PROFESIONISTËT E SHËNDETIT

U.I.SH
URDHERI I INFERMIEREVE TE SHQIPERISE

Numri 10 Mars - Prill 2023



Drejtuesit e Revistës

Blerina Duka
Kryetare e Këshillit Organizativ

Juljana Xhindoli
Kryetare e Këshillit Shkencor

Irena Laska
Redaktore Shkencore

Adresa
Rruga “Reshit Petrela”,
Dispanseria Kati II, Tiranë

Email
uish_albania@yahoo.com

Bordi Redaktues

Blerina Duka
Kryetare e Këshillit Organizativ

Juljana Xhindoli
Kryetare e Këshillit Shkencor

Irena Laska
Redaktore Shkencore

Albana Demirxhiu
Kryetare e Redaksisë

Gjergji Doka
Anëtar i Bordit të Revistës

Emanuela Prendi
Anëtare e Bordit të Revistës

Anduela Pinguli
Anëtare e Bordit të Revistës

Elona Dybeli
Anëtare e Bordit të Revistës

Syzana Çejku
Sekretare e Bordit të Revistës

EDITORIAL

Revista perodike "Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor", një përpjekje e të gjithëve.

Revista perodike "Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor" është një përpjekje editoriale dhe një zë i të gjithë profesionistëve të tjerë në fushën e shëndetësisë. Ne e dimë se tani ka shumë rrugë të cilat shpërndajnë informacionin dhe përdorin të gjitha mjetet e nevojshme për të arritur tek të gjithë ju, tek lexuesit, tek profesionistët aktual dhe tek ata që do të pasojnë stafetën në të ardhmen. Jemi të sigurt se shumë nga ndryshimet mjekësore dhe teknologjike që do të ndodhin në vitet e ardhshme do të jenë në përfitim të njerëzimit, të brezave që presin me durim nëpër auditorë, laboratorë dhe universitetet në vend. Bota po rend me hapa të shpejtë drejt ndryshimeve galopante, në çdo aspekt të realitetit, prandaj kërkimi shkencor është shtylla ku do mbështeten të gjithë profesionistët për të sjellë kontributin e vlefshëm, për të mirën e përbashkët. E aq më tepër në shëndetësi, ku bota është përballur me sfida të pafundme ndër vite e breza. Është përgjegjësi e jona si profesionistë të shëndetit, të priremi drejt ofrimit cilësor të shërbimit holistik për pacientët, në jetët e të cilëve kemi ndikim madhor.

Shëndeti është një nga të drejtat universale të njeriut, e cila tejkalon kufijtë politikë, sepse shkencat shëndetësore e lartësojnë jetën njerëzore si vlera më e lartë e qytetërimit. Ne fillojmë nga filozofia me të cilën ecën paralelisht përparimi i njerëzimit, zbulimet shkencore, pasi këto të fundit kanë pasoja në përvojën tonë jetësore të përditshme, si dhe në shumë politika që qeveritë tona miratojnë si në nivel lokal ashtu dhe në atë ndërkombëtar. Për këtë arsye, shpresojmë që ky botim të ndërgjegjësojë sektorë të ndryshëm të shoqërisë: do të donim t'u thoshim të gjithëve se shkenca nuk është e parëndësishme dhe se një vend që nuk investon në shkencëtarët e tij nuk mund të zhvillohet kurrë plotësisht; ndaj mbështetemi tek ju, që të investoni maksimalisht në këtë projekt, për të mirën e kujdesit shëndetësor. Ju jeni shpresa për këtë vend, i cili ka kaq shumë nevojë për pishtarë të dijes dhe shërbimit cilësor. Pa dyshim, kjo përpjekje editoriale do të ketë mbështetjen e të gjithëve. Nuk do të jetë një detyrë e lehtë, e dimë që na pret një punë e vështirë për të bërë, por ne jemi të gatshëm dhe të vendosur për të ofruar kohën, përkushtimin dhe njohuritë tona, në mënyrë që ky projekt të jetë tashmë realitet dhe një referencë e rëndësishme në vendin tonë, që do të shënojë vijimësinë e një sërë iniciativash dhe projektesh të tjera.

Ftoj të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor : Infermierët, Mamitë, Teknikët e Laboratorit, Teknikët e Imazherisë, Fizoterapistët dhe Logopedët të sjellin nëpërmjet kësaj Reviste eksperiencat e tyre më të mira.

Suksese Revistës "Profesionistët e Kujdesit Shëndetësor"

Faleminderit!

President UISH
Blerina Duka

Përmbajtja

03 **Editorial**

06 **Kujdesi infermieror në shtatzanitë me rrisk të lartë-rishikim literature**
Armelda Teta, Mitilda Gugu, Elona Gaxhja, Rezarta Stena, Rajmonda Hida

13 **Kujdesi shëndetësor tek pacientët diabetikë dhe etika**
PhD C. Emirjona Kiçaj, PhD C. Rudina Çerçizaj, PhD C. Sonila Nikaj, PhD C. Vasilika Prifti

20 **Pasojat e lodhjes në punë të stafit infermieror**
Msc.Majlinda Rakipaj, Dr. Denada Selfo, Phd.(c) Emirjona Kiçaj, Msc.Neada Cakërri, Phd.(c) Rudina Çerçizaj, Dr.Glodiana Sinanaj, Phd.(c) Vasilika Prifti, Phd. Juljana Xhindoli, Phd.(c) Sonila Nikaj, Msc. Marjola Muhaj, Msc. Shkëlqim Zeqiri

25 **Rëndësia e edukimit shëndetësor të popullatës në lidhje me diagnostikimin e hershëm të ca të gjirit**
Doc. Elona Hasalla; Phd. candidat. Ilda Taka; Msc.Blerta Hasalla; Phd. Elona Gaxhja, Msc. Elona Dybeli, Doc. Shqipe Luta, Msc. Albana Sula, Msc. Rajmonda Hida, Msc. Marsida Duçi, Dr. Brikena Greca, Msc. Irena Xhaferri, Msc. Behije Marra, Msc. Brigida Sadikllari

29 **Vaksinimi i fëmijëve dhe evidentimi i problematikave**
Msc. Saemira Durmishi, PhD. Juljana Xhindoli, Erlini Kokalla

36 **Memoria e punës në gjuhën dhe të mesuarit e fëmijëve**
PhD. (c) Sashen Rexhepaj

41 **Ofrimi i shërbimit të logopedit në distancë.**
Gjergji DOKA, Ilma TOÇI

46 **Arsyetimi i kryerjes së ekzaminimeve radiografike**
Dorina Shehi

49 **Efekti i një programi të rregullt ushtrimorë mbi brezin e legenit dhe dhimbjes së shpinës tek gratë shtatzëna joaktive më parë**
Aisel Oseku; Aledia Kondaj; Surven Metolli

55 **Efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të kinesiotapit dinamik në qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë në individë me dhimbje kronike jo specifike të mesit**
Surven Metolli; Aledia Kondaj; Aisel Oseku

60 **Vleresimi i situatës aktuale dhe barrierat që ndikojnë në gjidhënien e suksesshme në Kosovë**
Nexhmije Gori, Bsc, MSc, Vlora Ejupi Phd.c.

69 **Protokolli i përdorur në ct me kontrast intravenoz dhe siguria e pacientit**
Oresti Radaku, Elona Dybeli

74 **Covid-19 dhe impakti i tij në punonjësit e shëndetit mendor në spitalin psikiatrik "Sadik Dinçi" dhe poliklinikës së specialiteteve Elbasan**
Albana Sula, Elona Dybeli, Ilda Taka, Shqipe Luta, Elona Zhiva, Entela Drizaj

Kujdesi infermieror në shtatzanitë me rrisk të lartë-rishikim literature

Armelda Teta[1], Mitilda Gugu[1], Elona Gaxhja[1], Rezarta Stena[1], Rajmonda Hida[1]

[1]Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit "Aleksandër Xhuvani"

Email: armelda.teta@uniel.edu.al

Abstrakt

Shtatzani me rrezik të lartë janë ato shtatzani ku ekzistojnë kushte patologjike që mund të rrezikojnë shëndetin ose jetën e nënës, fetusit ose të të dyjave. Ndër faktorët të implikuara në shfaqjen e rrezikut gestacional futen si komplikimet e obstetrike ashtu edhe faktorët para shtatzënisë. Këto kushte patologjike janë në themel të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare, e cila është tregues i rëndësishëm i cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor. Infermier mamitë duke qenë kontakti i parë me gratë shtatzëna shërbejnë si pikë referimi te pjesa tjetër e ekipit multidisiplinar.

Qëllimi është përfitimi i një tabloje përmbledhëse të literaturës së disponueshme në ndërhyrjet që realizohen nga ana infermierore tek shtatzanitë me rrisk të lartë.

Metodologjia. Rishikimin përshkrues i literaturës. Kërkimi i të dhënave u krye në PubMed, CINAHL, dhe Google Scholar duke përfshirë artikuj nga viti 2010 dhe në vazhdim, me fjalë kyçe: "kujdes infermieror", "infermier mami", "gra shtatzëna" dhe "shtatzani me rrisk të lartë". U aplikuan kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit dhe u përzgjodhën 11 artikuj.

Konkluzione: Infermier mamitë janë një element kyç për të siguruar kujdesin në këtë kategori pacientësh dhe për të referuar shtatzanitë me rrisk të lartë tek mjekët obsetër. Kujdesi shëndetësor dhe infermieror i grave shtatzënë mbetet një prioritet për të përmirësuar shëndetin e tyre si fizik ashtu edhe psiko-emocional. Ndihma për gratë shtatzëna me rrezik të lartë kërkon kualifikim profesional, aftësi profesionale por mbi të gjitha humanizëm. Nga evidentimi i disa mangësive lind nevoja për trajnime dhe edukime të vazhdueshme të stafit infermieror që kujdeset për gratë shtatzëna.

Fjalë kyçe: *kujdes infermieror, infermier mami, gra shtatzëna, shtatzani me rrisk të lartë.*



Hyrje

Shtatzania është një proces fiziologjik që ndodh në organizmin e femrës, e cila përmbledh një sërë aktivitete deri në lindjen e një foshnjeje. Gjatë 9 muajve të këtij procesi mund të evidentohen disa faktorë apo kushte të ndryshme të cilat ndikojnë në zhvillimin normal të saj. Shtatzani me rrezik të lartë – janë ato shtatzani në të cilat ekzistojnë kushte patologjike (faktorë të ndryshëm rreziku) aktuale ose të mundshme që mund të rrezikojnë shëndetin ose jetën e nënës, fetusit ose të të dyjave[1]. Shtatzanitë me rrisk të lartë shfaqen në një numër të konsiderueshëm femrash çdo vit, e ndikuar kjo nga mënyra e ekspozimit ndaj këtyre faktorëve2. Aktualisht vlerësohet se rreth 10% e shtatzanive konsiderohen me rrezik të lartë[2].

Ndër faktorët e rrezikut të implikuara në shfaqjen e rrezikut gestacional futen si komplikimet e obstetrike; hipertensioni arterial, hemorragjia, infeksioni puerperal dhe aborti ashtu edhe faktorët para shtatzënisë të karakterizuara nga kushtet paraegzistuese, historitë e mëparshme riprodhuese dhe faktorë social[3].

Këto kushte patologjike dhe faktorë ndikues janë në themel të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë amtare, Vdekshmëria amtare nga Instat llogaritet si raport i numrit të nënave që vdesin gjatë shtatzënisë, procesit të lindjes dhe deri në 42 ditë pas saj nga çdo shkak që lidhet me shtatzëninë apo lindjen, përmbi numrin total të lindjeve të gjalla në një periudhë të caktuar kohore[4].

Sipas Instat në vitin 2018, niveli i vdekshmërisë amtare ishte 3.4 për 100 000 lindje të gjalla, në vitin 2019-7 për 100 000 lindje te gjalla, pati një rënie në 2020 me 3.6 për 100 000 lindje të gjalla, për të arritur kulmin ne 2021 me 7.3 për 100 000 lindje të gjalla[4]. Vdekshmëria amtare është një tregues i rëndësishëm i cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe aksesit ndaj këtyre shërbimeve[5].

I gjithë ekipi shëndetësor duhet të bashkëpunojë për të planifikuar kujdesin për shtatzënat, pavarësisht nga lloj i shtatzanisë. Infermierë mamitë duke qenë kontakti i parë me gratë shtatzëna shërbejnë si pikë referimi te pjesa tjetër e ekipit multidisiplinar që do realizojë ndërhyrjet për një vazhdimësi sa më të mirë. Përveç humanizimit në procesine ndjekjes dhe lindjes, kontributi i kujdesit të udhëhequr nga mamitë në cilësinë dhe sigurinë e kujdesit shëndetësor është thelbësor[7].

Qëllimi – qëllimi i këtij studimi është përfitimi i një tabloje përmbledhëse të literaturës së disponueshme në ndërhyrjet që realizohen nga ana infermierore tek gratë me shtatzani me rrisk të lartë, duke ndihmuar në identifikimin dhe vlerësimin e këtyre ndërhyrjeve.

Metodologjia

Metoda kërkimore u bazua në rishikimin përshkrues të literaturës. Qëllimi i rishikimit të literaturës përshkruese është analizimi dhe përmbledhja e një literature duke nxjerrë në pah të rejat më të fundit dhe duke identifikuar boshllëqet për të përmirësuar fokusin e studimit i cili na ndihmon në zhvillimin e kornizave teorike dhe konceptuale[7].

Kërkimi i të dhënave

Kërkimi i të dhënave për këtë studim u krye në periudhën kohore dhjetor 2022- janar 2023 në PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) dhe Google Scholar duke përfshirë artikuj që i përkasin periudhës nga viti 2010 dhe në vazhdim. Përzgjedhja e artikujve u bë fillimisht në bazë të fjalëve kyçe të studimit: "kujdes infermieror", "infermier mami", "gra shtatzëna" dhe "shtatzani me rrisk të lartë". Fillimisht u përzgjodhën 213 artikuj, të cilët kishin në fokus gratë shtatzëna me rrisk të lartë.

U bë një filtër i këtyre artikujve duke aplikuar kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit dhe më pas u eleminuan artikujt e përjashtuar. U përfshin artikujt në gjuhën angleze, artikujt të cilët ishin punime të plota ose të aksesueshme me tekst të plotë dhe me fokus kryesor kujdesin infermieror të aplikuar në shtatzanitë me rrisk të shtuar.

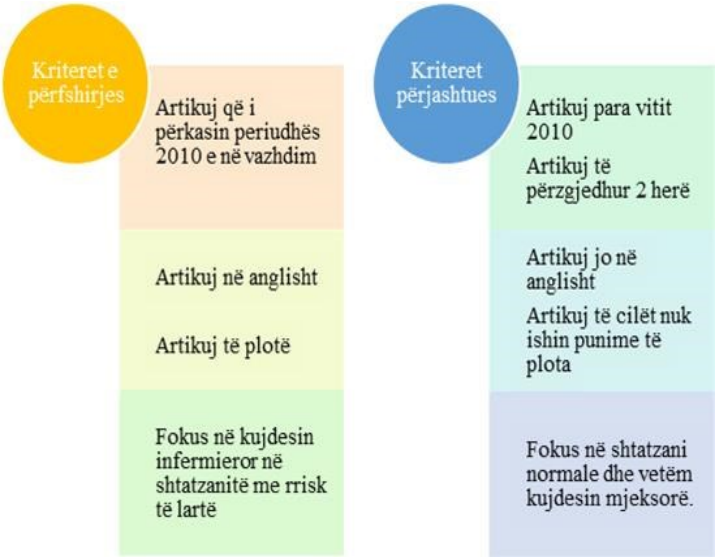
U përjashtuan artikujt të cilët trajtonin kujdesin shëndetësor në shtatzanitë normale, artikujt të cilët nuk ishin në gjuhën angleze, artikujt të cilët nuk i aksesuam si punime të plota ose pdf, artikuj të publikuar para vitit 2010 dhe artikujt të cilët ishin përzgjedhur 2 herë. (Kriteret janë të paraqitura

në mënyrë përmbledhëse më poshtë me skemën e kritereve).

Pas aplikimit të këtyre kritereve u seleksionuan vetem 11 artikuj të cilët përmbushnin të gjitha kërkesat e studimit tonë.

Analiza e të dhënave

Për analizimin e të dhënave dhe paraqitjen e artikujve të përfshirë u përdor një tabelë, me këto karakteristika kryesore: tituli i artikullit, emrat e autorëve, metodologjia e përdorur dhe rezultatete dhe konkluzionet. Nxjerrja e rezultateve dhe konkluzioneve i të dhënave është bërë në mënyrë përshkruese nga studimet përzgjedhura për të përmbushur qëllimin e këtij studimi, pra identifikimin e kujdesit infermieror në shtatzanitë me rrisk të lartë.



Skema e kritereve të përfshirjes dhe përjashtues

Rezultatet

Në artikujt e përzgjedhur metodologjia që është përdorur ishte e ndryshme: 5 prej tyre ishin studime kualitative; ndër këto njëri ishte kualitativ hulumtues dhe përshkrues dhe një tjetër kualitativ eksplorues, 1 studim retrospektiv, 2 studime cross-sectionale, 1 studim i randomizuar dhe 2 review; ku njëri prej tyre ishte sistematik revieë. Si objekt studimi 8 ndër artikujt e përzgjedhur kishin në fokus gratë shtatzëna me rrisk të lartë, 1 analizonte kujdesin shëndetësor në gratë shtatzëna që janë përdoruese të alkolit dhe të drograve, 1 tjetër kishte në fokus menaxhimin e shtatzënave obeze dhe artikulli i fundit tregonte eksperiencat e mamive gjatë kujdesit shëndetësorë tek gratë shtatzëna të pambrojtura. Tabela 1 paraqet në mënyrë të përmbledhur të gjithë artikujt e përzgjedhur me konkluzionet e tyre.

Tabela 1. Përmbledhje e artikujve të përzgjedhur

Titulli i artikullit	Emrat e autorëve	Metodologjia	Rezultatet e konkluzionet
Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care[8]	Bruna Felisberto de Souza, Jamile Claro de Castro BussadoriJosé, Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, Márcia Regina Cangiani	Studim kualitativ	Praktikat infermierore u përmblodhën në dy kategori kryesore: "mbështetje emocionale dhe informative" dhe "vlerësimi dhe monitorimi i rrezikut gestacional". Infermierët kanë rolin e informimit të rrezikut të shtatzanisë midis anëtarëve të ekipit, veçanërisht mjekëve.
Midwives' perceived role in up referral of high-risk pregnancies in primary healthcare settings, eThekwini district, South Africa[9]	Siyabonga W Ximba, Olivia B Baloyi, Mary Ann Jarvis	Studim kualitativ, hulumtues dhe përshkrues	Mamitë ishin të sigurta në rolin e tyre për transferimin e grave shtatzëna me rrezik të lartë në kujdes shëndetësor parësor, siç përshkruhet në udhëzimet e kujdesit por hasën vështirësi për shkak të sfidave të përjetuara në ekzekutimin e roleve të tyre me palët e tjera.

Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience[10]	Helen Tosin Oni, Melissa Buultjens, Julie Blandthorn, Deborah Davis, Mohamed Abdel-Latif, M Mofizul Islam	Studim kualitativ eksplorues	Ky studim synonte të identifikonte barrierat e përjetuara nga mamitë në shqyrtimin dhe referimin e grave shtatzana që përdorin substanca. Mamitë pranuan rolin e rëndësishëm dhe strategjik që luajnë në referimin, megjithatë ata ndjeheshin të kufizuar në kapacitetin e tyre. U pa e nevojshme futja e trajnimeve dhe edukimeve të mamive në lidhje me këtë temë.
Midwives', Obstetricians', and Recently Delivered Mothers'Perceptions of Remote Monitoring for Prenatal Care: Retrospective Survey[11]	Dorien Lanssens, Thijs Vandenberk, Joy Lodewijck, Tessa Peeters, Valerie Storms, Inge M Thijs, Lars Grieten, Wilfried Gyselaers	Studim retrospektiv	Mamitë dhe mjekët obstetër raportuan, bazuar në përvojën e tyre, se monitorimi në distancë ishte një komponent i rëndësishëm në ndjekjen e shtatzanive me rrezik të lartë dhe do t'ua rekomandonin si metodë kolegëve dhe pacienteve shtatzana.
Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, care assistance and neonatal outcomes in twoBrazilian maternity wards[12]	Juliana Vieira Nazareth, Kleyde Ventura de Souza, Mark Anthony Beinner, Juliana Silva Barra, Odaléa Maria Brüggemann, Adriano Marçal Pimenta.	Studim cross-sectional	Ky studim tregon se ndërhyrjet gjatë lindjes në gratë shtatzëna me rrezik të lartë u shoqëruan në mënyrë pozitive me shtrimin në maternitetit. Ndihma shëndetësore e një gruaje shtatzënë mund të konsiderohet më efektive kur realizohet një ndjekje e rregullt nga mamitë, por jo me hospitalizim të pacientes.
Knowledge of and Attitudes Toward Perinatal Home Visiting inWomen with High-Risk Pregnancies[13]	Jennifer L Barkin , Joan Rosen Bloch, KatherineE R Smith, Sarah N Telliard, Analise McGreal, Chris Sikes, Amare Ezeamama, Massimiliano Buoli, Marta Serati, Christy C Bridges	Studim kualitativ	Programet e vizitave në shtëpi mund të jenë efektive për përmirësimin e rezultateve të shëndetit të nënës dhe fëmijës. Megjithatë, jo të gjitha programet e vizitave në shtëpi arrijnë në mënyrë efektive popullatën e tyre të synuar. Nevojiten më shumë kërkime për të përcaktuar se me çfarë kërkojnë ndihmë gratë që kanë kushte me rrezik të lartë gjatë shtatzanisë dhe si të rrisin pranueshmërinë
The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High-Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial[14]	Leila Chaharrahifard, Alireza Jashni Motlagh, Mahnaz Akbari-Kamrani, Mina Ataee, Sara Esmaelzadeh-Saeieh	Studim i randomizuar	Psiko-edukimi i udhëhequr nga mamitë ishte efektiv në stresin prindëror, kompetencën dhe depresionin pas lindjes në nënat me rrezik të lartë të shtatzanisë. Prandaj, stresi prenatal në shtatzanitë me rrezik të lartë duhet të vlerësohet në mënyrë rutinore gjatë gjithë ndjekjes.
Perceived Risk in Women with High-Risk Pregnancy: A Qualitative Study[15]	Zahra Shojaeian, Talat Khadivzadeh, Ali Sahebi, Hossein Kareshki, Fatemeh Tara	Studim kualitativ	Rezultatet e këtij studimi promovuan perceptimin e rrezikut tek gratë me shtatzani me rrezik të lartë duke ardhur në ndihmë për krijimin e një lidhjeje më të mirë midis grave me shtatzani me rrezik të lartë dhe ekipit infermieror, në përmirësim e kujdesit të nënës dhe fetusit.
Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review[16]	Alexandre Simon, Misty Pratt, Brian Hutton, Becky Skidmore, Romina Fakhraei, Natalie Rybak, Daniel J. Corsi, Mark Walker, Maria P.Velez, Graeme N. Smith, Laura M. Gaudet	Sistematik Review	Kujdesi shëndetësor dhe infermieror i grave shtatzana mbetet një prioritet për të përmirësuar shëndetin e tyre dhe të gjeneratave të ardhshme. Ky studim nxjerr në pah disa rekomandime të forta dhe të qëndrueshme për dietën e shëndetshme, stërvitjen dhe referimin e dietologut dhe zbuloi disa dobësi në lidhje me aspekte të rëndësishme të kujdesit.

The Experiences of Midwives in Caring for Vulnerable Pregnant Women in The Netherlands: A Qualitative Cross-Sectional Study[17]	Evi Vlassak, Kathelijne Bessems, Jessica Gubbels	Studim cross-sektional	Studimi realizoi një pasqyrë të perspektivave, barrierave të perceptuara dhe lehtësirave të mamive në kujdesin për gratë shtatzana vulnerabël/të pambrojtura. Mamitë janë shumë të motivuara për t'u kujdesur për gratë e pambrojtura, megjithatë, ata përjetojnë pengesa të shumta në këtë kujdes. Mamitë që sigurojnë lidhjet midis fushës psikosociale dhe mjekësore mund të ndihmojnë për të kapërcyer këto barriera, dhe të përmirësojnë kujdesin për të arritur përfitime shëndetësore më të mira për këtë kategori.
Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review[18]	Amorim Thaís Vasconselos, Souza Ívis Emília de Oliveir, Moura Maria Aparecida Vasconcelos,Queiroz Ana Beatriz Azevedo, Salimena Anna Maria Oliveira	Review	Ndihma për gratë shtatzëna me rrezik të lartë kërkon kualifikim profesional, aftësi dhe efektivitet në menaxhimin e situatave urgjente ose potencialisht të ndërlikuara. Infermierja e ndihmon në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor, duke përfshirë edhe ekzaminimet që bashkëpunojnë me saktësinë diagnostike. Nevojitet nevoja e zhvillimit të kujdesit infermieror në vlerësimin e gruas shtatzanë, duke e konsideruar atë ashtu siç ndihet pavarësisht situatës së rrezikut.







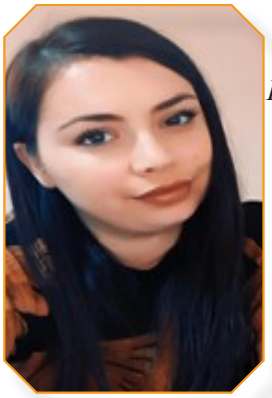
Konkluzione

Përsa i përket përmbushjes së qëllimit të këtij rishikimi, ndërhyrjeve infermierore në shtatzanitë me rrisk të lartë, në artikujt e përzgjedhur u vu re se infermier mamitë janë një element kyç dhe vendimtar për të siguruar kujdesin në këtë kategori pacientësh. Për të dhënë këtë kujdes në mënyrë sa më efektive është e nevojshme që personat përgjegjës të realizojnë ndërhyrje efektive që plotësojnë nevojat reale të pacientit.

Infermierë mamitë janë pika kyçe e referimit të shtatzanive me rrisk të lartë tek mjekët obsetër për trajtimet e mëtejshme në raste nevoje. Ndihma shëndetësore e një gruaje shtatzënë mund të konsiderohet më efektive kur realizohet një ndjekje e rregullt nga mamitë në repartet spitalore, por edhe nga ndjekja në shtëpi e shtatzënave. Kujdesi shëndetësor dhe infermieror i grave shtatzënë mbetet një prioritet për të përmirësuar shëndetin e tyre si fizik ashtu edhe psiko-emocional dhe të gjeneratave të ardhshme. Ndihma për gratë shtatzëna me rrezik të lartë kërkon kualifikim profesional, aftësi dhe efektivit në menaxhimin e situatave emergjente por veçanërisht kërkon persona të cilët punojnë duke pasur si parim kryesor humanizmin.

Nga evidentimi i disa mangësive dhe rezultateve të nxjerra nga artikujt e përfshirë në këtë mini studim, lind nevoja për trajnime dhe edukime të vazhdueshme të stafit infermieror që kujdeset për gratë shtatzëna me rrisk të lart dhe gjithashtu intesifikimi i përfshirjes së tyre në grupin multidisiplinar për të përmirësuar mënyrën e dhënies së kujdesit në këtë popullatë.

Biografi



Armelda Teta lindur në Elbasan më 1 nëntor 1990. Diplomuar në Bachelor Infermieri e Përgjithshme në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit "Aleksandër Xhuvani". Prej 5 vitesh asistente lektore në këtë fakultet ku jep lëndën Infermieristikë Kirurgji e Përgjithshme në 4 programe të ndryshme studimi. Aktualisht ndjek studimet doktorale në vitin e parë të studimeve "Doktor në Shkenca Mjekësore Teknike" në FSHMT, Universiteti i Elbasanit "Aleksandër Xhuvani".

Refrenca

1. Gray BA. Hospitalization history and differences in self-rated pregnancy risk. West J Nurs Res. 2006 Mar;28(2):216-29; discussion 230-3. doi: 10.1177/0193945905282305. PMID: 16513920.

2. Simmons HA, Goldberg LS. 'High-risk' pregnancy after perinatal loss: understanding the label. Midwifery. 2011 Aug;27(4):452-7. doi: 10.1016/j.midw.2010.02.013. Epub 2010 Apr 22. PMID: 20416998.

3. Tandu-Umba B, Mbangama MA, Kamongola KM, Kamgang Tchawou AG, Kivuidi MP, Kasonga Munene S, Kambashi Meke I, Kapuku Kabasele O, Kondoli BJ, Kikuni KR, Kasikila Kuzungu S. Pre-pregnancy high-risk factors at first antenatal visit: how predictive are these of pregnancy outcomes? Int J Womens Health. 2014 Dec 5; 6:1011-8. doi: 10.2147/IJWH.S69230. PMID: 25525392; PMCID: PMC4266255.

