derisa moshë e tij të jetë përcaktuar plotësisht.

Dhuna psikologjike ndaj fëmijës : dhuna psikologjike përfshin veprimet që shkaktojnë dëmtime të shëndetit fizik, mendor, moral, dhe social të fëmijës dhe që kanë sjell si pasojë kufizimin e lirisë së lëvizjes, sjellje denigruese, kërcënuese, friksuese oseforma të tjera të trajtimit armiqësor apo refuzues nga prindërit , motra, vëllai, gjyshi, përfaqësuesi ligjor , një I afërmi i familjes .

Dhuna fizike ndaj fëmijëve : dhunë fizike është cdo tentativë ose cdo dëmtim fizik apo plagosje fëmijës përfshirë dhe ndëshkimin trupor të tij , të cilat nuk janë aksidentale. Ndëshkimi trupor është cdo lloj ndëshkimi që përdor forcën fizike dhe që synon të shkaktojë dhembje ose shqetësim , sado te lehta qofshin këto, nga prindërit, motra, vëllai, gjyshi, përfaqësuesi ligjor, të afërmit dhe cdo person tjetër ligjërisht përfaqësues për fëmijën. Ndëshkimin trupor përfshihen forma të tilla si : rrahja, tortua, shkundja stytja me forcë, djegia, goditja me shuplak, pickimi , cjerja, kafshimi, qortimi i rreptë, detyrimi me forcë për të kryer një veprim, përdorimi i lëndëve që shkaktojnë dhimbje ose shqetësim. Rastet kur fëmijët konsiderohen se janë në rrezik: ‘ fëmijët në rrezik ‘ është fëmija , të cilit i mohohen ose i cënohen të drejtat dhe mbrojtja e parashikuar në këtë ligj dhe legjislacion në fuqi.

1.5.5 Dhuna dhe të moshuarit

Dhuna ndaj të moshuarëve është duke u njohur gjithnjë e më shumë si njëproblem social serioz. Gama e abuzimit është e ngjashme me llojet e tjera të dhunës në familje përfshirë dhunën fizike, ekonomike, seksuale, dhe psikologjike. Të moshuarit janë vecanërisht të pambrojtur ndaj dhunës ekonomike dhe neglizhimit. Sipas

raporteve që janë bërë të arritura në përfundim që dhuna ekonomike është forma më e përhapur e dhunës ndaj të moshuarve. Dhunuesit janë zakonisht të afërm të viktimës dhe mund të jenë të përfshirë partnerët, fëmijët në moshë madhore, të afërmit, miqtë, fqinjët, punonjësit të kujdesit shëndetësor dhe social . raportimi I dhunës në familje si dhe në mjediset e institucioneve të përkujdesjes shpesh është problematik për shkak të manipulimit nga dhunuesit apo mungesës së mundësive për të kërkuar ndihmë, si dhe problemeve në komunikim që mund të kenë të dhunuarit e moshuar. Faktorët e rrezikut që mund të shtojnë mundësinë e abuzimit me të moshuarit përfshijnë stresin dhe frustrimin që lidhet me përkujdesjen për këtë kategori, varësia financiare e kujdestarëve nga I moshuari apo faktorë ndryshimi social ekonomik që ndikojnë në familjet dhe komunitetin. Te moshuarit , viktimat të abuzimit në familje mund të hasin disa pengesa shtesë nëse duan të kërkojnë ndihmë apo mbështetje nga jashtë , mund të kenë të vështirë për të njohur dikë më të ri se veten , mund të mendojnë se duke qënë se e kanë përballuar abuzimin për shumë kohë , dhunuesi mund të jetë dikush më I vjetër se viktimat dhe institucionet referuese mund të jenë mosbesuese ndaj viktimës, dhunuesi mund të jetë kujdestari I të moshuarit dhe burimi i vetëm I strehimit dhe mbështetjes ekonomike, duke bërë që institucionet përkujdesëse të mbeten e vetmja alternativë për viktimën.

1.6 Cilat janë pasojat e dhunës në familje?

Nuk ka rëndësi se sa kohë ka qënë së bashku një çift, se sa të suksesshëm janë një ose të dy partnerët ose sa e dashur ka qënë marrëdhënia dikur, dhuna në familje mund të ndodhë me këdo. Ajo mund të përfshijë moshën, orientimin seksual, fenë dhe gjininë, dhe prek njerëzit me të gjitha prejardhjet socio-ekonomike dhe nivelet e arsimit. Kjo mund të ndodhë në marrëdhëniet e gjinisë së kundërt dhe marrëdhëniet e gjinisë së njëjtë dhe mund të ndodhë me partnerët e ngushtë që janë të martuar, që jetojnë së bashku etj..Një person nuk duhet patjetër të jetë i martuar që të përjetojë dhunë në familje.

Dhuna në familje gjithashtu ka një efekt thelbësor mbi anëtarët e familjes, sidomos fëmijët. Secili fëmijë është unik dhe mund të reagojë ndryshe ndaj abuzimit, por ka efekte të përbashkëta afatshkurtra dhe afatgjata që mund të ndikojnë në funksionimin e përditshëm të fëmijës. Efektet afatshkurtra mund të përfshijnë problemet akademike dhe të sjelljes, shqetësimet e gjumit dhe / ose vështirësitë e përqendrimit. Efektet afatgjata mund të vazhdojnë edhe pas rritjes së një fëmije, si vështirësi në besimin ndaj të tjerëve dhe vendosjen e marrëdhënieve ose depresionin e vazhdueshëm.

Mund të jetë e vështirë të vihet re nëse një person është abuzuar - ose në disa raste, apo duke abuzuar me të tjerët. Është e natyrshme që anëtarët e familjes, miqtë, bashkëpunëtorët dhe ata që vijnë të duan të ndihmojnë një të mbijetuar të largohet nga abuzuesi, i cili mund të marrë një taksë emocionale. Sidoqoftë, duhet të mendojmë se edhe pse ne dëshirojmë që i dashuri ynë t'i japë fund lidhjes abuzive, ai ose ajo mund të mos jetë gati dhe mund të ketë frikë nga pasojat e largimit nga personi. Mund të jetë sfiduese për të kuptuar pse personi vendos të qëndrojë me abuzuesin, por është e rëndësishme që ta lejoni vete personin për të marrë vendimin. Shumë arsye mund të kontribuojnë për një person që vendos të qëndrojë në një marrëdhënie. Nëse personi është i dashuruar me abuzuesin, ai ose ajo mund të mbajë shpresë se abuzuesi do të ndryshojë. Kjo mund të jetë veçanërisht e vërtetë nëse ka pasur herë të mira në marrëdhënie. Një i mbijetuar mund të dëshirojë që ata të kthehen dhe të mendojnë se me kalimin e kohës, gjërat do të përmirësohen. Një person mund të jetë gjithashtu në mohimin e situatës dhe mund të minimizojë ose atribuojë abuzimin me diçka që ai ose ajo ka bërë keq. Fakti është se nuk ka asnjë arsye për abuzimin, pavarësisht se si një person mund të ketë kontribuar në konflikt.

Kur fëmijët përfshihen, një i mbijetuar i dhunës mund të vendosë të qëndrojë për hir të fëmijëve. Është e zakonshme që një nënë të ndiejë se është më e rëndësishme që fëmijët të vazhdojnë të kenë një figurë babai në jetën e tyre. Megjithatë, ekspozimi i vazhdueshëm ndaj

dhunës mund t'i vendosë fëmijët në një rrezik shumë më të madh për t'u abuzuar dhe / ose për të përjetuar efekte të drejtpërdrejta nga abuzimi. Gjithashtu, nëse një person ka një sistem të kufizuar të mbështetjes, mund të jetë e frikshme për të prishur familjen që ata kanë dhe gjithashtu mund të përjetojnë faj për konceptimin e këtyre mendimeve.

Megjithëse vlerësohet se një në çdo katër gra do të përjetojë dhunë në familje brenda jetës së saj, shumica e incidenteve nuk raportohen kurrë në polici. Njerëzit nuk mund t'i raportojnë këto incidente për një sërë arsyesh, duke përfshirë:

- Varësinë financiare,
- Hapësirën e përbashkët,
- Mbrojtjen e fëmijëve,
- Aspektin emocionale,
- Turpin,
- Frika nga dëmtimi i mëtejshëm dhe / ose vrasja,
- Të pavetëdijshëm se ata kanë të drejta, veçanërisht nëse statusi i emigracionit të mbijetuar është i paligjshëm.

Varësia financiare dhe statusi i imigracionit janë gjithashtu arsye që mund të kontribuojnë në vendimin e një personi për të qëndruar në një marrëdhënie abuzive. Mosnjohja e të drejtave pa marrë parasysh statusin e imigracionit mund të ndryshojë pamjen e një personi dhe të krijojë një ndjenjë të mungesës së shpresës.

Është e rëndësishme të theksohet se vitet e fundit fushëveprimi i dhunës në familje dhe ndikimet e tij janë kuptuar dhe pranuar më mirë nga shoqëria. Ndonëse ritmi i ndryshimit nuk ka kapur ende sasinë e incidenteve abuzive, ndryshimi gjithpërfshirës në mentalitet dhe kuptimi i dhunës në familje është përmirësuar ndjeshëm. Secili shtet ka pranuar se kjo nuk është thjesht një çështje familjare, por një krim dhe një problem i rëndësishëm ligjor dhe publik për shëndetin. Ata kanë ndihmuar në ndërgjegjësimin rreth dhunës në familje duke vënë ligje në libër që e bëjnë të paligjshme në çdo shtet të abuzojnë me një bashkëshort ose anëtar të familjes. Vazhdimi i kësaj rruge të pranimit do të sigurojë që më pak njerëz për tu prekur nga dhuna në të ardhmen dhe të ndihmojnë në shërimin e atyre që kanë mbijetuar.

1.7 Shenjat për dhunë në familje.

Dhuna në familje shpesh është më shumë se thjesht abuzim fizik. Ajo përfshin dhunë seksuale, emocionale, ekonomike dhe psikologjike. Fillimisht, identifikimi i shenjave të një marrëdhënie abuzive mund të jetë i vështirë, veçanërisht nëse abuzuesi përdor taktika delikate për të fituar pushtetin dhe kontrollin. Është shumë e zakonshme që të mbijetuarit të njohin fillimin e abuzimit si hera e parë që dhunuesit i godasin ata, por me të vërtetë cikli i dhunës mund të ketë filluar herët në marrëdhënie. Autorët kanë tendencë të jenë simpatike dhe shumë bindëse kur ushtrojnë pushtetin dhe kontrollojnë taktikat. Megjithatë, të kuptuarit e dukurive ose modeleve të zakonshme në një marrëdhënie jo të shëndoshë dhe të qenit në gjendje për të filluar një bisedë të informuar është një hap i madh për shërimin dhe ndihmën e të tjerëve për t'u bashkuar për të kuptuar pse dhe si ndodh dhuna në familje. Shenjat e zakonshme të një marrëdhënie abuzive janë nëse një apo tëdy partnerët:

- Kufizon kontakte dhe komunikime me miqtë dhe familjen,
- Kontrollon paratë dhe identifikimet e rëndësishme, siç janë patentat e shoferit dhe pasaportat,
- Shkakton turpërimin me fjalor të këq dhe ofendime,
- Kritikon për paraqitjen dhe / ose sjelljen e viktimave të dhunës,
- Përpjekje për të kontrolluar se çfarë vesh partneri,
- Ka pritshmëri joreale, si partneri të jetë në dispozicion gjatë gjithë kohës,
- Kërcënon të largojë ose të dëmtojë fëmijët,
- Veprat si abuzimi nuk janë një punë e madhe, ose mohon se po ndodh,
- Përdor lojërat e mendjes për të fajësuar mbi të mbijetuarit,
- Shkatërron pronën ose kërcënon të vrasë kafshët shtëpiake,
- Frikëson me armë, thika ose armë të tjera,
- Shkon, godet, frenon, godet ose detyron aktet seksuale,
- Kërcënon të kryejë vetëvrasje,

1.8 Efektet e Dhunës në Familje.

Familjet ose individët që kanë përjetuar dhunë në familje janë në procesin e shërimit fizikisht dhe emocionalisht nga traumat e shumëfishta. Këto trauma mund të kenë efekte të ndryshme në mendje, trup dhe shpirt. Është e natyrshme të përjetosh këto, dhe të pranosh efektet mund të jetë një hap i rëndësishëm i parë në fillimin e një procesi drejt restaurimit dhe shërimit.

Njerëzit që janë të ekspozuar ndaj dhunës në familje shpesh përjetojnë ndryshime fizike, mendore ose shpirtërore që mund të zgjasin dhe përkeqësohen nëse nuk trajtohen. Edhe pse të viktimat mund të përjetojnë lloje të ngjashme abuzimi, përgjigjja ndaj traumës mund të ndryshojë nga personi në person.

Shumë faktorë mund të ndikojnë se si një person i përgjigjet efekteve afatshkurtra dhe afatgjata të abuzimit, siç është frekuenca e incidenteve abuzive, shkalla e ashpërsisë dhe efektet në shëndetin fizik. Ndikimi i përgjithshëm i dhunës në familje varet edhe nga reagimet natyrore të individit ndaj stresit dhe mënyrat e përballimit të situatave stresuese. Faktorë të tjerë mund të përfshijnë moshën në të cilën ka ndodhur trauma, ekspozimin e mëparshëm ndaj incidenteve traumatike të palidhura dhe shtrirjen e terapisë ose kohën e ndërhyrjes.

Është e rëndësishme të dini se efektet e dhunës në familje mund të jenë të mëdha për të përjetuar, madje edhe për të mësuar. Është e zakonshme që dikush në një marrëdhënie abuzive të mos kujtojë shumë aspekte të personalitetit të tyre para se të abuzohet, veçanërisht nëse ata janë ekspozuar ndaj dhunës për një periudhë të zgjatur kohore. Ndonjëherë, mund të duket sikur dhuna e përcakton identitetin e tyre.

Trauma në Trup. Kur një rrezik fizik kërcënon vetekontrollin tonë, aftësinë për të shpëtuar, ose është diçka që nuk mund të ndalet, ne bëjmë një instinkt natyral për mbijetesë. Kjo përfshin trupin që thërret me qarqe të shkurtra një sasi të madhe energjie për të luftuar ose për të ikur. Këto qarqe të shkurtra shkrihen nëpërmjet trupit dhe mendjes së një personi. Kjo mund të rezultojë në tronditje, shkëputje dhe shumë lloje të tjera të përgjigjeve të pavullnetshme derisa dhuna po

ndodh. Qarku i shkurtër qëndron me ne shumë kohë pas përfundimit të dhunës dhe është origjina e efekteve mendore, fizike dhe shpirtërore të dhunës në familje.

Shumë njerëz që kalojnë nëpër ngjarje traumatike mund të gjejnë se mund të duhet pak kohë për t'u përshtatur dhe për t'u përballur për një periudhë pas ngjarjes. Efektet e mbetura mendore, fizike dhe shpirtërore të dhunës në familje mund të përshkojnë jetën e përditshme të të mbijetuarve, gjë që e bën të vështirë të shërohet. Për disa, ka pasoja të rënda në një pasojë të njësulmi që mund ose nuk mund të zgjasë. Për të tjerët, efektet vijnë në valë dhe nuk ndihen deri sa tronditja e ngjarjes del jashtë.

Ekspozimi kronik ndaj dhunës në familje - dhe frika e stresit që rezulton nga ky ekspozim - mund të shkaktojë jo vetëm dëmtime të menjëhershme fizike, por edhe ndryshime mendore që ndodhin kur mendja përpiqet të përpunojë traumat ose të mbrojë trupin. Dhuna në familje ndikon në mendimet, ndjenjat dhe sjelljet e njeriut dhe mund të ndikojë ndjeshëm stabilitetin mendor. Ankthi i shtuar, çrregullimi i stresit post-traumatik dhe simptomat e depresionit zakonisht vërehen tek të mbijetuarit e dhunës në familje.

PTSD. Çrregullimi post-traumatik i stresit (PTSD) është një kusht i shëndetit mendor që shkaktohet nga një ngjarje e tmerrshme. Disa simptoma të përbashkëta që lidhen me PTSD janë flashbacks, makthet, ankth të rënda dhe mendimet e pakontrollueshme rreth ngjarjes. Shumë njerëz që kalojnë nëpër ngjarje traumatike kanë vështirësi në përshtatjen, por me kohë dhe mbështetje, këto reagime traumatike zakonisht bëhen më të mira.

Depresioni. Depresioni është më shumë se ndjenjat e zakonshme të trishtimit të përkohshëm. Simptomat mund të përfshijnë trishtim të zgjatur, ndjenjat e mungesës së shpresës, qarjen e pashpjegueshme, ndryshimet në oreksin me humbje të konsiderueshme në peshë ose fitim, humbje të energjisë ose humbje interesi dhe kënaqësi në aktivitetet e gëzuara më parë. Depresioni mund të ndikojë në pikëpamjen e një personi, i cili mund të çojë në ndjenja të mungesës së shpresës. Kjo, nga ana tjetër, mund të ndikojë në procesin e tij të mendimit dhe

aftësinë për të marrë vendime. Në raste ekstreme të depresionit, njerëzit mund të përjetojnë mendime dhe / ose përpjekje vetëvrasëse. Depresioni mbetet simptoma më e zakonshme e shfaqur nga të mbijetuarit e dhunës në familje.

Shkëputje. Shkëputja zakonisht i referohet ndjenjës sikur njëri ka "kontrollin" dhe pse nuk është i pranishëm. Në disa raste të shkëputjes, njerëzit mund ta gjejnë veten të vegjël. Por në rastet kur shkëputja është kronike dhe më komplekse, ajo mund të dëmtojë aftësinë e një individi për të funksionuar në botën "reale", siç nuk janë në gjendje të përqendrohen në detyrat e punës ose të jenë në gjendje të përqendrohen në shkolle.

Një në shtatë vetë që kanë përjetuar dhunë në familje mbajnë një dëmtim fizik. Duke pasur parasysh natyrën e krimit, është jashtëzakonisht e zakonshme që të mbahen nxirje mbi krahët nga të qenit të kapur, kockat e thyera apo lëndime të tjera fizike nga incidentet abuzive. Njerëzit që përjetojnë dhunë në familje shpesh mbulojnë lëndimet e tyre për të mos u marrë në pyetje nga të tjerët. Shpesh, plagët shpjegohet duke deklaruar se ka rënë, apo duke thyer diçka që ka rezultuar me një dëmtim. Një viktime mund të mos flasë haptazi për lëndimet e tij ose të saj për shkak të ndjenjave të turpit ose sepse duke folur haptazi rreth lëndimeve mund ta vendosë personin në një rrezik më të madh për t'u abuzuar. Dëshmia e përbashkët fizike e dhunës në familje përfshin:

- Nxirje apo plagë nga mbytje, apo nga mbrojtja e vetes
- Sy të nxire,
- Shenjat e kuqe ose vjollce në qafë,
- Krahët e nxire apo të thyer,

Ekzistojnë gjithashtu efekte fizike të dhunës në familje që prekin shëndetin e përgjithshëm të një personi. Këto rezultojnë nga trauma dhe mund të shfaqen menjëherë pas një incidenti abuzimi ose më vonë pas abuzimit ka përfunduar. Efektet e zakonshme fizike të traumës përfshijnë:

- Lodhje kronike,
- Shkurtesa e frymëmarrjes,

- Tensioni i muskujve,
- Shtrëngimi i pavullnetshëm,
- Ndryshimet në modelet e ngrenit dhe gjumit,
- Mosfunksionimi seksual,

Përballja me efektet e dhunës në familje mund të jetë e madhe, shpesh sepse kontrolli i viktimave mbi situatën behet pasi janë larguar nga dhunuesi. Angazhimi në sjelljet vetë-dëmtuese mund të sjellë gjithashtu një ndjenjë kontrolli mbi mjedisin e një personi dhe të shërbejë si një lirim i tensionit. Është një veprim që nuk kryhet gjithmonë me qëllim vetëvrasës, edhe pse herë pas here mund të shkaktojë dëm të rëndë ose vdekje. Këto janë strategji të përkohshme të përballimit që mund të çojnë në çështje më të thella në të ardhmen.

Përveç kësaj, dhuna në familje mund të ndryshojë pikëpamjen e botës dhe pikëpamjen për jetën. Të jesh në një situatë ku personi kontrollohet nga një tjetër mund të krijojë ndjenja të mungesës së shpresës. Një i mbijetuar mund të zhvillojë një pikëpamje negative në të cilën ai ose ajo mund të ndihet "i dëmtuar" ose i padenjë për një jetë më të mirë. Dhuna në familje gjithashtu mund të largojë ndjenjën e sigurisë së një personi, duke ndikuar në aftësinë e tij ose të saj për t'u besuar të tjerëve. Të mbijetuarit mund të ndjehen të pamotivuar dhe të zbrazët.

1.9 Dhuna në familje, informacione të rëndësishme.

Dhuna në familje dhe sidomos ajo me bazë gjinore ka marrë përmasa shqetësuese në shoqërinë shqiptare. Bazuar në të dhënat zyrtare të Drejtorisë Vendore të Policisë Vlorë, ka një tendencë në rritje të raportimit të rasteve të dhunës në familje në polici, sidomos pas hyrjes në fuqi të Ligjit për Dhunën në Familje. Në shumë raste dhuna nuk raportohet dhe arsyet e mosraportimit të dhunës janë të ndryshme si:

- frika e viktimave nga shtimi i mundësisë së dhunës apo pasoja të tjera të denoncimit për shkak të hakmarrjes,
- të ndejrit të pafuqishëm për të rregulluar situatën apo për të siguruar të ardhmen e tyre dhe të fëmijëve,

- mungesa e besimit ndaj strukturave përgjegjëse,
- pasiguria në ruajtjen e konfidencialitetit nga strukturat referuese dhe ato të dhënie ndihmë mjekësore,
- ndienja e turpit lidhur me dinjitetin dhe reputacionin në shoqëri dhe në familjen e gjërë,
- mohimi i dhunës nga vetë viktimat,
- varësia psikologjike dhe ndjenjat e dashurisë për dhunuesin,
- mendësia arkaike e shoqërisë që shpesh e pranon dhunën si të mirëqënë në mardhëniet bashkëshortore.

Duke marrë në konsideratë arsyet e lartpërmendura, është rëndësishme të kuptohet që statistikave të raportuara të dhunës në familje nuk tregojnë nivelin e dhunës në vëndin tonë dhe duhen konsideruar disa herë më të larta sesa niveli aktual i raportimit të tyre.

1.9.1 Perkufizime në lidhje me dhunën në familje sipas legjislacionit ndërkombëtar e vendas.

Konventa e Këshillit të Evropës “ Për parandalimin dhe luftën kundër dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje “ e njohur si Konventa e Stambollit, nen 3/b nënvizon se me: dhunë në familje , nënkuptohen të gjitha aktet e dhunës fizike , seksuale, psikologjike ose ekonomike që ndodhin brenda familjes ose njësisë shtëpiake, ose ndërmjet bashkëshortëve ose partënerëve ose ndërmjet ish bashkëshortëve ose ish partënerëve, pavarësisht nga fakti nëse autori i veprës penale ndan ose ka ndarë të njëjtën banesë me viktimën .

Kodi Penal i Republikës së Shqipërisë, përkatësisht në nenin 130/a nënvizon se :

- o **Rrahja**, sic do vepër tjetër dhune, ndaj personit që është bashkeshort, ish bashkeshort, bashkëjetues apo ish bashkëjetues, gjini e afërt me autorin e veprës penale, me pasoje cënimin e integritetit fizik, psiko-socilal dhe ekonomik të tij, dënohet me burgim t.
- o **Kanosja Serioze për vrasje ose plagosje të rëndë**, ndaj personit

që është bashkeshort, ish bashkeshort, bashkëjetues apo ish bashkëjetues, gjini e afërt ose krushqi e afërt me autorin e veprës penale me pasoje cënimin e integritetit psikik të tij, dënohet me burgim.

- o **Plagosja e rëndë me dashje**, ndaj personit që është bashkeshort, ish bashkeshort, bashkëjetues apo ish bashkëjetues, gjini e afërt ose krushqi e afërt me autorin e veprës penale, që ka shkaktuar paaftësi të përkohshme në punë më tepër se nëntë ditë , dënohet me burgim.

- o **Dhuna ndaj Fëmijëve**, përcaktohet si përdorimi i qëllimshëm i forcës fizike ose i formave të tjera të forcës, qofte me kërcënim ose aktuale, kundër fëmijës ose grupit fëmijëvë, e cila rezulton apo ka shumë të ngjarë që të rezultojë në dëmtim, vdekje , dëmtim psikologjik, keqzhvillim ose privim. Dhuna ndaj fëmijëve në familje pëbën vepër penale. Neni 124/b i Kodit Penal parashikon se keqtrajtimi fizik ose psikologjik i të miturit nga prinderit, motra, vëllai, gjyshi, gjyshja, kujdestari ligjor ose cdo person tjetër që është i detyruar të kujdeset për të, dënohet me burgim

1.9.2 Subjektet që gëzojnë mbrojtje nga legjislacioni.

Subjektet e mbrojtura nga legjislacioni lidhur me dhunën në familje janë anëtarë të familjes. Për këtë është rëndësishme të kuptohet se kush renditet në këtë kategori, sepse vetëm këto subjekte gëzojnë mbrojtje në bazë të këtyre ligjeve. Subjektet që gëzojnë mbrojtje sipas Ligjit i “ Dhunës në Familje” janë:

- Bashkeshorti/ja ose bashkëjetuesi/ja apo ish bashkeshorti/ja,
- Vëllezërit, motrat, personat me gjini në vijë të drejtë, përfshirë edhe prindërit adaptues dhe fëmijët e adaptuar,

- Bashkëshorti/ja ose bashkejetuesi/ja i personave të parashikuar në shkronjën "b",
- Personat në gjini në vijë të drejtë,
- Vëllezërit dhe motrat e bashkëshortit/es nëse kanë bashkëjetuar gjatë tre muajve të fundit
- Fëmijët e bashkëshortëve ose partnerëve bashkëjetues.

1.10 Pasojat e dhunës në familje.

Viktimat e dhunes ne familje shpesh pësojnë lëndime fizike që lidhen me dhunën fizike dhe seksuale objekt i së cilës janë. Lëndimet fizike shpesh ekzistojnë në seri, duke filluar nga lëndime të lehta deri tek ato shumë të rënda ku skaji më i rëndësishëm vdekja e shkaktuar nga dhuna. Në fakt Departamenti i Sigurisë Publike pranë Drejtorisë së Përgjithshme të Policisë së Shtetit, ka raportuar se

- në vitet 2010 dhe 2011, 83% e grave të vrara ishin vrarë nga bashkëshortët/partnerët e tyre;
- ndërsa në vitin 2012, 62% e grave të vrara ishin vrarë nga bashkëshortët/partnered (16 nga 26 gjithsej një vitin 2012).

Është e rëndësishme të kuptohet se viktimat e dhunë në familje shpesh ngurrojnë t'i raportojnë lëndimet që pësojnë për shkak opinionit, madje ngurrojnë t'i tregojnë edhe punonjësve të shëndetësisë dhe mjekëve. Megjithatë, dhunimi fizik dhe lëndimet fizike që lidhen me të shpesh mbivendosen dhe çojnë në probleme të tjera afatshkurtra dhe afatgjata të shëndetit fizik të viktimave të dhunuara.

Në zonat rurale ku shërbimi i urgjencës mjekësore ose nuk ekziston, ose nuk ofrohet me shpejtësinë e duhur, gratë e dhunuara fizikisht janë më të rrezikuara të pësojnë lëndime dhe paaftësi të përhershme, madje edhe të humbin jetën nga lëndimet e tyre .

1.10.1 Arsytet pse viktimat e dhunës në familje nuk kërkojnë ndihmë janë:

- nuk besojnë se mund të përmirësohet kjo situatë,
- nuk dinë ku të kërkojnë ndihmë,
- kanë frikë se po të raportojnë, kjo mund t'i dëmtojë emrin e mirë familjes,
- kanë frikë se dhunuesi do t'i rrahi edhe më shumë,
- mendojnë, ose e dinë nga përvoja, se do t'ju vihet faji për viktimizimin e tyre,
- kanë frikë se po të kërkojnë ndihmë, kjo do të çojë në zgjidhjen e martesës,
- mendojnë se nuk do t'u besojnë e nuk do t'i marrin seriozisht, madje edhe mund t'i përqeshin,
- kanë frikë se do të humbin fëmijët dhe e perceptojnë dhunën si pjesë normale të martesës, prandaj nuk kanë arsye të ankohen,
- nuk ndihen të qeta kur kërkojnë ndihmë sepse aftësitë e tyre për të kuptuar të drejtat e tyre ligjore janë të kufizuara.

1.11 Përkufizimet e përdorura në studim.

1.11.1 Dhunë

Dhunë do të kuptohet çdo veprim ose mosveprim i një personi ndaj një personi tjetër që i sjell si pasojë cënimin e integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social dhe ekonomik

1.11.2 Dhunë në familje

"Dhunë në familje" është cdo veprim ose mosveprim i një personi ndaj një personi tjetër që është në apo kanë qënë në mardhënie familjare me të duke i sjell si pasojë cënimin e integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual, social dhe ekonomik.

1.11.3 Familje

Familje është njësiashoqëreore më e vogël e përbërë nga dy ose më shumë personatë cilët kanë midis tyre lidhje martesore , gjaku, ose birësimi, që jetojnë në një të njëtin mjedis për një kohë relativisht të gjatë, kanë mardhënie

kulturore dhe ekonomike të përbashketa si dhe përkujdesen për njëri tjetrin.

1.11.4 Dhunues

Është personi i paditur, shkaktar për ushtrimin e dhunës në mardhënien familjare, përpara organeve kompetente.

1.11.5 Viktime

Janë personat mbi të cilët është ushtruar dhunë me veprim apo mosveprim nga një person tjetër, që ka sjellë si pasojë cënim të integritetit fizik, moral, psikologjik, seksual dhe ekonomik.

1.11.6 Infermier

Infermier është një person që ka përfunduar një program të edukimit bazë të kujdesjeve infermiore dhe është kualifikuar dhe autorizuar në vendin e tij për të zbatuar në praktikë kujdesjet infermiore në të gjitha mjediset, për promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjes, kujdesin për të sëmurin dhe rehabilitimin e tij.

1.11.7 Kujdes infermior

Eshtë përkujdesi, impenjimi, dedikimi për të plotësuar nevojat e shëndetit fiziologjike, psikologjike, sociale, të individit që paraqitet pranë qendrave të kujdesit shëndetësorë.

1.11.8 Spitali Rajonal Vlorë

Spitali Rajonal Vlorë është një institucion shëndetësor publik, i cili ofron kujdes shëndetësor në nivel rajoni. Në juridiksionin e tij ky spital përfshin disa bashki si bashkinë Vlorë, Selenicë, Himarë, Delvinë, Sarandë, si dhe rrethinat e tyre. Spitali Rajonal Vlorë kanë kapacitet prej 370 shtettër dhe ka një staf rreth 100 mjekë dhe 330 infermiere.

2.3 Si mund të ndihmohen nga stafi infermior pacientët në repartet e urgjencës, mikrokirurgjisë dhe maternitetit, të cilët janë paraqitur për të marrë kujdesin shëndetësor si pasojë e

lëndimeve nga dhuna e ushtruar në familje?