4. Niveli i vdekshmërisë amtare, për 100,000 lindje të gjalla (numër) | Instat http://www.instat.gov.al/al/statistika-zyrtare-femije-dhe-te-rinj/sh%C3%ABndet%C3%ABsia/niveli-i-vdekshm%C3%ABris%C3%AB-amtare-p%C3%ABr-100-000-lindje-t%C3%AB-gjalla-num%C3%ABr/

5. Hirshberg A, Srinivas SK. Epidemiology of maternal morbidity and mortality. Semin Perinatol. 2017 Oct;41(6):332-337. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.007. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28823579.

6. Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. J Midwifery Womens Health. 2010 May-Jun;55(3):255-61. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.002. PMID: 20434086.

7. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J. 2009 Jun;26(2):91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x. PMID: 1949014.

8. Souza BF, Bussadori JCC, Ayres JRCM, Fabbro MRC, Wernet M. Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03557. Portuguese, English. doi: 10.1590/s1980-220x2018036903557. Epub 2020 May 8. PMID: 32401887.

9. Ximba SW, Baloyi OB, Ann Jarvis M. Midwives' perceived role in up referral of high-risk pregnancies in primary healthcare settings, eThekwini district, South Africa. Health SA. 2021 Feb 25;26:1546. doi: 10.4102/hsag.v26i0.1546. PMID: 33824728; PMCID: PMC8008006.

10. Oni HT, Buultjens M, Blandthorn J, Davis D, Abdel-Latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. Midwifery. 2020 Feb;81:102595. doi: 10.1016/j.midw.2019.102595. Epub 2019 Dec 2. PMID: 31838337.

11. Lanssens D, Vandenberk T, Lodewijckx J, Peeters T, Storms V, Thijs IM, Grieten L, Gyselaers W. Midwives', Obstetricians', and Recently Delivered Mothers' Perceptions of Remote Monitoring for Prenatal Care: Retrospective Survey. J Med Internet Res. 2019 Apr 15;21(4):e10887. doi: 10.2196/10887. PMID: 30985286; PMCID: PMC6487343.

12. Nazareth JV, de Souza KV, Beinner MA, Barra JS, Brüggemann OM, Pimenta AM. Special attention to women experiencing high-risk pregnancy: Delivery, care assistance and neonatal outcomes in two Brazilian maternity wards. Midwifery. 2017 Oct;53:42-48. doi: 10.1016/j.midw.2017.07.009. Epub 2017 Jul 17. PMID: 28750275.

13. Barkin JL, Bloch JR, Smith KER, Telliard SN, McGreal A, Sikes C, Ezeamama A, Buoli M, Serati M, Bridges CC. Knowledge of and Attitudes Toward Perinatal Home Visiting in Women with High-Risk Pregnancies. J Midwifery Womens Health. 2021 Mar;66(2):227-232. doi: 10.1111/jmwh.13204. Epub 2021 Feb 1. PMID: 33522692.

14. Chaharrahifard L, Jashni Motlagh A, Akbari-Kamrani M, Ataee M, Esmaelzadeh-Saeieh S. The Effect of Midwife-led Psycho-Education on Parental Stress, Postpartum Depression and Parental Competency in High-Risk Pregnancy Women: A Randomized Controlled Trial. J Caring Sci. 2021 May 24;10(2):70-76. doi: 10.34172/jcs.2021.014. PMID: 34222115; PMCID: PMC8242294.

15. Shojaeian Z, Khadivzadeh T, Sahebi A, Kareshki H, Tara F. Perceived Risk in Women with High Risk Pregnancy: A Qualitative Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2021 Mar 5;26(2):168-174. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_32_20. PMID: 34036066; PMCID: PMC8132863.

16. Simon A, Pratt M, Hutton B, Skidmore B, Fakhraei R, Rybak N, Corsi DJ, Walker M, Velez MP, Smith GN, Gaudet LM. Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. Obes Rev. 2020 Mar;21(3):e12972. doi: 10.1111/obr.12972. Epub 2020 Jan 14. PMID: 31943650; PMCID: PMC7064940.

17. Vlassak E, Bessems K, Gubbels J. The Experiences of Midwives in Caring for Vulnerable Pregnant Women in The Netherlands: A Qualitative Cross-Sectional Study. Healthcare (Basel). 2022 Dec 31;11(1):130. doi: 10.3390/healthcare11010130. PMID: 36611593; PMCID: PMC9819850.

18. Amorim, T. V., Souza, I. E. O., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A., & Salimena, A. M. O. (2017). Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. Enfermería Global, 16(2), 500.

Kujdesi shëndetësor tek pacientët diabetikë dhe etika

PhD C. Emirjona Kiçaj, PhD C. Rudina Çerçizaj, PhD C. Sonila Nikaj, PhD C. Vasilika Prifti

Departamenti i Kujdesit Shëndetësor, Fakulteti i Shëndetit, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

emirjona.kicaj@univlora.edu.al

Abstrakti

Menaxhimi i diabetit përfshin kujdesje shendetesore specifike ku duhet te meren ne konsiderate dhe mjaft aspekte etike.

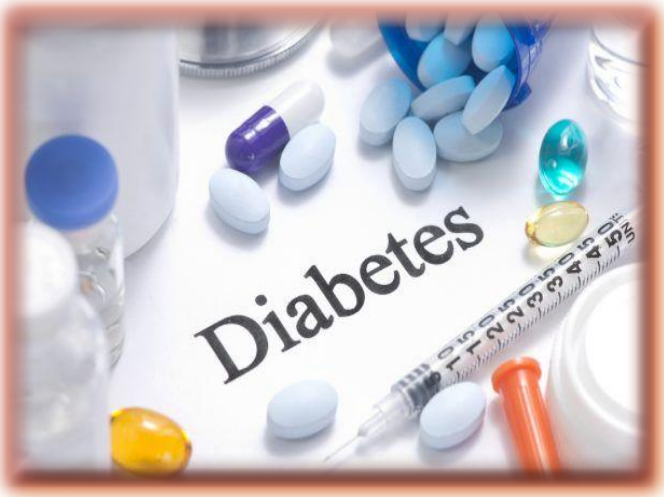
Qëllimi i studimit: Të evidentohet aspektet etike të cilat duhet të respektohen gjatë kujdesjeve shëndetësore tek pacientët diabetikë. Materiale dhe metoda: Ky është një studim review literature me anë të të cilit janë analizuar 33 studime të botuara gjatë periudhës kohore 2007 – 2022. Ky studim është realizuar gjatë periudhës Prill – Korrik 2022.

Rezultate: Në këtë studim janë vlerësuar aspekte të ndryshme etike në kujdesjet ndaj pacientëve diabetikë. Konkretisht jane vleresuar aspektet etike ne drejtim të (1) edukimit dhe mbështetjes ndaj pacientëve diabetikë (9 studime); (2) përdorimin e medikamenteve me kosto të lartë (9 studime); (3) përdorimin e teknologjisë në menaxhimin e pacientit diabetikë (10 studime); (4) parandalimin e diabetit (5 studime).

Konkluzione: Diabeti mellitus tashmë po kthehet në një sfidë të vërtetë dhe për këtë profesionistët e shëndetësisë duhet të trajnohen profesionalisht për të ofruar kujdes shëndetësor për të gjithë individët në nevojë. Ky kujdes kërkon një rritje të fushës së veprimit të personelit shëndetësor duke marrë parasysh nevojën e respektimit të aspekteve etike gjatë kujdesit shëndetësor.

Fjalët kyçe: *aspekte etike, pacient diabetikë dhe kujdes shëndetësor*

Hyrje: Diabeti mellitus ndodh kur nivelet e glukozës në gjak rriten si rezultat i prodhimit të pamjaftueshëm, mosprodhimit ose përdorimit jo efektiv të insulinës nga trupi i njeriut [1]. Sipas OBSH-së, në vitin 2019, diabeti konsiderohej shkaku kryesor i 1.5 milionë vdekjeve, 48% e të cilave kanë ndodhur tek individët para moshës 70 vjeçare [2]. IDF referon se një numër prej 537 milionë adultë të moshës 20-79 vjeç jetojnë me diabet. Besohet se ky numër i adultëve do të arrij në 643 milionë në vitin 2030 dhe në vitin 2045 numri i pacientëve diabetikë do të arrijë në 783 milionë [1].



Në vitin 2021, një në dy adultë diabetikë (44.7%; 239.7 milionë) nuk ishin në dijeni të gjendjes së tyre shëndetësore. Për të parandaluar komplikacionet, për të shmangur një vdekje të parakohshme dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës në mesin e pacientëve me diabet, është e rëndësishme që ata të

diagnostikohen sa më shpejt të jetë e mundur [1]. Diagnostikimi i vonë i diabetit çon në një rritje të përdorimit të shërbimeve shëndetësore sepse rrit mundësinë e shfaqjes së komplikacioneve duke sjellë një barrë të madhe për këto shërbime [3].

Tashmë kudo në botë, prevalenca e diabetit është gjithnjë në rritje dhe kjo sjell probleme të shtuara si për sistemet shëndetësore ashtu edhe për ekonomitë e vendeve të ndryshme. Diabeti është një sëmundje kronike që mund të sjellë lodhje dhe vuajtje te pacientët. Kryerja e studimeve në fushën e kujdesit për pacientët diabetikë në drejtim të parandalimit, diagnostikimit, trajtimit kërkon respektimin e shumë aspekteve etike.

Qëllimi i studimit: Të evidentohet aspektet etike të cilat duhet të respektohen gjatë kujdesjeve shëndetësore tek pacientët diabetikë.

Materiale dhe metoda: Ky është një studim kualitativ, review literature, i realizuar gjatë periudhës Prill – Korrik 2022. Në këtë studim janë analizuar 33 studime të botuara gjatë periudhës kohore 2013 – 2022 të cilat kanë patur si objekt studimi aspektet etike në kujdesjet shëndetësore ndaj pacientëve diabetikë.

Si kriter përfshirës për këto studime janë:

- Studime në fushën e kujdesjeve tek pacientët diabetikë,
- Studime të cilat kanë evidentuar aspektet etike në kujdesjet ndaj pacientit diabetik
- Studime të botuara gjatë periudhës kohore 2013-2022

Janë përjashtuar nga përfshirja në këtë review:

- Studime të cilat nuk kanë evidentuar aspeket etike në kujdesjet ndaj pacientit diabetike
- Studime të botuara para vitit 2013.

Rezultatet: Në këtë studim janë vlerësuar aspekte të ndryshme etike në kujdesjet ndaj pacientëve diabetikë. Konkretisht jane vleresuar aspektet etike ne drejtim të (1) edukimit dhe mbështetjes ndaj pacientëve diabetikë; (2) studimeve klinike; (3) përdorimin e medikamenteve me kosto të lartë; (4) përdorimin e teknologjisë në menaxhimin e pacientit diabetikë (5) parandalimin e diabetit.

Edukimi dhe mbështetja ndaj pacientit diabetik tipi 2: Aspektet etike

"Edukimi në drejtim të vetë-menaxhimit të diabetit" ndihmon pacientët diabetikë të arrijnë rezultate të kënaqshme të vetë-kujdesit [4]. Studime të shumta kanë nxjerrë në pah ndikimin e njohurive të pacientëve me diabet në praktikat e vetëkujdesit dhe parametrat laboratorik si niveli i glicemisë ose HbA1c. [4], [5], [6]. Edukimi shëndetësor për pacientët diabetikë ul mundësinë e hospitalizimit të pacientëve, ul ditëqëndrimet e pacientit në spital, duke ulur në këtë mënyrë ul koston financiare të kujdesit ndaj tyre [7]. Edukimi shëndetësor jo vetëm ndihmon në përmirësimin e nivelit të HbA1c te pacienti me diabet, por ndikon pozitivisht edhe në aspektin psikosocial të pacientit duke përmirësuar cilësinë e jetës, mënyrën e jetesës, vetë-efikasitetin, duke përmirësuar në të njëjtën kohë edhe përballimin e shëndetshëm të sëmundjes [7].

Parimet etike që duhet të merren në konsideratë gjatë edukimit shëndetësor të pacientëve diabetikë janë: Përfitimi, mosmarrëveshja, respektimi i autonomisë, efikasiteti, maksimizimi i shëndetit dhe drejtësia sociale. [8.

Edukimi i shëndetësor i pacientëve diabetikë ndihmon në përmirësimin e shëndetit dhe kjo është në përputhje me parimin e përfitimit. Edukimi shëndetësor i pacientit duhet të përmbajë informacione të kuptueshme për seclin pacientit [9].

Dilema etike në këtë rast është:

- A mundet pacienti të kuptoj plotësisht informacionin e ofruar nga persoenli shëndetësor
- Personeli shëndetësor nga ana tjetër nuk mundëson informacion të kuptueshëm për pacientit.

Këto dy aspekte do të çonin në mos arritjen e rezultateve të dëshiruara si prej personelit shëndetësor por edhe nga vetë pacienti.

Gjatë edukimit shëndetësor të pacientëve diabetikë, personeli shëndetësor duhet të njohë çdo nevojë të pacientit me qëllim të ofrojë edukim shëndetësor individual për secilin pacient [10]. Informimi jo i plotë i pacientit diabetikë apo dhe ofrimi i një informacioni të pakuptueshëm mund të çojë në gjykime të gabuara nga të dyja palët (pacienti apo stafi shëndetësor).

Pra nëse nuk respektohet parimi i mos dëmtimit duke mos marrë në konsideratë çështjet praktike të edukimit shëndetësor mund të sjell pasoja negative në shëndetin e pacientit.

Pëlqimi i informuar përfshin si "autonominë personale" (me autonomi personale do të kuptohet aftësia e pacientit për të bërë zgjedhje) dhe "zgjedhje autonome" (që nënkupton nëse pacienti ka bërë zgjedhje lirisht) [11]. Komunikimi i mirë midis pacientit diabetik dhe stafit shëndetësor rrit ndjenjën e autonomisë së pacientit dhe në të njëjtën kohë përmirëson vet-menaxhimin ndaj diabetit [12]. Por informacioni jo i plotë ose informacioni i pakuptueshëm i marrë nga pacienti mund të çojë në mungesë të autonomisë së pacientit përsa i përket vendimmarrjes së tij.

Mungesa e edukimit shëndetësor për pacientët me diabet mund të rrisë koston e kujdesit shëndetësor [5]. Realizimi i edukimit shëndetësor ndihmon pacientin diabetik në një vetë-menaxhim më të mirë të sëmundjes por mund të shfaqen probleme nëse programet e përdorura për edukimin e tyre shëndetësor mund të jenë me kosto të lartë, duke rritur numrin e pacientëve që nuk i përdorin.

Pabarazia në aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore ndikohet gjithashtu nga mungesa e njohurive ose marrja e njohurive jo të plota ose njohurive jo të sakta. Por shpesh herë ndodh që prej programeve edukuese të përfitojnë shumë më tepër ata individë apo grupe shoqërore që janë më të prirur për të mësuar më shumë, por kjo shoqërohet me cënim të drejtësisë sociale. Shpesh edukimi shëndetësor u mundësohet vetëm personave me aftësi të kufizuara, minoriteteve ose grupeve të popullatës së shtresës së ulët social ekonomike, por ky edukim shëndetësor duhet ti ofrohet gjithkujt [13].

Metodat që duhet të përdoren për edukimin shëndetësor të pacientëve me diabet duhet të lehtësojnë transferimin e informacionit tek të gjithë pacientët në nevojë, pavarësisht statusit të tyre shëndetësor dhe social.

Një vet-menaxhim i mirë i diabetit sjell në vetvete një kujdes më të mirë për pacientin, duke rritur aftësinë e tij për të zgjidhur problemet. Kur personeli shëndetësor fokusohet në përmirësimin e vetë-menaxhimit të sëmundjes, ai duhet të marrë parasysh disa aspekte etike si p.sh.:

- përgatitja e pamjaftueshme dhe aksesi jo i plotë i pacientit apo familjarëve të tij për të përmirësuar sjelljet vetë-menaxhuese por pa dëmtuar veten;
- mbizotërimi i idesë se vetëmenaxhimi nuk mund të dëmtojë dhe se qëllimi kryesor është vetëm transmetimi i udhëzimeve nga personeli shëndetësor;
- mundësia e përjashtimit të personave që mund të përfitojnë realisht nga edukimi shëndetësor.

Pra, gjatë realizimit të edukimit shëndetësor të pacientëve me qëllim përmirësimin e teknikave vetmenaxhuese, personeli shëndetësor duhet të sigurohet për përfitimet e edukimit të individëve dhe të ketë përjashtuar mundësinë e dëmtimit të tyre [14].

Përdorimi i terapive më kosto të lartë: Aspektet etike

Shumë studime të realizuara kanë evidentuar përdorimin e terapisë agresive me insulin me qëllim trajtimin e diabetit apo dhe parandalimin e komplikacioneve [15]. [16]. Por përdorimi i insulinës ka kosto të lartë financiare [17] dhe kjo e vendos stafin shëndetësor përballë një dileme të madhe se kur do të ishte momenti i duhur për të filluar përdorimin e kësaj terapie.

Komplikacionet që lidhen me këmbën diabetike janë problemet më të zakonshme të hasura kudo në botë, duke rritur koston financiare për pacientin, familjen dhe shoqërinë [18]. Për trajtimin e këtij grupi pacientësh kërkohet përdorimi i terapive me kosto të lartë financiare [19], terapi këto që do të shpëtonin pacientin prej amputacionit të këmbës duke e vendosur familjen e tij në një situatë të vështirë ekonomike [20]. Në pamundësi financiare si alternativë e kujdesit do të ishte amputimi i këmbës i cili sërisht do të sillte efekte sociale dhe ekonomike për pacientin [2021]. Prezenca e dilemave të tilla do të sillte rritjen e numrit të pacientëve diabetikë me prezencë të komplikacioneve.

Shumë studime kanë vlerësuar efektivitetin e edukimit shëndetësor të pacientit në drejtim të përmirësimit të stilit të jetesës me qëllim parandalimin e shfaqjes së komplikacioneve të tilla tek këta pacientë [22], [23]. Gjatë realizimit të këtij edukimi shëndetësor, personeli shëndetësor duhet të tregohet i kujdesshëm në përdorimin e një terminologjie të thjeshtë dhe të kuptueshme për pacientin dhe

familjarin e tij, bazuar në nevojat individuale të tyre duke respektuar parimet e përfitimit dhe mos dëmtimit [8].

Përdorimi i teknologjisë për përmirësimin e menaxhimit të shëndetit prej pacientëve diabetike: Aspektet etike

Përdorimi gjithmonë dhe më shumë i teknologjisë ka bërë të mundur përmirësimin e cilësisë së kujdesit, cilësisë së jetës dhe uljen e kostos financiare për pacientët me sëmundje kronike [24]. Kjo teknologji ka bërë të mundur rritjen e aksesit në shërbimin shëndetësor dhe rritjen e efikasitetit të kujdesit shëndetësor [25]. Përfitimet për pacientët diabetikë nga përdorimi i teknologjisë janë të mëdha duke përmirësuar shëndetin dhe duke ulur kostot e kujdesit shëndetësor [26]. Telemjekësia mund të përdoret lehtësisht për të menaxhuar dhe kontrolluar diabetin, për të promovuar sjellje të shëndetshme [27], për t'u mësuar pacientëve përdorimin e saktë të medikamenteve dhe për të përdorur me saktësi pajisjet e vlerësimit si glukometrat [28]. Përdorimi i telemjekësisë mund të ndihmojë në ofrimin e barabartë të shërbimit pavarësisht nga raca, etnia, shtresa sociale e pacientëve, problemeve që hasen në shërbimin shëndetësor [29]. Pra Telemjekësia mund të quhet fare mirë trajtim/shërim në distancë.

Megjithatë, gjatë përdorimit të telemjekësisë nga personeli shëndetësor, mund të mos merret historia e plotë shëndetësore ose të mos kryhet ekzaminimi i saktë fizik i pacientit, gjë që është shumë e rëndësishme në shërbimin shëndetësor.

Një problem etik që mund të lindë si rezultat i përdorimit të telemjekësisë është mos ruajtja e konfidencialitetit të pacientit diabetik, Telekonsultimi është tashmë një sfidë etike në telemjekësi sepse personeli shëndetësor që duhet të ofrojë një shërbim të tillë, duhet të dijë rëndësinë e komunikimit virtual me pacientët, sistemet kompjuterike të cilat nuk janë gjithmonë të sigurta ndërkohë që standardet e vetë telemjekësisë po rriten çdo vit [30].

Një aspekt tjetër etik që del në pah kur përdoret telemjekësia është marrëdhënia mjek-pacient. Normalisht pacienti respekton komentet e mjekut ndërkohë dhe mjeku respekton dëshirën e pacientit në zgjedhjen e terapisë. Por përdorimi i telemjekësisë në vetvete sjell një ndryshim në këtë marrëdhënie [31].

Një çështje tjetër etike që duhet të meret në konsideratë kur përdoret telemjekësia është drejtësia. Disa familje e kanë të pamundur të përdorin një teknologji të tillë, ndoshta sepse nuk e njohin teknologjinë ose nuk mund ta zotërojnë këtë teknologji [32], mund të mos ketë mbulim internet në zona të ndryshme të banuara sidomos në zonat rurale, ose në qëndra të ndryshme shëndetësore nuk ofrohet ky lloj shërbimi pasi ka kosto të lartë financiare apo dhe mungesë të specialistëve të nevojshëm [33].



Parandalimi i diabetit: Aspektet etike

Një nga rekomandimet e ADA (Shoqatës Amerikane të Diabetit) për parandalimin e diabetit të tipit 2 ose shtytjes sa më shumë të shfaqjes së tij është: "Monitorimi individual të paktën një herë në vit i individëve me paradiabet". ADA gjithashtu rekomandon ndryshime në stilin e jetës për individët mbipeshë ose obezë që janë në rrezik për zhvillimin e diabetit të tipit II, duke i përfshirë në programe që mundësojnë humbje në peshë dhe rritje të aktivitetit fizik në të paktën 150 minuta/javë; ushqyerje të shëndetshme; dhe përdorimin e programeve të licencuara teknologjike që janë efektive në parandalimin e diabetit.

Parandalimi i diabetit të tipit 2 ndihmon në reduktimin e numrit të sëmundjeve kardiovaskulare,

veshkave, verbërisë dhe vdekshmërisë së parakohshme [35]. Aktivitetet parandaluese që mund të aplikohen në popullatë mund të jenë:

- programe që fokusohen në individë me rrezik të lartë [36];
- programe që fokusohen në grupet etnike me rrezik të lartë [37]
- ose programe që fokusohen në popullata të mëdha që promovojnë aktivitetin fizik dhe ushqyerje të shëndetshme {38].

Një aspekt etik që lind në këtë rast është se ky lloj parandalimi mund të përfshijë ndërhyrje të cilat ndikojnë në individë të shëndetshëm të cilët mund të mos përfitojnë të gjithë nga këto lloj ndërhyrjesh.

Depistimi i individëve në rrezik për diabetin është një proçedurë që nuk shkakton dëme psikologjike tek individët [39] madje mund të themi se numri i rezultateve false është ulur gjithnjë e më shumë [40], por prapëseprapë për njerëzit që kanë ndikimin e faktorëve të rrezikut të modifikueshëm si ata që janë mbipeshë ose obezë duhet të vazhdojnë me ndryshimet e stilit të jetesës, ndërhyrjet pavarësisht testit mund të jenë negative. Programet parandaluese duhet të fokusohen në parandalimin e pabarazisë. Pra këto programe duhet të orientohen drejt individëve në rrezik por në realitet këto ndërhyrje duhet të jenë të aksesueshme dhe të përshtatshme nga të gjitha grupet e popullsisë.

Konkluzionet

Sëmundjet kronike tashmë po kthehen në një sfidë të vërtetë. Për të përballuar këtë, profesionistëve të shëndetësisë u kërkohet që të trajnohen profesionalisht për të ofruar kujdes shëndetësor për të gjithë individët në nevojë në mënyrë të barabartë por në bazë të problemeve individuale të tyre. Ky kujdes kërkon një rritje të fushës së veprimit të personelit shëndetësor duke marrë parasysh nevojën e respektimit të aspekteve etike gjatë kujdesit shëndetësor.

Biografi

Emirjona Kiçaj aktualisht është pedagoge në Fakultetin e Shëndetit, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë, në detyrën e Drejtueses së Departamentit të Kujdesit Shëndetësor.



Ka përfunduar studimet universitare në vitin 1999, dhe Masterin Shkencor në Shkencat Infermierore në vitin 2013 në Universitetin e Vlorës.

Ajo vazhdon studimet e doktoraturës në Universitetin e Transilvanisë, Brasov, Rumani, në Fakultetin e Mjekësisë. Ka marrë pjesë në konferenca të ndryshme shkencore kombëtare dhe ndërkombëtare dhe është autore dhe bashkautore e mbi 20 artikujve shkencor.

Referencat

1. *IDF.. 2021 Diabetes Atlas. Online version ISBN 978 2 930229 98 0. IDF. 2021*
2. *WHO. Diabetes Key facts Access 06 June 2022 Avaible online https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.*
3. *Camilla Sortsø, A. K. (2018). Effect of screening for type 2 diabetes on healthcare costs: a register-based study among 139,075 individuals diagnosed with diabetes in Denmark between 2001 and 2009. Diabetologia .*
4. *Ernawati, U., Wihastuti, T. A., & Utami, Y. W (2021) "Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: Systematic literature review." Journal of public health research, 10(2), 2240. https://doi.org/10 2021*
5. *Lee SK, Shin DH, Kim YH, Lee KS. (2019) Effect of Diabetes Education Through Pattern Management on Self-Care and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. Int J Environ Res Public Health. Sep 9;16(18):3323. doi: 10.3390/ijerph16183323. PMID: 31505892; 2019*
6. *Ghisi GLM, A. C. (2020). Effectiveness of an education intervention associated with an exercise program in improving disease-related knowledge and health behaviours among diabetes patients. . Patient Educ Couns. 2020 Sep;103(9):1790-1797. doi: 10.1016/j.pec.2020.04.007. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32362522.*
7. *Margaret A. Powers, J. B. (2015). Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the*

Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care 1 July 2015; 38 (7): 1372–1382. https://doi.org/10.2337/dc15-0730 .

8. Kristine Sørensen, B. S.-B. (2013). Exploring the ethical scope of health literacy - a critical literature review. Albanian Medical Journal 2, 71-83 https://www.researchgate.net/publication/258858267_Exploring_the_ethical_scope_of_health_literacy_-_a_critical_literature_review .

9. Paterick, T. E. (2017). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients.. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 30(1), 112–113. https://doi.org/10.1080/08998280.2017.11929552.

10. Ziapour, A., Azar, F., Mahaki, B., & Mansourian, M. (2020). Factors Affecting the health literacy Status of Patients with type 2 Diabetes through Demographic Variables: A Case Study from Iran DOI - 10.21203/rs.3.rs-74882/v1.

11. Ursin, L. (2008). Personal autonomy and informed consent. Medicine, health care, and philosophy DOI - 10.1007/s11019-008-9144-0.

12. Robinson, S. A. (2020). Secure Messaging, Diabetes Self-management, and the Importance of Patient Autonomy: a Mixed Methods Study. Journal of general internal medicine, 35(10), 2955–2962. https://doi.org/10.1007/s11606-020-05834-x .

13. H. C. Cooper, K. B. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education, . Health Education Research, Volume 18, Issue 2, April 2003, Pages 191–206, https://doi.org/10.1093/her/18.2.191 .

14. BK., R. (2007). Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. Bioethics 2007; 21:243-50.

15. Cersosimo E, H. C. (2021). The Evidence Behind Early Aggressive Multi-Drug Treatment in Type 2 Diabetes. Trends Diabetes Metab 4: DOI: 10.15761/TDM.1000121.

16. Wangnoo. (2015). Initiating insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. Indian journal of endocrinology and metabolism, 19(Suppl 1), S68–S70. https://doi.org/10.4103/2230-8210.155406 .

17. Brunton, S. H.-C. (2022). To 2022 update to the position statement by Primary Care Diabetes Europe: a disease state approach. Primary Care Diabetes Volume 16, Issue 2, Pages 223-244,ISSN 1751-9918,

18. Raghav, A. K. (2018). Financial burden of diabetic foot ulcers to world: a progressive topic to discuss always. . Therapeutic advances in endocrinology and metabolism, 9(1), 29–31. https://doi.org/10.1177/2042018817744513.

19. Sakhanda, I. (2019). APPLICATION OF VAC-THERAPY IN THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT . Technology transfer: innovative solutions in medicine VL - 3 DOI - 10.21303/2585-663.2019.001096 .

20. Kurkela, O. N. (2022). Foot-related diabetes complications: care pathways, patient profiles and costs. . BMC Health Serv Res 22, 559 (2022). https://doi.org/10.1186/s12913-022-07853-2 .

Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care 1 July 2015; 38 (7): 1372–1382. https://doi.org/10.2337/dc15-0730 .

8. Kristine Sørensen, B. S.-B. (2013). Exploring the ethical scope of health literacy - a critical literature review. Albanian Medical Journal 2, 71-83 https://www.researchgate.net/publication/258858267_Exploring_the_ethical_scope_of_health_literacy_-_a_critical_literature_review .

9. Paterick, T. E. (2017). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients.. Proceedings (Baylor University. Medical Center), 30(1), 112–113. https://doi.org/10.1080/08998280.2017.11929552.