- a) Infermieri duhet të drejtohet dhe komunikojë me këta pacientë duke i ofruar një qetësi, konfidencë dhe siguri, pasi ky qëndrim ka vlerë terapeutike dhe efekt qetësues.
- b) Infermieri duhet të prezantohet pacientit dhe të shpjegojë atij që ai ndodhet aty për tu kujdesur për të.
- c) Stafi infermior do të vlersëojë situatën mbi gjendjen e pacientit të paraqitur në këto reparte.
- d) Stafi infermior duhet të informohet nga vet pacienti ose nga familjarët apo personat e tjerë shoqëruar nëse ka mbi atë çfarë ka ndodhur pacientit.
- e) Stafi infermior duhet të tregojë kujdes me mënyrën e komunikimit, tonin e zërit, shikimin, fjalët e përdorura, të gjitha këto duhen për të demonstruar pacientit se ne jemi aty për ta ndihmuar, jo për ta gjykuar rreth asaj çfarë ka ndodhur.
- f) Stafi infermior duhet të demonstrojë pacientit se është i interesuar për ta dëgjuar mbi atë çfarë ka ndodhur.
- g) Stafi infermior duhet të bëjë të mundur "thyerjen e akullit", duke i treguar pacientit se vërtetë shqetësohemi dhe kujdesemi për sigurinë e tij dhe dëshiron që ai të ndihet mirë në familje dhe jetën që ka krijuar.
- h) Stafi infermior duhet të gjejë fjalët e duhura për të folur për një çështje kaq delikate sa dhuna në familje, shpeshherë është shumë e vështirë, vecanërisht kur bëhet fjalë për një mardhënie që konsiderohet e paprekshme.
- i) Stafi infermior nuk duhet të detyrojë pacientin të flakë nëse ajo/ai nuk ndihet e gatshme, por provo përsëri të flasësh pasi kanë kaluar disa minuta. Ka shumë të ngjarë që kur ajo të jete gati, të ketë krijuar besimin e mjaftueshëm se ti infermieri është i sigurtë në qëllimet e tij, ajo/ai do të hapet dhe do të flas.

- j) Infermierët nuk duhet të harrojnë që rastet që paraqiten për ndihmë mjekësore mund të jenë raste rutinë për ta, por për pacientët e dhunuar jo.
- k) Stafi mjekësor duhet të tregoj mbështetje, kjo krijon më shumë siguri tek pacientët e dhunuar.

2.3.1 Diagnozatat infermiere në pacientët e dhunuar fizikisht

- 2. Mavijosje
- 3. Të djegura prej cigareve
- 4. Plagë që pacienti nuk është në gjendje të shpjegojë sesi i janë shkaktuar
- 5. Plagë të pa trajtuara, ose të pa trajtuara në mënyrë profesionale.
- 6. Shënje në pjesë të ndryshme të trupit të cilat vështirë se mund të shkaktohen në mënyrë aksidentale.

2.3.2 Diagnozatat infermiere në pacientët e dhunuar psikologjikisht

- 1) Vonesë në përgjigje
- 2) Gjendje ankthi dhe stresi
- 3) Vështirësi në të folur
- 4) Crregullime në ushqyerje

2.3.3 Diagnozatat infermiere në pacientët e dhunuar seksualisht

- 1. Dhimbje, gjakrrjedhje në organet genital, zonën anale
- 2. Vështirësi ecjeje, qëndrimi në këmbë.

2.4 Njohja e formave të dhunës nga stafi infermieror

Të kuptosh se cdo të thotë dhunë në familje, do të thotë të dallosh dhunën edhe kur pacienti viktimë e kësaj dhune nuk ka shënja të dukshme fizike. Ajo që duhet perceptuar nga stafi infermieror në keto repartime është të arrihet të kuptohet jo vetëm dhuna e shkaktuar nga veprimi, por edhe dhuna e ardhur nga mosveprimi, e cila shfaqet në formën e neglizhencës ndaj fëmijës, personave me nevojë të vecanta, mosdhënia e mbështetjes morale, emocionale, e ndihmes, e shërbimit.

Studim Krahasues

Vrojtimi kombëtar i vitit 2007 për dhunën në familje në Shqipëri

Në vitin 2007, Instituti Kombëtar i Statistikave i Republikës së Shqipërisë (INSTAT) ndërmori vërtetimin e parë kombëtar me bazë popullatën për dhunën në familje në Shqipëri. Qëllimi i këtij vërtetimi kombëtar i vitit 2007 për dhunën në familje ishte të gjeneronte të dhëna dhe rezultate të besueshme për natyrën dhe shtrirjen e dhunës në familje në Shqipëri, që mund të përdoret si bazë për zhvillimin e masave efektive parandaluese, mbrojtëse dhe ligjore, si dhe të politikave për trajtimin e problemit të dhunës në familje dhe për mbështetjen e viktimave dhe të mbijetuarave të dhunës në familje.

Vërtetimi i vitit 2007 nxori përfundime shumë interesante dhe domethënëse, disa prej të cilave theksohen në këtë seksion; për përfundimet e plota mund t'i referoheni raportit të plotë. Një nga rezultatet më kryesore të vërtetimit kombëtar me bazë popullatën për dhunën në familje të vitit 2007 ishte se të paktën 56,0% e grave dhe vajzave 15-49 vjeç kishin përjetuar dhunë në martesë/marrëdhënien e tyre intime.

Më konkretisht, :

- 50,6% e grave kishin përjetuar dhunë emocionale,
- 39,1% dhunë psikologjike,
- 31,2% dhunë fizike,
- 12,7% dhunë seksuale, në martesë/marrëdhënien e tyre intime.

Përgjithësisht gratë e keqtrajtuara nuk kishin përjetuar vetëm një lloj dhune, por lloje të shumfishta dhune në të njëjtën kohë në martesë/marrëdhënien e tyre intime. **Në varësi nga lloji i dhunës në familje të përjetuar nga gratë, kishte disa dallime të rëndësishme sipas nivelit arsimor, gjendjes së punësimit, grupmoshës, dhe gjendjes civile të grave.** Më konkretisht:

- Gratë dhe vajzat me arsim të lartë kishin shumë më pak gjasa të përjetonin dhunë në familje në martesë/marrëdhënien e tyre intime, krahasuar me gratë dhe vajzat me

arsim të mesëm, tetëvjeçar, fillor, apo më të ulët.

- Gratë me arsim fillor ose më të ulët kishin gjasat më të mëdha të përjetonin dhunë fizike nga bashkëshortët/partnerët e tyre intime.

Për sa i përket **gjendjes së punësimit**, gratë dhe vajzat që nuk punonin jashtë shtepisë kishin shumë më tepër gjasa të përjetonin dhunë në martesë/marrëdhënien e tyre intime në krahasim me ato që ishin të punësuar jashtë shtepisë.

Ndërsa për sa i përket **dallimeve ndërmjet zonave urbane dhe rurale**, gratë dhe vajzat në zonat rurale kishin më shumë gjasa të përjetonin dhunë në familje krahasuar me grate në zonat urbane.

“Koha” e fillimit të dhunes në familje:

Vrojtimi i vitit 2007 tregoi gjithashtu se ;

- Gjysma e grave që kishin përjetuar dhunë në familje thanë se dhuna kishte filluar brenda vitit të parë të martesës/bashkëjetesës.
- Një e treta e tyre thanë se dhuna në familje kishte filluar në vitin e 2-të ose të 3-të të martesës/bashkëjetesës.

Kështu, shumë prej grave të intervistuar kishin jetuar me dhunën në martesën dhe në familjen e tyre nga 10 deri në 30 vjet .

Vrojtimi i vitit 2007 tregoi gjithashtu se gratë e keqtrajtuara shpesh kishin pësuar **lëndime të shkallëve të ndryshme** nga dhuna në familje.

- 48,3% e grave të keqtrajtuara kishin pësuar çarje/prerje, nxirje, dhe/ose dhimbje;
- 18,1% kishin pësuar lëndime në sy, djegie, ndrydhje dhe/ose nxjerrje kyçesh/eshttrash;
- 5,4% kishin humbur ndjenjat;

- 1% kishin pësuar plagë të thella, thyerje eshttrash, thyerje dhëmbësh, dhe/ose lëndime të rënda.

Shumica e grave dhe vajzave që kishin pësuar lëndime nga dhuna në familje nuk kishin mundur të punonin për një periudhë prej një deri 15 ditësh si pasojë e këtyre lëndimeve .

Një konstatim tjetër i rëndësishëm i vrojtimin të vitit 2007 ishte se :

- gratë e vajzat me bashkëshortë/partnerë intime që pinin alkool, kishin pothuaj dy deri në tri herë më shumë gjasa të përjetonin dhunë në familje në martesë/marrëdhënien e tyre intime, krahasuar me grate bashkëshortët/partnerët intime të cilave nuk pinin alkool.
- Gratë e keqtrajtuara, që kishin bashkëshortë/ partnerë intime që pinin alkool, kishin gjithashtu shumë më tepër gjasa të pësonin lëndime nga dhuna në familje .

Në përgjithësi, gratë e keqtrajtuara shpesh nuk janë të gatshme të flasin për dhunën në familje. Në fakt, rezultatet e vrojtimin të vitit 2007 treguan se:

- vetëm 16% deri 28% e grave të keqtrajtuara kishin kërkuar ndihmë për dhunën në martesë/marrëdhënien e tyre intime. Nga këto gra që kishin kërkuar ndihmë, pothuaj 91% e kishin kërkuar atë nga familja ose të afërm të tjerë dhe shumë pak prej tyre kishin dalë jashtë familjes për të kërkuar ndihmë për dhunën në jetën e tyre .

Vrojtimi i vitit 2007 tregoi se gratë e dhunuara rrallë kërkojnë **ndihmë nga shërbimet për mbështetjen e viktimave** ose punonjësit e ligjit për probleme të dhunës në familje. Arsytet janë të shumta, ndër të cilat:

- mungesa e shërbimeve për viktimat femra të dhunës në familje, sidomos në zonat rurale;
- familja dhe shoqëria i këshillojnë shumë gra të mos kërkojnë ndihmë nga organet e shtetit apo shërbimet në bashkësi;
- shumë gra ia vënë fajin vetes për viktimizimin e tyre;
- shumë gra kanë frikë se, po të flasin hapur e të kërkojnë ndihmë, do t'ua vënë fajin atyre për viktimizimin e tyre .

Nuk janë vetëm bashkëshortët/partnerët e tanishëm apo të mëparshëm që kryejnë akte dhune në familje ndaj grave. Në fakt, vrojtimi i vitit 2007 tregoi se edhe **anëtarë të tjerë të familjes** (p.sh., prindërit, vëllezërit, motrat, njerëzit e burrit, dhe të afërm të tjerë) **kryejnë akte dhune fizike** ndaj grave.

- nga mosha 15 vjeçare, 13,8% e grave dhe vajzave ishin keqtrajtuar fizikisht nga nëna/njerka,
- 13,4% nga babai/njerku,
- 9,7% nga një motër/vëlla.
- 2% e grave thanë se ishin keqtrajtuar fizikisht nga vjehrra apo vjehrrë .

Së fundi, **fëmijët** janë shpesh viktimat të harruara të dhunës në familje, megjithëse ata janë shpesh dëshmitarë të akteve të dhunës në familje ose e dinë se po ndodh një gjë tillë sepse dëgjojnë britmat dhe grindjet, shohin lëndimet, apo dëmet në orëndi. Fëmijët që rriten në familje të dhunshme janë shpesh viktimat të drejtpërdrejta dhe/ose të tërthorta të dhunës në familje, dhe janë më të rrezikuar nga dhuna ndaj fëmijëve dhe lënia pas dore. Ndër gratë e intervistuar në vitin 2007:

- vetëm 7,9% e tyre mendonin se dhuna në shtëpinë e tyre kishte ndikim negativ tek fëmijët e tyre; -
- 51% e grave nuk iu përgjigjën kësaj pyetjeje.

Krahasuar me këtë, nga fëmijët e intervistuar,:

- 57,7% thanë se ishin keqtrajtuar fizikisht nga një anëtar i familjes
- 45,1% e fëmijëve thanë se ishin lënduar fizikisht nga nëna/njerka;
- 29,3% nga babai/njerku,
- 24,4% nga motra/vëllai,
- 3,6% nga gjyshërit,
- 1,4% thanë se ishin keqtrajtuar nga anëtarë të tjerë të familjes).

Duke qenë se nënat/njerkat shpenzojnë më shumë kohë me rritjen e fëmijëve, nuk është për t'u çuditur që nënat/ njerkat ishin ato që u identifikuan më shpesh nga fëmijët si personat që i kishin lënduar fizikisht.

Rezultatet e vrotimit të vitit 2007 treguan se, ndonëse shumica e fëmijëve në zonat urbane dhe rurale raportonin se ishin keqtrajtuar fizikisht nga një anëtar i familjes, :

- **(67,5%)** fëmijët në zonat rurale kishin shumë më tepër gjasa të keqtrajtoheshin fizikisht nga një anëtar i familjes se sa fëmijët që jetonin në zonat urbane (51,2),
- **(66,7%)** e djemeve kishin shumë më tepër gjasa se vajzat (51,1%) të përjetonin dhunë fizike në familje.
- **(52,0%)** e djemeve kishin shumë më tepër gjasa se vajzat (38,2%) të keqtrajtoheshin fizikisht nga babai/njerku;
- **(42,4%)** e vajzave kishin më tepër gjasa se djemtë (34,7%) të keqtrajtoheshin fizikisht nga motra/vëllai .

Së fundi, vrojtimi i vitit 2007 zbuloi se 53,3% e fëmijëve që ishin keqtrajtuar fizikisht thanë se kishin kërkuar ndihmë nga dikush në përpjekje për ta ndaluar keqtrajtuesin.

Shumica e fëmijëve kishin kërkuar ndihmë nga një anëtar i familjes; shumë rrallë ndodhte që fëmija t'i kishte treguar dikujt jashtë familjes së ngushtë për keqtrajtimin apo dhunën .

Vrojtimi kombëtar me bazë popullatën për dhunën në familje i vitit 2007 ishte përpjekja e parë për të matur natyrën dhe shtrirjen e dhunës në familje ndaj grave dhe fëmijëve në Shqipëri.

Por, përtej këtij vrojtimi, studimet kërkimore për dhunën në familje në Shqipëri vazhdojnë të jenë shumë të kufizuara. INSTAT-i është përgjegjës për përcaktimin dhe zbatimin e metodologjisë dhe të procedurave të duhura për zgjedhjen e kampionit, dhe për të siguruar përdorimin e programeve për përpunimin e të dhënave dhe të sintaksave kompjuterike të përditësuara, që analiza e të dhënave të jetë e besueshme, e paanshme, objektive, e hollësishme, dhe e interpretueshme. Që nga viti 2004, INSTAT-i gjithashtu ka botuar sistematikisht të dhëna kombëtare me bazë gjinore për palët e interesuara, për t'i ndihmuar ato në procesin e hartimit të politikave shtetërore me ndjeshmëri gjinore.

3.2 Qëllimi

Vlerësim i prevalencës së dhunës në familje në personat e paraqitur në Drejtorinë Vendore të Policisë së Qarkut të Vlorës dhe roli i infermierit në identifikimin e personave të dhunuar që kërkojnë kujdes shëndetësor në periudhën kohore 01– 31 gusht 2017, pranë Spitalit Rajonal të Vlorës.

3.3 Objektivi kryesorë

Vlerësimi i prevalencës së dhunës në familje në personat e dhunuar të paraqitur në Drejtorinë Vendore të Policisë së Qarkut të Vlorës dhe roli i infermierit në identifikimin e personave të dhunuar që kërkojnë kujdes shëndetësor në periudhën kohore 01– 31 gusht 2017, në pavionet e Spitalit Rajonal të Vlorës.

3.4 Objektivat specifik

1. Vlerësimi i të dhënave socio-demografike për personat e dhunuar të paraqitur në Drejtorinë Vendore të Policisë në gusht 2017.
2. Vlerësimi i tëpër pozicionin që zënë në familje personat e dhunuar.
3. Vlerësimi i lidhjes që ata kanë me dhunën në familje.
4. Vlerësimi i llojit të dhunës në familje.
5. Vlerësimi i shpeshtësisë së dhunës në familje për muajin gusht 2017
6. Vlerësimi i tendencies së dhunës në familje për muajin gusht 2017.

7. Vlerësimi i shpeshtësisë së rasteve që personeli bie në kontakt gjatë punës me persona të dhunuar.

8. Vlerësimi i perceptimit të infermierëve, së cilët dhunohen më shpesh.

9. Vlerësimi nëse personat e dhunuar vijnë të shoqëruar

10. Vlerësimi i perceptimit të stafit infermieror nëse personat e dhunuar ndihen të frikësuar.

11. Vlerësimi i aftësisë së stafit për të identifikuar personat e dhunuar në momentin që vijnë për të mare kujdes.

12. Vlerësimi i shenjave më të shpeshta që personat e dhunuar shfaqin.

13. Vlerësimi i rasteve nëse personat e dhunuar ndihen të gatshëm për ti denoncuar dhunuesit e tyre.

14. Vlerësimi i rasteve kur stafi identifikon raste të përsëritura të personave që dhunohen.

3.5 Tipi i studimit

Për nga koha e ndodhjes së ngjarjes dhe regjistrimit të informacionit studimi është :

- Transversal, sepse ishte një studim pikësor ku të dhënat u mbledhën njëkohësisht për gjetjen e prevalences së dhunës në familje dhe pyetesore që shpermdan tek infermiret.
- Kuantitativ, sepse të dhënat e studimit janë sasiore.

3.6 Vlefshmëria e projektit të kërkimit

a. Vlefshmëria e brendshme e studimit

Studimi thuhet se ka vlefshmëri të brendshme në rastet kur është kryer metodologjikisht mire në popullatën finale në studim.

b. Vlefshmëria e jashtme e studimit

Vlefshmëria e jashtme e studimit garantohej pjesmarja në studim.

3.7 Besueshmeria

Të dhënat e këtij studimi janë përftuar nga :

- 1- Intervistat me pyetje të hapura

3.8 Përcaktimi i zonës së kërkimit

Ky studim u realizua në Zyrat Rajonale të Drejtorisë Vendore të Policisë Vlorë, ku janë paraqitur për të trajtuar problemin e tyre personat që kanë patur probleme të natyrës së konfliktit apo dhunës në familje, si dhe plotësimin i pyetësorëve nga infermierët e Reapartit të Urgjencës, Mikrokirurgjisë dhe Maternitetit. Stafi infermior u pyet rreth identifikimit të pacientëve të dhunuar të cilët kërkojnë kujdes shëndetësor.

3.9 Studimi i popullatës

Popullata e marrë në studim përfshiu personat e paraqitur në Drejtorinë Vendore të Policisë Vlorë, përkatesisht në zyrën e Policimit në Komunitet, për të trajtuar probleme të cilat lidhen me natyrën e konflikteve dhe të dhunës si pyetësorët e plotësuar nga infermierët e tre repave ku personat e dhunuar marrin kontaktin e parë në institucionet shëndetësore.

3.10 Procesi i grumbullimit të të dhënave

Klasifikimi i informacionit u bë nga koncepte të përgjithshme në ato specifike. Çdo papargarfi i'u vendos një numër specifik në bibliografi.

3.10.1 Metodat

- *Etike*: u kërkuar leja nga stafi drejtues i Drejtorisë Vendore të Policisë Vlorë si dhe pëlqimi i punonjësve të policisë të cilët lejuan aplikimin e pyetësorit tek shtetasit e paraqitur në zyrat e tyre.
- *Empirike*, u përpunua pyetësori që u aplikua tek shtetasit e paraqitur gjatë muajit gusht 2017 në zyrat Rajonale të D.V.P. Vlorë dhe pyetësori për personelin infermior të reapesteve urgjencë, mikrokirurgji, maternitet.
- *Statistikore*, informacioni i përfutur përmes instrumentave të përdorur, u analizua dhe interpretuan të dhënat e grumbulluara nga ky studim.

3.11 Instrumenti i përdorur në grumbullimin e të dhënave

Zgjedhja e instrumentit, u panë disa studime mbi gjetjen e prevalencës mbi dhunën në familje dhe u përzgjedh një prej tyre prej të cilit u përshtatën dy pyetësorë të strukturuar dhe vetadministruar. Në pyetësorë u përdorën pyetje të mbyllura, të cilat kanë një përgjigje të sugjeruar. Pyetësorët e ndërtuar në këtë formë janë më të lehtë për tu administruar dhe analizuar. Ata kërkojnë më pak kohë nga personat që u drejtohen për tu plotësuar.

3.12 Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave me anë të pyetësorëve u realizua në dy mënyra:

- 1- Intervista të strukturuar, ku udhëheqësi i intervistës iu drejton pyetje personave në këtë studim. Kjo mënyrë u përdor për vet faktin e pamundësisë së disa personave për të lexuar vet pyetjet. Kjo mënyrë ka disa përparësi:
 - Rriten mundësia që individët të japin një përgjigje për çdo pyetje.
 - Rritet mundësia që çdo pyetje të kuptohet nga çdo pacient, pasi nga udhëheqësi i intervistës mund të bëhet shpjegimi i asaj pjese që nuk kuptohet.
- 2- Pyetësorët e vetadministruar, janë ata pyetësorë ku stafi infermior i trepavioneve të përfshirë në studim i plotësuan në mënyrë të pavarur. Kjo mënyrë kishte anë positive pasi:
 - U harxhua më pak kohë nga udhëheqësi, pasi në të njëjtën kohë mund të plotësoheshin më shumë se një pyetësorë.
 - U garantua anonimat,
 - Secili nga stafi infermior që u nënshtroi kësaj pyetësori pati kohën e mjaftueshme për të dhënë përgjigjet.
 - Kosto e ulët.
 - Përgjigjet janë më të lehta për tu analizuar.

3.13 Ndërtimi i pyetësorëve

U përdorën pyetësorë të strukturuar për shtetasit e paraqitur gjatë muajit gusht 2017 në Zyrat e Policimit në Komunitet pranë D.V.P.Vlorë dhe të vetadministruar për stafin infermieror, pra gjithësej dy pyetësorë. I pari për shtetasit e paraqitur në Zyrat e Policimit në Komunitet pranë D.V.P.Vlorë ishte i ndarë në dy seksione dhe i dyti në një.

3.14 Periudha e studimit

Pyetësorët u shpërndanë në Zyrën Rajonale të Policimit në Komunitet, në D.V.P.Vlorë nga data 01.08.2017 – 31.08.2017. Pyetësorët u shpërndanë njëkohësisht dhe tek stafi infermieror i tre repartëve të përfshirë në studim. Studimi ishte i drejtëpërdrejtë.

3.15 Metoda e përzgjedhjes së mostrave

Përzgjedhja e monstres në këtë studim ishte jo-probabilitare dhe vuulnetare, ku përfshiu ata persona të cilët ishin të gatshëm dhe që ndodheshin në detyrë në këto reparte. Kriteret e përfshirjes në studim të personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë dhe infermierëve ishin:
Për personat e paraqitur në D.V.P.Vlorë:

- Të ishin në gjendje të flisnin vetë.
- Të ishin në zyrën e Policimit në Komunitet kur krye studimi.

Per infermierët:

- Të ishin staf e këtyre pavioneve
- Të ishin në detyrë në kohën e studimit,

- Të ishin ata që kujdeseshin drejtëpërdrejtë me pacientët.

3.16 Përmasa e mostës

Monstra për pyetësorin e parë konsistoi në 57 persona të cilët ishin paraqitur për të trajtuar probleme të natyrës së dhunës në Zyrat Rajonale të Policimit në Komunitet në D.V.P.Vlorë. Për pyetësorin e dytë u përfshinë 36 infermierë nga të tre Repartet, më konkretisht nga Reparti i Urgjencës, Mikrokirurgjisë dhe ai i Maternitetit.

3.17 Administrimi i pyetësorëve

Pas marrjes së miratimit verbal prej punonjësve të policisë në zyrat e Policimit në Komunitet për realizimin e studimit, pyetësorët u shpërndanë për çdo person të paraqitur në këtë zyrë përgjatë muajit gusht 2017. Për stafin infermieror ishte më e lehtë shpjegimi mbi qëllimin e këtij studimi si dhe faktin që çdo përgjigje në këto pyetësorë do të mbetet anonime. Përkundrazi ishte më vëzhguese informimi dhe marrja e miratimit nga shtetasit e paraqitur në D.V.P.Vlorë. Për këta shtetas pyetjet u bënë në mënyrë të drejtëpërdrejtë, ndërsa për infermierët u la vete pyetësori të përgjigjeshin. U shpërndanë 60 pyetësor për pacientët dhe u kthyen 58, nuk u kthyen 2 pyetësorë dhe jo të plotë rezultuan 1 pyetësorë. Të vlefshëm gjithësej ishin 57 pyetësor.

Për infermierët u shpërndanë gjithësej 40 pyetësorë dhe u kthyen 40, të pa kthyer ishin 0 dhe jo të plotë ishin 4. Të vlefshëm gjithësej rezultuan 36. Të dhënat u detajuan në tabelat e mëposhtme.

Tabela 3.1 Niveli i administrimit të pyetësorëve të përdorur në shtetasit e paraqitur gjatë muajit gusht në Zyrat Rajonale të Policimit në Komunitet, pranë D.V.P.Vlorë

Nr. i pyetësoreve	Zyra e Policimit në Komunitet, në Drejtorinë Vendore të Policisë Vlorë.	Totali
Të shpërndarë	60	60 (100%)
Të kthyer	58	58 (96%)
Të pa kthyer	2	2 (3.3%)
Jo të plotë	1	1 (1.6%)

Të vlefshëm	57	57 (95%)

Tabela 3.2 Niveli i administrimit të pyetësorëve të përdorur në stafin infermieror të pavioneve të Spitalit Rajonal Vlorë.

Nr. i pyetësorëve	Repartet			Totali
	Urgjenca	Mikrokirurgjia	Materniteti	
Të shpërndarë	20	10	10	40 (100%)
Të krthyer	20	10	10	40 (100%)
Të pa kthyer	0	0	0	0
Jo të plotë	3	0	1	4 (10%)
Të vlefshëm	17	10	9	36 (9%)

Pilotimi i Pyetësorit

Tabela 1: Pilotimi i pyetësorit

Treguesit Demografik	Kategoria	Shpeshtesia
Mosha	17 apo me I ri	2
	18 – 20	3
	21 -29	36
	30 -39	11
	40 – 49	3
	50 -59	2
	60 vjec apo me I moshuar	0
	Total	57
Gjinia	Femer	39
	Mashkull	18
	Total	57
Niveli Arsimor	Fillor ose me i ulet (4 vjet)	0
	Tetevjercar (8 vjet)	0
	I mesem / professional	10
	Universitar/ pasuniversitar	47
	Total	57
Statusi Civil	E martuar/bashkejeton	32
	E ve	0
	E shkurorezuar/ndare	0
	Beqar/e	25
	Total	57
Punësimi	Punon jashte shtepise	48
	Nuk punoj jashte shtepise	6
	Me leje lindje	3

	Total	57
Vendbanimi	Urban	37
	Rural	20
	Total	57
Qarku	Fier	15
	Vlore	17
	Tirane	14
	Elbasan	3
	Gjirokaster	1
	Korce	0
	Tjeter	7
	Total	57
Pozicioni në familje	Gjysh/Gjyshe	0
	Kryefamiljar	28
	Bir/bije	29
	Mbese/nip	0
	Total	57
Lidhja me dhunën në familje	Viktime e dhunes ne familje	22
	I mbijetuar i dhunes ne familje	1
	Dhunues	1
	Nuk kam perjetuar dhune ne familje	33
	Tjeter, specifiko te lutem	0
	Total	57
Lloji i dhunës në familje	Dhune psikologjike/verbale	14
	Dhune Fizike	4
	Dhune seksuale	1
	Dhune financiare	3
	Total	22
	Asnjehere	33
Shpeshtesia e Dhunës në Familje	Nje here	1
	Dy here	2
	Me shume se dy here	0
	Total	36
Tendenca e dhunës në familje	Rritur	1
	Ka qendruar njelloje	5
	Eshte ulur	1
	Ka ndodhur vetem nje here	14
	Nuk kam dhune ne familje	36
	Total	57

Analiza e të dhënave, rezultatet dhe diskutimet

Qëllimi i këtij studimi në këtë pjese ka qënë evidentimi .i prevalencës se dhunës në familje ne territorin që mbulon Komisariati Vlore për periudhën gusht 2017 si dhe roli i infermierit në identifikimin e personave që të dhunuar që paraqiten për kujdës shëndetësor. Rezultatet e dala nga ky studim u nxorën prej të dhënave të pyetësorëve të plotësuar prej 57 personave të ardhur pranë zyrave rajonale të Policimit Në Komunitet, në D.V.P.Vlorë dhe prej 36

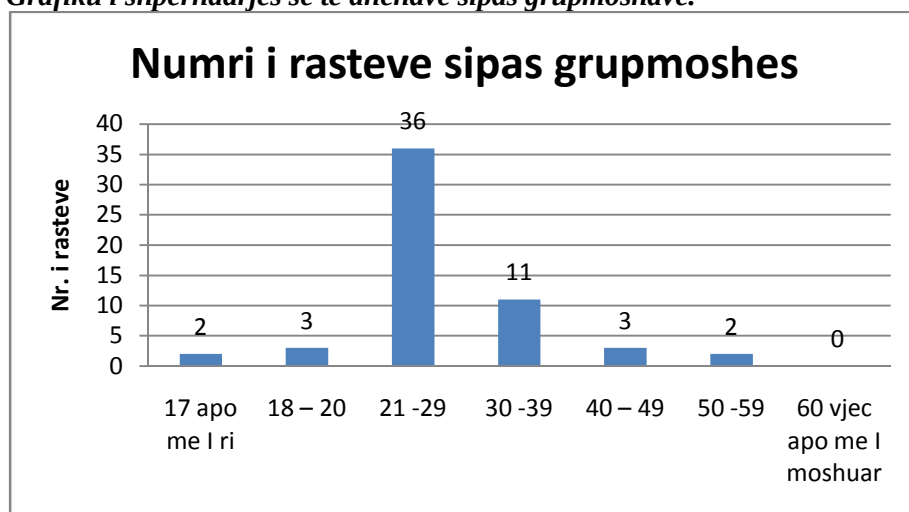
infermire të reparteve Urgjencë, Mikrokirurgji dhe Maternitet, pranë Spitalit Rajonal Vlorë.

4.2Prezantimi i rezultateve për pyetësoret e personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë

Informacioni statistikor në këtë kapitull është përftuar prej 57 pyetësorëve të plotësuar nga personat e paraqitur ne policinë Vlorë dhe 36 infermierë pranë tre reparteve të sipërpërmendura në S.R.Vlorë. Shumë prej këtyre rezultateve të analizuar janë prezantuar në formën e grafikëve me përshkrimët numerike , duke e bërë më të lehtë interpretimin.

Figura 4.1 Shpërndarja e të dhënave sipas grupmoshave.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas grupmoshave.