10. Ziapour, A., Azar, F., Mahaki, B., & Mansourian, M. (2020). Factors Affecting the health literacy Status of Patients with type 2 Diabetes through Demographic Variables: A Case Study from Iran DOI - 10.21203/rs.3.rs-74882/v1.

11. Ursin, L. (2008). Personal autonomy and informed consent. Medicine, health care, and philosophy DOI - 10.1007/s11019-008-9144-0.

12. Robinson, S. A. (2020). Secure Messaging, Diabetes Self-management, and the Importance of Patient Autonomy: a Mixed Methods Study. Journal of general internal medicine, 35(10), 2955–2962. https://doi.org/10.1007/s11606-020-05834-x .

13. H. C. Cooper, K. B. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education, . Health Education Research, Volume 18, Issue 2, April 2003, Pages 191–206, https://doi.org/10.1093/her/18.2.191 .

14. BK., R. (2007). Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. Bioethics 2007; 21:243-50.

15. Cersosimo E, H. C. (2021). The Evidence Behind Early Aggressive Multi-Drug Treatment in Type 2 Diabetes. Trends Diabetes Metab 4: DOI: 10.15761/TDM.1000121.

16. Wangnoo. (2015). Initiating insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. Indian journal of endocrinology and metabolism, 19(Suppl 1), S68–S70. https://doi.org/10.4103/2230-8210.155406 .

17. Brunton, S. H.-C. (2022). To 2022 update to the position statement by Primary Care Diabetes Europe: a disease state approach. Primary Care Diabetes Volume 16, Issue 2, Pages 223-244,ISSN 1751-9918,

18. Raghav, A. K. (2018). Financial burden of diabetic foot ulcers to world: a progressive topic to discuss always. . Therapeutic advances in endocrinology and metabolism, 9(1), 29–31. https://doi.org/10.1177/2042018817744513.

19. Sakhanda, I. (2019). APPLICATION OF VAC-THERAPY IN THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT . Technology transfer: innovative solutions in medicine VL - 3 DOI - 10.21303/2585-663.2019.001096 .

20. Kurkela, O. N. (2022). Foot-related diabetes complications: care pathways, patient profiles and costs. . BMC Health Serv Res 22, 559 (2022). https://doi.org/10.1186/s12913-022-07853-2 .

21. Musa, I. A. (2018). Factors associated with amputation among patients with diabetic foot ulcers in a Saudi population. . BMC Res Notes 11, 260 (2018). https://doi.org/10.1186/s13104-018-3372-z .

22. Paton, J. A. (2021). Behaviour change approaches for individuals with diabetes to improve foot self-management: a scoping review. Journal of foot and ankle research, 14(1), 1. https://doi.org/10.1186/s13047-020-00440-w .

23. Singh, S. J. (2020). Educating patients of diabetes mellitus for diabetic foot care. . Journal of family medicine and primary care, 9(1), 367–373. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_861_19 .

24. Corbett, J. A. (2020). Telemedicine can revolutionize the treatment of chronic disease. International. Journal of Cardiology. Hypertension, 7, 100051. https://doi.org/10.1016/j.ijchy.2020.100051 .

25. Haleem, A. J. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. . Sensors international, 2, 100117. https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117

26. Zhang, A. W. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Telemedicine in Glycemic Management among Patients with Type 2 Diabetes in Primary Care. International journal of environmental research and public health, 19(7), 4173. https://doi.org/10.3390/ijerph19074173

27. Hangaard S, L. S. (2022). The Effectiveness of Telemedicine Solutions for the Management of Type 2 Diabetes: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. . Journal of Diabetes Science and Technology. December 2022. doi:10.1177/19322968211064633 .

28. McDonnell, M. (2018). Telemedicine in Complex Diabetes Management. . Curr Diab Rep 18, 42 https://doi.org/10.1007/s11892-018-1015-3 .

29. Kreutzenberg, S. (2022). Telemedicine for the Clinical Management of Diabetes; Implications and Considerations After COVID-19 Experience. . High Blood Press Cardiovasc Prev https://doi.org/10.1007/s40292-022-00524-7 .

30. Langarizadeh, M. M. (2017). Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina), 71(5), 351–355. https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.351-355 .

31. P., Luz (2019). Telemedicine and the Doctor/Patient Relationship. . Arquivos brasileiros de cardiologia, 113(1),

32. Anand, S. A. (2021). Anand, S., Aponte, I., Patel, D. and Goldberg, T., Assessing the Impact of Telemedicine on Diabetic Patients at an Underserved Urban Clinic. . Journal of Scientific Innovation in Medicine, 4(2), p.14. DOI: http://doi.org/10.29024/jsim.112 .

33. McComas T, Y. Y. (2015). Legal and ethical considerations for home-based telemedicine. . International Journal of Telemedicine and Clinical Practices. 1(1):32–46. .

34. ADA. (2022). Retrieved 06 23, 2022, from Clinical Diabetes 2022;40(1):10–38: https://diabetesjournals.org/clinical/article/40/1/10/139035/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2022

35. WHO. (2022). Retrieved from Quality health services accessed 07 June Avaible online https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services.

36. Zhou X, S. K. (2020). Cost-effectiveness of Diabetes Prevention Interventions Targeting High-risk Individuals and Whole Populations: A Systematic Review. Diabetes Care. 43(7):1593-1616. doi: 10.2337/dci20-0018. PMID: 33534726.

37. AuYoung, M. M. (2019). The Diabetes Prevention Program for Underserved Populations: A Brief Review of Strategies in the Real World. Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association vol. 32,4: 312-317. doi:10.2337/ds19-0007 .

38. Moore, A. R.-F. (2019). Designing the Healthy Eating and Active Lifestyles for Diabetes (HEAL-D) self-management and support programme for UK African and Caribbean communities: a culturally tailored, complex intervention underpinned by behaviour change theory. . BMC Public Health 19, 1146 https://doi.org/10.1186/s12889-019-7411-z .

39. Eborall, H. C. (2007). Psychological impact of screening for type 2 diabetes: controlled trial and comparative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomised controlled trial. . BMJ (Clinical researche ed.), 335(7618), 468. https://doi.org/10.1136/bmj.39303.723449.55 .

40. Paddison CA, E. H. (2009). Are people with negative diabetes screening tests falsely reassured? A parallel group cohort controlled trial. BMJ; 339:b4535. doi:10.1136/bmj.b4535 .

Pasojat e lodhjes në punë të stafit infermieror

Msc.Majlinda Rakipaj[1], Dr. Denada Selfo[1] Phd.(c) Emirjona Kiçaj[1] Msc.Neada Cakërri[1] Phd.(c) Rudina Çerçizaj[1] Dr.Glodiana Sinanaj[1] Phd.(c) Vasilika Prifti[1] Phd. Juljana Xhindoli[1] Phd.(c) Sonila Nikaj[1] Msc. Marjola Muhaj[1] Msc. Shkëlqim Zeqiri[2]

[1]Fakulteti i Shëndetit, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë; [2]Spitali Rajonal Vlorë

rakipajmajlinda@gmail.com

Abstrakt

Lodhja është përgjigjia e trupit për çdo ndryshim të mjedisit të brendshëm ose të jashtëm dhe lehtëson disponueshmërinë e burimeve për t'iu përgjigjur rrethanave të jashtëzakonshme. Është një gjendje që perceptohet nga truri si lodhje fizike dhe psikologjike shkaktuar nga aktiviteti i tepërt dhe konsiderohet një sinjal i fedback-ut negativ, i cili kufizon sasinë e aktivitetit psikologjik dhe fizik.

Qëllimi: Evidentimi i shkaqeve dhe ndikimit të lodhjes në punën e infermierit në Spitalin Rajonal, Vlorë, me qëllim përmirësimin e menaxhimit të lodhjes në praktikën infermierore.



Metodologjia: Studimi është i tipit Kros-seksional, Deskriptivo-analitik-Kuantitativ i kryer në periudhën Mars-Shtator 2014. Të dhënat u mblodhën nga një pyetësor të vetëadministruar, i plotësuar nga infermierët katër shërbimeve patologji, kirurgji, pediatri, dhe urgjencë të SRVP. Në këto reparte 117 infermierë morën pjesë në mënyrë vullnetare në studim. Ky studim nuk kishte kufizime.

Rezultatet: Në katër shërbimet përkatëse të SRV infermierët e këtyre shërbimeve raportuan se ndjehen të lodhur në punën e tyre. Nga ku 49.55% kanë lodhje psikologjike, 41.44% lodhje fizike e psikologjike, 9% vetem lodhje fizike. Studimi nxorri të dhëna se ndikimi i lodhjes në cilësinë e punës është 49% , 43% lodhja ndikon shpesh, 5% nuk ndikon aspak dhe 3% ndikon gjithmonë. Lodhja e shpeshtë mbetet shkaktar për kryerjen e gabimeve. Për sa i përket shkaktarit kryesor të gabimeve për shkak të lodhjes së shpeshtë. Fluksi i pacientëve ndikonte dukshëm prej 47% në kryerjen e gabimeve gjatë ushtrimit të detyrës duke patur si shkak lodhjen fizike.

Fjalët kyçe: *lodhje, efektet në praktikën infermierore, menaxhim.*

Hyrje

Lodhja është përcaktuar si një ndjenjë dërrmuese, ligështuese dhe përballuese e "rraskapitjes", që zvogëlon aftësinë për të kryer aktivitetet normale të përditshme dhe për të funksionuar në nivelin e zakonshëm në familje apo rolet sociale. Lodhja është e ndarë konceptualisht në përvojën e lodhjes (të tilla si intensiteti i saj, shpeshtësia dhe kohëzgjatja). Ndikimin e lodhjes mbi aktivitetet fizike, njohëse, psikologjike dhe sociale. (Glaus, 1998; North American Nursing Diagnozis Association, 1996; Stewart, Hays & Ware, 1992.)

Kur lodhja nuk shkaktohet nga prezenca e ndonjë sëmundje të rëndë atëherë është shenjë e rëndë mendore ose fizike. Infermieret e spitalit që asistojnë me pacientin gjatë gjithë kohës hasin ngarkesa në punë për shkak të personelit të pamjaftueshëm, dhe jashtë orarit të zgjatur (Duffield et al., 2011; Winwood & Lushington,2006). Puna infermierore në vetvete është fizikisht dhe mendërisht intensive (Battisto, Pak, Vander Wood, & Pilcher, 2009; Kane,2009) dhe ulja e performancës ndodh gjatë orëve të fundit të turneve të punës. Përcaktimi i tipit të lodhjes dhe shkaktarëve na ndihmon të shmangim lodhjen e panevojshme.

Sipas fjalorit mjeksor Medilexicion (Griggs RC, Jozefowicz RF, Aminoff 2011), lodhja definohet si: "Stadi pas një periudhe mbingarkese të veprimtarisë mendore ose trupore, i karakterizuar nga ulja e kapacitetit dhe motivimit për punë.Reduktimi i efikasitetit , e shoqëruar zakonisht me një ndjenjë mërzitjeje, përgjumjeje, nervozizëm ose humbje të ambicjes. Ndjesi mërzitjeje dhe këputjeje për shkak të mungesës së stimulimit, monotonisë ose mungesa e interesit të ndaj dikujt"

Tipet e lodhjes

Lodhja psikologjike gjendje psiko-fiziologjike që vjen në përgjigje të rritjes së kërkesave njohëse të detyrave dhe rezulton në një kuptim të perceptuar të mërzitjes, motivim i reduktuar, vigjilencë e reduktuar dhe performancë mendore e reduktuar (Bertram et al 1990, Leung et al 2004, Van der Linden et al 2003).

Lodhja fizike është e njohur edhe si dobësi e muskujve, dobësi e përgjithshme apo mungesa e fuqisë. Lodhja fizike ndodh në të gjithë trupin dhe mund të përçojë ndjesi të tillë në skelet e muskuj si një kapacitet i zvogëluar për të gjeneruar fuqi (De Luca, 2005, Grandjean, 1968, Krueger, 1989, 1994).

Pasojat e lodhjes

Ulja e aftësisë së pritjes dhe sigurisë së pacientit (Lyndon 2007). Zvogëlim të gjykimit dhe kthjelltësisë në vendimarrje; ngadalësim i kohës së reagimit dhe mungesa e përqëndrimit (Gaffney 2007; Mc Clelland 2007)

Gabimet klinike. Pasoja ndërpersonale, duke përfshirë uljen e cilësisë së ndërveprimit me kolegët dhe pacientët (Schaffner 2006).



Metodologjia e studimit

Studimi është i tipit Kros-seksional (transversal) Deskriptivo-analitik-Kuantitativ i kryer në periudhën Mars-Shtator 2014. Mbledhja e të dhënave u bë duke përdorur një pyetësor të vetëadministruar, ku moren pjese 117 infermierë katër repartet e shërbimeve patologji, kirurgji, pediatri dhe urgjencë të SRV (Spitali Rajonal ,Vlorë). Të dhënat e mbledhura nga raportimi i personelit infermieror u analizuan nëpërmjet programeve SAS dhe Exel.

Rezultatet e studimit

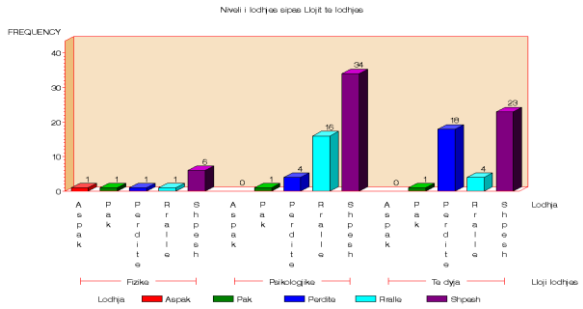
Infermierët ndjejnë më shumë lodhje psikologjike, të dyja (fizike dhe psikologjike) sesa vetem fizike. Infermierët me lodhje psikologjike ndihen shpesh të lodhur, kurse infermierët me të dyja llojet e lodhjes ndihen përditë të lodhur. Pothuajse të gjithë infermierët janë shprehur se fluksi pacientëve është shkak i lodhjes së tyre fizike dhe nga kjo ata ndihen shpesh dhe përditë të lodhur.Shkaqet e lodhjes së tyre psikologjike të deklaruara nga infermierët janë:

rutina e punës, zhgënjimi nga jeta profesionale, turnet e treta, puna me pacientë të vështirë dhe nga këto shkaqe ata ndihen shpesh dhe përditë të lodhur.

Shumica e infermierëve deklaruan se lodhja ndikon shpesh dhe pak në cilësinë e punës. Përqindja më e madhe e infermierëve 47 % kanë raportuar se lodhja ka ndikuar shpeshherë në kryerjen e gabimeve, në 39 % të infermierëve lodhja ka ndikuar pak në kryerjen e gabimeve, dhe në 13 % të infermierëve lodhja nuk ka ndikuar në kryerjen e gabimeve. Ndjesia e lodhjes në punë ishte në nivelin 89% .

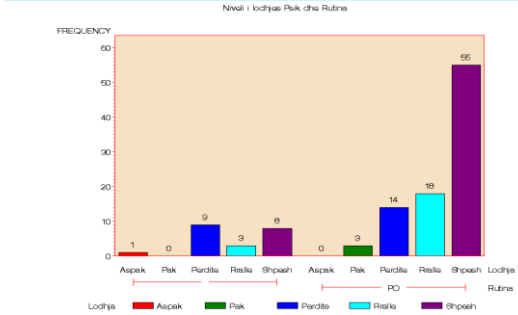
Sipas efekteve të lodhjes në praktikën infermierore rezultatet e studimit (49% lodhja ndikon pak në cilësinë e punës, dhe 43% lodhja ndikon shpesh në cilësinë e punës) .

Lodhja sipas llojit te saj (Grafiku 1)



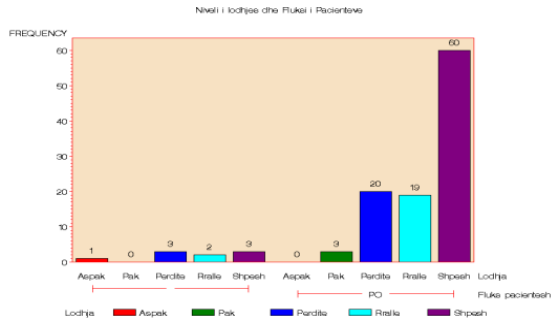
Sipas grafikut përqindjen më të madhe 49.55% e zë lodhja Psikologjike, e ndjekur nga ajo fizike e psikologjike prej 41.44%

Ndikimi i rutinës në lodhjen psikologjike (Grafiku 3)



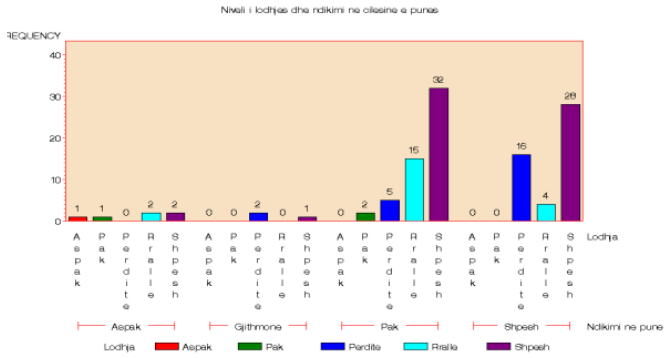
90 të intervistuar kanë deklaruar rutinën si shkak lodhjeje psikologjike. Të lodhur shpesh prej tyre janë 61%, por të lodhur pak janë vetëm 3%.

Lodhja fizike dhe Fluksi i pacientëve (Grafiku 2)



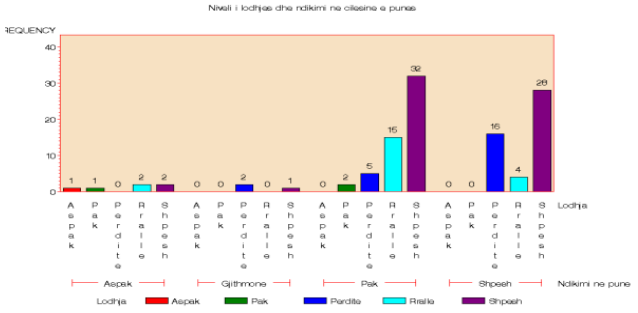
Shumica e lodhjes fizike vjen prej fluksit të pacientëve në 59% janë shpesh të lodhur

Si ndikon lodhja në cilësinë e punës (Grafiku 4)



49% mendojne se lodhja ndikon pak në cilesinë e punes , 43% ndikon shpesh.

Lodhja dhe Gabimet në punë (Grafiku 5)



47% kanë bërë gabime shpesh në punë,39% kanë bërë pak gabime në punë.

Të lodhurit shpesh 27% kanë bere shpesh gabime.

Diskutime

Rezultatet e studimit kanë dalë më të larta (100% lodhje në punë) krahasuar me një studim nga Adriaennssens et al 2011). Ndjesia e lodhjes në punë ishte në nivelin 89% . Sipas efekteve të lodhjes në praktikën infermierore rezultatet e studimit (49% lodhja ndikon pak në cilësinë e punës dhe 43% lodhja ndikon shpesh në cilësinë e punës) janë më të ulta krahasuar me një studim në Skoci me 352 anëtarë të stafit kirurgjikalë nga 17 spitale, u gjet se " edhe pse 79% e kirurgëve dhe 73% e infermierëve u pajtuan se ata ishin më pak efektivë kur ishin të lodhur apo të stresuar, 52% e kirurgëve dhe 63% e infermierëve ende besonin se " edhe kur unë jam i lodhur, kam kryer në mënyrë efektive punën" (Flin et al 2006 f.148)

Po kështu, krahasuar me një studim nga Adriaennssens (2011) për "Ndikimin e lodhjes tek infermierët e urgjencës" ku u gjend se infermierët kanë më shumë presione kohe, kërkesa fizike dhe sfida të shumta në vendimarrje si dhe shumë lodhje psikologjike. Ndjesia e lodhjes në punë ishte në nivelin 89 % lodhje pasi praktikat e stafit infermieror emergjentë janë nën vëzhgimin e hollësishëm të kolegëve, mjekëve, pacientëve dhe familjarëve. Ndërkohë studimi ynë paraqet të dhëna ku lodhja është prezente 100% tek stafi infermieror.

Për sa i përket lodhjes gjatë ditës së punës studimi ynë rezultoi me të dhëna më të larta ku 99.1 % e infermierëve ndihen të lodhur në fund të turnit, krahasuar me një studim në Kanada i kryer nga CNA dhe Shoqata e Infermierëve të Ontarios ku ne 7000 infermiere studim më shumë se 55 % raportuan se ndjeheshin pothuajse gjithmonë të lodhur gjatë punës, ndërsa 80 % treguan se ata gjithmonë ndiheshin të lodhur pas përfundimit të punës. Përveç zvogëlimit të energjisë fizike, infermierët thanë që lodhja ndërhynë në aftësinë e tyre për të bërë gjykime të mira dhe vendime të shëndosha (lodhje psikologjike). Infermierët tregojnë për ngarkesat e tepërta në punë, çështjet e vazhdueshme të personelit dhe pacientëve të sëmurë si arsyet kryesore për lodhjen e tyre.

Sipas efekteve të lodhjes në praktikën infermierore rezultatet e studimit (49 % lodhja ndikon pak në cilësinë e punës, dhe 43 % lodhja ndikon shpesh në cilësinë e punës) janë më të ulta krahasuar me një studim në Skoci me 352 anëtarë të stafit kirurgjikalë (138 kirurgë konsulentë, 93 kirurgë praktikantë dhe 121 infermier) nga 17 spitale, u gjet se " edhe pse 79 % e kirurgëve dhe 73 % e infermierëve u pajtuan se ata ishin më pak efektivë kur ishin të lodhur apo të stresuar, 52 % e kirurgëve dhe 63 % e infermierëve ende besonin se " edhe kur unë jam i lodhur, kam kryer në mënyrë efektive punën" (Flin et al 2006 f.148)

Sipas kryerjes së gabimeve nga lodhja rezultatet e studimit (47 % e infermierëve kanë bërë shpesh gabime nga lodhja, 39% kanë bërë pak gabime nga lodhja, 1% e infermierëve kanë bërë gjithmon gabime nga lodhja dhe 13% e infermierëve nuk kanë bërë gabime nga lodhja) janë më të larta krahasuar me një studim nga Kenyon et al 2007, nga ky studim u gjend se 13% deklaruan se kishin bërë gabime për shkak të lodhjes, dhe 38% kishin raportuar praninë e gabimeve të lidhur me lodhjen (pak gabime nga lodhja)

Konkluzione

Infermierët raportuan se ndihen të lodhur në punën e tyre ne 99.1% te kampionit të marrë. Infermierët ndjejnë më shumë lodhje psikologjike, të dyja sesa fizike. Infermierët janë pak të informuar në lidhje me vlerësimin dhe menaxhimin e lodhjes. Lodhja ndikon shpesh dhe pak në cilësinë e punës. Gabimet që janë kryer më shpesh nga ndikimi i lidhjes janë: Administrimi i medikamenteve jo ne dozen e duhur, aplikimi i medikamenteve të papërshkruara nga ana e mjekut në kartelë; marrja e gjakut për kryerjen e analizave në pacientin e gabuar; dhënia e medikamenteve jo në kohën e duhur duke identifikuar si shkak të kryerjes së gabimeve arsyen e të qënurit i lodhur shpesh dhe infermierët që i kanë kryer këto gabime kanë qenë shpesh dhe përditë.

Rekomandime

Sigurimi i burimeve të mjaftueshme ekonomike dhe njerëzore brenda mjedisit të punës për të parandaluar dhe zbutur lodhjen. Kryerja e trajnimeve me specialistë të shëndetit mendor për të ndjekur teknika të reja të menaxhimit të lodhjes

psikologjike. Sigurimi i fondeve për të garantuar infrastrukturë të përshtatshme fizike për të mbështetur repartet ku infermierët mund të pushojnë më gjatë se pushimet e planifikuara. Kjo nënkupton përfshirjen e hapësirës së caktuar për pushim në të gjitha projektet e ndërtesave të reja dhe objektet ekzistuese.

Biografia



Majlinda Rakipaj ka mbaruar studimet për Infermieri të përgjithshme në Universitetin " Ismail Qemali"Vlorë në vitin 2012. Më pas kreu Masterin Shkencor në Shkenca Infermierore në Universitetin "Ismail Qemali" Vlorë gjatë 2012-2014. Filloi te ushtroje profesionin si infermiere në Polikliniken e Specialiteteve, Vlorë gjatë viteve 2015 2019. Ndërsa gjatë 2019-2021 ajo u emërua si Kryeinfermiere në Polikliniken e Specialiteteve Vlorë.

Prej 2021 ajo është pedagoge pranë Fakultetit të Shëndetit në Universitetin "Ismail Qemali" Vlorë.

Referencat

1. *Glaus, 1998; North American Nursing Diagnozis Association, 1996; Stewart, Hays & Ware, 1992.*
2. *Bertram et al 1990., Leung et al 2004., Van der Linden et al 2003.*
3. *DeLuca, J (Ed.). (2005). Fatigue as a window to the brain. Cambridge: The MIT Press.*
4. *Krueger, GP. (1989). Sustained work, fatigue, sleep loss and performance: A review of the issues. Work & Stress, 3(2), 129-141*
5. *Van der Linden, D, Frese, M, & Meijman, TF. (2003a). Mental fatigue and the control of cognitive processes: Effects on perseveration and planning. Acta Psychol (Amst), 113(1), 45-65.*
6. *Leung, AW, Chan, CC, & He, J. (2004). Structural stability and reliability of the sëedish occupational fatigue inventory among chinese vdt ëorkers. Appl Ergon, 35(3), 233-241.*
7. *Kenyon, T.A., Gluesing, R. E.,White, K.Y., Dunkel,W. L., & Burlingame, B. L. (2007). On call:Alert orunsafe? A report of the AORN on-call electronic task force. AORN Journal, 86(4), 630-639.*
8. *Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M. & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress health outcomes in emergency nurses. Journal of Advanced Nursing, 67(6), 1317–1328*
9. *Flin, R.,Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Broën, S., & Maran, N. (2006).Attitudes to teamwork safety in the operating theatre. Surgeon, 4(3), 145-151.*
10. *Kenyon, T.A., Gluesing, R. E.,Ëhite, K.Y., Dunkel,W. L., & Burlingame, B. L. (2007). On call: Alert orunsafe? A report of the AORN on-call electronic task force. AORN Journal, 86(4), 630-639.*
11. *Lyndon,A. (2007). Agency for safety in perinatal nursing practice [PhD dissertation]. San Francisco: University of California. (UMI no. 3261236).*
12. *Schaffner, M. J. (2006). Antecedents and consequences of work-related nurse fatigue: A preliminary evidence-based model [PhD dissertation]. Charleston, SC: Medical University of South Carolina. (UMI no. 3254253).*
13. *Gaffney, T. (2007). Take a nap? Virginia Nurses Today, 15(2), 17.*
14. *McClelland, L. E. (2007). Examining the effects of fatigue on decision-making in nursing: A policy capturing approach [PhD dissertation]. Clemson, SC: Clemson University. (UMI no. 3290711).*
15. *Krueger, GP. (1994). Fatigue, performance and medical error. In M. S. Bogner (Ed.), Human error in medicine (pp. 311-326). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.*
16. *Glaus,A. (1998). Fatigue in patients with cancer: Analysis and assessment. Heidelberg, Germany:Springer-Verlag Berlin.*

Rëndësia e edukimit shëndetësor të popullatës në lidhje me diagnostikimin e hershëm të ca të gjirit

Doc. Elona Hasalla[1]; Phd. candidat. Ilda Taka[1]; Msc.Blerta Hasalla[3]; Phd. Elona Gaxhja[1], Msc. Elona Dybeli[1], Doc. Shqipe Luta[1], Msc. Albana Sula[1], Msc. Rajmonda Hida[1], Msc. Marsida Duçi[1], Dr. Brikena Greca[2], Msc. Irena Xhaferri[2], Msc. Behije Marra[1], Msc. Brigida Sadikllari[3]

[1]Universiteti "Aleksandër Xhuvani" Elbasan; Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Departamenti i Lëndëve Paraklinike; Departamenti i Specialiteteve Teknike Mjekësore; Departamenti i Infermieristikës; Departamenti i Lëndëve Klinike.

[2]Njësia vendore e kujdesit shëndetësor, Elbasan; [3]Universiteti i Firences Itali

Abstrakt

Kanceri i gjirit është shkaku i parë i vdekjes tek gratë. Incidenca dhe mortaliteti i kësaj sëmundje është veçanërisht më e lartë në vendet e Amerikës së Veriut, Europës Veriore e Australisë dhe rreth 5 herë më e lartë se në vendet aziatike e afrikane.

Objektivi: Qëlimi i këtij studimi është përcaktimi i incidencës së kancerit të gjirit në rajonin e Elbasanit dhe rëndësia e diagnostikimit të hershëm të kësaj sëmundjeje.