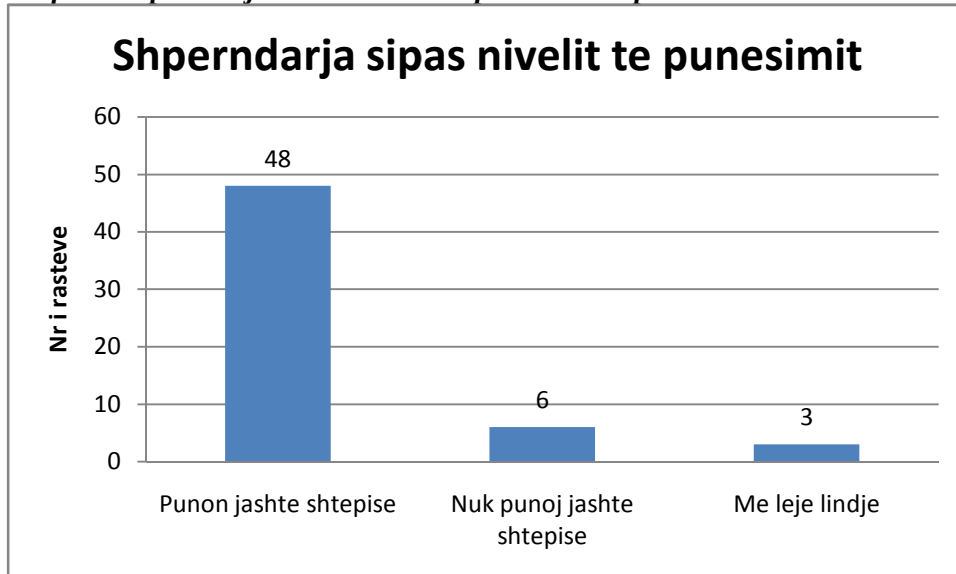


Nga grafiku i figurës 4.1 shohim personat e anketuar në D.V.P.Vlorë janë të grupmoshave,

- Mosha deri në 17 vjeç janë 2 persona,
- Mosha 18-20 vjeç janë 3 persona,
-
- Mosha 21-29 vjeç janë 36 persona,
- Mosha 30-39 vjeç janë 11 persona,
- Mosha 40-49 vjeç janë 3 persona
- Mosha 50-59 vjeç janë 0 persona.

Figura 4.2 Shpërndarja e të dhënave sipas nivelit të punësimit

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas nivelit të punësimit



Nga grafiku i fig.4.2 shihet se numrin më të madh të personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë janë persona që punojnë jashtë shtëpie, ata janë 48 ose 84.2 %.

Ata që nuk punojnë janë 6 ose 10.5%
Me leje lindje janë 3 ose 5.2 %

Figura 4.3 Shpërndarja e të dhënave sipas gjinisë.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas gjinisë



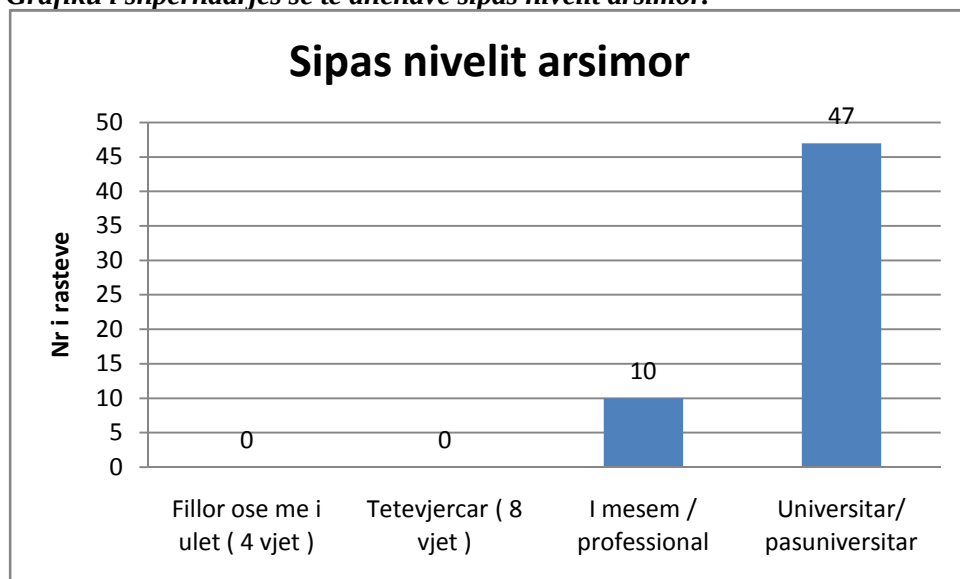
Nga grafiku I figurës 4.3 shohim se përqindarjen më të madhe të personave të paraqitur për të

marr shërbim mbi konfliktet apo dhunën në Zyrat e Policimit ne Komunitet, pranë D.V.P.Vlorë e

ka patur gjinia mashkull, përkatësisht 68% dhe femrat rreth 32 %.

Figura 4.4 Shpërndarja e të dhënave sipas nivelit arsimor.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas nivelit arsimor.

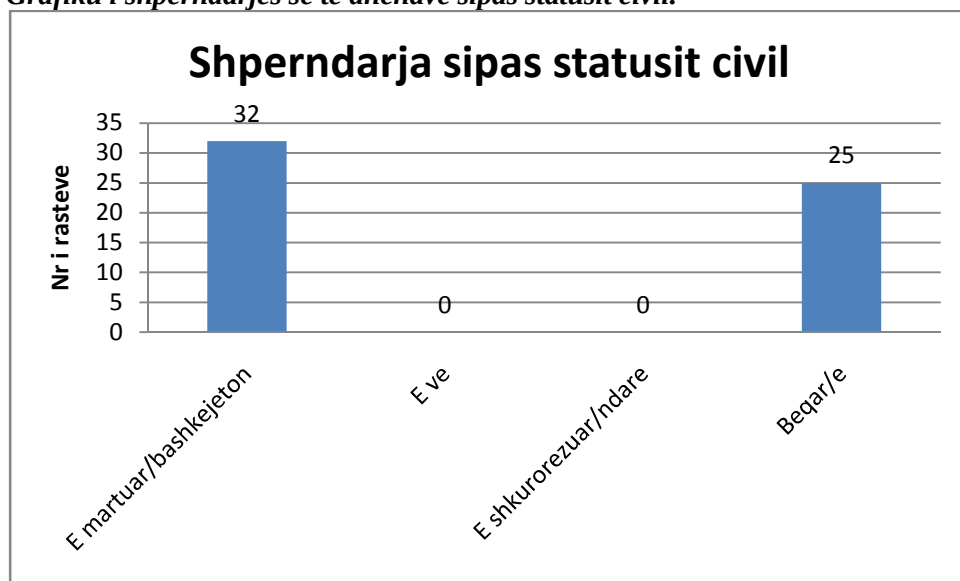


Nga grafiku i fig.4.4 shihet se numrin më të madh të personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë janë persona me arsim të lartë, të cilët janë 47 në numer, që përbëjnë një shifër rreth 82 %, pas

tyre në rënditje vijjnë personat të cilët kanë mbaruar ciklin e mesëm, përkatësisht 10 persona, 17.5 %. Ndërsa për persona me cikël fillor apo 8- vjecar nuk ka patur asnjë rastë.

Figura 4.5 Shpërndarja e të dhënave sipas statusit civil.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas statusit civil.

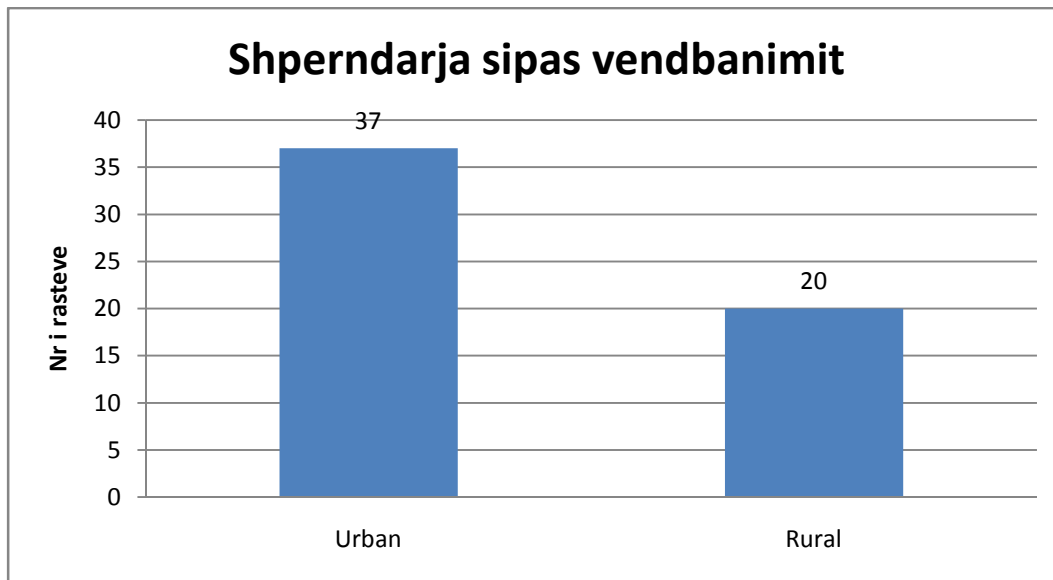


Nga grafiku i fig.4.5 shihet se numri më të madh të personave të paraqitur prane D.V.P.Vlorë sipas statusit civil e zënë personat që ja në të martuar ose bashkëjetojnë, këtë persona

përbëjnë një shifër prej 32 ose 56.1%. Personat të cilët kanë qënë me status beqar kan qënë 25, ose rreth 33-3 %. Persona me status civil të ndarë ose te shkurorzuar nuk janë paraqitur.

Figura 4.6 Shpërndarja e të dhënave sipas vendbanimit

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas vendbanimit

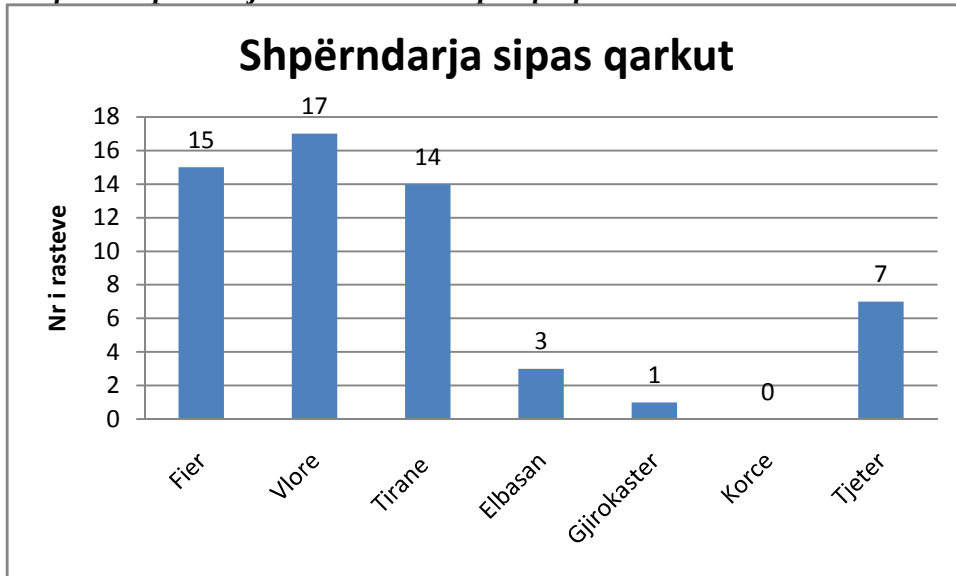


Nga grafiku i fig.4. shihet se personat që janë të paraqitur për të trajtuar problem te natyrës së konflikteve në D.V.P.Vlorë janë persona që

jetojnë në zona urbane. Ata janë 37, 64,9%. Ata që jetojnë në zora rurale jane 20, ose 35 %.

Figura 4.7 Shpërndarja e të dhënave sipas qarkut.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas qarqeve

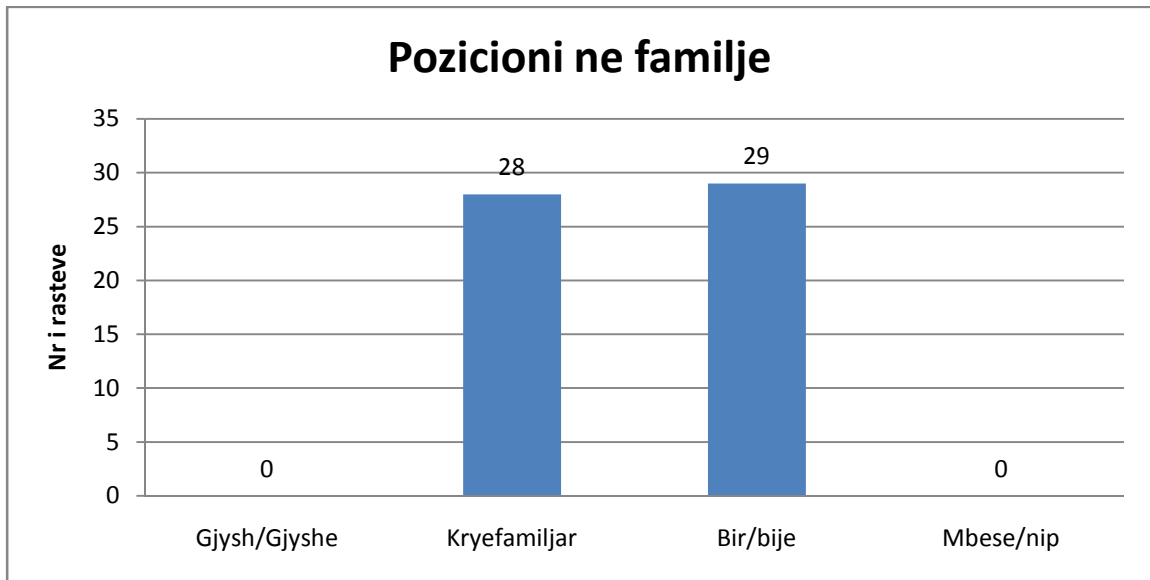


Nga grafiku i fig.4.7 shihet se numrin më të madh të personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë e përbëjnë shtëtas të cilët janë banues ne qarkun e Vlorës. Ata janë 17, ose 29.8 %. Ta të cilët jetojne neqarqe të tjera, por janë paraqitur për në zyrat e Policimit ne Komunitet prane D.V.P.Vlorë janë:

- nga qarku i Tiranës janë 14, ose 24,5 %,
- nga qarku I Fierit janë 15, ose 26.3%,
- nga qarku I Gjirokastrës janë1, ose 1.5%,
- nga qarku I Elbasanit janë 3, ose 5.2%,
- nga qarqe të tjera janë 7, ose 12,2 %.

Figura 4.8 Shpërndarja e të dhënave sipas pozicionit në familje.

Grafiku i shpërndarjes së të dhënave sipas pozicionit në familje.



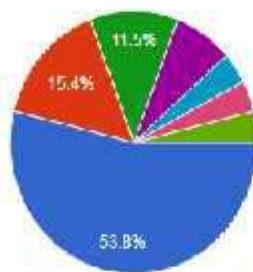
Nga grafiku i fig.4.8 shihet se numrin më të madh të personave të paraqitur në D.V.P.Vlorë sipas pozicioni të tyre në familje e përbëjnë, kryefamiljarë janë 28, ose 49.1%,

Bir/bije janë 29, ose 50,8%, Ndërsa për kategorinë gjysh/gjyshe dhe mbese/nip nuk ka patur asnjë person të paraqitur pranë D.V.P.Vlorë.

Figura 4.9 Shpërndarja e të dhënave për tipin e dhunës në familje që personi i anketuar vuan/ka përjetuar.

14.Cfare tipi te dhunes ne familje vuan/ ke perjetuar?

26 responses



- Dhune psikologjike/vefuate
- Dhune fizike
- Dhune seksuale
- Dhune financiare
- Nuk kam perjetuar
- Nuk jam perjetuar dhune ne familje
- Nuk jam dhunuar
- Asnjë

Nga grafiku I figurës 4.9 shohim tipin e dhunës së ushtruar në familje, ku dhuna psikologjike tek personat të cilët janë paraqitur në zyrat e D.V.P.Vlorë rezulton të ishte me e lart rreth

53.8%. E dyta në renditjen vjen lloji i dhunës fizike, rreth 15,4 %. E treta në renditje është dhuna financiare. Me 11.5%.

Figura 4.10 Shpërndarja e të dhënave nëse personat e anketuar kane përjetuar dhunim psikologjik.



Nga grafiku i figurës 4.10, shohim shpërndarjen e formave të dhunës psikologjike tek personat e paraqitur dhe të anketuar në D.V.P.Vlorë, ku rezulton se: Forma e dhunës psikologjike, ju flasin në një mënyrë që ju bën të, zë 29.4 %.

- Forma e dhunës psikologjike, ju bërtasin dhe ju fyejnë në familje, së

bashku me është/ishte xheloz/e ose inatosej, zënë përkatësisht të dyja nga 11,8 %.

- Ndërsa forma e dhunës psikologjike, shkatërrojnë ose kanë shkatërruar dicka rezulton të jetë 5.9%.

Figura 4.11 Shpërndarja e të dhënave mbi llojin e sulmit fizik që personi i anketuar vuan/ka përjetuar.



Nga grafiku i figurës 4.11 shohim shpërndarjen e formave të dhunës fizike tek personat e

paraqitur dhe të anketuar në D.V.P.Vlorë, ku rezulton se: Dhuna fizike e shfaqur në formën,

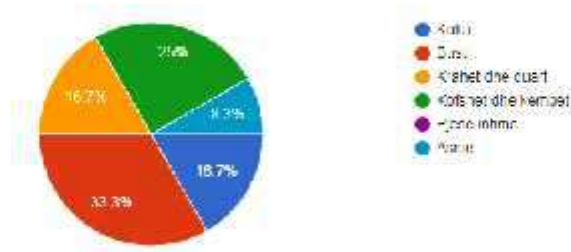
shtyrje apo goditje pa shkaktuar dëmtime rezulton të jetë 50%, ajo e shfaqur me goditje, shuplakë apo grushte pa shkaktuar dëmtime është rreth 16.7 %. Ndërsat tre format e

tjera si, me shtytje apo goditje duke shkaktuar dëmtime, tërheqje prej flokësh dhe Përdorim i një objekti tjetër për të goditur rezultojnë të jenë secila rreth 8.3%

Figura 4.12 Shpërndarja e të dhënave se cila pjesë trupi ka qënë objektiv për tu goditur.

17. Cfare pjese e trupit tuaj ka qene objektiv per tu goditur?

12 responses



Nga grafiku i figurës 4.12 shohim shpërndarjen e të dhënave se ku është ushtruar më shumë dhuna e formave të dhunës fizike në pjesët trupore tek personat e paraqitur dhe të anketuar në D.V.P.Vlorë, ku rezulton se, kur objektivi i kësaj dhune ka qënë busti rezultojnë rreth

rreth 33.3%. Në renditje në vend të dytë si objektivi i goditjeve është Kofshë dhe kembët me 25%. Në vend të tretë janë dy pjesë trupore, gjymturët e sipërm dhe koka, përkatësisht secila nga 16.7%.

Figura 4.13 Shpërndarja e të dhënave, lloji i lëndimeve që janë përjetuar gjatë goditjeve

18. Cfare lloji te lendimeve keni perjetuar pergjate goditjeve fizike?

11 responses



Nga grafiku i figurës 4.13 shohim shpërndarjen e të dhënave mbi lëndimet që kanë ardhur si pasojë e dhunës fizike të ushtruar tek personat e paraqitur dhe të anketuar në D.V.P.Vlorë, ku

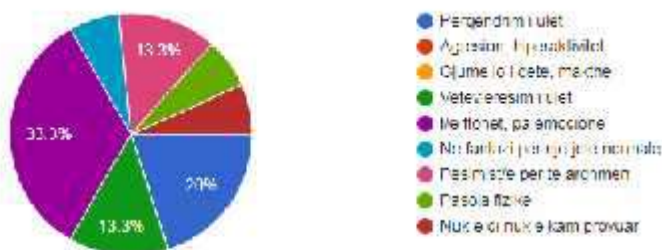
rezulton se, përqindjen më të lartë të natyrës së lëndimeve e zë, **Asnjë dëmtim të qëndrueshëm**, me 66.7%. në renditje e dyta

vjen lendimi i natyrës Nxirje apo gervishje pa
kërkuar ndërhyrje mjekësore.

Figura 4.14 Shpërndarja e të dhënave sesi ka ndikuar dhuna e përjetuar ne familje.

19.Si ka ndikuar dhuna qe ke perjetuar/ perjeton ne familje?

16 responses

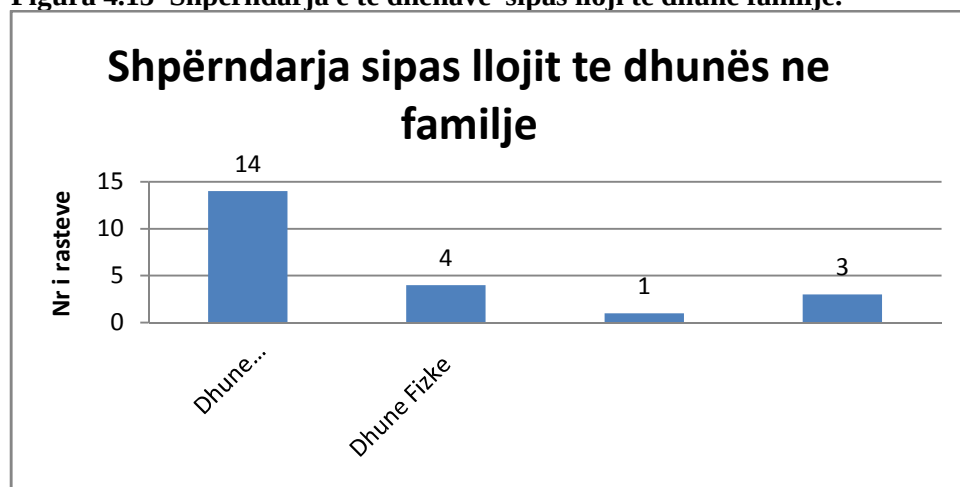


Nga grafiku i figurës 4.14 shohim se:

- 20% e të anketuarë janë përgjigjur se dhuna iu ka shkaktuar **Përqëndrimtëulët**
- 33.3% e të anketuarë janë përgjigjur se dhuna iu ka shkaktuar, **i/eftohtë, paemocione.**

- 13,3 % e të anketuarë janë përgjigjur se dhuna iu ka shkaktuar **Pesimizëmpërtëardhmen.**
- 13,3 % e të anketuarë janë përgjigjur se dhuna iu ka shkaktuar **Vetvlerësim të ulë për veten.**

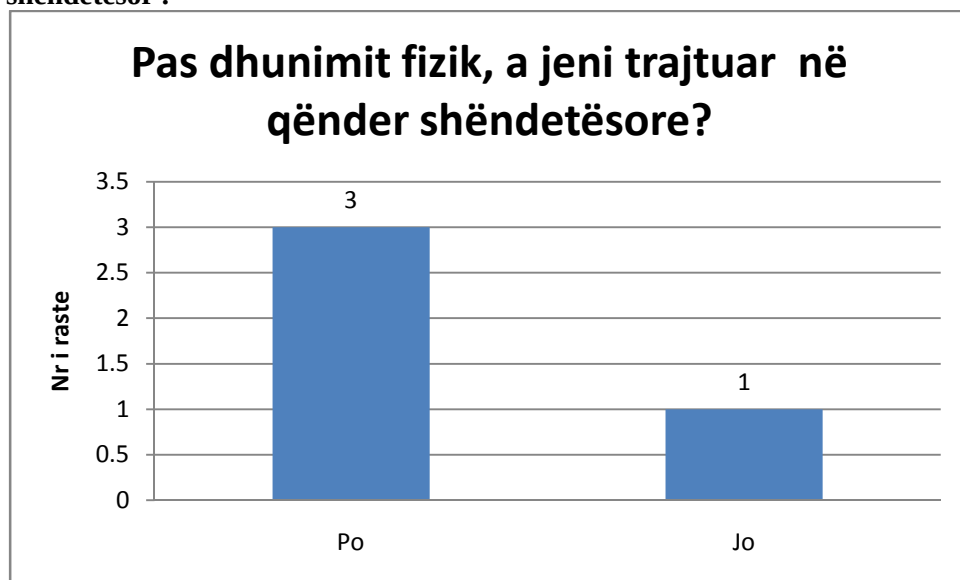
Figura 4.15 Shpërndarja e të dhënave sipas llojit të dhunës familje.



Nga grafiku i fig. 4.15 shohin shpërndarjen e llojit të dhunës në familje, ku nga grafiku vihet re se dominon dhuna psikologjike me një shifër

14, ose 24%. Për sa përket dhunës fizike kane rezultuar 4 raste, ose 7%.

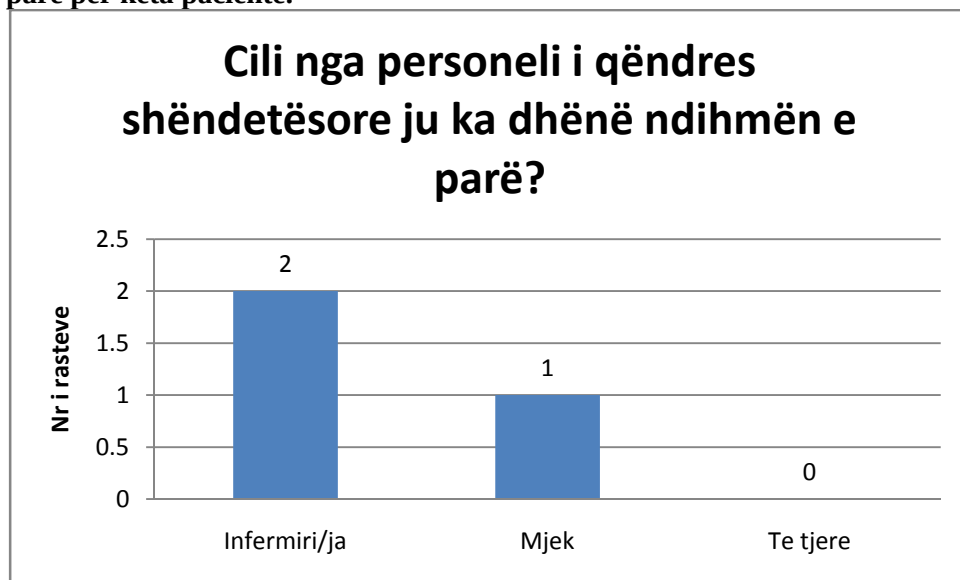
Figura 4.16 Shpërndarja e të dhënave nëse pas pacientet e dhunuar kanë marr kujdes shëndetësor .



Nga grafiku i figurës 4.16 shihet shpërndarja e të dhënave për personat të cilët kanë shkuar në qëndrat shëndetsore për trajtim shëndetësor pasi

kanë patur dhunë fizike në familje, konkretisht 3, ose 75%, ndërsa 1, 25% nuk ka shkuar në qëndrën shëndetësorë.

Figura 4.17.Shpërndarja e të dhënave, cili personel i Qendrës shëndeteësore ka dhënë ndihmën e parë për këta paciente.



Nga grafiku i figurës 4.17 shihet shpërndarja e të dhënave për personat të cilët pasi kanë shkuar në qëndrat shëndetsore për trajtim shëndetësor, cili ka qënë kontakti i tyre i parë në qënren

shëndetsore, 3 , ose 75% janë përgjigjur që kontakti i parë ka qënë më infermierin, ndërsa 1, opse 25 % është përgjigjur që kontakti i parë ishte me mjekun

4.2.2 Prezantimi dhe diskutimi i të dhënave për stafin infermieror.

4.2.3 Hyrje

Qëllimi i studimit në këtë pjesë është evidentimi i rolit të infermierit në identifikimin e personave të dhunuar në familje, të cilët paraqiten për të marrë kujdes shëndetësorë. Rezultatet e dalta nga ky studim u morën prej të dhënave të pyetësorëve të plotësuar nga 36 infermier të tre repartëve, urgjence, mikrokirurgji dhe materniteti në S.R.Vlorë.

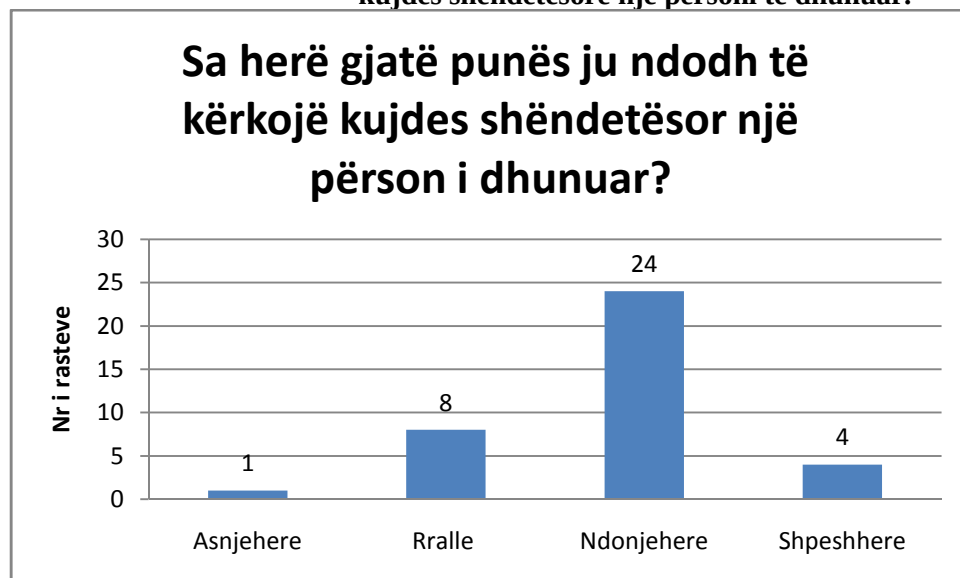
4.2.4 Prezantimi dhe diskutimi i rezultateve .

Shumë prej rezultateve të të analizuar, janë prezantuar në formën e grafikëve me përshkrimet numerike. Kjo formë prezantimi të të dhënave e bën më të lehtë interpretimin.

4.2.5 Ndërtimi i pyetësorit.

Ky pyetësor është formuluar në një seksion, ku pyetjet janë ndërtuar mbi punën dhe aftësinë e stafit infermieror për të identifikuar personat e dhunuar që paraqiten për të marrë kujdes shëndetësorë:

Figura 4.4-1 Paraqitja grafike e të dhënave mbi rastet që një infermieri i është dashur ti jap kujdes shëndetësorë një personi të dhunuar.



Nga të dhënat ne shohim që stafi infermieror që gjatë punës së tij nuk i është kërkuar të japi kujdes shëndetësorë ndonjëherë personave të dhunuar është 24, ose 66.6%. Stafi infermieror që i ka ndodhur shpeshherë të japi kujdes

shëndetësorë është 4, ose 11.1 %. Stafi infermieror që i ka ndodhur rrallë të japi kujdes shëndetësor personave të dhunuar është 8, ose 22.2%.

Figura 4.4-2. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi perceptimin e stafit infermieror, kush dhunohet më tepër.