Metodologjia: Në periudhën kohore tetor 2017-janar 2022 u morën në studim 144 pacientë (meshkuj =2, femra =142) të diagnostikuar me kancer te gjirit. Me të dhënat e mbledhura u analizuan faktorët e riskut që mund të ndikojnë në shfaqjen e kësaj sëmundje, duke përfshire grupmoshën, vendbanimin (qytet/fshat) dhe gjininë. Gjatë periudhës tetor 2017- janar 2022 u be depsitimi i grave me anë të mamografisë (1800 raste), nga të cilat 180 u vlerësuan si te dyshimta, kurse 142 rezultuan me kancer gjiri

Rezultatet:

Nga studimi itëdhënaveu konstatua se:

1-Incidenca paraqitet më e lartë tek femrat sesa meshkujt, femrat 98.6%, kursemeshkujt 1.4%.

Ky rezultat është në përputhje me rezultatet e një studimi boteror, që percakton se incidenca e kancerit të gjirit tek meshkujt është rreth 1%.

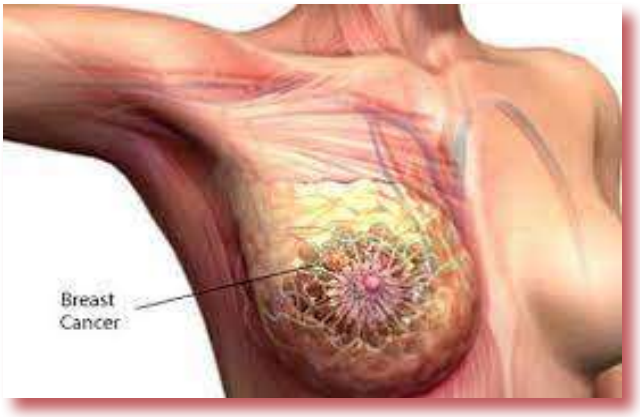
2- Njerëzit që banojnë në zonat urbane (Q= 68.75%) janë më të prekur nga sëmundja se ata që banojnë në zonatrurale (F= 31.25%).

3-Grupmosha më e prekur nga kanceri i gjirit tek gratë është 45-54 (34.72%) e ndjekur nga grupmosha 55-64 vjeç (28.47%). Incidenca rezulton më e lartë tek grate në dekadën e katërt dhe të pestë të jetës.

Konkluzionet:

Kanceri i gjirit ka nje frekuencë të lartë në rajonin Elbasanit, prandaj është e rëndesishme përcaktimi i faktorëve të riskut dhe depistimi i popullatës.

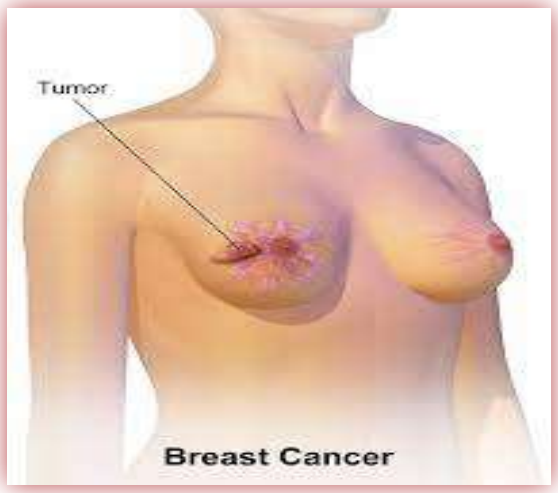
Fjalë kyçe: *Ca i gjirit, depistim, faktorë rrisku, grupmosha, studim retrospektiv.*



Epidemiologjia

Ca i gjirit është shkaku i parë i vdekjeve nga tumoret malinje tek gratë. Nga kjo sëmundje preken më shumë vendet e Amerikës së Veriut, Europës Veriore dhe Australisë. Në SHBA (popullsia 210 milion banorë) cdo vit diagnostikohen rreth 110000 raste të reja, kurse në Angli (popullsia 60 milion banorë) diagnostikohen çdo vit rreth 23000 raste të reja.

Në vendet e tjera incidenca është rreth 80-100 raste për 1000 gra. Kjo sëmundje prek zakonisht gratë pas dekadës së tretë të jetës dhe arrin pikun rreth moshës 45-60 vjecare. Këto vitet e fundit vihet re se nga Ca i gjirit po preken edhe moshat e reja.



Qëllimi. Qëllimi i ketij studimi wshtë përcaktimi i incidencës së Catëgjirit në rajonin e Elbasanit dhe rëndesisë së madhe që ka diagnostikimi i hershëm i kësaj sëmundjeje.

Etiopatogeneza dhe faktorët e riskut

Studime te ndryshme epidemiologjike kanë treguar se ekzistojnë disa faktorë rrisku për shfaqjen dhe zhvillimin e Ca gjiri. Këto faktorë janë:

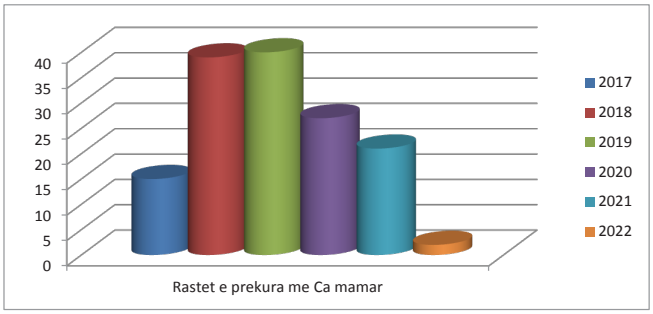
- Predispozicioni gjenetik
- Fertiliteti (menarka <12 vjeç/menopauza>55 vjeç; nulipariteti = shtatzania I > 30 vjeç).
- Ekspozimindajestrogjenit (ovaripolikistik).
- Obeziteti.
- Caiovarit.
- Sëmundja fibrocistike.
- Gjëndja social-ekonomike.
- Rrezatimijonizues.
- Kontraceptivët oralë.

Metodologjia

Studimi jonë retrospektiv për 5 vite, 2017-2022 dhe morëm në studim 144 pacientë (meshkuj = 2;femra=142) të diagnostikuar me kancer gjiri. Me të dhënat e mbledhura u analizuan faktorët e riskut që mund të ndikojnë në shfaqjen e kësaj sëmundje, duke përfshirë grupmoshën, vendbanimin (qytet/ fshat) dhe gjininë.

Analiza e të dhënave

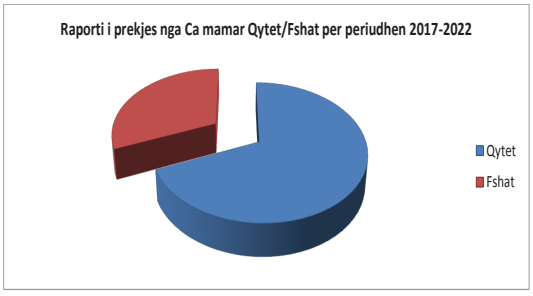
Nga përpunimi i të dhënave u vu re se në vitet 2018 dhe 2022 ishin diagnostikuar më shumë raste me Ca gjiri (viti 2018= 39 raste; vitit 2022= 40 raste).



Në studim u analizuan të dhënat në lidhje me faktorin gjini dhe vumë re se femrat ishin shumë më të prekura se meshkujt (femrat = 98.6%, kurse meshkujt =1.4%).Këto për fundime përputhen me të dhënat e një studimi boteror,sipas të cilit incidenca e prekjes së kancerit të gjirit tek meshkujt është rreth 1%.



Ne i analizuam të dhënat në lidhje me vendbanimin (qytet/fshat) dhe vumë re se banorët e zonave urbane ishin më të prekur se ato të zonave rurale (Qytet =68.75%; Fshat =31.25%).



Nga analizimi i të dhënave në lidhje me faktorin moshë u vu re se grupmosha më e prekur ishte ajo 45-54 vjeç (34.72%) e ndjekur nga grupmosha 55-64 vjec (28.47%).



Ekzaminimet diagnostikuese

Rëndësi të madhe për diagnostikimin e hershëm të kësaj sëmundje kanë:

- Vizita klinike dhe autopalpacioni: Të gjitha femrat duke filluar nga mosha 20 vjecare duhet të mësojnë të bëjnë autopalpacionin e gjëndrës së gjirit.
- Mamografia, ekografia: Në rrethin e Elbasanit u bë një depistim nëpërmjet mamografisë për gratë nga mosha 40 -60 vjec. Iu nën shtruan këtij ekzaminimi 1800 gra. Nga të gjitha këto raste 180 u vlerësuan si të dyshimta dhe vetëm 140 ishin me Ca gjiri.
- Agiobipsia/biopsia.
- Ekzaminimet e përgjithshme: (ekz bio-humorale, hemokromi, analizat e urinës, EKG, Rx toraksi)
- Ekzaminimet specifike: markuesit tumorale Ca 15-3, TPA, Ferritina, CEA, ekografia hepatike, shintigrafia e kockave.

Stadet e Ca të gjirit

Stadi I	T1a ose T1b	NoN1a	Mo
Stadi II	T1a T1b T2a T2b	N1b No N1 N1b	Mo Mo
Stadi III	T1a T1b T2a T2b T3a T3b Cdo T	N 2 N 2 NoN1 N2	Mo Mo Mo
Stadi IV	**Sëmundja Metastatike**		M1

Vendet e metastazave

Vendet më të zakonshme të metastazave janë:

Skeleti	**70%**
Pulmonet	60%
Hepari	60%
Mammela	20%
Lekura	12%
SNQ	5%

Trajtimi i Ca të gjirit

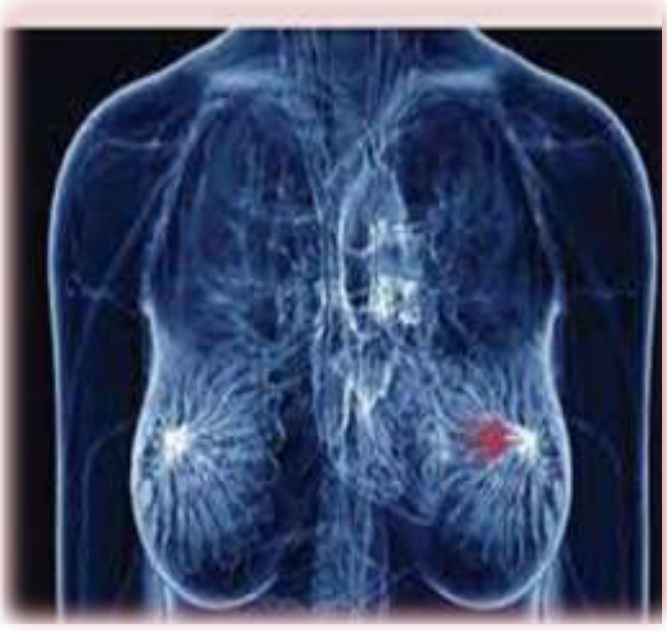
Trajtimi i kancerit të gjirit përfshin:

- Interventin Kirurgjikal (Mastektomia)
- Radioterapia
- Kimioterapia
- Hormonoterapia, për gratë që kanë receptorë pozitivë për estrogenin.

Rekomandime

Rekomandimet tona përfshijnë njohjen dhe parandalimin e faktoreve të rriskut:

- Parandalimi i obezitetit.
- Autopalpacioni(> 20 vjeç).
- Vizitamjekësoreçdo 2-3 vjet.
- Ekografi 20-35 vjeç.
- Mamografi (>40 vjeç).



Diagnoza e hershme shpeton nje jete!!!



Bibliografia

1. Kenneth D. Miller,Melissa Camp,Kathy Stelingo " The Breast Cancer Book: A Trusted Guide for You and Your Loved Ones (A Johns Hopkins Press Health Book) Paperback – September 28, 2021.

2. BREAST CANCER; ISBN: 978-0-6453320-3-2; Exon Publications, Brisbane, AustraliaHarvey N. Mayrovitz, PHD (Editor) Department of Medical Education, Dr. Kiran C. Patel College of Allopathic Medicine, Nova Southeastern University, FL, USADOI: https://doi.org/10.36255/exon-publications-breast-cancerPublished: 2022-08-06

3. Jay R. Harris, Marc E. Lippman, Monica Morrow, C. Kent Osborne " Tekstbook of breast cancer- a clinical guide to therapy", Book review, volume 66, ISSUE 1, P311, September 01,20.

4. Fadi M. Alkabban 1, Troy Ferguson 2Breast CancerIn: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2022 Jan.

5. A.Pellegrini, E. Cortesi, A.Padovani, "Assistenca Al Paziente Onkologjico" USES-EdizioneScientifiche- Firence. 1993.

6. Beatson.B , "On the treatment of inoperable cases of the carcinoma of the mamma: Suggestoin for a neë method of treatment, with illustrative cases, Lancet, 2, 104-107, 1986.

7. Consensus Conference, "Adjuvantchemotherapy for breast cancer" Jama, 254, 3461, 1985.

8. Editorial,Breast Cancer Res.Treat.,12,3,1988.

9.https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa697.pdf

10.https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profinfo/guidelines/breast/breastguideline.pdf

11.https://screening.iarc.fr/doc/ND7306954ENC_002.pdf

12.https://health.uconn.edu/cancer/wp-content/uploads/sites/180/2018/02/breast_cancer_resource_guide.pdf

13.https://screening.iarc.fr/doc/ND7306954ENC_002.pdf

14.https://www.amazon.com/Mayo-Clinic-Breast-Cancer-Book/dp/1561487724

15.https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/the-decision-to-screen-web-final.pdf

16.https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/breast-disorders/breast-cancer

17.https://www.por-journal.com/research-topics/4/guidelines-from-the-central-eastern-european-professional-consensus-statement-on-breast-cancer

18.https://www.srobf.cz/downloads/cilove-objemy/breastcanceratlas.pdf

19.https://www.eurekaselect.com/ebook_volume/2512

Vaksinimi i fëmijëve dhe evidentimi i problematikave

Msc. Saemira Durmishi[1], PhD. Juljana Xhindoli[1], Erlini Kokalla[1]

Departamenti i Kujdesit Shëndetësor, Fakulteti i Shëndetit, Universiteti "Ismail Qemali" Vlorë

saemira.durmishi@univlora.edu.al

Abstrakt

Vaksinat janë një nga arritjet më të rëndësishme të mjekësisë dhe në saj të tyre shumë sëmundje të rënda dhe vdekjeprurëse, sot janë në kontroll dhe nuk arrijnë të bëhen të rrezikshme. Vaksinimet janë një mënyrë e thjeshtë e efektshme dhe e sigurt për të mbrojtur fëmijët kundër sëmundjeve të rrezikshme, për të cilat nuk ekziston ndonjë terapi e efektshme ose sëmundjeve që mund të jenë shkak i komplikacioneve të rënda.

Qëllimi: Vlerësimi i vaxinave dhe sjelljeve të nënave mbi imunizimin e fëmijëve të tyre.

Objektivat: Objektivi i këtij studimi është të vlerësojmë njohuritë dhe sjelljet e nënave në lidhje me imunizimin dhe vaksinimin e fëmijëve.

Metodologjia e studimit: Ky është një studim kros-seksional i kryer në qytetin e Vlorës për një periudhë kohore 1 vjeçare (Janar 2020 - Janar 2021). Ky studim u krye në 1 qendër shëndetësore ku ofrojnë shërbim 3 mjekë pediatër dhe 8 infermierë. U intervistuan rastësisht nënat, të cilat kishin fëmijët të rregjistruar në këto konsultore dhe vinin për vizitë tek infermierja dhe mjeku pediatër. Pyetësori i përbërë nga 16 pyetje të strukturuara të adoptuara për kalendarin e vaksinave që bëhen në Shqipëri, të ndara në tre blloqe pyetjesh, të cilat kërkonin informacion mbi të dhënat demografike të nënave, karakteristikat e fëmijëve, njohuritë e nënave mbi vaksinat dhe disa arsye të tyre për mosvaksinimin e fëmijëve. Disa nga matjet e pyetësorit ishin të shkallës Likert (jam dakort, nuk jam dakort dhe i pasigurt), disa të tjera ishin me po ose jo dhe nuk jam i sigurt.

Rezultatet: Në këtë studim u intervistuan 73 nëna të fëmijëve të moshave të ndryshme të zgjedhura rastësisht. Atyre iu kërkua një intervistë e shkurtër rreth 15 minuta. Prindërit e arsimuar janë të informuar në lidhje me vaksinimin e fëmijëve të tyre në masen 90,4%. Ata me të ardhura të ulëta nuk kanë njohuritë e duhura në lidhje me vaksinimin e fëmijëve të tyre rreth 68 %, dhe 47.9% e prinderve nuk informoheshin në lidhje me vaksinimn e femijës së tyre në qendrën shëndetësore, por nga interneti .

Konkluzione dhe Rekomandime

Evidentuam ku qëndrojnë problemet në lidhje me informimin e prindërve mbi vaksinimin e fëmijëve. Në fund të studimit rekomandojmë: Të nxitet promocioni i vazhdueshëm në TV, gazeta, revista nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë për të zgjeruar njohuritë mbi vaksinimin e fëmijëve. Të krijohen broshura speciale në lidhje me vaksinimin dhe tiu shpërndahen nënave me fëmijë të vegjël. Të krijohen kurrikula shkollore për studentët e infermierisë në lidhje me të rejat, problemet e vaksinimit me qëllim edukimin e vazhdueshëm të tyre.

Fjale kyç: vaksina, imunizim, prindër.

HYRJE

Vaksinimet janë një nga arritjet më të rëndësishme të mjekësisë dhe në sajë të tyre shumë sëmundje të

Vaksinat moderne janë konsideruar të sigurta, por kanë disa rreziqe veçanërisht për disa kategori fëmijësh.



rënda dhe vdekjeprurëse, sot janë në kontroll dhe nuk arrijnë të bëhen të rrezikeshme. Vaksinimet janë një mënyrë e thjeshtë e efektshme dhe e sigurt për të mbrojtur fëmijët kundër sëmundjeve të rrezikeshme për të cilat nuk ekziston ndonjë terapi e efektshme ose sëmundjeve që mund të jenë shkak i komplikacioneve të rënda. Rreziqet e këtyre sëmundjeve janë shumë më të mëdha se sa rreziqet e rralla që mund të vijnë nga bërja e vaksinave.

Vaksina është një suspenzion i një agjenti infektiv (për shembull virus) ose i pjesëve të tija. Suspenzioni jepet (zakonisht me injeksion) në mënyrë që të japë rezistencë ose imunitet ndaj agjentit infektiv.

Çfarë ka në vaksinat e fëmijëve?

Vaksinat janë të llojeve të ndryshme, por të gjitha kanë të përbashkët praninë e antigjeneëve ose komponentë (aktive ose joaktive) të viruseve dhe baktereve që stimulojnë prodhimin e antirupave për një sëmundje të caktuar. Tek vaksinat janë të përfshira edhe antibiotikë e konservues të cilat janë shkaku kryesor i reaksioneve alergjike në serum. Më i perdoruri është neomicina si antibiotik, kripërat e aluminit për të rritur prodhimin e antitrupave, formaldeide për të vrarë viruset dhe bakteret prezente në prodhimin e serumit, monoksidi glutamat dhe sulfati si konservues dhe një stabilizues me bazë të mërkurit.

Kur është e papërshtatshme të vaksinosh fëmijët?

Është pediatri ai që ju këshillon nëse fëmija juaj vuan nga ndonjë sëmundje e sistemit imunitar ose të patologjive kardiake dhe mushkërive. Fëmijët alergjike ndaj vezës, duhet të përdorin serume të veçantë.

Gjithmonë është mirë të mos vaksionohen fëmijët kur kanë temperaturë, më mirë të pritet deri sa t'i kaloje.

Nëse pas dozave të para kanë pasur reaksione alergjike, këto duhet t'ja raportojmë menjëherë pediatrit, i cili do të vazhdojë ose jo me administrimin e dozave të mëvonshme.

Përfitimet

Vaksinimet kanë ndihmuar në zhdukjen e sëmundjeve serioze infektive, siç është lia, ose për të zvogëluar në mënyrë drastike përhapjen e tyre, si në rastin e poliomielitit, tetanosit dhe difterisë. Vetëm kur një sëmundje është zhdukur nga i gjithë planeti është e mundur të pezullohen vaksinimet; përkundrazi kur sëmundja edhe nëse është më pak e shpeshtë, manifestohet përsëri, do të ishte jashtëzakonisht e rrezikshme të ndalojmë vaksinimin, sepse sëmundja mund të rishfaqet dhe të përhapet në të gjithë popullsinë. Principi mbi të cilin bazohet vaksinimi është që të stimulojë prodhimin nga ana e organizmit, duke simuluar përgjigjen natyrale të sistemit tonë imunitar, të mbrojtjeve specifike kundër viruseve dhe baktereve, duke përdorur pjesë shumë të vogla të viruseve ose të toksinave të

tyre të bëra të padëmshme, ose duke përdorur vetë viruset, të shndërruar në viruse shumë të dobët dhe për këtë arsye jo të rrezikshëm. Në këtë mënyrë, individi i vaksinuar që bie në kontakt me mikrobet e vërteta, të gjalla dhe të rrezikshme, tashmë është në gjendje të mbrohet dhe nuk e shfaq sëmundjen, ose e manifeston atë në një formë të lehtë.

Kalendari i vaksinimit

Prindërit nuk duhet të shqetësohen për prenotimin e vaksinave, ata thjesht duhet të kontaktojnë dhe të konsultohen me pediatrin për të vaksinuar fëmijën të sigurt dhe pa efekte anësore. Zakonisht kalendari i vaksinimit është njësoj për të gjithë fëmijët, por koha e marrjes së serumit është shumë e madhe në mënyrë që mund të ndryshojë ditën e takimit sipas nevojave.

Në lindje: Hepatiti B - Hepatiti A (sipas dëshirës)

2-3 muajsh: Hepatitis B (doza e dytë) - Poliomeliti - Hepatiti A (doza e dytë, sipas deshirës)

5-6 muajsh: Hepatiti B (doza e tretë) - Poliomeliti (doza e dytë) - Hepatiti A (sipas dëshirës, doza e tretë)

11- 13 muajsh: Hepatiti B (përforcim) - Poliomeliti (doza a tretë) - Hepatiti A (fakultative, përforcim)

15 muajsh: Vakisna e lisë së dhenve (fakultative)

5 deri ne 6 vjec: Poliomeliti (përforcimi)

11 deri ne 15 vjec: Vaksina e lisë së dhenve (doza e dytë, fakultative)

SËMUNDJA	Mosha në muaj					Mosha në vite				
	Në lindje	2 muaj	4 muaj	6 muaj	12 muaj	2 vjeç	5 vjeç	6 vjeç	14 vjeç	18-vjeç
Tuberkuloz	BCG									
Hepatit viral B	HepB									
Difteri, Tetanoz, Pertusis, Hepatit viral B, Infeksione nga *Haemophilus influenzae* tip b		DTP-HepB-Hib	DTP-HepB-Hib	DTP-HepB-Hib						
Poliomielit		IPV	IPV	bOPV		IPV /bOPV		IPV/ bOPV		
Infeksione nga Rotavirus		Rota	Rota	Rota						
Infeksione nga pneumokoku *(Streptococcus pneumoniae)*		PCV	PCV		PCV					
Difteri, Tetanoz, Pertusis						DTP				
Fruth, Rubeolë, Parotit					FRP		FRP			
Difteri, Tetanoz								DT		
Difteri, Tetanoz									Td	Td

Programi i imunizimit për Shqipërinë e ka bërë vaksinimin kundrejt difterisë, tetanozit dhe poliovirusit të detyrueshëm. Pertusi, rubeola, shytat dhe hemofilus influenza nuk janë të detyruara por janë të rekomanduara nga Ministria e Shëndetësisë.

Në dekadat e fundit nga ministria e shëndetësisë raportohet që janë të vaksinuar më shumë se 97 % e fëmijëve shqiptarë, për vaksinat e detyruara por për disa vaksina të tjera ka disa probleme, sidomos vaksinën hemofilus influence etj. Akoma nuk ka studime të mirëfillta mbi arsyet që i bëjnë prindërit të mos vaksinojnë fëmijët e tyre apo për vaksinim të paplotë.

Keqkuptimet për kontraindikimet për vaksinim shpesh raportohen si shakqe të panevojshme në vonesën e administrimit të vaksinave, me sa dihet, të dhëna për njohuritë e nënave, sjelljet e tyre kundrejt vaksinimit nuk ka në Shqipëri. Informacion i tillë është i nevojshëm me urgjencë sepse arsyet për mosbashkëpunim dhe mosdhënien e vaksinave tek fëmijët që janë në kalendar si dhe faktorët që prekin nivelet e vaksinimit kanë nevojë të identifikohen sa më shpejt në mënyrë që të parandalohen këto sëmundje.

Ulja e rrezikut për t'u prekur nga sëmundjet ngjitëse gjatë jetës bëhet nëpërmjet vaksinave, ose siç quhet ndryshe programit imunitar. Secili shtet ka në kalendarin e tij një listë vaksinash periodike, për të cilat nënat e reja marrin informacion dhe programojnë periudhën kohore për fëmijët e tyre, në konsultoret e lagjeve. Para viteve 1990, në këtë kalendar ishin parashikuar më pak vaksina sesa sot, ndërsa pritet që kësaj liste mbrojtëse t'i shtohet edhe vaksina e meningjitit. "Pas situatës së përfolur për meningjitin, prindërit kanë kërkuar të marrin vaksinën për parandalimin e kësaj sëmundjeje, edhe pse në listën e vaksinave ende nuk është parashikuar mbrojtja ndaj meningjitit, një pjesë e prindërve që kanë mundësi financiare e kanë blerë jashtë vendit.

Kalendari i mbrojtjes

Çdo fëmijë që nga lindja e deri në adoleshencën e hershme merr një listë vaksinash për të parandaluar sëmundje, të cilat mund të sjellin defekte në organizëm, apo mund të shkaktojnë probleme të rënda infektive. "Që në lindje, fëmijët kryejnë vaksinime dhe rivaksinime, sipas një periudhe të caktuar kohore. Vaksina e parë që marrin është BCG, e cila merret për të parandaluar tuberkulozin. Kjo bëhet vetëm një herë. Më pas kryhet vaksina dhe rivaksina e Hepatitit B. Kjo ka hyrë në kalendar në vitin '94", sqaroi mjekja Poçi. Sipas saj, veç Hepatitit, vaksinë e re pas viteve '90 ka qenë ajo e rubeolës në vitin 2000 dhe e shytave në 2005-ën. Sipas Institutit të Shëndetit Publik, në muajin mars do të nisë edhe vaksinimi për sëmundjet respiratore dhe meningjitin. Kjo vaksinë përfshin 3 doza dhe nuk ka nevojë për rivaksinimin. Ai nis në moshën dymuajshe, doza e dytë në moshën 4-muajshe dhe në moshën 6-muajshe doza e tretë.

Praktika

Sipas praktikës, çdo nënë e re paraqitet në konsultore sipas periudhave të caktuara kohore. Nëse ndonjëra prej tyre nuk ka marrë informacionin e nevojshëm janë mjeket dhe infermieret e lagjeve të cilat i njoftojnë në shtëpitë e tyre se duhet të vaksinojnë fëmijën. "Kjo edhe si një traditë e vendit, por edhe si pjesë e një përgjegjësie të sistemit parësor ka arritur të çojë në 98 për qind masën e popullsisë të vaksinuar. Kalendari i vaksinimit në vendin tonë është i miratuar sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë.

Të gjitha vaksinat, pa pagesë

Të gjitha këto vaksina, të cilat bëhen në sistemin publik, janë pa pagesë, pasi përballohen nga fondet e shtetit. Në periudha të ndryshme, këto lloj vaksinash janë financuar nga projekte për ndihmë të fëmijëve dhe programe të cilat parandalojnë shfaqen dhe përhapjen e sëmundjeve ngjitëse. Që nga viti 2000, në kalendarin tonë të vaksinimit janë futur 3 vaksina, ajo e rubeolës, parotitit (fruthit) GAVI, (Aleanca Globale për Vaksinat dhe Imunizimin ka financuar për vendin tonë po për një periudhë 5-vjeçare edhe vaksinën e Hepatitit B. Financimi i ndërkombëtarëve prej 2.3 milionë dollarësh do të shkojë për aplikimin e vaksinës HIV. Kjo është një përpjekje shumë e rëndësishme për të parandaluar sëmundje mjaft serioze te fëmijët si meningjiti apo pneumonia, që shkaktojnë numrin më të madh të vdekjeve në moshat e vogla.

Çfarë mendojnë nënat mbi vaksinimin e fëmijëve të tyre?

Imunizimi e ka reduktuar nivelin e sëmundjeve ngjitëse infektive[1]. Imunizimi parandalon sëmundjet, paaftësinë dhe vdekjet nga sëmundje që mund të parandalohen nga vaksinat si psh difteria, rubeola, kolla e mirë, pneumonia, poliomieliti, diarea nga rotovirusi dhe tetanozi [2]. Njohuritë e prindërve për imunizimin dhe sjelljet e tyre kundrejt këtyre vaksinimeve kanë të ngjarë të influencojnë numrin e fëmijëve të imunizuar [3]. Studime të mëparshme kanë zbuluar keqkonceptime në njohuritë e prindërve dhe sjellje negative ndaj vaksinimit të fëmijëve. Njohuritë e nënave për vaksinimin është gjetur të jetë i ulët dhe statusi i tyre i edukimit është i lidhur ngushtë me imunizimin e fëmijëve të tyre. Sjellja negative, psh frika nga vaksinimi u gjet të ishte sinjifikative të prekte imunizimin e fëmijëve [5].