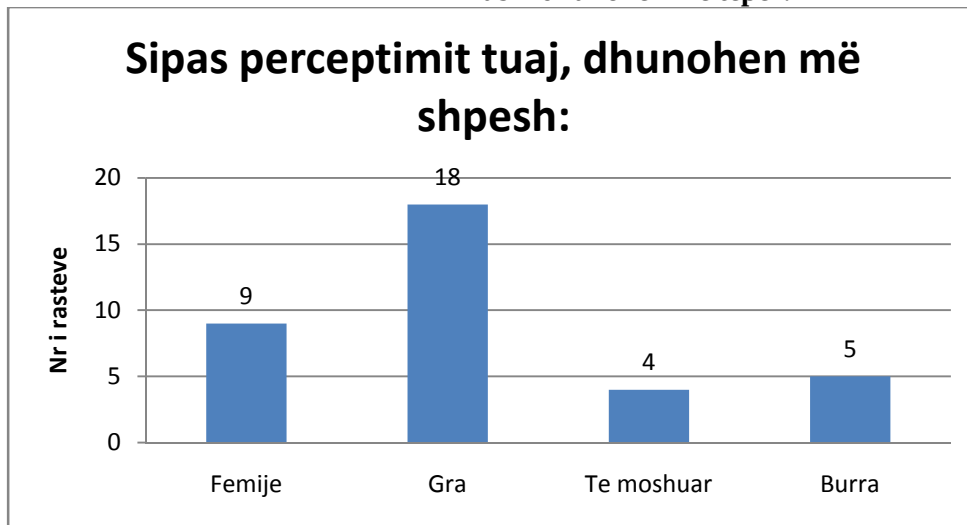
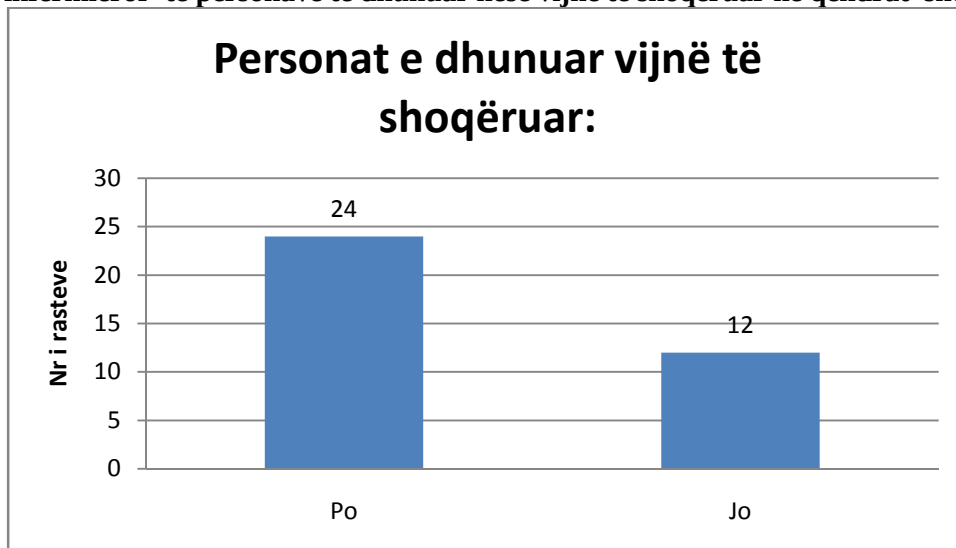


Figura 4.4-2 paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi perceptimin e stafit infermieror, kush dhunohet më tepër.

- Ata që mendonin që gratë dhunohen më shpesh janë 18, ose 50%,

- 9, ose 25% përceptojnë se dhunohen femijët më shpesh,
- 5 ose 13.8% përceptojnë se dhunohen burrat ,
- 4, ose 11.1 përceptojne se dhunohen të moshuarit.

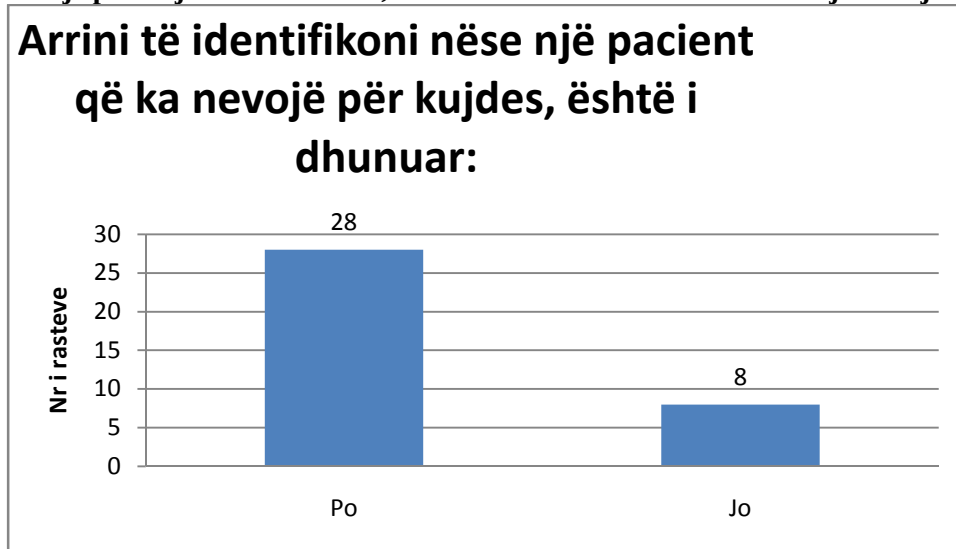
Figura 4.4-3. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi identifikimin nga stafi infermieror të personave të dhunuar nëse vijnë të shoqëruar në qendrat shëndetësore.



Nga grafiku i figurës 4.4-3 shohim që 24, ose 66.6% e stafit infermieror të anketuar janë përgjigjur që personat e dhunuar vijnë të shoqëruar në qendrat shëndetësore, ndërsa 12,

ose 33.3 % e stafit infermieror e kanë përceptuar që personat e dhunuar vijnë të pa shoqëruar për të marrë kujdes shëndetësor.

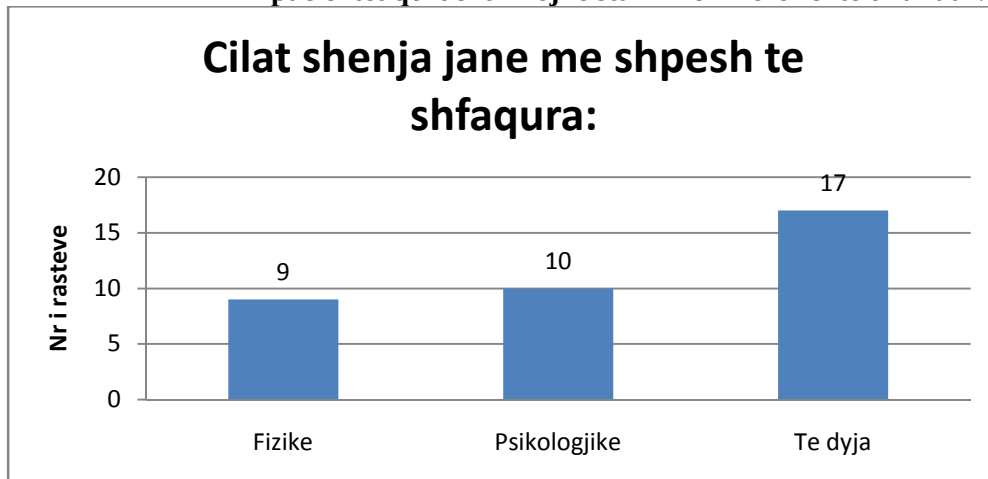
Figura 4.4-4. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi identifikimin e pacientëve që kanë nevojë për kujdes shëndetësor, stafi infermieror arrin ti identifikojë nëse janë të dhunuar apo jo



Nga grafiku i figurës 4.4-4 shohim se 28, ose 77.7% e stafit infermieror arrin të identifikojnë

pacientët që janë të dhunuar, ndërsa 8, ose 22.2 % nuk arrijnë të identifikojnë këta pacientë.

Figura 4.4-5. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi shënjat e shfaqura me shpesh tek pacientet që identifikojne stafi infermieror si të dhunuar.

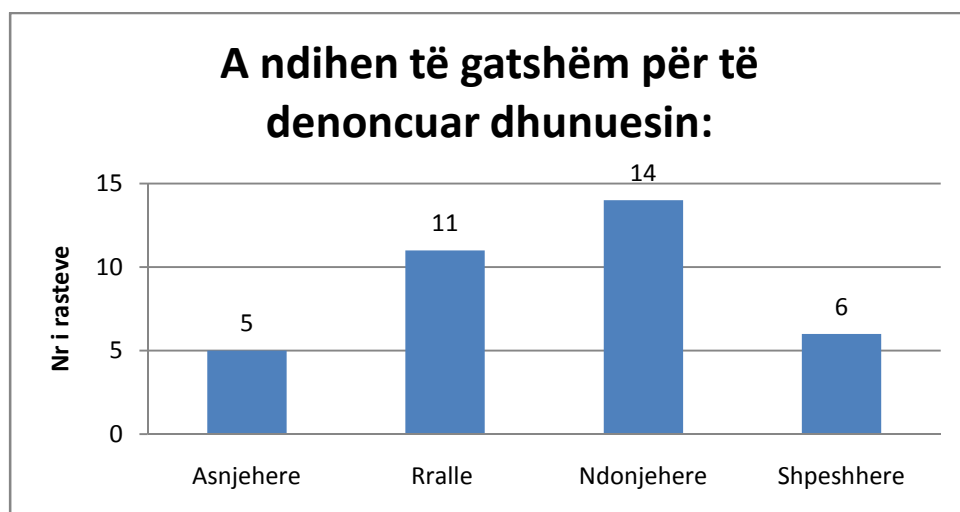


Nga grafiku i fig. 4.4-5 shihet se:

- Infermierët që identifikojnë dhunën psikologjike janë 10, ose 35.7 %

- Ata që identifikojnë dhunën fizike janë 9, ose 32.1 %,
- Ata që identifikojnë të dyja shenjat e dhunës janë 17, ose 60.7%.

Figura 4.4-6. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi identifikimin nga stafi infermioror sesa të gatshëm ndihen pacientët për të denoncuar dhunuesin.



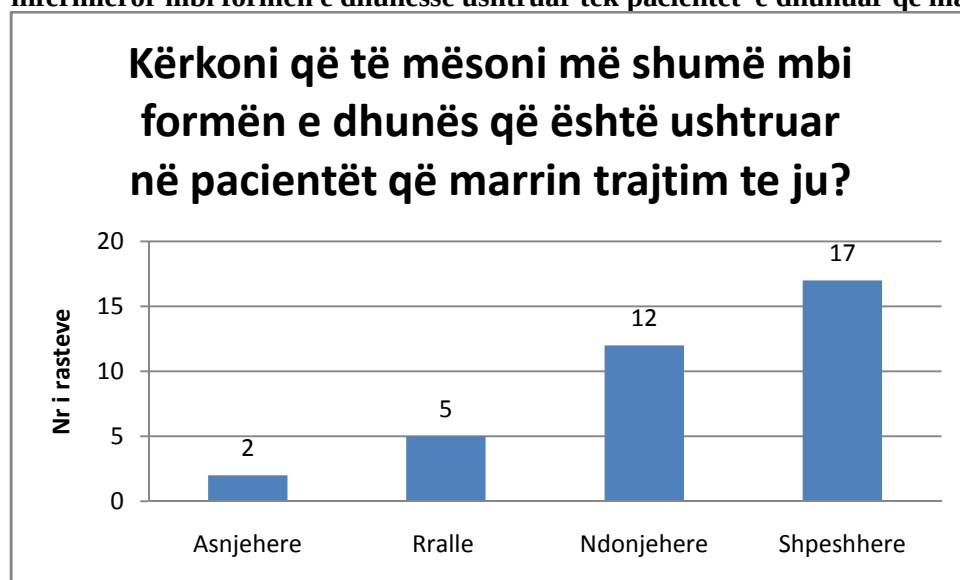
Nga grafiku i fig. 4.4-6 shohim se kësaj pyetje stafi infermioror i anketuar i është përgjigjur,

- 14, ose 44.4% e infermierëve të anketuar mendojnë se pacientet e dhunuar **Ndonjëherë** janë të gatshëm për të denoncuar dhunuesin,
- 11, ose 30.5 % e infermierëve të anketuar mendojnë se pacientet e

dhunuar **Rralle** janë të gatshëm për të denoncuar dhunuesin,

- 6 ose 16.6% e infermierëve të anketuar mendojnë se pacientet e dhunuar **Shpeshherë** janë të gatshëm për të denoncuar dhunuesin,
- 5, ose 13.8% e infermierëve të anketuar mendojnë se pacientet e dhunuar **Asnjëherë** janë të gatshëm për të denoncuar dhunuesin.

Figura 4.4-7. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave për të mësuar më shumë stafi infermioror mbi formën e dhunësë ushtruar tek pacientet e dhunuar që marrin kujdes shëndetësor.



Nga grafiku i fig. 4.4-7 shohim se kësaj pyetje stafi infermieror i anketuar i është përgjigjur:

- 17, ose 47.2 % e infermierëve të anketuar kërkojnë të mësojnë më shumë informacion mbi formen e dhunës .
- 12, ose 33.3 % e infermierëve të anketuar kërkojnë të mësojnë më shumë informacion mbi formen e dhunës .
- 5, ose 13.8% e infermierëve të anketuar kërkojnë të mësojnë më shumë informacion mbi formen e dhunës .

Figura 4.4-8. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave nëse pacientët e dhunuar ndihen të friksuar kur komunikojnë me stafin infermieror.



Nga grafiku i figurës 4.4.8 shohim se 53% e stafit infermieror të tre repateve kuptojnë se pacientët e dhunuar që kërkojnë kujdes shëndetësor ndihen të friksuar kur komunikojnë

më infermierët, ndërsa 47% e stafit infermieror kuptojnë se pacientët e dhunuar nuk kanë frikë kur komunikojnë me ta.

Figura 4.4-9. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi rastet e identifikimit nga stafi infermieror të pacientëve të dhunuar që vet pacientët nuk e denoncojnë.



Nga grafiku I figurës 4.4.9 shohim se 69 % e stafit infermieror arrijnë të identifikojnë pacientët e dhunuar, ndërsa 31 % e stafit

infermieror nuk arrijnë ti identifikojnë këta pacientë të dhunuar.

Figura 4.4-10. Paraqitja grafike e shpërndarjes së të dhënave mbi identifikimin nga stafi infermieror e pacientëve që dhunohen vazhdimisht.



Nga grafiku i figurës 4.4-10 shihet se 83 % e infermierëve të anketuar kuptojnë që disa pacientë dhunohen vazhdimisht, 17% e stafit

infermieror nuk kan identifikuar pacientë që dhunohen vazhdimisht.

REKOMANDIME

5.1 Rekomandime për stafin infermieror.

1. Ndërsa dhuna në familje mbetet një aspekt serioz dhe i shpeshtë i marrëdhënieve intime të grave, ku gratë dhe fëmijët janë ata që do të kenë pasojat shëndetësore atëhere, infermierët duhet të luajnë një rol të rëndësishëm në punën për parandalimin dhe ndërhyrjen e hershme të dhunës në familje.
2. Infermieret janë një grup i madh ofruesish të shërbimeve ata duhet të përmirësojnë aftësitë e tyre gjatë kujdesit dhe të përpilojnë një axhendë të ndërhyrjes së hershme dhe promovimin e shëndetit në punën e tyre për të përmirësuar gjendjen shëndetësore të komuniteteve.

3. Si një grup punonjësish shëndetësorë, infermierët tradicionalisht kanë hezituar ta konsiderojnë dhunën në familje si çështje shëndetësore. Ka ardhur koha që infermierët ta konsiderojnë atë si dicka që u përket atyre brenda sferës së kujdesit.
4. Është e domosdoshme që infermierët të jenë të përgatitur, të edukojnë veten dhe të përballen me frikën, vlerat dhe besimet e tyre, duke punuar për krijimin e një mjedisi të përshtatshëm për punën e tij.
5. Edukimi në vazhdimësi të punës së infermierit me qëllim arritjen e rezultateve në informimin mbi dhunën në familje, efektet dhe pasojat e saj në shëndetin e personave të dhunuar.
6. Kryerja e trajnimeve të stafit infermieror mbi format e shfaqjes së dhunës në familje.

7. Realizimi i seminareve apo takime informuese dhe bashkepunimi me strukturat e Vendore të Policisë së Shtetit mbi format dhe menyrat e identifikimit të dhunës në familje.

8. Pajisja e studentëve gjatë ciklit të studimeve me njohuri mbi dhunën në familje gjatë.

9. Infermierët të ndërtojnë marrdhënie dhe komunikim me pacientët me qëllim

identifikimin e problemeve të natyrës së konflikteve apo dhunës në familje.