Zagminas et al. [6] vlerësoi njohuritë e prindërve për imunizimin dhe vuri re se shumica e pjesëmarrësve në intervista mund të karakterizohen me opinion pozitiv për imunizimin, por rreth 20-40 % e tyre kishin njohuri të pamjaftueshme në këtë çështje. Shqetësimi më i madh rreth sigurisë së vaksinave u shpreh nga prindërit me mosha më të mëdha, rezidentët në qytet dhe individët me arsimim të lartë [7].

Por nga ana tjetër, kerkuesit në botën e zhvilluar kanë gjetur se selljet e nënave dhe besimet e tyre nuk kishin shumë efekt në nivelet e imunizimit [8]. Pavarësisht faktit që janë identifikuar reagimet lokale dhe sistemike ndaj vaksinave [9] ato gjetën që të ishin barrierë ndaj imunizimit të fëmijëve përveç faktorëve të tjerë [10].

Një numër në rritje prindërish po vë në pikëpyetje sigurinë dhe nevojshmërinë e imunizimit rutinë të fëmijëve. Besimi se vaksinat mund të shkaktojnë autizëm ishte shqetësimi më kryesor i nënave në një studim të kryer në SHBA [11]. Edhe pse kërkuesit kanë publikuar këto lloj kërkimesh në Evropë,

në Shqipëri nuk ka studime të tilla për sa i përket sjelljeve, njohurive dhe imunizimit të fëmijëve nga nënat.

Një studim i kryer në Poloni mbi sjelljet e nënave kundrejt imunizimin, perceptimi i imunizimit rutinë ishte pozitiv. Vetëm 17% e prindërve refuzuan të vaksionin fëmijët, 38% e prindërve paguan për vaksinat e rekomanduara për fëmijët e tyre. Në përgjithësi në këtë studim prindërit mendonin se imunizimi ishte i rëndësishëm për mbrojtjen e shoqërisë nga sëmundjet, por kishin disa probleme me mënyrën e ofrimit të vaksinave [12]. Vetëm gjysma e pjesëmarrësve mendonin se vaksinat mund të ishin të dëmshme për fëmijët, për sa I përket sigurisë së vaksinave prindërit kishin më pak besim tek vaksinat e kohëve të fundit, 27 persona menduan se vaksina e pneumokokut ishte e rrezikshme, polio nga 17 persona. Shqetësim më i lartë edhe në këtë studim u shpreh nga prindërit më të vjetër në moshë, nga ata më të arsimuar, ata që jetonin në qytet. Po në këtë studim u pa se njohuritë e prindërve mbi vaksinat e ndryshme ishin te ulëta [12].

Një studim tjetër i kryer në Britani zbuloi se numri i prindërve që po refuzonin vaksinat ishte duke u ulur dhe ata konsisitonin më shumë në kundërshtimin e MMR. Por ata prindër të cilëve u është dhënë më shumë informacion nuk e kanë refuzuar këtë vaksinë për fëmijët e tyre [13].

Një studim tjetër është kryer në Kanada, ku infermierët e shëndetit publik kryen një studim në lidhje me imunizimin e fëmijëve të tyre [14]. U studiuan të dhënat demografike të tyre, duke plotësuar disa intervista për sa i përket sjelljeve të tyre kundrejt vaskinimit.

U kryen rreth 11 intervista, të gjitha nëna, ku vetëm 5 prej tyre kishin arritur në vendimin që të imunizonin totalisht fëmijët e tyre. Të tjerat kishin dyshime në mund të prisnin deri sa fëmija të ishte më i madh në moshë për t'u imunizuar, mendonin të përzgjidhnin vaksinat, ishin të pavendosura në do ti vaksinonin ose jo fëmijët, por kishte dhe tre nëna që kishin ndryshuar mendim në lidhje me imunizimin e këtij fëmijë në ndryshim me fëmijët e mëparshëm. Tre prej nënave ishin nëna për herë të parë. U identifikuan disa faktorë që ndikonin në keto vendime: mosha, vendbanimi, edukimi dhe pamjaftueshmëria në informacione ndikonin në vendimet e tyre.

Një studim i kryer në Itali gjeti se 53.4% e nënave e dinin se kishte vaksina të detyrueshme për infantët dhe njohuritë ishin më të larta tek nënat më të vjetra në moshë sesa tek ato më të reja.

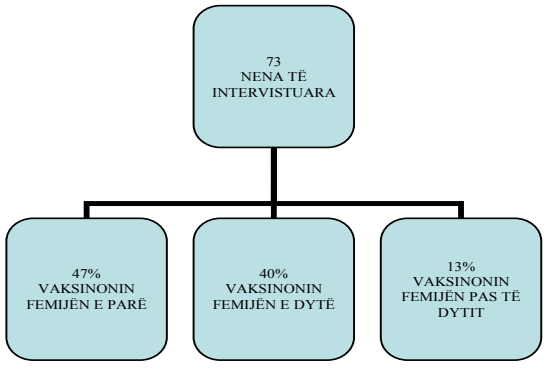
Më shumë se gjysma mendonin se vaksina e kollës së mirë ishte e nevojshme sepse ishte mbrojtëse, 47.2 % mendonin se rubeola ishte mbrojtëse vetëm për fëmijët femra dhe 40.9% se lija ishte e domosdoshme. Rreth gjysma mendonin se efektet anësore të vaksinave ishin përcaktues të saktë të vlerës së tyre pavaresisht nëse vaksina mbronte të sapolindurit apo jo.

27. 1% dhe 40.6%, besonin se administrimi i njëjtë i njëkohshëm i një ose më shumë vaksinave nuk i rriste shancet për efekte anësore dhe ulte efikasitetin e vaksinave [15].

Sipas studimeve të UNICEF gjatë vitit 2014, u pa se në Shqipëri 98% e fëmijëve 0-12 muajsh ishin të vaksinuar, 99 % gjatë 2011, 98% gjatë 2012 dhe 99% gjatë 2014. [16]

REZULTATET SASIORE

Grafiku 1



Ka një % më të madhe të nënave të reja që vaksinojnë fëmijët e tyre

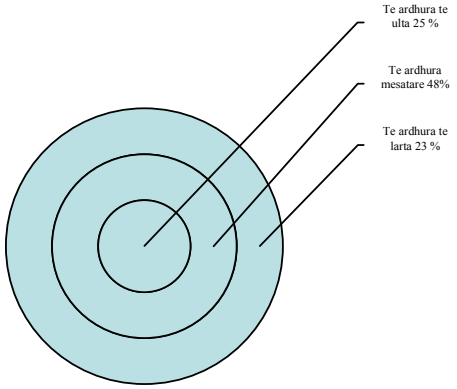
Grafiku 2



Rezulton se 47 % janë prindër me arsim të lartë, 39 % me arsim të mesëm dhe arsim të ulët 14 %.

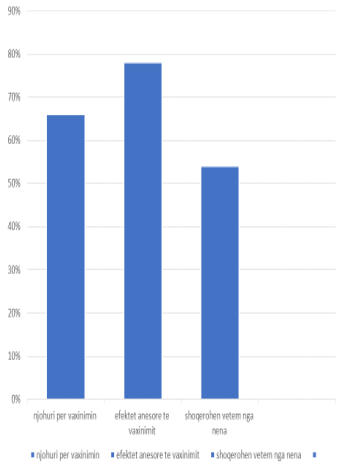
Grafiku 3

Niveli ekonomik i familjes së intervistuar rezulton 25 % të ardhura të ulëta, 48 % të ardhura mesatare dhe 23 % të ardhura të larta.



Grafiku 4

Tregon se kanë njohuri për vaksinimin vetëm 66 % e prindërve, efektet anësore të vaksinimit i njohin në masën 78% dhe 56 % janë fëmijë të shoqëruar vetëm nga nëna në momentin që kryejnë vaksinën



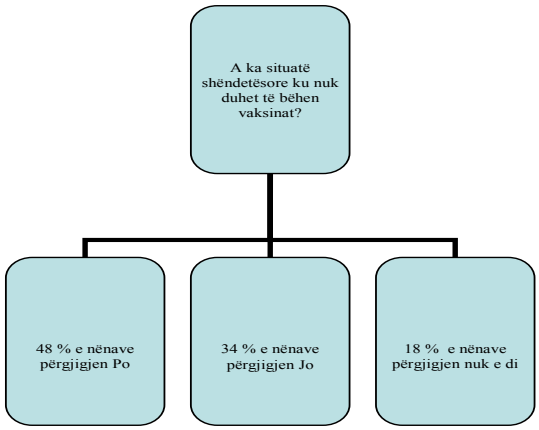
Grafiku 5



Tregon se 49 % informacionin për vaksinat e kanë marrë nga interneti, 37% nga mjeku dhe 14% nga gazeta dhe revista

Grafiku 6

Lidhur me pyetjen: A ka situata shëndetësore kur nuk duhet të bëhen vaksinat?
Rezulton se 48 % e prindërve janë përgjigjur Po, 34% Jo, dhe 18 nuk e di.



Diskutime

Nga rezultatet mësuam se arsimimi te prindërit është një element thelbësor në zhvillimin e njohurive për vaksinimin e fëmijëve të tyre. Gjithashtu rezultoi se prindërit me të ardhura të ulëta kanë një nivel të ulët të njohurive dhe dijeve në lidhje me vaksinimin e fëmijës së tyre.

Një problem mjaft i rëndësishëm doli fakti se një pjesë e madhe e prindërve informoheshin në lidhje me vaksinimin e fëmijës së tyre nga interneti, pra rreth 49 % . Ky ndoshta mund të jetë një problem duke marrë parasysh se sa seleksionues mund të jenë prindërit në përzgjedhjen e informacionit që ata marrin në internet, sepse jo çdo informacion mund të jetë i vërtetë ose i saktë. Nga studimi rezulton se cilësia e trajtimit dhe shërbimit në

qendrat e vaksinimit si për prindërit dhe fëmijët e tyre është rritur, kështu vumë re se 70 prindër ishin të kenaqur me shërbimin. Gjithashtu u vu re se në lidhje me efektet anësore që kanë vaksinat mbi fëmijët e tyre prindërit informoheshin, kryesisht nga mjeku i qendrës shshëndetësore në masën 68.5% dhe rreth 31.5% e prindërve informoheshin nga infermieri i qendrës shëndetësore.

Konkluzione dhe Rekomandime

U evidentua se ku qëndrojnë problemet në lidhje me informimin e prindërve mbi vaksinimin e fëmijëve.

U evidentua se ndoshta është më mirë që të tillë pyetësorë të mos bëhen në qendrat shëndetësore, por në familjet e fëmijëve për të shmangur konflikte të interesit.

Në fund të studimit rekomandojmë:

1.Të nxitet promocioni i vazhdueshëm në TV, gazeta revista nga ana e Ministrisë së Shëndetësisë për të zgjeruar njohuritë mbi vaksinimin e fëmijëve.

2.Të krijohen broshura speciale në lidhje me vaksinimin dhe tiu shpërndahen nënave me fëmijë të vegjël.

3.Të krijohen kurrikula shkollore për studentët e infermierisë në lidhje me të rejat, problemet e vaksinimit me qëllim edukimin e vavazhdueshëm të tyre.

Pikat e forta dhe të dobëta të studimit

Nga ky studim u pa se informacioni që shkon te prindi lidhur me vaksinimet është i plotë dhe këtu del në pah roli i infermierit duke bërë kështu një punë të kënaqshme me nënat e reja.

Pikë e dobët ngelet gjithmonë arsimimi i prindërve dhe dyshimet që ata paraqesin lidhur me vaksinat në përgjithësi si dhe informacioni që marrin jo në rrugë zyrtare dhe mjekësore.

Biografia



Saemira Durmishi, me nje eksperience 22 vjeçare ne fushen e infermieristikes dhe kryesisht ate te Shendetit Riprodhues. Aktualisht prej 15 vitesh eshte pedagoge ne Fakultetin e Shendetit ne Universitetin e Vlores.

Ka kryer studimet e larta ne degen Infermieri-Mami, duke u pasuar nga studimet ne Master Shkencor ne Edukim Special dhe Master ne Shkenca Infermierore. Ajo ecen gjithmone me moton "Infermieria kusht dhe faktor vendimtar perballe sfidave te kohes".

Referencat

1. *Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, et al. (2008) Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ 86: 140-146.*
2. *World Health organization media centre (2013) Immunization coverage Fact sheet N°378 April 2013.*
3. *Jheeta M, Newell J (2008) Childhood vaccination in Africa and Asia: the effects of parents' knowledge and attitudes. Bull World Health Organ 86: 419.*
4. *Siddiqi N, Siddiqi AE, Nisar N, Khan A (2010) Mothers' knowledge about EPI and its relation with age-appropriate vaccination of infants in peri-urban Karachi. J Pak Med Assoc 60: 940-944. 5. Kimmel SR, Burns IT, Wolfe RM, Zimmerman RK (2007) Addressing immunization barriers, benefits, and risks. J Fam Pract 56: S61-69.*
6. *Zagminas K, Surkiene G, Urbanovic N, Stukas R (2007) [Parental attitudes towards children's vaccination]. Medicina (Kaunas) 43: 161-169.*
7. *Rogalska J, Augustynowicz E, Gzyl A, Stefanoff P (2010) [Parental attitudes towards childhood immunisations in Poland]. Przegl Epidemiol 64: 91-97.*
8. *Strobino D, Keane V, Holt E, Hughart N, Guyer B (1996) Parental attitudes do not explain underimmunization. Pediatrics 98: 1076-1083.*
9. *Kimmel SR (2002) Vaccine adverse events: separating myth from reality. Am Fam Physician 66: 2113-2120.*
10. *Thomas M, Kohli V, King D (2004) Barriers to childhood immunization: findings from a needs assessment study. Home Health Care Serv Q 23: 19-39.*
11. *Woodruff BA et al. Parents' attitudes toward school-based hepatitis B vaccination of their children. Pediatrics,1996, 98: 410±413.*
12. *Rogalska J1, Augustynowicz E, Gzyl A, Stefanoff P. Parental attitudes towards childhood immunisations in Poland]. Przegl Epidemiol. 2010;64(1):91-7.*
13. *Brown KF1, Long SJ, Ramsay M, Hudson MJ, Green J, Vincent CA, Kroll JS, Fraser G, Sevdalis N. U.K. parents' decision-making about measles-mumps-rubella (MMR) vaccine 10 years after the MMR-autism controversy: a qualitative analysis. Vaccine. 2012 Feb 27;30(10):1855-64. doi: 10.1016/j. vaccine.2011.12.127. Epub 2012 Jan 9.*
14. *Miller NK1, Verhoef M, Cardwell K. Rural parents' perspectives about information on child immunization. Rural Remote Health. 2008 Apr-Jun;8(2):863. Epub 2008 Mar 18.*
15. *I.F. Angelillo,1 G. Ricciardi,2 P. Rossi,3 P. Pantisano,4 E. Langiano,5 & M. Pavia6 Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy, June 1997 pg 6*
16. *WHO and UNICEF (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/).*

Memoria e punës në gjuhën dhe të mesuarit e fëmijëve

PhD. (c) Sashen Rexhepaj, Logopedist
srexhep@g.clemson.edu

Abstrakt

Në përditshmëri ne marrim pjesë në aktivitete dhe detyra të ndryshme duke magazinuar informacionin dhe proceset në të cilat ndërvaren moria e aktiviteteve dhe detrave në vazhdimësi (si p.sh. memorizimi i numrave të teefonit, performimi i përllogaritjeve mendore, apo memorizimi i artikujve që duhet të blejmë. Memoria e nevojshme për këto procese quhet memoria e punës (MP) dhe është e rëndësishme për të menduar, arsyetuar, përdorimin e gjuhës, dhe për të mësuar njohuri të reja (Alloway & Alloway, 2010). Gjatë kursit normal të ditëve fëmijët anagazhohen në mënyrë të vazhdueshme në procese të tilla (si.psh., mbajtja mend e listës së artikujve që prindi ju ka kërkuar të sjellin nga dhoma e tyre, ndjekia e ushëzimeve në klas, apo kryerja e artificave artimetike me mendje). Ky artikull përfshin në mënyrë të shkurtuar MP dhe funksionet e saj si dhe si aplikohet në proceset gjuhësore dhe të të mësuarit tek fëmijët.

Fjalë kyçe: aktivitete, artikuj, detyra, fëmijë, gjuha, memoria e punës dhe mësimi.

Memoria e punës

Model më i njohur i MP është modeli i propozuar nga Baddeley and Hitch (1974), dhe Baddeley (2000). Termi MP është një term i përdorur në mënyrë të njëkohëshme në shumë artikuj, disa e përdorin për t'ju referuar matjes së memories afatshkurtër (MMA), magazinimit të informacionit, disa i referohen për të matur magazinën plus detyrat procesuese dhe disa të tjerë i referohen si model. Për qëllim të këtij artikulli, termi MP do ti referohet procesve sit ë magazinimit dhe të pocesimit të informacionit. Modeli i Baddeley dhe Hitch's si modeli original përmban 3 komponentë kryesorë të MP-së: Ciklin fonologjik, skica vizuo-hapsinore dhe qendra ekzekutive. Koncepti i zbutësit episodik ju shtua më vonë modelit si nevojë për të shpjeguar memorien afatgjatë në tërësinë e proceseve të informacionit aktivë që zënë në MP-s (Baddeley, 2000).



Memoria sensoriale është elementi më afatshkurtër i memories. Aftësia për të ruajtur gjurmën sensoriale pasi një stimulim ka ndodhur. Reagon në formën e një zbutësi për stimulin e marrë përgjatë pesë shqisave si shikimi, dëgjimi, shija dhe prekja të cilat

ruhen saktësishtë, por në një kohë shumë të shkurtër. Përtë shkurtër. Për shembull, aftësia për të pare diçka dhe mbajtur mend sesi ishte brenda një afati kohor prej më pak se një second vëzhgim është shembulli i memories sensoriale.



Memoria e punës tek fëmijët

Zhvillimi i MP-së tek fëmijët

Zakonishtë zhvillimi i memories së punës realizohet me ritmin e pritur, dhe funskionet akademike brenda një rrezje të zakonshme për moshëm (Henry, 2012) dhe në përputhje me modelin e MP-s, shtrirja e memories e një zhvillimi tipik të një fëmije rritet me moshën si për aspektin verbal ashtu dhe për atë material (Alloway, 2007). Në një studim mbi MP-s e zhvilluar për 702 fëmijë nga 4 në 11 vjeç, Alloway, Gathercole, and Pickering (2006) gjeti mbështetje për modelin e MP-s nga Baddeley dhe Hitch (1974). Duke përdorur vlerësime për të matur shtrirjen verable të MP-s dhe shtirjen verbale si dhe vizuo-hapsinore të memories afatshkurtër, gjetën një rritje të vazhdueshme të saktësisë në grupmoshat 4 në 6,7 në 8, dhe 9 në 11në të gjitha matjet.

E mësuara dhe ruajtja e materialit akademik

Memoria e punës dhe e mësuara

Siç e kemi përmendur dhe më përpara zhvillimi i MP-s është stabël në moshat 4 deri ne 15 vjeç, edhe pse ka një variacion individual të konsiderueshëm (Alloway, 2007). Ky variacion mund të reflektojë në kapacitetin e fëmijës për përfituar aftësi dhe njohuri dhe është veçanërishtë relevante me ambjentin shkollor për fëmijën. Funskionimi optimal i MP-s nënvijëzon të mësuerit dhe ndihmën në mbështetjen e fokusimit në situatat ku fëmija po nxë një material të ri (Holmes, Gathercole, & Dunning, 2009). MP-s është e rëndësishme në hapsirat e të nxënit si për numrat ashtu edhe për aftësitë letrare (Alloway & Alloway, 2010; Alloway, Gathercole, Kirkwood, & Elliot, 2009a; Alloway & Passolunghi, 2009; Bull & Scerif, 2001; Cain, Oakhill, & Bryant, 2004; De Jong, 1998; De Stefano & Le Fevre, 2004; Gathercole & Pickering, 2000; Nevo & Breznitz, 2011).

Memoria e punës tëk gjuha dhe vështirësitë në të nxënë

Gjuha dhe vështirësitë në të nxënë

Gjuha dhe vështirësitë në të nxënë karakteriziohen për fëmijët në nivel individual nga pikëzimi i arritjeve në testet e standartizuara që shpesh janë më të ulëta sesa pritshmëria moshore, e nibelit të shkollimit dhe nivelit të inteligjencës. Të mësuarit dhe vështirësitë gjuhësore ndërhyjnë në arrijet akademike apo detyrat e përditëshme si nevojë integrale në të lexuarin, shkruarin dhe testet mbi kuptimin. Në një nivel të caktuar vështirësitë gjuhësore mund të shfaqen bashakarishtë me vështirësitë në të lexuar dhe matematikore (American Psychiatric Association, 2000).

Vështirësitë në të lexuar

Prevalenca e vështirësive në të lexuar tek fëmijët në vendet anglishtë folës varion nga 4 në 8% (Hulme & Snowling, 2009). Faktorët që kanë një influence në këto vështirësi ndryshojnë sipas shkallës : gjenetike, nivelit të edukimit të mamasë, shkollimit, ekspozimit ndaj librave në shtëpi (Hulme & Snowling, 2009). Fëmijët me probleme në të lexuar shfaqin vështirësi ndërgjegjësimin fonologjik, kodimin, dhe në aftësinë për të rikthyer informacionin



fonologjik në memorien afatshkurtër (Torgesen & Burgess, 1998). Ndërgjegjësimi fonologjik i referohet ndërgjegjësimit individual strukturën e tingujve gjuhësor në gjuhën e folur. Memoria afatshkurtër fonologjike verbale bashkërendohet me një rendësi të madhe në arritjet e të lexuarit tek lexuesit e rinj, duke bërë që shfaqen aftësitë për të lexuar (Wagner & Muse, 2006). Më e rëndësishme, studimet kanë treguar se kanë gjetur pikëzim më të ulët per MP-s për fëmijët që paraqesin aftësinë për të lexuar të dëmtuar krahasimishtë me ata që nuk dëmtim të aftësisë (Gathercole, Alloway, Willis & Adams, 2006; Siegel & Ryan, 1989; Swanson, 1999; Swanson & Berninger, 1995). Gathercole, Alloway et al. (2006) gjetën mospërputhje ndërmjet memories afatshkurtër verbale dhe asaj të MP-s në një grup nxënësish shkollor ku është dëmtuar aftësia për të lexuar me një moshë mestare prej 9 vjeç.

Vështirësitë gjuhësore specifike (VGJS)

Vështirësia gjuhësore specifike (VGJS) është një vështirësi e komunikimit ku gjuha është një çrregullim komunikimi ku aftësitë gjuhësore janë të vonuara ose të çrregulluara dhe nuk lidhen me ndonjë vonesë tjetër zhvillimore, humbje dëgjimi ose probleme emocionale dhe neurologjike. Këta fëmijë mund të jenë vonë për të filluar të flasin dhe kur flasin, tingulli mund të jetë i pakuptueshëm. Shprehja e çrregullimit mund të varet nga ashpërsia e tij dhe mosha e fëmijës dhe mund të përfshijë: sasi të kufizuar të të folurit dhe fjalorit, të folur të thjeshtë të përdorur, probleme me gjetjen e fjalëve dhe mësimin e fjalëve të reja, fjali të shkurtuara dhe vështirësi në përdorimin e foljeve (American Psychiatric Association, 2000; National Institute of Deafness and Other Communication Disorders, 2012).

Instrumentet e MP-s

Trajnimi i MP-s

MP-s ka një ndikim në aftësinë e fëmijëve për të mësuar në shkollë. Në një klasë me afërsisht 30 fëmijë, pesë do të kenë vështirësi në MP-s dhe do të përparojnë në mënyrë joadekuate akademike (Gathercole dhe Alloway, 2008). Në dritën e këtyre vështirësive, disa studiues kanë ndërmarrë studime që kërkojnë forcimin e aftësisë të MP-s. Dahlin (2010) zbuloi se trajnimi adaptiv i kompjuterizuar i MP-s jo vetëm që përmirësoi ndjeshëm performancën në detyrat verbale të MP-s dhe memorien afatshkurtër dhe në ato vizuo-hapësinore, por gjithashtu përmirësoi ndjeshëm të kuptuarit e leximit pas pesë javësh trajnimi dhe përmirësimet mbetën 6 deri në 7 muaj më vonë. Këto rezultate u morën me një grup fëmijësh 9 deri në 12 vjeç me nevoja të përgjithshme të të mësuarit dhe deficite të vëmendjes.



Vlerësimi i automatizuar i kujtesës së punës.

VAKP u zhvillua nga (Alloway, 2007) dhe është një mjet vlerësimi plotësisht i kompjuterizuar. Programi kompjuterik përmban tre versione: VAKP depistues, VAKP-S forma e shkurtuar dhe VAKP-L forma e gjatë. Si mësuesit ashtu edhe profesionistët e tjerë mund të përdorin VAKP për të kontrolluar personat e moshës 4 deri në 22 vjeç për problemet e MP-s. VAKP -L vlerëson tre komponentë të modelit të MP-s të Baddeley dhe Hitch (1974): ciklin fonologjik, skicën vizuo-hapësinore dhe qendrën ekzekutive duke përdorur një sërë stimujsh. Ai përbëhet nga një bateri prej 12 testesh. Tre secili prej testeve vlerësojnë memorien afatshkurtër verbale, MP-s verbale, memorien afatshkurtër vizuo-hapësinore dhe MP-s vizuo-hapësinore. Një fishë e përbërë jepet për çdo grup përbërësish MP-s. Tre nëntestet verbale të memories afatshkurtër janë: rikujtimi i shifrave, rikujtimi i fjalëve dhe rikujtimi i jo-fjalëve. Pjesëmarrësi duhet të kujtojë menjëherë sekuencat e informacionit të dhënë me zë që zgjasin në mënyrë progresive nëse përgjigjet në çdo provë janë të sakta. Tre nëntestet verbale të MP-s-së janë:

kujtesa e tingujve të dëgjuar, rikujtimi i numrave dhe kujtimi i shifrave mbrapsh.

Metodologjia

Dizajn

Në identifikimin e burimeve për këtë rishikim të literaturës, u përdorën baza të shumta të dhënash. Fillimisht Google Scholar u përdor për të marrë një mostër fillestare të llojit të artikullit të disponueshëm. Sa i përket Google Scholar, termat e gjerë të kërkimit fillimisht u përdorën për të krijuar një listë artikujsh kërkimor që ishin burimi kryesor për t'u rishikuar nga kolegët. Në fillim përdora një kërkim bazë mbi fjalët kyçe. Nga të dhënat e kërkimit të nxjerra nga Google Scholar unë munda të përdor një listë më të mirë të termave më të rafinuar. Përmes aksesit të ofruar në bibliotekën online të Universitetit Clemson,Karlolina e Jugut, SHBA arrita që të përzgjedh database përkatëse ERIC, GALE dhe SAGE. Në këtë proces, përdora gjithashtu funksionin e EBSCO për të zvogëluar rrezen e kërkimit. Termat e kërkimit të përzgjedhur për këtë analizë letrare përbëheshin nga: Kujtesa, harresa, memoria e punës, leximi, arritjet akademike, gjuha, kujtesë afatshkurtër. Termat u kombinuan në mënyra të ndryshme me komandat "AND" në përpjekje për të marrë artikujt më të saktë dhe më të përshtatshëm. Shumica e këtyre termave u krijuan për shkak të kërkimit fillestar të Google Scholar, të kombinuara me rezultatet nga kërkimet në database të ndryshme. Përveç kërkimit në database, në perzgjedhjen e artikujtve u përdor metoda Snowball. Secili prej termave të kërkimit të përdorur u zgjodh për shkak të përshtatshmërisë dhe përkatësisë së tyre duke marrë parasysh qëllimin e këtij rishikimi të literaturës. Burimet janë analizuar sipas një numri kriteresh. Fillimisht burimi duhej të ishte në përputhje me qëllimin e rishikimit të literaturës bazuar në pyetjet kërkimore të artikullit. Së dyti, burimet duhet të ishin kërkime burimore parësore. Çdo burim që fokusohej në burim dytësor u hoq. Së treti, burimet duhej të ishin nga një burim revistash të rishikuar nga kolegë. Përveç këtyre kritereve parësore, unë kërkova gjithashtu për revista që normalisht do të përfshinin artikuj kërkimor dhe që ishin në përputhje tematikisht me qëllimin tim. Kështu, u dhashë peshë më të madhe artikujve që ishin të fokusuar në proceset e memories së punës. U ekzaminuan gjithashtu një listë artikujsh që ishin karakteristik për fushan përkatëse. Së fundi, studimi u fokusua ne revistat shkencore të përdorura jo më larg se 1990.