5.2 Rekomandime për sistemin arsimorë.

1. Krijimi i programeve të vecanta mbi dhunën në familje dhe format e saj .
2. Inkurajimi i mësuesve, prindërive, dhe fëmijëve të flasën për marrdhëniet mes tyre në mënyrë të hapur, duke larguar turpin dhe mbajtjen e fshehtë ceshtje që lidhen me dhunën.
3. Organizimi nga shkollat dhe drejtoritë arsimore të programeve dhe aktiviteteve me karakter ndërgjegjësues mbi denoncimin e dhunës në familje dhe kuptimin e shenjave të dhunës.
4. Funksionimi në mënyrë plotë të strukturave të ngritura në cdo shkollë mbi psikologët, ku të ulët numri i shkollave që një punjonjësi i tillë mbulon gjatë një ditë.

5.3 Rekomandime të tjera

1. Përmirësimin e legjislacionit e lidhur me dhunën në familje,
2. Marrjen e një sërë masash parandaluese si informimi i publikut dhe programet e edukimit për të ndryshuar qëndrimet përsa i përket roleve dhe statusit të grave dhe burrave.
3. masash mbrojtëse si strehim, këshillim, rehabilitim dhe shërbimet e mbështetjes për viktimat e dhunës në familje apo cilat janë në rrezik dhune.
4. Ndërgjegjësimin e opinionit publik për raportimin e cdo forme dhune.

5. Rishikimin e efektivitetit të masave aktuale në mënyrë që të bëhet modifikimi i tyre nëse është rasti.

6. Marrjen e të gjitha masave legjislative, administrative, shoqërore dhe edukative për mbrojtjen e fëmijëve nga të gjitha format e dhunës fizike e mendore, fyerja ose keqtrajtimi, braktisja ose mospërfillja, nëpërkëmbja ose shfrytëzimi, përfshirë edhe abuzimin seksual.

7. Marrja e masave për riaftësimin fizik dhe psikologjik dhe riintegrimin në shoqëri të çdo fëmije që është viktimë e çdo forme të pakujdesisë, shfrytëzimit ose keqtrajtimit, tortures ose të çdo forme tjetër të dhunës, kjo duhet bërë në kushtet e një mjedisi që ndihmon shëndetin, personalitetin dhe dinjitetin e fëmijës.

8. Krijimi i dispozitave ligjore mbi demshperblimin në mënyrë efektive të pasojave të ardhura nga dhuna, pasoja fizike, psikologjik, moral dhe sociale, përfshirë këtu edhe shpenzimet gjyqesore.

9. Informimi nga strukturat përkatese të cilat kanë kontakte të drejteperdrejta me viktimat e dhunës në familje se brenda një padie penale mund të ngrihet një padi civile dhe në këtë padi të kërket shpërblimi i dëmit të ardhur nga dhuna e shkaktuar ndaj viktimës.

10. Ndryshimi i Kodit të Familjes ku tëparashikohen procedura të shpejta ose të thjeshtuara kur zgjidhja e martesës ndodh për këtë shkak të dhunës dhe të krijohen lehtësira mbi shpenzimet gjyqesore kur kërkesën për zgjidhje martese e ben viktimat dhe nga situata konkrete shohet qarte se kjo viktme ke pamundesi financiare .

11. Të verifikohet imtësisht cdo rast denoncimi dhe të ndiqen të gjitha hapat e parashikuara në legjislacion nga institucionet kompetente deri në riintegrimin e plotë të viktimës së dhunës në familje.

REFERENCAT

1. Deklarata Universale e te Drejtave te Njeriut.
2. Konventa Europiane “ Per mbrojtjen e te drejtave te njeriut dhe te lirive themelore”
3. Kushtetuta e Republikes se Shqiperise
4. Kodi Penal I RSH.
5. Kodi I Procedures Penale te RSh.
6. Kodi I Familjes.
7. Ligji Nr.108/2014 “ Per Policine e Shtetit’
8. Te dhenat, raporte e analiza te punes se Drejtorise Vendore e Policise Vloreper vitet 2010-2017
9. Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara (1993). Declaration on the Elimination of Violence Against Women (Deklarata mbi Eliminimin e Dhunës ndaj grave) (Dok. i Rezolutës A/REX/48/104). NeË York, NY: United Nations, f. 2.
10. OBSH (2013). Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence (Vlerësime globale dhe rajonale të dhunës ndaj grave: përhapja dhe pasojat shëndetësore të dhunës nga partnerët dhe dhunës seksuale nga jopartnerët). Geneva, Shtet i Zvicrës: EHO.
11. Strategjia Kombëtare për Barazim Gjinor dhe Dhunë në Familje në Shqipëri, 2007-2010.
12. Minnesota Advocates for Human Rights (1996). Domestic Violence in Albania (Dhuna në Familjenë Shqipëri) Minneapolis, Minnesota: Minnesota Advocates for Human Rights.
13. Pyetsore on-line ne:
14. www.instat.gov.al
15. www.stfs.org.uk
16. www.sciencedirect.com
17. www.al.undp.org
18. www.unicef.org

Pyetësi Nr.1

Ky studim realizohet me qëllim gjetjen e prevalencës mbi dhunën në familje dhe rolin e stafit mjekësor në identifikimin e dhunës tek personat që kërkojnë kujdes shëndetësor. Të dhënat që do të mbidhen nëpërmjet tij do të ndihmojnë për gjetjen e prevalencës për fenomenin e dhunës në familje gjatë muajit gusht në qarkun e Vlorës.

NUK DUHET TË SHËNONI EMRIN TUAJ në këtë pyetësorë. Përgjigjet tuaja do të qëndrojnë anonime dhe askush nuk do të mund tju identifikojë. Ju lutem përgjigjuni me sinqeritet dhe analizoni çdo pyetje përpara se të përgjigjeni. Vendosni një X tek kutia për çdo përgjigje të tuajën. Ju lutem sigurohuni që I keni lexuar të gjitha pyetjet.

Ju faleminderit!

Të dhënat personale dhe prevalence e dhunës në familje tek pjesëmarrësit në anketim

1. Profesioni

2. Arsimi:

3. Gjinia:

- ☐ femër
- ☐ mashkull

4. Vendbanimi:

- ☐ fshat
- ☐ qytet

5. Jeton:

- ☐ i/e vetëm
- ☐ me familjen
- ☐ tjetër.

6. Pozicioni juaj në familje:

- ☐ gjysh/e
- ☐ kryefamiljar/e
- ☐ bijë/ bir
- ☐ motër /vëlla
- ☐ mbesë/nip

7. Pyetje: Cilit qark i perkisni?

☐ Fier	☐ Gjirokastrë
☐ Korçë	☐ Tiranë
☐ Tjetër Specifiko _____	☐ Vlorë
☐ Elbasan	

8. Besimi fetar?

- ☐ Myslimanë

- ☐ Ortodokse
- ☐ Katolik
- ☐ Bektashi
- ☐ Pa besim fetar
- ☐ Tjeter te lutem specifiko _____

9. Cilës kategorie moshe i përkisni?

- ☐ 17 apo më I ri
- ☐ 18 – 20
- ☐ 21 -29
- ☐ 30 -39
- ☐ 40 – 49
- ☐ 50 -59
- ☐ 60 vjec apo me I moshuar

10 Gjendja Civile?

- ☐ E martuar/bashkejeton
- ☐ E ve
- ☐ E shkurorezuar/ndare
- ☐ Beqar/e

11 Gjendja e punësimit?

- ☐ Punon jashtë shtëpisë
- ☐ Nuk punoj jashtë shtëpisë
- ☐ Me leje lindje

12 Nese nuk punon jashte shtepie, arsyeja?

☐ Nuk gjej dot pune	☐ Nuk gjej dot dike qe te kujdeset per femijet
☐ Jam duke kerkuar pune	☐ Nuk kam kualifikimet e duhura per pune
☐ Po ndjek shkollen	☐ Semundje kronike/aftesi te kufizuara
☐ Nuk dua/nuk kam nevojte te punoj	☐ Nuk me lejon burri/gruaja te punoj
☐ Jam pushuar nga puna	☐ Nuk me lejojne prinderit te punoj
☐ Jam kthyer nga puna si emigrante	☐ Te tjera

12 Ke degjuar per dhune ne familje qe perfshin dhune fizike, seksuale apo psikologjke?

- ☐ Po
- ☐ Jo

13 Ke qene ti apo ndonje person qe njeh në ndonjë situatë te dhunës në familje?

- ☐ Po
- ☐ Jo
- ☐ Jo me siguri

14 Aktualisht gjendja juaj ne lidhje me dhunen ne familje ?

- ☐ Viktime e dhunes ne familje
- ☐ I mbijetuar i dhunes ne familje
- ☐ Dhunues
- ☐ Nuk kam perjetuar dhune ne familje
- ☐ Tjeter, specifiko te lutem_____

15 . Nese ti je nje victim apo nje person qe ke perjetuar dhune ne familje. Cfare tipi te dhunes ne familje vuan/ ke perjetuar? (te lutem ceko te cilat ke kaluar)

- ☐ Dhune fizike
- ☐ Dhune seksuale
- ☐ Dhune financiare
- ☐ Nese ke perjetuar ndonje forme tjerter te dhunimit, specifiko te lutem_____
- ☐ Dhune psikologjike/verbale

16 Nese ke perjetuar Dhunim Psikologjik ne familje te lutem ceko opsionet e meposhteme

- ☐ Ju bërtasin dhe ju fyejne
- ☐ Thonë ose bëjnë dicka për t'ju poshtëruar para të tjerëve
- ☐ Ju flasin në një mënyrë që ju bën të ndiheni keq ose i/e pavlerë
- ☐ Kërcënojnë t'ju lëndojnë
- ☐ Bëjnë kërcënime se do t'ju lëndojnë fizikisht
- ☐ Shkatërrojnë/kane shkatërruar diçka që ishte e rëndësishme për ju
- ☐ Eshhtë (ishte) xheloz/e ose inatosej po të flisja me persona të tjerë
- ☐ Më akuzon se e tradhtoj
- ☐ Nuk më le të takohem me shoqet/shoket e mi
- ☐ Ngul/ngulte këmbë ta dijë se ku isha në çdo minutë
- ☐ Ka/kishte dyshime se unë nuk isha besnik/e
- ☐ Merr/merrte vendime që duhet t'i kisha marrë vetë

17 Nese ke perjetuar Dhunim Fizik ne famile, cfare lloji te sulmit fizik ke perjetuar?

- ☐ Shtyrje apo goditje PA shkaktuar demtime
- ☐ Shtyrje apo goditje duke shkaktuar demtime (p.sh nxirje)
- ☐ Goditje, shuplake apo grusht PA shkaktuar demtime
- ☐ Goditje, shuplake apo grusht duke shkaktuar demtime
- ☐ Shkelmim
- ☐ Terheqje prej floku
- ☐ Tentim per mbytje
- ☐ Perdorimi I nje objekti per te goditur, te lutem specifiko cfare _____

- ☐ Djegje (p.sh fikje e cigareve mbi ju
- ☐ Goditje e kokës apo trupit në mur

18 Cfare pjese e trupit tuaj ka qene objektiv per tu goditur?

- ☐ Koka
- ☐ Busti
- ☐ Krahët dhe duart
- ☐ Kofshët dhe kembet
- ☐ Pjesë intime

19 Cfare lloji te lendimeve keni perjetuar pergjate goditjeve fizike

- ☐ Asnjë dëmtim të qëndrueshëm
- ☐ Nxirje apo gërvishtje PA kerkuar nderhyrje mjekesore
- ☐ Nxirje apo gërvishtje duke kerkuar nderhyrje mjekesore
- ☐ Preje apo plage PA kerkuar nderhyrje mjekesore
- ☐ Preje apo plage duke kerkuar nderhyrje mjekesor
- ☐ Kocka të thyera
- ☐ Djegie
- ☐ Dëmtime të tjera, të lutem jep detaje_____

20 Rreth shpeshësisë së dhunimeve në familje: Sa here (përafërsisht) në vitin e fundit ke qene goditur fizikisht në familje?

- ☐ Asnjëherë
- ☐ 1 here
- ☐ 2 here
- ☐ Me shumë se 2 here

21 Në vitin e fundit dhuna në familjen tuaj është?

- ☐ Rritur
- ☐ Ka qëndruar njëjlojë
- ☐ Është ulur
- ☐ Ka ndodh vetëm një herë
- ☐ Nuk kam dhunë në familje

22 Si ka ndikuar dhuna që ke perjetuar/ perjeton në familje

- ☐ Përqendrim i ulët
- ☐ Agresion, hiperaktivitet
- ☐ Gjume jo i qetë, makthe
- ☐ Vetëvlerësim i ulët
- ☐ I/e ftohet, pa emocione
- ☐ Në fantazi për një jetë normale
- ☐ Pasoja fizike
- ☐ Pesimist/e për të ardhmen
- ☐ Tjetër, specifikisht të lutem_____

23 Di ti se si mund te ndihmosh nje person në një situatë të dhunës në familje?

- ☐ Po
- ☐ Jo

24 A di vendodhjen e ndonjë qendër të strehimit të personave të dhunes ne familje?

- ☐ Po
- ☐ Jo

25 Pas dhunimit fizik jeni trajtuar në ndonjë qëndër shëndetësore?

- ☐ Po
- ☐ Jo

26 Cili nga personeli I qëndës shëndetësore ju ka dhënë ndihmën e parë?

- ☐ Infermier
- ☐ Mjek
- ☐ Të tjerë

Pyetësi Nr.2

Ky studim realizohet me qëllim gjetjen e prevalencës mbi dhunën në familje dhe rolin e stafit mjekësor në identifikimin e dhunës tek personat që kërkojnë kujdes shëndetësor. Të dhënat që do të mbidhen nëpërmjet tij do të ndihmojnë për gjetjen e prevalencës për fenomenin e dhunës në familje gjatë muajit gusht në qarkun e Vlorës.

NUK DUHET TË SHËNONI EMRIN TUAJ në këtë pyetësorë. Përgjigjet tuaja do të qëndrojnë anonime dhe askush nuk do të mund tju identifikojë. Ju lutem përgjigjuni me sinqeritet dhe analizoni çdo pyetje përpara se të përgjigjeni. Vendosni një X tek kutia për çdo përgjigje të tuajën. Ju lutem sigurohuni që I keni lexuar të gjitha pyetjet

Ju faleminderit!

Pyetësor për vlerësimin e aftësive të stafit infermieror në identifikimin e pacientëve të dhunuar që kanë nevojë për kujdes në repartin e tyre.

1. Sa herë gjatë punës ju ndodh të kërkojë kujdes shëndetësor një person i dhunuar?
☐ asnjëherë ☐ rrallë ☐ ndonjëherë ☐ shpeshherë
2. Sipas perceptimit tuaj, dhunohen më shpesh:
☐ femijë ☐ gra ☐ te moshuar ☐ burra
3. Personat e dhunuar vijnë të shoqëruar:
☐ Po ☐ Jo
4. Arrini të identifikoni nëse një pacient që ka nevojë për kujdes, është i dhunuar
☐ Po ☐ Jo
5. Cilat shenja janë më shpesh të shfaqura;
☐ fizike ☐ psikologjike ☐ te dyja
6. A ndihen të gatshëm për të denoncuar dhunuesin
☐ asnjëherë ☐ rrallë ☐ ndonjëherë ☐ shpeshherë
7. Kërkoni që të mësoni më shumë mbi formën e dhunës që është ushtruar në pacientët që marrin trajtim te ju?
☐ asnjëherë ☐ rrallë ☐ ndonjëherë ☐ gjithnjë
8. A ndihen ata të frikësuar nëse komunikojnë me ju?
☐ Po ☐ Jo
9. A ka raste që ju i identifikoni si të dhunuar, por vete pacientët nuk duan ta denoncojnë?
☐ Po ☐ Jo
10. Identifikoni pacientë që dhunohen vazhdimisht?
☐ Po ☐ Jo

Pyetësi është i vetë administruar. Është i vetë realizuar, bazuar në materialet teorike të gjetura në internet.

<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/materials/OB10955.pdf>