Konkluzioni

Gjetja e një lidhjeje midis arritjeve akademike dhe MP-s mund të jetë informuese për edukatorët. Identifikimi i deficiteve specifike të MP-s mund t'i ndihmojë mësuesit të kuptojnë se ku gjenden dobësitë specifike për fëmijët ; ruajtja dhe/ose përpunimi verbal dhe/ose vizuo-hapësinor. Kjo nga ana tjetër do t'i ndihmojë mësuesit të identifikojnë se cilat praktika dhe procedura të të mësuarit do të duhet të synohen dhe modifikohen në mënyrë që t'i bëjnë episodet e të mësuarit më produktive për këta fëmijë individualë. Mund të jetë gjithashtu e favorshme për të përdorur vlerësimet e MP-s të hershme tek fëmijët e moshës së herëshme për arsyet e lartpërmendura. Masa të tilla si ato të përdorura në këtë studim janë në dispozicion të edukatorëve për të ndihmuar në identifikimin e vështirësive të MP-s. Si VAKP ashtu edhe VAKP-S përdoren lehtësisht, administrohen nga e specialistët, dhe kanë interpretime dhe efikase dhe merren në një afat kohor shumë të shpejtë.

Biografia



Sashen Rexhepaj ka një eksperiencë prej 15 vitesh si logopedistë. Ai është drejtues i shoqatës së Logopedistëve prej12 vitesh.

Prej vitit 2016 është lektor pranë Universitetit të Mjeksisë ne Tirane dhe prej vitit 2020 lektor I jashtem në Universitetin Barleti. Aktualisht është duke ndjekur studimet e doktoraturës pranë Universitetit Clemson, South Carolina, USA.

Bibliografia

1. Alloway, T.P. (2006). How does working memory work in the classroom? Educational Research and Reviews,1, 134-139.

2. Alloway, T.P. (2007). Automated working memory assessment manual. London, U.K.: Pearson Assessment.

3. Alloway, T.P., & Alloway, R.G. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. Journal of Experimental Child Psychology, 106, 20-29.

4. Alloway, T.P., Elliot, J., & Place, M. (2010). Investigating the relationship between attention and working memory in clinical and community samples. Child Neuropsychology, 16, 242-254.

5. Alloway, T.P., Gathercole, S.E., & Kirkwood, H.J. (2008). Working memory rating scale. London, England: Pearson Education.

6. Alloway, T.P., Gathercole, S.E., Kirkwood, H., & Elliot, J. (2008). Evaluating the validity of the automated working memory assessment. Educational Psychology, 28, 725-734.

7. Alloway, T.P., Gathercole, S.E., Kirkwood, H., & Elliot, J. (2009a). The cognitive and behavioural characteristics of children with low working memory. Child Development, 80, 606-621.

8. Alloway, T.P., Gathercole, S.E., & Pickering, S.J. (2006). Verbal and visuo-spatial short-term and working memory in children: Are they separable? Child Development, 77, 1698-1716.

9. Alloway, T.P., Gathercole, S.E., Willis, C., & Adams, A-M. (2004). A structural analysis of working memory and related cognitive skills in young children. Journal of Experimental Child Psychology, 87, 85-106.

10. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision, DSM -IV-TR. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

11. Archibald, L.M.D., & Gathercole, S.E. (2006a). Short-term and working memory in specific language impairment. In T.P. Alloway, & & S.E. Gathercole (Eds.), .East Sussex, Britain: Psychology Press.

12. Archibald, L.M.D., & Gathercole, S.E. (2006b). Non word repetition: A comparison of tests. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49, 970-983.

13. Archibald, L.M.D., & Gathercole, S.E. (2006c). Visuo-spatial immediate memory in specific language impairment. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49, 265-277.

14. Baddeley, A.D. (1966). Short- term memory for word sequences as a function of acoustic, semantic and formal similarity. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 18, 362-365.

15. Baddeley, A.D. (1986). Working memory. Oxford, England: Oxford University Press. Baddeley, A.D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory?

16. Trends in Cognitive Sciences, 4(11), 417-423.

17. Baddeley, A.D. (2007). Working memory, thought, and action. Oxford, England: Oxford University Press.

18. Baddeley, A.D., & Hitch G.J. (1974). Working memory. In G.A. Bowe r (Ed.), The psychology of learning and motivation, volume 8 (pp. 47-89). New York, NY: Academic Press.

19. Baddeley, A.D., Lewis, V., & Vallar, G. (1984). Exploring the articulatory loop. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 36A, 233-252.

20. Baddeley, A.D., & Logie, R.H. (1999). Working memory: The multiple component model. In A. Miyake and P. Shah (Eds.), Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control (pp. 28-61). Cambridge, England: Cambridge University Press.

21. Baddeley, A.D., Thomson, N., & Buchanan, M. (1975). Word length and the structure of short-term memory. Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour, 14, 575-589.

22. Balthazar, C.H. (2003). The word length effect in children with language impairment . Journal of Communication Disorders, 36, 487-505.

23. Becker, J.T., & Morris, R.G. (1999). Working memory(s). Brain and Cognition, 41, 1-8.

24. Berninger, V.W., Abbott, R.D., Swanson, H.L., Lovitt, D., Trivedi, P., Lin, S-J., ...Amtmann, D. (2010). Relationship of word and sentence level working memory to reading and writing in second, fourth and sixth grade. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41, 179-193.

Ofrimi i shërbimit të logopedit në distancë

Gjergji DOKA[1], Ilma TOÇI[1]

[1]Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit "Aleksandër Xhuvani"

gjergjidoka@live.com

Abstrakt

Terapia në distanë i referohet shërbimeve të ofruara nga distanca duke përdorur videokonferenca ose teknologji të tjera. Për shkak se teknologjia për të mbështetur videokonferencat është zhvilluar me shpejtësi në dekadat e fundit dhe qasja në internet është bërë gjithnjë e më e disponueshme, Terapia në distanë është shfaqur si një mjet tjetër për ofrimin e shërbimeve, duke u mundësuar Logopedistëve të ofrojnë shërbime efektive për individët me çrregullime dhe vonesa në komunikim. Terapia në distanë është promovuar si një mjet për të kapërcyer disa nga sfidat ndaj shërbimeve në shtëpi ose në klinikë. Klientët që nuk kanë akses në një ofrues shërbimi nga kultura e tyre ose një që flet nuk gjuhën e vendit ku jeton mund të përfitojnë nga Terapia në distanë dhe klientët që nuk mund të udhëtojnë për të marrë shërbime si rezultat i një paaftësie ose vështirësie financiare mund të përfitojnë gjithashtu nga përdorimi i Terapisë në distanë. Duke pasur parasysh përparimet në teknologji dhe avantazhet e Terapisë në distanë, Logopedistët po përqafojnë gjithnjë e më shumë teknologji të reja për të lehtësuar ofrimin e shërbimeve për klientët e tyre.





Qëllimi i këtij artikulli është të përshkruajë një kornizë të trajnimit të prindërve që mund të përdoret për të inkorporuar strategjitë që përdorin Logopedistët gjatë shërbimit të drejtpërdrejtë ndaj fëmijëve. Duke përfshirë trajnimin e prindërve në ofrimin e shërbimit, Logopedistët mund ta përdorin më lehtë Tele-terapinë si një mjet për ofrimin e shërbimeve për fëmijët me çrregullime komunikimi, të cilët mund të mos jenë në gjendje të marrin pjesë në terapinë e drejtpërdrejtë fëmijë-terapist.

Përdorimet aktuale në terapinë e të folurit-gjuhës

Terapia në distanë mund të jetë një mjet për ofrimin e terapisë së të folurit me grupe të ndryshme të popullsisë, duke filluar nga foshnjat deri tek të rriturit, të cilët kanë çrregullime të të folurit dhe komunikimit (p.sh çrregullime të zërit, afazi,

artikulim, disartri, çrregullime të tingullit të të folurit). Terapia në distanë është përdorur gjithashtu për të ofruar shërbime për individët që kanë humbje dëgjimi dhe kushte të tjera që ndikojnë në të folur dhe komunikim. Studiuesit kanë përdorur gjithashtu telepraktikë për të ofruar shërbime për individët me çrregullim të spektrit të autizmit.

Përveç aplikimit të saj me një sërë popullatash, Terapia në distanë është aplikuar në kontekste të shumta. P.sh. për kryerjen e vlerësimeve mbi aftësitë e komunikimit të fëmijëve me autizëm nëpërmjet Terapisë në distanë, duke ofruar prova paraprake se vlerësimi i komunikimit mund të kryhet nëpërmjet Terapisë në distanë për këta fëmijë. Terapia në distanë është përdorur gjithashtu për të ofruar shërbime në seancat aktuale të ndërhyrjes ose terapisë. Së fundi, Terapia në distanë është përqafuar si një mjet për të biseduar, për të ofruar konsultime dhe për të ofruar trajnime dhe mbështetje për klientët, kujdestarët dhe profesionistët e tjerë.

Sfidat me Terapinë në distancë

Megjithëse shumë studiues kanë demonstruar aplikime gjithnjë e më të larmishme të Terapisë në distanë në terapinë e të folurit, Logopedistët mund të hasin sfida kur përpiqen të përdorin telepraktikë

Logopedisti nuk është në të njëjtin vend, ai ose ajo nuk mund të lëvizë në të gjithë mjedisin me fëmijën (dhe mund ta ketë më të vështirë të nxisë fëmijën në mënyrë efektive. SLP-ja mund të ketë ende nevojë për një të rritur të aftë të pranishëm me fëmijën për të ndihmuar me vështirësitë teknike, humbjen e vëmendjes së fëmijës ose çështjet e sigurisë.

Përveç këtyre sfidave për ndërhyrjen e drejtpërdrejtë nëpërmjet Terapisë në distanë, disa fëmijë mund të kenë nevojë për pajisje adaptive për të hyrë në teknologjitë e Terapisë në distanë ose ata mund të kenë një përgjigje aversive ndaj disa pajisjeve (p.sh., kufjet). Për fëmijët më të vegjël dhe/ose individët me nevoja komplekse komunikimi, këto sfida mund të përkeqësohen. Kështu, që Terapia në distanë të jetë një mjet efektiv për ofrimin e mbështetjes së ndërhyrjes për fëmijët që kanë çrregullime komunikimi, ka të ngjarë të nevojiten rregullime në metodat e ofrimit të shërbimeve. Trajnimi dhe stërvitja e prindërve si ndërhyrës për të mbështetur rritjen e fëmijëve të tyre është një opsion i mundshëm që adreson këto sfida.

Trajnimi i prindërve

Prindërit dhe anëtarët e familjes janë thelbësore për zhvillimin e fëmijëve dhe zakonisht janë mësuesit





për të ofruar shërbime të ndërhyrjes së drejtpërdrejtë për fëmijët. Për t'u përfshirë në shërbimin e drejtpërdrejtë duke përdorur video-konferencat, fëmija duhet të qëndrojë në pamjen e kamerës, të drejtojë vëmendjen e tij ose të saj në ekran dhe ta mbajë atë vëmendje gjatë kohëzgjatjes së seancës së terapisë, gjë që studiuesit kanë vërejtur se mund të jetë një sfidë për fëmijët. Përveç kësaj, për shkak se

e parë të fëmijëve. Ata kanë mundësi të shumta për të lehtësuar zhvillimin e gjuhës, sepse janë të pranishëm në rutinën e përditshme të fëmijës së tyre. Prindërit dhe anëtarët e familjes janë individët që përfshihen më shpesh në ndërveprimet sociale me fëmijët e tyre të vegjël. Kështu, prindërit janë të gatshëm të inkurajojnë dhe promovojnë prodhimin e gjuhës tek fëmijët e tyre në mjedise dhe kontekste të

shumëfishta. Për të adresuar disa nga sfidat që lidhen me ofrimin e ndërhyrjes së drejtpërdrejtë për fëmijët nëpërmjet Terapisë në distanë, një logopedist mund të zgjedhë të marrë rolin e trajnerit për prindërit përveç ofrimit të ndërhyrjes direkte një me fëmijën. Duke i udhëzuar prindërit, Logopedisti i fuqizon ata që të mbështesin më mirë zhvillimin e komunikimit të fëmijëve të tyre. Nëpërmjet trajnimit, prindërit mësojnë strategji që mund t'i transferojnë nga një mjedis terapie në rutinat e përditshme ku mundësitë e komunikimit të natyrshëm me fëmijët e tyre janë të shumta. Përveç kësaj, studiuesit kanë zbuluar se prindërit mund të mësohen dhe të stërviten që të jenë zbatues efektivë të një game të gjerë ndërhyrjesh dhe strategjish të komunikimit.

Trajnimi dhe stërvitja e prindërve janë treguar të jenë efektive në prodhimin e rezultateve pozitive për prindërit dhe fëmijët e tyre, duke përfshirë besimin e rritur të prindërve në mbështetjen e fëmijëve të tyre, gjuhën e përmirësuar shprehëse të fëmijëve dhe rritjen e fillimit të komunikimit të fëmijëve.

Hulumtues të shumtë kanë demonstruar se prindërit mund të mësojnë strategji të reja dhe t'i zbatojnë ato me besnikëri, duke përfshirë strategjitë e mësimdhënies së mjedisit, modelimin e ndihmës të komunikimit shtesë dhe alternativ dhe procedurat sistematike të nxitjes. Kështu, përdorimi i trajnimit dhe stërvitjes së prindërve si në shërbimin në terren ashtu edhe në atë të Terapisë në distanë është sukses i garantuar.

Inkorporimi në Terapi në distanë

Përpara se të përfshijnë Terapinë në distanë në ofrimin e shërbimeve, Logopedistët duhet së pari të sigurojnë që si ata ashtu edhe familjet me të cilat synojnë të përdorin Terapinë në distanë kanë infrastrukturën teknologjike për të qenë të suksesshëm. Tabela

Si Logopedisti ashtu edhe familja duhet të kenë një lidhje të përshtatshme interneti dhe një pajisje që mbështet videokonferencat në internet, si p.sh. një kompjuter, tablet ose smartphone.

Një konsideratë tjetër kritike është mbrojtja e privatësisë pë logopedistin si dhe klientit kur angazhohen në telepraktikë.

Së pari, janë tre hapa që janë të nevojshme për t'u përgatitur për trajnimin dhe stërvitjen e prindërve

(a) identifikimi i një aftësie të synuar

(b) identifikimi i një strategjie të synuar

(c) krijimi i procedurave miqësore ndaj prindërve.

Identifikoni aftësinë e synuar

Ashtu si në të gjithë ofrimin e shërbimeve, kur përgatitet t'u ofrojë prindërve trajnim dhe stërvitje në strategjitë për të mbështetur zhvillimin e fëmijëve të tyre, një logopedist, në bashkëpunim me familjen, duhet së pari të identifikojë një aftësi të synuar që fëmija duhet të mësojë. Aftësia e synuar duhet të operacionalizohet në sjellje të vëzhgueshme dhe të matshme që si logopedisti ashtu edhe prindërit mund ta identifikojnë lehtësisht. Për shembull, një logopedist mund të synojë aftësinë e nënshkrimit të saktë të pesë fjalëve specifike ose aftësinë për t'iu përgjigjur pyetjes së një personi tjetër brenda 5 sekondave. Sa më qartë të përcaktohet aftësia, aq më të mëdha janë gjasat që trajnimi dhe stërvitja që marrin prindërit të jenë të suksesshme.

Identifikoni strategjinë e synuar

Pasi logopedisti dhe familja të kenë identifikuar aftësinë e synuar, logopedisti identifikon strategjinë e bazuar në prova për të mësuar ose nxitur atë aftësi. Strategjitë e bazuara në prova janë teknika udhëzuese me prova empirike për të mbështetur pretendimet se ato prodhojnë efektin e dëshiruar te nxënësi. Logopedist mund të fillojë duke identifikuar strategjinë ose strategjitë që ai ose ajo do të përdorte për të trajtuar këtë aftësi kur punon personalisht me fëmijën gjatë terapisë së të folurit. Logopedist mund t'u referohet gjithashtu burimeve për të ndihmuar në identifikimin e strategjive të bazuara në prova për aftësinë specifike të synuar. Hapi kritik është përcaktimi i qartë i strategjisë së synuar që logopedisti do t'u mësojë prindërve të zbatojnë me fëmijën e tyre dhe të sigurohet që ajo ka të ngjarë të jetë efektive sepse hulumtimi rigoroz ka treguar ndikimin e tij të mundshëm (d.m.th., është i bazuar në prova).

Krijoni procedura miqësore me prindërit

Detyra tjetër në përgatitjen për trajnimin dhe stërvitjen e prindërve është përkthimi i strategjisë së synuar në procedura miqësore ndaj prindërve. Kjo do të thotë, logopedisti duhet të deklarojë procedurat

për përdorimin e strategjisë me saktësi në një mënyrë që të jetë e qartë, pa zhargone profesionale dhe që të përshtatet me rutinat dhe aktivitetet e përditshme të familjes. Riformulimi i procedurave për joprofesionistët është ndoshta pjesa më sfiduese e kalimit nga shërbimi i drejtpërdrejtë në trajnimin dhe stërvitjen e prindërve, megjithatë, shumë strategji janë përkthyer tashmë në procedura miqësore për prindërit për joprofesionistët nga studiues dhe praktikues.

Mësoni prindin

Pas krijimit të procedurave në gjuhë të kuptueshme nga prindërit, logopedist duhet ti mësojë prindërit të zbatonin strategjitë e synuara nëpërmjet Terapisë në distanë. Pavarësisht nga formati, trajnimi duhet përbëhet nga sa vijon:

• Hyrje- Rishikohen parimet e ndërhyrjes efektive të komunikimit të cilat përfshinin vendosjen e vëmendjes së përbashkët, ndjekjen e drejtimit të fëmijës dhe krijimin e mundësive që fëmija i tyre të praktikojë aftësitë e komunikimit.

• Ilustrim-Prindërit shikuan videoklipe të prindërve të tjerë duke përdorur me saktësi secilën strategji, duke theksuar hapat në grafikun e rrjedhës brenda klipit. Këto u theksuan si hapat kritikë për zbatimin.

• Praktika- Prindërit duhet të inkurajuan të praktikonin secilën strategji. Nëse merrnin pjesë në trajnimin sinkron, atyre u jepej mundësia të praktikonin gjatë videokonferencës ose të praktikonin vetë më vonë dhe të ngarkonin videon në re.

Hapat që duhet të ndjekë një logopedist me prindin vijojnë si më poshtë:

- Trajnoni prindërit për mjeshtëri.
- Zhvilloni një plan veprimi.
- Reflektimi dhe reagimi.
- Trajneri theksoi gjithashtu regjistrimet e seancave të mëparshme të stërvitjes së prindërve.
- Përcaktoni zotërimin e strategjisë.



Biografi

Gjergji Doka ka nje eksperience si logoped prej nje dekade, ku ka ushtruar profesionin me raste femijesh e te rritur dhe me nje larmishmeri diagnozash qe afektojne te folurin.

Prej 8 vitesh ushtron funksionin si lektor ne universitetin e Elbasanit prane FShMT, ku aktualisht eshte i punesuar me kohe te plote, si dhe lektor me kohe te pjesshme ne Universitetin e Mjekesise ne Tirane. Aktualisht ka filluar studimet doktorale ne universitetin e Elbasanit prane FSHMT.

Referenca

1. *Allen, A. A., & Shane, H. C. (2014). The evaluation of children with an autism spectrum disorder: Adaptations to accommodate a telepractice model of clinical care. Perspectives on Telepractice, 4, 42–51. doi:10.1044/teles4.2.42*

2. *American Speech – Language – Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Position statements [Position statement]. Retrieved from www.asha.org/policy*

3. *Baharav, E., & Reiser, C. (2010). Using telepractice in parent train- ing in early autism. Telemedicine and e-Health, 16, 727–731. Barton, E. E., & Fettig, A. (2013). Parent-implemented interven- tions for young children with disabilities: A review of fidel-*

4. *Cook, B. G., & Cook, S. C. (2011). Unraveling evidence-based practices in special education. The Journal of Special Education, 47, 71–82. doi:10.1177/0022466911420877*

5. *Grogan-Johnson, S., Schmidt, A., Schenker, J., Alvares, R., Rowan, L., & Taylor, J. (2013). A comparison of speech sound intervention delivered by telepractice and side-by-side service delivery models. Communication Disorders Quarterly, 34, 210–220. doi:10.1177/1525740113484965*

6. *Houston, K. T., & Stredler-Brown, A. (2012). A model of early intervention for children with hearing loss provided through telepractice. The Volta Review, 112, 283–296.*

7. *Kasari, C., Kaiser, A., Goods, K., Nietfeld, J., Mathy, P., Landa, R.,...Almirall, D. (2014). Communication interventions for minimally verbal children with autism: A sequential multiple assignment randomized trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent*

8. *Knowles, M. S., Holton, E. F., III, & Swanson, R. A. (2015). The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development (8th ed.). New York, NY: Routledge.*

9. *McCarthy, M. (2013). The RIDBC telepractice training proto- col: A model for meeting ASHA roles and responsibilities. Perspective on Telepractice, 3(2), 49–60.*

10. *Meadan, H., Meyer, L. E., Snodgrass, M. R., & Halle, J. W. (2013). Coaching parents of young children with autism in rural areas using internet-based technologies: A pilot program. Rural Special Education Quarterly, 32(3), 3–10.*

11. *Murphy, E., & Rodriguez-Manzanares, M. A. (2012). Rapport in distance education. The International Review of Research in Open and Distance Learning, 13, 167–190.*

12. *Olsen, S., Fiechtl, B., & Rule, S. (2012). An evaluation of virtual home visits in early intervention: Feasibility of "virtual inter- vention." The Volta Review, 112, 267–281.*

13. *Pham, G. (2014). Addressing less common languages via tele- practice: A case example with Vietnamese. Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations, 19, 77–83. doi:10.1044/cds19.3.77*

14. *Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language intervention: A meta-analysis. American Journal of Speech-Language Pathology, 20, 180–199. doi:10.1044/1058-0360(2011/10-0055)*

Arsyetimi i kryerjes së ekzaminimeve radiografike

Dorina Shehi

Teknik imazherie- Imazheria e Sëmundjeve të Brendshme, QSUT

dorinashehi23@gmail.com

Abstrakt

Arsyetimi ose 'justifikimi' i ekzaminimeve radiografike është në praktikë vlerësimi i kryerjes së ekzaminimeve radiografike bazuar në përshtatshmërinë klinike dhe në të dhënat e pacientit. Kjo nënkupton që arsyetimi në radiografi kërkon vlerësimin e ekzaminimeve të kërkuara, justifikimin e ekspozimeve që aplikohen dhe përcaktimin nëse pacientët i përmbushin kriteret e rekomanduara për procedurë.

Bordi i Praktikës së Rrezatimit Mjekësor të Australisë (MRPBA) e identifikon justifikimin si një praktikë të nevojshme dhe të detyrueshme për radiografët. Megjithatë justifikimi mbetet një praktikë jokonsistente e zbatuar midis radiografëve. Prandaj synohet të identifikohen barrierat shoqëruese që pengojnë praktikën e qëndrueshme të justifikimit dhe hezitimin e radiografëve në ushtrimin e përgjegjësive të justifikimit .



Ndërkombëtarisht, justifikimi është një praktikë e detyrueshme dhe e nevojshme për radiografët. Për të inkurajuar praktikën e justifikimit dhe për të siguruar që pacientët të referohen për procedurat që janë të përshtatshme, janë krijuar udhëzime nga shumë vende të cilat përfshijnë: ACR (Kolegji Amerikan i Radiologjisë) dhe Direktiva e Ekspozimeve Mjekësore (MED) në Evropë. Studimi i fundit nga ACR përcaktoi se duke përdorur udhëzimet e referimit, 58% e ekzaminimeve radiografike të pajustifikuara mund të parandaloheshin.

Ekzistojnë tre nivele të justifikimit të një praktike radiologjike në mjekësi:

- Në nivelin e parë dhe më të përgjithshëm, përdorimi i duhur i rrezatimit në mjekësi pranohet se i bën më shumë mirë sesa dëm pacientit, pra përfitimet diagnostike janë më të mëdha sesa efektet e rrezatimit.
- Në nivelin e dytë, një procedurë e specifikuar me një klinikë mjekësore të caktuar pranohet dhe justifikohet. Qëllimi i nivelit të dytë të justifikimit është të gjykojë nëse procedura radiologjike do të përmirësojë diagnozën ose trajtimin, apo do të japë informacionin e nevojshëm për individët e ekspozuar.
- Në nivelin e tretë, aplikimi i protokollit për një pacient duhet të justifikohet.

Prandaj, të gjitha ekspozimet mjekësore individuale duhet të justifikohen paraprakisht.

Studiues të shumtë kanë shprehur mendime

të ndryshme rreth shqetësimeve të radiografëve në praktikë dhe faktorëve që pengojnë vullnetin dhe aftësinë e tyre për të kryer justifikimin e ekzaminimeve radiografike.

Autorët argumentuan se për shkak të dominimit mjekësor, monopoli që rezulton nga një profesion mund të krijojë konflikt në një profesion tjetër. Pra,do të krijohej konflikt interesi ndërmjet mjekëve radiologë dhe atyre referues të ekzaminimeve radiologjike.

Gjithashtu, radiografët nuk janë të gatshëm të sfidojnë modelet dhe protokollet tradicionale dhe do të hezitonin të sfidonin kërkesat që janë potencialisht të papërshtatshme. Pra, nuk arrijnë të kundërshtojnë mjekët kur kërkojnë ekzaminime jo të mbështetura në klinikën e pacientit. Prandaj, kryerja e justifikimit në mënyrë të vazhdueshme mbetet sfiduese për radiografët.

Faktorët kryesor kontribues janë dominimi mjekësor dhe prania e klinikave private të radiologjisë që ndikojnë në kryerje e e ekzaminimeve të shumta të pajustifikuara. Megjithatë, justifikimi i praktikuar vazhdimisht mund të paraqesë një mundësi për radiografët që të rrisin profilin e tyre profesional, kënaqësinë profesionale dhe cilësinë e punës duke pasur një ndikim më të madh në menaxhimin e pacientit. Kjo mundëson zhvillimin e praktikave dhe protokolleve të reja, duke përfituar pacientët në të ardhmen.

Përfitimetearsyetimitnëekzaminimetradiografike. Ndërsa nismat për kryerjen e justifikimit janë të shumta, padyshim përfitimi më i rëndësishëm i justifikimit është mbrojtja nga rrezatimi për pacientët. Kufizimi i dozës efektive të marrë nga pacientët është një element thelbësor për praktikën mjekësore, pasi përdorimi mjekësor i rrezatimit përbën më shumë se 99,9% të ekspozimit ndaj rrezatimit në mbarë botën.

MED rekomandon që radiografia e toraksit në projeksionin latero-lateral (L-L) nuk duhet të kryhet në rutinë, përveç rasteve kur justifikohet, gjë që mund të rezultojë në një reduktim mesatar të dozës efektive prej 0.11 mSv për pacientin.

Duhet të miratohet një qasje që nëse një procedurë nuk justifikohet, atëherë ajo nuk duhet të kryhet. Eliminimi i ekzaminimeve të pajustifikuara brenda praktikës klinike do të kontribuojë në uljen



e kostove në sistemin e kujdesit shëndetësor. Implikimet për departamentin e radiologjisë kur justifikimi nuk kryhet janë përdorimi joefektiv i kohës së stafit dhe humbja e burimeve.

Arsyetimi i duhur mbetet një nga sfidat më të rëndësishme për shërbimet dhe stafin radiologjik, qoftë nga këndvështrimi i sigurisë së pacientit dhe mbrojtjes nga rrezatimi ose përdorimi efikas i burimeve radiologjike, qofshin ato pajisje dhe objekte apo fuqi punëtore.

Arsyetimi është qëllimi thelbësor për të garantuar sigurinë e pacientit dhe kujdesin e duhur, duke arritur njëkohësisht përdorimin më të mirë të pajisjeve imazherike, përdorimin më të mirë të njohurive dhe aftësive të radiologëve dhe radiografëve dhe në ofrimin më të gjerë të kujdesit shëndetësor në vend.

Praktika e justifikimit në ekzaminimet radiografike kërkon që radiografët të bëjnë justifikimin ose arsyetimin përpara çdo ekzaminimi. Megjithatë kjo për fat të keq nuk është një praktikë e qëndrueshme në të gjitha kabinetet e radiologjisë. Për shkak të barrierave brenda departamentit të radiologjisë si dominimi mjekësor dhe kultura në vendin e punës, praktika e justifikimit midis radiografëve është e frenuar. Tejkalimi i këtyre çështjeve mund të arrihet me ndryshimet në kulturën e vendit të punës dhe bashkëpunimin e radiografit me mjekun referues.

Përdorimi i udhëzimeve të referimit në departamentet e radiologjisë duhet të inkurajohet gjithashtu pasi është vërtetuar se ndihmon në udhëheqjen e vendimmarrjes dhe zvogëlimin e numërit të ekzaminimeve radiografike të

pajustifikuara.

Duke qenë se justifikimi është një parim themelor i mbrojtjes nga rrezatimi, ai do të ndihmojë në parandalimin e ekspozimit të panevojshëm ndaj rrezatimit duke i mbrojtur pacientët nga ekzaminimet radiologjike të pajustifikuara. Radiografët që marrin pjesë aktive në procesin e vendimmarrjes për justifikimin e një ekzaminimi, përfundimisht do të kontribuojnë në përmirësimin e kujdesit dhe menaxhimit të pacientit.

Rekomandimet synojnë ndryshime në kulturën e vendit të punës, i cili inkurajon radiografët të pranojnë një rol më autonom që kultivon mendimin kritik, reflektimin dhe vendimarjen e bazuar në kërkime , si justifikimin që në fund do të perfitojnë pacientët.

Biografia



Ka përfunduar studimet Master 1 Shkencave në Imazheri në vitin 2018, pranë FSHMT, TIRANË. Nga maj 2018 e në vazhdim punon pranë kabinetit te radiologjisë në QSUT, si teknike imazherie.

Nga viti 2019 e në vazhdim eshte e angazhuar si mbikëqyrese klinike pranë FSHMT, Tiranë.

Referenca

1. *International Commission on Radiological Protection . The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection; 2007, p. 14. ICRP Publication 105. Ann. ICRP.*
2. *Australian Institute of Radiography. Professional Practice Standards for the Accredited Practitioner; 2013.*
3. *Royal College of Radiologists . A Guide to Justification for Clinical Radiologists; 2000. London: RCR Publications and Guidance. [Google Scholar]*
4. *Engel□Hills P. Radiation protection in medical imaging. Radiography 2006; 12: 153–60. [Google Scholar]*
5. *Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency . Fact Sheet, Ionising Radiation and Health. ; 2015.*
6. *International Atomic Energy Agency and World Health Organization . Bonn Call□for□Action, Joint position statement by the IAEA and WHO [Internet].2012 [cited 2016 Apr 28].*
7. *College of Radiographers (UK) . Medical image interpretation by radiographers. Definitive guidance; 2010.*
8. *The American College of Radiology (USA) . Registered Radiologist Assistant/Radiologist Practitioner Assistant; ACR Radiology Coding Source™ ; May□Jun 2010.*
9. *Royal College of Radiologists and the Society and College of Radiographers (UK) . Team working in clinical imaging [Internet]; 2012 [cited 2015 Mar 8]. Available from: http://www.sor.org/learning/document-library/team-working-clinical-imaging*
10. *Freckelton I. Advanced practice in radiography and radiation therapy: Report from the Inter□Professional Advisory Team (AIR); 2012.*
11. *Australian Institute of Radiography (AU) Advanced Practice for the Australian Medical Radiation Professions. Pathway to Advanced Practice Summary document and guidelines for application for accreditation; 2014.*

Efekti i një programi të rregullt ushtrimorë mbi brezin e legenit dhe dhimbjes së shpinës tek gratë shtatzëna joaktive më parë

Aisel Oseku[1]; Aledia Kondaj[1]; Surven Metolli[1]

[1]Universiteti i Sporteve të Tiranës.
aoseku@ust.edu.al

Abstrakt

Të qenit shtatzënë shoqërohet me rritje të masës trupore gjithashtu si disa ndryshime në sistemin muskuloskeletor, me ankesa të mundshme pasuese të shtatzënisë. Rekomandimet për ushtrime gjatë shtatzënisë sugjerojnë që, në mungesë të komplikimeve mjekësore dhe obstetrike, gratë shtatzëna duhet të synojnë të kryejnë të paktën 30 minuta ose më shumë aktivitet fizik me intensitet të moderuar çdo ditë.

Qëllimi: Për të përcaktuar nëse pjesëmarrja në një klasë të rehabilitimit në grup për gratë shtatzëna mund të parandalojë dhe trajtojë brezin e legenit si dhe dhimbjet e mesit.

Metodologjia: Gjithsej tridhjetë e pesë gra shtatzëna jo fizikisht aktive, mosha mesatare 30.7 vjeç (devijimi standard (SD) 4.0), indeksi mesatar i masës trupore para shtatzënisë 23.8 (SD 4.3). Ndërhyrja ushtrimore ndoqi udhëzimet e Kolegjit Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve dhe përfshinte një klasë të përgjithshme programesh ushtrimore prej 60 minutash, me 40 minuta stërvitje qëndrueshmërie dhe 20 minuta stërvitje force, duke përfshirë dhe stretchingun post program. Ky program do të ndiqej të paktën dy herë në javë për një minimum prej 12 javësh.

Rezultatet: Pati një ulje të ndjeshme (P=0.04) në dhimbje dhe aftësive lëvizore të grave shtatzëna. Gjithashtu, ndërhyrja ishte e rëndësishme në përmirësimin e qëndrueshmërisë posturale (në mesataren d=0.74) dhe rritje të ndjeshme të aktivizimit (P>0.05) të muskulit oblik abdominal të jashtëm pas ndërhyrjes.

Diskutimet: Sipas njohurive tona, ky është një nga pak hetimet i cili ka në bazë efektivitetin e zbatimit të një programi ushtrimor të mbikëqyrur me theksin në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe muskulore në gratë shtatzëna jo fizikisht aktive.

Konkluzionet: Si përfundim, një klasë rehabilitimi për gratë shtatzëna dy herë në javë me fokus në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe stërvitjen e forcës kishte efekt në reduktimin e dhimbjeve të legenit dhe dhimbjeve të mesit tek gratë shtatzëna joaktive më parë.

Fjalët Kyçe: Program Ushtrimor; Dhimbjet e mesit; Shtatzani; Joaktivitet; Program ushtrimor.

Hyrje

Të qenit shtatzënë shoqërohet me rritje të masës trupore gjithashtu me disa ndryshime në sistemin muskuloskeletor, si dhe me ankesa të mundshme pasuese të shtatzënisë (Vleeming A et al., 2008). Krahasuar edhe me gjendjen jo shtatzënë ka një rritje të ndjeshme në gratë që raportojnë dhimbje të mesit (LBP) gjatë shtatzënisë (Brynhildsen J et al., 1998). Sipas Pennic & Liddle, afërsisht dy të tretat e grave shtatzëna raportojnë LBP. Për të dyja kushtet, zakonisht, dhimbja përkeqësohet ndërsa shtatzania përparon dhe ndikon negativisht në punën, gjumin normal, si dhe aktivitetet e jetës së përditshme dhe



në nivelin e aktivitetit fizik (Wu WH et al.,2004). Për disa gra, dhimbja është ende këmbëngulëse disa vite pas lindjes (Robinson HS et al., 2010; Rost CC et al., 2006).

Rrjedhimisht, si PGP (dhimbje brezi pelvik) ashtu edhe LBP (dhimbje të mesit) kanë implikime të mëdha socio-ekonomike (Katz JN 2006), si dhe ndikim të rëndësishëm në fizikun, psikologjinë dhe cilësinë e jetës për gratë dhe familjet e tyre (Gutke A et al., 2006). Rekomandimet për ushtrime gjatë shtatzënisë sugjerojnë që, në mungesë të komplikimeve mjekësore dhe obstetrike, gratë shtatzëna duhet të synojnë të kryejnë të paktën 30 minuta ose më shumë aktivitet fizik me intensitet të moderuar çdo ditë, dhe/ose ushtrime 3–5 herë në javë për një minimum prej 15–30 minutash (Committee opinion, Obstet Gynecol, 2002; Artal R et al., 2003). Deri më sot, ka njohuri të pakta dhe rezultate jokonsistente në lidhje me ndikimin e ushtrimeve të rregullta në PGP dhe LBP gjatë shtatzënisë (Pennick V et al., 2013). Një përmbledhje e Cochrane nga viti 2013, tregoi se fizioterapia, agopunktura, përdorimi i rripave dhe jastëkëve të legenit, si dhe hidroterapia dhe programet e ushtrimeve stabilizuese dukej se lehtësonin legenin ose dhimbjen e shpinës më shumë se kujdesi i zakonshëm prenatal (Pennick V et al., 2013), pa një konsensus të qartë në lidhje me metodën më të mirë për parandalimin ose trajtimin e 2 gjendjeve (Elden H et al., 2005; Wang SM et al., 2009). Dhimbja e mesit (LBP) dhe dhimbja e brezit pelvik (PGP) janë një gjendje e shpeshtë në shtatzëni, e cila mund të fillojë herët, por rezultati maksimal i dhimbjes zakonisht gjendet gjatë tremujorit të tretë (Schulz KF et al., 2010). Ky fenomen mund të shpjegohet pjesërisht nga morfologjia dhe ndryshimet biomekanike të



vërejtura tek gratë shtatzëna (da Silva RA et al., 2015). Për shembull, muskujt skeletorë mund të rregullojnë strukturat/funksionet e tyre në përgjigje të madhësisë së rritur të barkut dhe ndryshimet në mjedisin hormonal të nënës. Këto përshtatjet mund të ndryshojnë kinematikën e segmentit të trungut, qëndrimin, ekuilibrin, stabilitetin dinamik, fleksibilitetin dhe rezistencën e muskujve ndaj lodhjes (Sklempe Kokic et al., 2017). Përveç kësaj, modeli i (Panjabit, 1992) mbështetet tek marrëdhënia midis statusit të LBP dhe lodhjes së muskujve të trungut. Në fakt, lodhja e muskujve të trungut mund të rrisë defiçitet neuromuskulare, që rezultojnë në lëvizje të shkurtra të pakontrolluara ndërvertebrale dhe, rrjedhimisht, mund të rrisin gjithashtu paqëndrueshmërinë e shtyllës kurrizore duke rezultuar në tendosje të indeve dhe në një efekt kumulativ të dhimbjes kronike të mesit dhe të brezit pelvik (Granata KP et al., 2008). Kjo mund të ndikojë në proprioceptimin lumbal dhe kontrollin e ekuilibrit në disa nëngrupe pacientësh (Parreira RB

et al., 2013).

Qëllimi kryesor i këtij studimi ishte të shqyrtonte nëse pjesëmarrja në një klasë fitnesi në grup për gratë shtatzëna dy here një javë, përveç 30 minutave të aktivitetit fizik të moderuar të vetë-imponuar në ditët e mbetura të javës, mund të parandalojë dhe trajtojë PGP dhe LBP në gratë shtatzëna më parë joaktive. Një program specifik rehabilitimi dhe një rritje të nivelit të aktivitetit fizik mund të ndihmojnë në menaxhimin më të mirë të LBP dhe PGP që vijnë nga shtatzënia dhe kontribuojnë në një cilësi më të mirë për jetën. Pjesëmarrja e rregullt në një program ushtrimor përmirëson shëndetin e përgjithshëm dhe aftësinë fizike të grave shtatzëna (Harrison CL et al., 2016). Periudha e shtatzanisë është një pjesë jetike e jetës riprodhuese të grave me shumë ndryshime fizike dhe biologjike në organizëm (Konlan KD et al., 2018). Programi ushtrimor tek gratë shtatzëna përmirëson qëndrimin dhe zvogëlon shqetësimet si dhimbjet e shpinës dhe lodhjen (Rodrigues WFG et al., 2011). Këto ushtrime janë të sigurta dhe nuk mund t'i ekspozojnë këto nëna shtatzëna ndaj asnjë rreziku apo komplikacioni. Për më tepër, ka prova që aktiviteti fizik mund të parandalojë diabetin gjestacional, të lehtësojë stresin dhe të ndërtojë më shumë qëndrueshmëri të nevojshme për lindjen (Cid M et al., 2016; Sanabria-Martínez G et al., 2015). Janë disa kundërindikacione për ushtrimet gjatë shtatzënisë të cilat mund të përfshijnë, por nuk kufizohen në: pamjaftueshmërinë e qafës së mitrës, preeklampsinë, sëmundjet e zemrës dhe mushkërive, placenta previa dhe tek anemitë e rënda (Meah VL et al., 2020; Tsakiridis I et al., 2020). Prandaj, duhet kërkuar një vendim klinik që të përjashtohet çdo kundërindikacion për ushtrimin gjatë shtatzënisë (Tsironikos GI et al., 2022; Olson D, et al., 2009). Pavaresisht kesaj, ka pasur disa keqkuptime të lidhura me aktivitetin fizik dhe ushtrimeve gjatë shtatzënisë duke përfshirë abortin, lindjen me peshë të ulët dhe lindje e hershme (Australian guidelines 2022; Mbada CE et al., 2014). Në Shqipëri gratë shtatzëna (kryesisht në zonat rurale dhe rajonet e pazhvilluara (Klrsten D. Senturia 2008), besojnë mitin që mund të çojnë në abort ushtrimet në tremujorin e parë. Interesante janë barrierat e raportuara për pjesëmarrjen në një program ushtrimor në mesin e grave shtatzëna dhe këto barriera janë një kombinim i gjendjes fizike, psikologjike dhe faktorëve social (Kandel P et al., 2021; Leiferman J et al., 2010). Ndërsa disa nga gratë shtatzëna raportuan siklet për pamjen e tyre trupore, të tjerat gjithashtu raportuan se mungesa e mbështetjes sociale nga të dashurit, dhe frika nga rreziku i ushtrimeve për veten dhe fetusin në rritje janë disa nga arsyet për të cilat ato preferojnë të mos marrin pjesë në stërvitje ose aktivitete fizike (Thornton PL et al., 2006; Clarke PE et al., 2003; Kieffer EC et al., 2002).

Metodologjia

Në studim u përfshin gra, ku nivelet e ushtrimeve të të cilave para shtatzënisë nuk përfshinin pjesëmarrjen në një program të strukturuar ushtrimesh (> 60 minuta një here në javë), duke përfshirë ecjen e shpejtë (> 120 minuta në javë), 6 muajt e fundit ishin të përshtatshëm për gjykim. Kriteret e tjera të përfshirjes ishin aftësia për të lexuar, kuptuar dhe folur gjuhën shqipe dhe të qenit brenda 24 javorit të parë të shtatzënisë.

Kriteret e përjashtimit ishin një histori a më shumë abortesh, sëmundje të rënda të zemrës (përfshirë simptomat të anginës, infarktit të miokardit ose aritmive), gjakderdhje të vazhdueshme pas 12 javëshit të shtatzënisë, shtatzëni e shumëfishtë, kontrolli i dobët i sëmundjes së tiroides, hipertensioni i shkaktuar nga shtatzënia ose pre-eklampsia, diabeti ose diabeti gjestacional dhe sëmundje të tjera që mund të ndërhyjnë në pjesëmarrjen e grave shtatzëna në studim.

Pjesëmarrësit u rekrutuan nëpërmjet mjekëve shëndetësorë (mjekët e familjes, mamitë) dhe faqet e internetit për gratë shtatzëna. Në total, 35 gra u rekrutuan nga marsi deri në tetor 2022. Shumica e pjesëmarrësve erdhën nga qyteti i Tiranës, Të gjitha procedurat vijuese përfunduan deri në janar 2023.

Në total, pjesëmarrësit u ekzaminuan 3 herë gjatë periudhës së studimit. Vizita e parë ishte ndërmjet javës 12 dhe 24 të shtatzënisë (vizita bazë), e dyta në javën 36-38 (pas ndërhyrjes) dhe 6-8 javët e fundit pas lindjes (vizita pas lindjes). Çdo vizitë zgjati afërsisht 60–75 minuta duke

përfshirë, përveç intervistave të standardizuara për vlerësimin e shëndetit, si PGP dhe LBP, matjet e

gjatësisë dhe peshës trupore, trashësia e palosjes së lëkurës dhe një provë e hapit të profilit nënmaksimal të laktatit (treadmill testi i ecjes).

Pjesëmarrësve për të ushtruar u është caktuar të merrnin pjesë të paktën 2 nga 3 klasat e mundshme 1 orëshe të kërcimit aerobik në javë, për një minimum prej 12 javësh. Çdo seancë fillonte me 5 minuta nxemje, e ndjekur nga 35 minuta stërvitje për qëndrueshmëri dhe kërcim aerobik, duke përfshirë relaksimin. Kjo u pasua nga 15 minuta stërvitje forcash me një fokus të veçantë në muskujt e stabilizimit të thellë të barkut (të oblikut të brendsh dhe muskulit transvers të barkut), si dhe muskujt e dyshemesë së legenit dhe të shpinës. Pesë minutat e fundit përfshinin shtrirje, relaksim dhe ushtrimes trupore ndërgjegjësimi. Rutina e kërcimit aerobik përfshinte një ndikim të ulët ushtrimor (pa kërcime apo vrapim), stërvitje me hapa të ngadaltë. Gjatësia e hapit dhe rrotullimet e trupit u reduktuan në minimum, së bashku me kryqëzimet e këmbëve dhe u shmangën ndryshime të mprehta dhe të papritura të pozicionit. Programi Ushtrimor ndoqi këshillat e Kongresit aktual Amerikan të Obstetërve dhe gjinekologëve (ACOG, 2002) me programe ushtrimesh të standartizuara.

Të gjithë pjesëmarrësit dhanë pëlqimin me shkrim për të marrë pjesë dhe procedurat bazoheshin në Deklaratën e Shoqatës Botërore të Mjekësisë të Helsinkit.

Rezultatet

Në fiilim të studimit, normat e prevalencës së PGP dhe LBP për të gjithë grupin (n = 35) ishin përkatësisht 15.6% dhe 19.4%. Për PGP, shumica e pjesëmarrëseve (53%) përkufizuan dhimbjen vetëm në simfizën pubike. LBP, dhimbje në pjesën e sipërme të shpinës ose një kombinim i të dyjave janë raportuar më përkatësisht 67%, 17.8% dhe 5.4%.

Pati një ulje të ndjeshme (P=0.04) në dhimbje dhe aftësive lëvizore të grave shtatzëna. Gjithashtu, ndërhyrja ishte e rëndësishme në përmirësimin e qëndrueshmërisë posturale (në mesataren d=0.74) dhe rritje të ndjeshme të aktivizimit (P>0.05) të muskulit oblik abdominal të jashtëm pas ndërhyrjes.

Nuk u gjetën dallime të rëndësishme në matjet sekondare, rezultatet në lidhje me paaftësinë dhe ashpërsinë e ankesave, nuk nxorën në pah asnjë grua me PGP të kishte kufizime serioze në

aktivitetet e jetës së përditshme, raportime të përcaktuara si përdorimi i patericave "Ndonjëherë ose Shumicën e ditës".

Diskutime

Prania e instruktorëve të kualifikuar për udhëzim dhe mbikëqyrje, si dhe regjistrimin e ushtrimeve si nga instruktorët e fitnesit, si nga pacientet nëpërmjet regjistrimeve në një ditar trajnimi, mund të konsiderohen pikat e forta të studimit. Kufizimet e studimit përfshijnë vogëlsinë e mostrës, e cila nuk bazohej në llogaritjet a priori të fuqisë së kampionit për rezultatet e PGP dhe LBP, humbje disi e lartë për ndjekjen pas testit dhe respektim i ulët në orët e ushtrimeve në grup.

Në studimin aktual, ne theksuam rëndësinë e respektimit të protokollit të ushtrimeve. Përveç kësaj, çdo pjesëmarrësi në programin ushtrimor iu kërkua të përfundonte një stërvitje në shtëpi për të regjistruar të gjithë aktivitetin fizik në ditar tek ditët e javës të pa mbikqyrura. Përdorimi i ditarëve të ushtrimeve ka treguar më parë për një rritje të respektimit të ushtrimeve në shtëpi (Moseley GL 2006). Sipas disa studimeve, PGP është më e zakonshme, sidomos nga tremujori i dytë dhe ka dëmtime më të mëdha funksionale se LBP (Robinson HS et al., 2010). Në të tashmen studimi PGP dhe LBP u ndanë me pyetje të ndryshme, në përputhje me studimin e Bø & Backe-Hansen 2007, duke treguar se një pyetësor i standardizuar i kryer në një grup intervistash janë në gjendje të bëjnë dallimin midis këtyre 2 kushteve. Megjithatë, pyetje më të detajuara, duke përfshirë përdorimin e grafikëve të trupit duke i dhënë mundësi pjesëmarrësve të japin më shumë informacion rreth vendndodhjes, natyrës dhe shtrirjes së dhimbjes, mund ta kenë bërë më të lehtë klasifikimin e grave në 2 grupe: 1- gra me (PGP/LBP) dhe 2- gra pa (PGP/LBP).

Konkluzione

Stërvitja gjatë shtatzënisë është e lidhur me përfitime të shumta shëndetësore. Gratë shtatzëna duhet të jenë fizikisht aktive gjatë gjithë shtatzënisë me synimin për të arritur të paktën 120 minuta

aktivitet fizik me intensitet mesatar në javë, të paktën 30 minuta në kohë dhe më pak se 60 minuta për seancë. Kjo mund të ndodhë të paktën 2 ditë në javë ose çdo ditë. udhëzimet rekomandojnë të gjitha ushtrimet aerobike (ecje të shpejtë, çiklizëm të palëvizshëm ose not) dhe aktivitete stërvitore me rezistencë. Si përfundim, një klasë rehabilitimi për gratë shtatzëna dy herë në javë me fokus në stërvitjen e qëndrueshmërisë kardiovaskulare dhe stërvitjen e forcës kishte efekt në reduktimin e dhimbjeve të legenit dhe dhimbjeve të mesit tek gratë shtatzëna joaktive më parë.

Gjetjet nga studimi ynë nxjerrin në pah barrierat që gratë shtatzëna përballen kur përpiqen të ndërmarrin një jetë të shëndetshme dhe fizikisht aktive. Vështirësitë në funksionalizimin e informacionit, mungesës së njohurive dhe burimeve rreth mënyrës sesi të jesh e sigurt dhe aktive në shtatzani. Ndërhyrjet e ardhshme duhet të fokusohen në përmirësimin e efektivitetit të këshillimit nga ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe adresimi i besimeve dhe vlerave të grave përreth aktiviteti fizik. Duhet të kryhen kërkime të mëtejshme për të vlerësuar përditshmërinë e udhëzimeve të përditësuara të aktivitetit fizik në shtatzani dhe të adresohen strategji për t'i bërë burimet e informacionit më të aksesueshme ndaj popullsisë mesatare.

Biografi:

Aisel Oseku eshte diplomuar ne Bachelor në Shkencat Fizioterapike nga Departamenti i Fizioterapisë (Universiteti Zoja e Këshillit të Mirë) Tiranë, Shqipëri, në vitin 2010, dhe mori një Diplomë Master në Shkencat Rehabilituese të Profesioneve Shëndetësore.



Prej vitit 2011 është pedagoge në Universitetin e Sporteve të Tiranës, Fakulteti i Veprimtarisë Fizike dhe Rekreacionit. Aktualisht pedagoge në Fakultetin e Shkencave të Rehabilitimit.

Referenca

1. ACOG. Committee opinion. Number 267, January 2002: Exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol 2002; 99: 171–173.

2. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med 2003; 37: 6–12.

3. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. J Sci Med Sport. (2022) 25:511–9. doi: 10.1016/j.jsams.2022.03.008.

4. Bo K, Backe-Hansen KL. Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy? Scand J Med Sci Sports 2007; 17: 480–487.

5. Brynhildsen J, Hansson A, Persson A, Hammar M. Follow-up of patients with low back pain during pregnancy. Obstet Gynecol 1998; 91: 182–186.

6. Cid M, González M. Potential benefits of physical activity during pregnancy for the reduction of gestational diabetes prevalence and oxidative stress. Early Hum Dev. (2016) 94:57–62. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.01.007.

7. Clarke PE, Gross H. Women's behaviour, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. Midwifery. (2004) 20:133–41.doi: 10.1016/j.midw.2003.11.003.

8. da Silva RA, Vieira ER, Cabrera M, Altimari LR, Aguiar AF, Nowotny AH, et al. Back muscle fatigue of younger and older adults with and without chronic low back pain using two protocols: A case-control study. J Electromyogr Kinesiol 2015;25:928–36.

9. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. BMJ 2005; 330: 761.

10. Granata KP, Gottipati P. Fatigue influences the dynamic stability of the torso. Ergonomics 2008;51:1258–71.

11. Gutke A, Ostgaard HC, Oberg B. Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. Spine (Phila Pa 1976) 2006; 31: E149–E155.

12. Harrison CL, Brown WJ, Hayman M, Moran LJ, Redman LM. March. The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. Semin Reprod Med. (2016) 34:e28–37. doi: 10.1055/s-0036-1583530

13. Kandel P, Lim S, Pirotta S, Skouteris H, Moran LJ, Hill B. Enablers and barriers to women's lifestyle behavior change during the preconception period: a systematic review. Obes Rev. (2021) 22:e13235. doi: 10.1111/obr.13235.

14. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain:

socioeconomic factors and consequences. J Bone Joint Surg Am 2006; 88 Suppl 2: 21–24.

15. Kieffer EC, Willis SK, Arellano N, Guzman R. Perspectives of pregnant and postpartum Latino women on diabetes, physical activity, and health. Health Educ Behav. (2002) 29:542–56. doi: 10.1177/109019802237023.

16. Klrsten D. Senturia. "A Woman's Work Is Never Done: Women's Work and Pregnancy", Outcome in Albania First published: 08 January 2008 https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.3.375.

17. Konlan KD, Kombat JM, Japiong M, Konlan KD. Perception of pregnant women on maternity care services at the volta regional hospital, Ghana. Int J Commun Med Public Health. (2018) 5:2699. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20182602

18. Leiferman J, Swibas T, Koiness K, Marshall JA, Dunn AL. My baby, my move: an examination of perceived barriers and motivating factors related to antenatal physical activity. J Midwifery Womens Health. (2011) 56:33–40.doi: 10.1111/j.1542-2011.2010.00004.x.

19. Mbada CE, Adebayo OE, Adeyemi AB, Arije OO Dada OO, Akinwande OA, et al. Knowledge and attitude of Nigerian pregnant women towards antenatal exercise: a cross-sectional survey. ISRN Obstet Gynecol. (2014) 2014:260539. doi: 10.1155/2014/260539.

20. Meah VL, Davies GA, Davenport MH. Why can't I exercise during pregnancy? time to revisit medical 'absolute' and 'relative contraindications: a systematic review of the evidence of harm and a call to action. Br J Sport Med. (2020) 54:1395–404. doi: 10.1136/bjsports-2020-102042.

21. Moseley GL. Do training diaries affect and reflect adherence to home programs? Arthritis Rheum 2006; 55: 662–664.

22. Olson D, Sikka RS, Hayman J, Novak M, Stavig C. Exercise in pregnancy. Curr Sport Med Rep. (2009) 8:147–53. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181a61d51.

23. Panjabi MM. The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. J Spinal Disord 1992;5:383–9, discussion 397.

24. Parreira RB, Amorim CF, Gil AW, Teixeira DC, Bilodeau M, da Silva RA. Effect of trunk extensor fatigue on the postural balance of elderly and young adults during unipodal task. Eur J Appl Physiol 2013;113:1989–96.

25. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2013; 8: CD001139.

26. Robinson HS, Mengshoel AM, Bjelland EK, Vollestad NK. Pelvic girdle pain, clinical tests and disability in late pregnancy. Man Ther 2010; 15: 280–285.

27. Robinson HS, Mengshoel AM, Veierod MB, Vollestad N. Pelvic girdle pain: potential risk factors in pregnancy in relation to disability and pain intensity three months postpartum. Man Ther 2010; 15: 522–528.

28. Rodrigues WFG, Silva LRD, Nascimento MADL, Pernambuco CS, Giani TS, Dantas EHM. Prevalence of lower back pain and physical inactivity: the impact of psychosocial factors in pregnant women served by the family health strategy. Einstein. (2011) 9:489–93. doi: 10.1590/s1679-45082011ao2186.

29. Rost CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhagen AP, Koes BW. Prognosis of women with pelvic pain during pregnancy: a long-term follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 771–777.

30. Sanabria-Martínez G, García-Hermoso A, Poyatos-León R, Álvarez-Bueno C, Sánchez-López M, Martínez-Vizcaíno V. Effectiveness of physical activity interventions on preventing gestational diabetes mellitus and excessive maternal weight gain: a meta-analysis. BJOG Int J Obstet Gynaecol. (2015) 122:1167–74. doi: 10.1111/1471-0528.13429.

31. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC Med 2010;8:18.

32. Sklempe Kokic I, Ivanisevic M, Uremovic M, Kokic T, Pisot R, Simunic B. Effect of therapeutic exercises on pregnancy-related low back pain and pelvic girdle pain: secondary analysis of a randomized controlled trial. J Rehabil Med 2017;49:251–7.

33. Thornton PL, Kieffer EC, Salabarría-Peña Y, Odoms-Young A, Willis SK, Kim H, et al. Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: the role of social support. Matern Child Health J. (2006) 10:95–104. doi: 10.1007/s10995-005-0025-3

34. Tsakiridis I, Bakaloudi DR, Oikonomidou AC, Dagklis T, Chourdakis M.Exercise during pregnancy: a comparative review of guidelines. J Perinat Med.(2020) 48:519–25. doi: 10.1515/jpm-2019-0419.

35. Tsironikos GI, Perivoliotis K, Bargiota A, Zintzaras E, Doxani C, Tatsioni A.Effectiveness of exercise intervention during pregnancy on high-risk women for gestational diabetes mellitus prevention: a meta-analysis of published RCTs. PLoSONE. (2022) 17:e0272711. doi: 10.1371/journal.pone.0272711.

36. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. Eur Spine J 2008; 17: 794–819.

37. Wang SM, Dezinno P, Lin EC, Lin H, Yue JJ, Berman MR, et al. Auricular acupuncture as a treatment for pregnant women who have low back and posterior pelvic pain: a pilot study. Am J Obstet Gynecol 2009; 201: 271–279.

38. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J 2004; 13: 575–589.

Efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të kinesiotapit dinamik në qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë në individë me dhimbje kronike jo specifike të mesit

Surven Metolli[1]; Aledia Kondaj[1]; Aisel Oseku[1]

[1]Universiteti i Sporteve të Tiranës.
smetolli@ust.edu.al

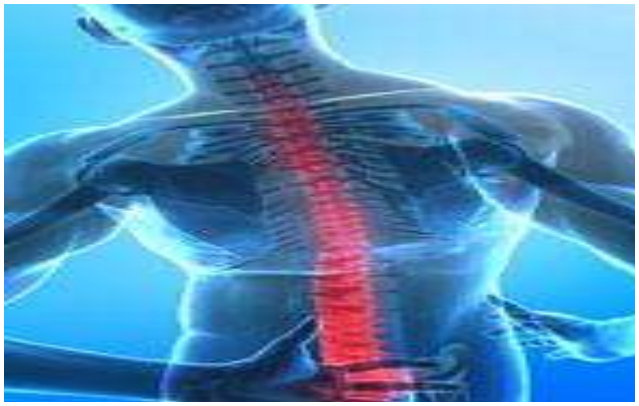
Abstrakt

Tapi dinamik (DT) është një teknikë relativisht e re trajtimi, e cila po përdoret gjithnjë e më shumë si një metodë ndihmëse për trajtimin e problemeve muskuloskeletore. Sipas njohurive tona, asnjë studim nuk ka hetuar aplikimin e Tapit Dinamik (DT) në individët me CNLBP.

Qëllimi: Për të krahasuar efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra të Tapit Dinamik (DT) kundrejt mos përdorimit të Tapit midis pacientëve me CNLBP mbi dhimbjen, qëndrueshmërinë, paaftësinë dhe lëvizshmërinë.

Metodologjia: Dyzet pacientë me CNLBP u caktuan dhe u ndanë rastësisht në 2 grupe. Rezultatet janë matur 20 minuta menjëherë pas vendosjes së tapimgut në kohën T0 dhe në ditën e tretë pas aplikimit të shiritave dinamik në kohën T1. Rezultatet kryesore të dhimbjes, qëndrueshmërisë dhe paaftësisë u matën përmes shkallës analoge vizuale (VAS) dhe indeksit të aftësisë së kufizuar Oswestry (ODI). Qëndrueshmëria e ekstensorëve të shpinës u mat në sekonda duke përdorur testin Biering-Sorensen.

Rezultatet: U gjetën dallime të rëndësishme të menjëhershme dhe afatshkurtra midis DT dhe mos përdorimit të Dt në dhimbje, paaftësi dhe lëvizshmëri.



Përmirësimi i qëndrueshmërisë së ekstensorit të shpinës u vu re për grupin e përdorimit të DT ($p = 0.002$).

Diskutimet: Sipas njohurive tona, ky është studimi i parë që analizon efektin e DT në CNLBP. Kjo hipotezë e studimit se përmirësimi do të gjendej në grupin DT krahasuar me grupin jo përdorues të DT nuk u konfirmua përveçse me qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor të shpinës.

Konkluzionet: Aplikimi i DT mund të rezultojë në përmirësime vetëm në qëndrueshmërinë e ekstensorit të shpinës tek individët me CNLBP. Ky konstatim sugjeron që DT kontrollon proceset që çojnë në lodhjen e muskujve të shpinës.

Fjalët Kyçe: Dhimbjet e mesit; rehabilitimi, kinesiotape, paaftësi lëvizore, qëndrueshmëri.

Hyrje

Dhimbja e mesit (LBP) është një gjendje kritike e shëndetit publik që shoqërohet me një shkallë të lartë të mungesave në punë, paaftësisë lëvizore si dhe dhe përdorimi më i shpeshtë i shërbimeve shëndetësore (Hoy D et al., 2013). LBP-ja më e zakonshme është LBP jo specifik, i cili prek njerëzit e të gjitha moshave dhe është kontribuesi më i rëndësishëm në barrën e sëmundjeve në mbarë botën (Maher C et al., 2017). Dhimbja kronike jo specifike e shpinës (CNLBP) manifestohet si dhimbje, ngurtësi, tension muskulor, kufizim në lëvizje dhe paaftësi ndërmjet kufirit brinjor dhe palosjeve gluteale inferiore që zgjasin për 12 javë ose më shumë (Rubinstein SM et al., 2011), dhe konsiderohet si një nga shkaqet kryesore të paaftësisë gjatë gjithë jetëgjatësisë (Vos T et al., 2015). Literatura aktuale mbështet disa opsione për trajtimin e LBP që ndryshojnë sipas kohëzgjatjes së simptomave (Qaseem A et al., 2017) dhe klasifikimin e kësaj gjendjeje (Delitto A et al., 2012). Këto trajtime përfshijnë opsione si: programe edukative (Parreira P et al., 2017), terapi të sjelljes (Henschke N et al., 2010), terapi konjiktive (Hajihasani A et al., 2019), mjekim (Chou R et al., 2017), agjentë elektrofizikë (Murtezani A et al., 2015), terapi manuale (Namnaqani FI et al., 2019), kinesio taping (Vanti C et al., 2015), ushtrime të përgjithshm (Fisher LR et al., 2020), dhe ushtrime specifike të stabilizimit të shtyllës kurrizore (Haladay DE et al., 2013).

Taping është një nga ndërhyrjet terapeutike të praktikuara nga fizioterapistët dhe të tjerë anëtarët në ekipin e rehabilitimit. Lëndimet sportive, llojet e ndryshme të kushteve klinike dhe çrregullimet në shtyllën kurrizore parandalohen ose menaxhohen me anë të teknikave taping (Alexander CM et al., 2003). Të shumta janë llojet e vendosjes së shiritave taping dhe metodat e tyre të aplikimit janë të disponueshme, me baza të ndryshme filozofike në lidhje me mënyrat e tyre të veprimit. Shiritat Kinesiotape (KT), Shiritat dinamik (DT), shiritat mikropore, shiritat sportiv dhe shumë lloje të tjera janë të disponueshme për të menaxhuar dhe/ose rikuperuar lëndimet (Morris D et al., 2012).

DT është një teknikë relativisht e re trajtimi që po bëhet gjithnjë e më shumë një ndihmës për trajtimin e problemeve muskuloskeletore. Në vitin 2009, fizioterapisti muskuloskeletor Ryan



Kendrick krijoi DT, i cili përbëhet nga një material visko-elastik najloni i cili mund të shtrihet në katër drejtime, ka rezistencë të fortë elastike dhe zmbrapsjeje, si dhe një shkallë të lartë të shtrirjes (më shumë se 200%) pa pikë përfundimtare të ngurtë dhe veti visko-elastike. Primare në mënyrën e veprimit të DT është ana mekanike (ngadalësimi i punës ekscentrike, thithja e ngarkesës dhe

ndihma e lëvizjes), ndërsa mënyra e dytë e funksionimit është neurofiziologjike (McNeill W et al., 2016).

Megjithatë, meqenëse funksionaliteti i DT-së s'është aktualisht i panjohur në CNLBP, është e vlefshme të vlerësohen efektet e menjëhershme dhe afatshkurtra në një studim përpara kryerjes së një kontrolli më të madh të rastësishëm prove me një ndjekje afatgjatë.

Metodologjia

Kriteret e përfshirjes ishin si më poshtë: pacientët nga 19 deri në 23 vjeç, të referuar në terapi fizike me diagnozë LBP (dhimbje mesi), me një kohëzgjatje minimale të simptomave jo më shumë se 12 javë, Rezultati i intensitetit të dhimbjes prej 3 e lart në një shkallë analoge vizuale 10 cm të gjatë dhe një vlerësim për aftësinë e kufizuar të paktën 20% në indeksin e aftësisë së kufizuar Oswestry (ODI) (Algarni A et al., 2014) në kohën e vlerësimit. Kriteret e përjashtimit ishin si më poshtë: çdo kundër indikacion për taping, dhimbje që rrezatohet në gju, patologji të njohura ose të dyshuara serioze kongjenitale ose të fituara të shtyllës kurrizore,

kirurgji të shtyllës kurrizore, hernia diskale lumbare, deformime të shtyllës kurrizore, artrit reumatoid. Dyzet pacientë me CNLBP u caktuan dhe u ndanë rastësisht në 2 grupe, grupi i përdorimit të DT (tapingu dinamik) (n=20) dhe grupi pa asnjë terapi (n=20).

Matjet e rezultateve do të vlerësohen 20 minuta menjëherë pas aplikimit të shiritit dinamik në kohën T0 dhe në ditën e tretë të aplikimit në kohën T1.

Një interval pushimi prej 15 minutash ishte i mjaftueshëm për të matur rezultatet midis subjekteve me LBP pas aplikimit të shiritit dinamik, sipas një studimi të bërë nga Velasco-Roldan et al.)20, por ne në studimin tonë zgjodhëm një interval pushimi prej 20 minutash për ta bërë pacientin të ndjehet më konfort me shiritin dinamik.

Vlerësimi bazë përfshinte të dhëna demografike, histori mjekësore dhe ekzaminim fizik.

Të dhënat demografike përfshinin moshën e pacientëve, peshën trupore (kg), gjatësinë (cm) dhe indeksin e masës trupore BMI (pesha në kilogram e ndarë me gjatësinë në metra katror), statusi martesor, arsimimi, statusi i punësimit, pirja e duhanit, kohëzgjatja dhe episodi i fundit i gjendjes, si dhe ushtrimet e rregullta nëse ishin aktiv fizikisht. Ekzaminimi fizik rutinë i kryer për të përcaktuar subjektin nuk përfshin LBP me origjinë neurologjike.

Qëndrueshmëria e ekstensorëve të shpinës u mat në sekonda duke përdorur testin Biering-Sorensen. Pjesëmarrësit u pozicionuan në një tavolinë trajtimi me gjysmën e poshtme të trupit të tyre të siguruar me tre rripa. Për testimin e aftësive të pjesëmarrësve për të mbajtur një pozicion horizontal u caktua me kohë duke përdorur një kronometër/kohëmatës dhe inkurajimi verbal i standartizuar u dha në interval prej 30 sekondash.

Është marrë miratimi etik për protokollet e studimit nga Këshilli Etik Institucional në Universitetin e Sporteve të Tiranës. Pëlqimi i informuar me shkrim u mor nga të gjithë pjesëmarrësit përpara regjistrimit në studim dhe të gjitha të drejtat ishin të mbrojtura.

Rezultatet

Gjithsej 40 subjekte me CNLBP u zgjodhën nga 10 janari 2022 deri më 31 janar 2023. Gjatë fazës së mbledhjes dhe analizës së të dhënave nuk u regjistruan asnjë humbje të pjesëmarrësve. Në krahasimi demografik dhe ai bazë midis grupeve, nuk u gjetën dallime ndërmjet tyre pjesëmarrësve ($p > 0.05$). Metodat e përziera ANOVA treguan një ndryshim domethënës midis grupeve dhe kohës për dhimbjen, qëndrueshmërinë, lëvizshmërinë dhe ndërsa paaftësia tregoi një ndryshim domethënës vetëm në intervale kohore. Gjetjet e tona treguan se metoda DT ($p<0.002$) uli ndjeshëm dhimbjen sesa metoda pa shirit. DT ndihmoi ndjeshëm në rritjen e qëndrueshmërisë së ekstensorëve të shpinës sesa pa shirit ($p = 0.020$). Nuk vihet re ndonjë ndryshim domethënës në paaftësi midis dy grupeve ($p>0.05$). DT zbuloi një përmirësim të dukshëm në lëvizshmërinë kurrizore se në atë pa shirit ($p = 0.005$).

	% at the beginning	% (After 20 minutes)	% (After 3 days)
0-20% Minimal disability	**12**	**24**	**37**
21-40% Moderate disability	**17**	**14**	**2**
41-60% Severe disability	**7**	**2**	**1**
61-80% Crippled	**4**	**0**	**0**
81-100%	**0**	**0**	**0**
	40	40	40

Diskutimet

Tapingu përdoret zakonisht si një teknikë ndihmëse në parandalimin dhe menaxhimin e kushteve muskuloskeletore (Thelen MD et al., 2008). Sipas njohurive tona, ky është studimi i parë që analizon efektin e DT në CNLBP. Kjo hipotezë e studimit se përmirësimi do të gjendej në grupin DT krahasuar me grupin jo përdorues të DT nuk u konfirmua përveçse me qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor të shpinës. Tkurrja e çuditshme e muskujve të shpinës është jashtëzakonisht e ndërlikuar gjatë ngritjes së objekteve ose nga përkulja përpara në qëndrimin në ereksion te subjektet me LBP (Shirado O et al., 1995). Muskujt ekstensor të shpinës shpesh duhet të

gjenerojnë një forcë jashtëzakonisht të madhe për të ngritur trupin dhe/ose për të mbajtur objekte të rënda (Gallagher S, 2008).

Është shumë e rëndësishme të kontrollohet rrotullimi maksimal i gjeneruar nga muskulatura zgjatuese e shtyllës kurrizore gjatë tkurrjes ekscentrike dhe koncentrike në aktivitetet e përditshme dhe të minimizohet efekti i ngarkesës së jashtme ose peshës trupore në ekstensorët e shpinës për pacientët me CNLBP (Shirado O et al., 1995). DT ka cilësinë e një efekti mekanik për të ngadalësuar punën e çuditshme, duke ndihmuar lëvizjen koncentrike dhe duke thithur ngarkesën e vendosur në muskuj gjatë lëvizjeve të thjeshta dhe komplekse (Velasco-Roldan O et al., 2017). DT aplikohet kur artikulacioni është në një pozicion të shkurtuar, pasi muskuli zgjatet, shiriti shtrihet më tej dhe energjia e përthithur ruhet si energji potenciale elastike. Gjatë aktiviteteve të përditshme, muskujt shkurtohen dhe energjia e ruajtur më pas transferohet kthehet në energjinë kinetike. Si rezultat, kjo ndihmon lëvizjen e muskujve, ndërsa energjia e transferuar çon në ulje të ngarkesës së punës, përmirësim të efikasitetit biomekanik dhe përmirësimin e tolerancës ndaj lodhjes nga muskujt që punojnë (Murray M, 2013). Për sa i përket aftësisë së kufizuar, është një çështje thelbësore në LBP, që ndikon në performancën fizike dhe punën produktive. Klinicistët duhet të trajtojnë rëndësinë e minimizimit të problemeve të lidhura me aftësinë e kufizuar gjatë rehabilitimit të tyre në CNLBP.

Konkluzionet

Ne synuam të vlerësonim efektivitetin e menjëhershëm dhe afatshkurtër të DT-së në dhimbje, qëndrueshmëri, paaftësi, lëvizshmëri në mesin e pacientëve me CNLBP. Rezultatet treguan një përmirësim domethënës ($p<0.05$) të menjëhershëm dhe afatshkurtër vetëm në shpinë dhe qëndrueshmërinë e muskujve ekstensor midis individëve me CNLBP në favor të DT. Ky konstatim sugjeron që DT kontrollon proceset që çojnë në lodhjen e muskujve të shpinës.

Frika e lëvizjes e lidhur me dhimbjen lidhet ndjeshëm me kufizimin e performancës fizike midis pacientëve me LBP kronik.



Biografi:

Phd. Surven Metolli mori një Diplomë Shkencash në Mjekësi të Përgjithshme nga Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Tiranës, Shqipëri, në vitin 2008.

Ai filloi një program të tretë studimi (specializimi) në Departamentin e Mjekësisë së Familjes, Universiteti i Mjekësisë, Tiranë, Shqipëri në vitin 2011. Ai iu bashkua Komisionit Kombëtar Antidoping në maj 2015 dhe aktualisht mban pozicionin e Drejtorit të Përgjithshëm të Organizatës Shqiptare Antidoping.

Gjithashtu prej vitit 2011 pedagog pranë Universitetit të Sporteve të Tiranës, Fakulteti i Aktivitetit Fizik dhe Rekreacinit.

Referenca

1. *Alexander CM, Stynes S, Thomas A, Lewis J, Harrison PJ. Does tape facilitate or inhibit the lower fibres of trapezius? Man Ther. 2003; 8(1):37–41. https://doi.org/10.1054/math.2002.0485 PMID: 12586560.*
2. *Algarni A, Ghorbel S, Jones JG, Guermazi M. Validation of an Arabic version of the Oswestry index in Saudi Arabia. Ann Phys Rehabil Med. 2014; 57(9–10):653–663. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014. 06.006 PMID: 25262247.*
3. *Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2017; 166(7):480–492. https://doi.org/10.7326/M16-2458 PMID: 28192790.*
4. *Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Orthopaedic section of the American Physical Therapy Association: low back pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2012; 42(4):A1–57 https://doi.org/10.2519/jospt.2012.42.4.A1 PMID: 22466247.*
5. *Fisher LR, Alvar BA, Maher SF, Cleland JA. Short-term Effects of Thoracic Spine Thrust Manipulation, Exercise, and Education in Individuals With Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. J Orthop Sports Phys Ther. 2020; 50(1):24–32. https://doi.org/10.2519/jospt.2020.8928*

PMID: 31810405.
6. Gallagher S. Reducing low back pain and disability in mining. NIOSH, Department of Health and Human Services. 2008. https://www.cdc.gov/niosh/mining/works/coversheet406.html.
7. Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, Hedayati R, Kahlaee AH. The influence of cognitive behavioral therapy on pain, quality of life, and depression in patients receiving physical therapy for chronic low back pain: a systematic review. PM R. 2019; 11(2):167–176. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2018.09.029 PMID: 30266349
8. Haladay DE, Miller SJ, Challis J, Denegar CR. Quality of systematic reviews on specific spinal stabilization exercise for chronic low back pain. J Orthop Sports Phys Ther. 2013; 43(4):242–250. https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4346 PMID: 23321935.
9. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database of Syst Rev. 2010(7): CD002014. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014.pub3 PMID: 20614428.
10. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014; 73(6):968–974. https://doi.org/ 10.1136/annrheumdis-2013-204428 PMID: 24665116.
11. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet. 2017; 389(10070):736– 747. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9 PMID: 27745712.
12. McNeill W, Pedersen C. Dynamic tape. Is it all about controlling load? J Bodyw Mov Ther. 2016; 20 (1):179–188. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2015.12.009 PMID: 26891654.
13. Morris D, Jones D, Ryan H, Ryan CG. The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review. Physiother Theory Pract. 2013; 29(4):259–270. https://doi.org/10.3109/09593985.2012.731675 PMID: 23088702.
14. Murray M. The effects of kinesiology tape and dynamic tape on the Y balance test. B. Sc. Thesis. Cardiff Metropolitan University. 2013. http://hdl.handle.net/10369/5035.
15.Murtezani A, Govori V, Meka VS, Ibraimi Z, Rrecaj S, Gashi S. A comparison of mckenzie therapy with electrophysical agents for the treatment of work related low back pain: A randomized controlled trial. JPLOS ONE Effect of dynamic tape in chronic non-specific low back pain PLOS ONE | https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239505 September 29, 2020 14/17 Back Musculoskelet Rehabil. 2015; 28(2):247–253. https://doi.org/10.3233/BMR-140511 PMID: 25159291.
16.Namnaqani FI, Mashabi AS, Yaseen KM, Alshehri MA. The effectiveness of McKenzie method compared to manual therapy for treating chronic low back pain: a systematic review. J Musculoskelet Neuronal Interact. 2019; 19(4):492–499. PMID: 31789300.
17. Parreira P, Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Koes BW, Poquet N, et al. Back schools for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 8(8): CD011674. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011674.pub2 PMID: 28770974.
18.Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017; 166(7):514–530. https://doi.org/10.7326/M16-2367 PMID: 28192789.
19. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 2:CD008112. https://doi.org/10. 1002/14651858.CD008112.pub2 PMID: 21328304.
20. Shirado O, Ito T, Kaneda K, Strax TE. Concentric and eccentric strength of trunk muscles: influence of test postures on strength and characteristics of patients with chronic low-back pain. Arch Phys Med Rehabil. 1995; 76(7):604–611. https://doi.org/10.1016/s0003-9993(95)80628-8
21. PMID: 7605178.
22. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesio tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. J Orthop Sports Phys Ther. 2008; 38(7):389–395. https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2791 PMID: 18591761.
23. Vanti C, Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, Guccione AA, Pillastrini, P. Effect of taping on spinal pain and disability: systematic review and meta-analysis of randomized trials. Phys Ther. 2015; 95(4):493–506. https://doi.org/10.2522/ptj.20130619 PMID: 25413622.
24. Velasco-Roldan O, Riquelme I, Ferragut-Farcias A, Heredia-Rizo AM, Blanco CR, Oliva-Pascual-Vaca A. Immediate and short-term effects of Kinesio taping tightness in mechanical low back pain: a randomized controlled trial. PM R. 2018; 10(1): 28–35. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.05.003 PMID: 28602935.
25. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.

Vleresimi i situatës aktuale dhe barrierat që ndikojnë në gjidhënien e suksesshme në Kosovë

Nexhmije Gori, Bsc, MSc,[1] Vlora Ejupi Phd.c.[2]

[1]Klinika e Neonatologjisë, Qendra Klinike Universitare e Kosovës

[2]Klinika e Hematologjise-Onkologji, Qendra klinike Universitare e Kosoves

Abstrakt

Kosova ka aprovuar një ligj shumë bashkëkohorë për promovimin e gjidhënies. Fatkeqësisht, sikur është situata edhe me ligjet e tjera, ne mungese te mekanizmave te qarta te implementimit dhe te kontrollit, ligji po implementohet vetëm pjesërisht.

Qellimi: Ky punim ka per qellim te identifikoje situatwn aktuale te ushqyejes me gji, barrierat dhe facilitatorët sociopolitik, organizativ, te lidhur me individin per implementimin e ligjit.

Metodologjia: Studimi është prospektiv, është realizuar ne Klinikën e neonatologjisë të Qendrës Klinike Universitare te Kosovës dhe është i bazuar në një anketë, modifikim i anketës se standardizuar të Iowa-s, e cila është pershtatur ne mënyrë të posaçme për ketë qellim. Janë anketuar infermierë dhe nëna të të porsalindurve. Subjekt i anketës kane qenë njohuritë e te anketuarve për rëndësinë e gjidhënies, per promovimin dhe organizimin e gjidhënies brenda institucionit.

Rezultatet: Tek rezultatet shohim anketimin qe kemi bere me nenat sipas moshes, edukimi (niveli), statusi i punësimit, përvoja në punë (vjet), të ardhurat në familje (euro/muaj), mënyra e lindjes, numri i lindjeve dhe infermieret.

Konkluzione: Njohuritë e nënave dhe të infermiereve për rëndësinë e gjidhënies janë të larta. Barrierat janë kryesisht të organizimit.

Fjalë kyçe: Gjidhënie, barriera, facilitatorë, Kosova.

Hyrje

Studimet dhe kërkimet shkencore çdo ditë e më tepër po nxjerrin në pah vlerat që përmban qumështi i gjirit. Ushqimi plotë ashtu si i nevojitet fëmijës, ndryshimi i përbërjes së tij sipas nevojës së fëmijës në periudha të ndryshme, përmbajtja e proteinave, lipideve dhe karbohidrateve në masat me ideale dhe plot veçori të tjera kanë bërë që shkencëtarët t'i kushtojnë një vëmendje të veçantë kësaj çështjeje. Madje edhe ta rekomandojnë dhe ta inkuadrojnë në strategjinë nacionale dhe internacionale.

Shumë studime kanë vërtetuar se foshnjat e ushqyera me gji kanë tendencë të jenë më të mençur se sa foshnjat që ishin ushqyer me formulë ose metoda të tjera, sepse të ushqyerit me gji do të ndihmojë në rritjen e trurit, gjë që të gjitha nënat duhet ta mendojnë .

Organizatat si Organizata Botërore e Shëndetësisë, Fondi Ndërkombëtar i Kombeve të Bashkuara për Fëmijë etj, i kanë rekomanduar vendeve anëtare që të adoptojnë strategji nacionale dhe ligje në këtë temë. Në bazë të këtyre rekomandimeve ligji për promovimin e gjidhënies eshte adaptuar edhe nga Kosova. Madje, i punuar sipas direktivave të Bashkimit Evropian dhe i mbështetur me nje strategji kombetare për gjidhënien, Ligji i adaptuar në vitin 2013 është një dokument bashkohor dhe i strukturuar mirë.

Megjithë ligjin e mirë dhe përmirësimin që ka nxitur ai, Kosova, ballafaqohet me një numër të barrierave të lidhura me shoqërinë dhe politikën, organizimin e shërbimit shëndetësor dhe vetë individin për gjidhënie të sukseshme.

Ky studim pikerisht eshte fokusuar ne evidentimin e ketyre barrierave qe pengojne ushqyerjen e suksesshme me gji, duke propozuar edhe lehtesuesit e duhur per tejkalimin e situates.

Faktorë të tjerë në qumështin e gjirit, të tilla si lactoferrin dhe oligosaccharides gjithashtu kanë qenë të izoluara dhe besohet se parandalojnë lidhjen e mukozës, origjinën e shumicës së infeksioneve .

Kompanitë e formulave të qumshtit të foshnjave vazhdojnë të përpiqen të jenë të ngjashme me qumështin e gjirit dhe janë bërë shumë të avancuara në aspektin nutritionally në dekadën e fundit, megjithatë kërkimet vazhdojnë ta ilustrojnë këtë se qumështi i gjirit është shumë më i lartë se formula (, ,). Qumështi i gjirit ka veçori imunitare dhe e mbron fëmijën ndaj infeksioneve, prandaj dhe është quajtur "vaksina e parë për bebet". "Nëse do të ekzistonte një vaksinë që do të pengonte vdekjen e miliona fëmijëve në vit, që nuk ka efekte anësore, që mund të merret nga goja dhe që është ekonomike, do të praktikohej menjëherë për vetë faktin se është mënyra ideale imunitare për shëndetin e shoqërisë. Dhe ja, të ushqyerit me qumështin e nënës është një mënyrë e tillë imunitare"

Përfitimet shëndetësore të dhënies së gjirit kur krahasojmë foshnjat që ushqehen me qumështin e gjirit tek ata që ushqehen me formulën ka një reduktim të ndjeshëm të infeksioneve respiratore, diarre, enterokolitin nekrotik, meningjit, sepsis, infeksioneve të traktit urinar, pezmatimeve atopike, sëmundjes celiac, dhe sëmundje inflamatore të zorrëve te foshnjet.

Edhe pse studimet nuk kanë qenë përfundimtare, gjithashtu sugjerohet që alergjitë dhe astma janë më të vogëla te foshnjet që ushqehen me qumësht të gjirit (Kemp & Kakakios, 2004; Oddy et al., 2004). Foshnjat e ushqyera me qumshtë gjiri kanë një rrezik të zvogëluar të sindromës së papritur të vdekjes së mitur , si dhe një rrezik dukshëm më i ulët i vdekshmërisë pas periudhës neonatale .

Qellimi: Qellimi i ketij punimi eshte qe te analizohen faktoret sociopolitik, ato te lidhur me organizimin brenda institucioneve shendetesore dhe te individual - te lidhur me nenen dhe punetoret shendetsor ne kontekstin kosovar.

Objektivat: analizimi i njohurive te nenave dhe te personelit shendetesor per perfitimet nga gjidhenia, si dhe politikat qeveritare dhe të organizatave ne promovimin e gjidhenies.

Metodologjia: Studimi është prospektiv, është realizuar ne Klinikën e neonatologjisë të Qendrës Klinike Universitare te Kosovës dhe është i bazuar në një anketë, modifikim i anketës se standardizuar të Iowa-s, e cila është pershtatur ne mënyrë të posaçme për këtë qellim. Subjekt i anketës kane qenë njohuritë e te anketuarve për rëndësinë e gjidhënies, per promovimin dhe organizimin e gjidhënies brenda institucionit. Ne studim jane perfshire infermieret (Nr. 40) dhe nenat e te posalindurve (Nr. 50). Jane vleresuar njohurite e te anketuarve per politikat shteterore, legjislacion dhe akte nenligjiore, protokolle dhe plane te menaxhimit, organizimin e gjidhenies brenda institucionit, pergjegjesite dhe detyrat e stafit si dhe njohurite e nenave per praktikat e dhenies se gjirit.

Anketa eshte modifikim i pyetesorit te standardizuar te dizajnuar ne Iowa, Shtetet e Bashkuara te Amerikes. Anketa ka tre pjese. Pjesa e pare ka te beje me legjislacionin, respektivisht njohurite e te anketuarve per rregulimin me ligj te gjidhenies. Pjesa e dyte perfshine njohurite per obligimet e institucionit shendetesor per te promovuar gjidhenien, ndersa pjesa e trete me njohurite e nenave per benefitet e gjidhenies. Per shkak te kesaj kemi dizajnuar dy anketa – njeren per nenat dhe njeren per infermieret. Ne ceshtjet qe

kemi konsideruar me rendesi, kemi bere pyetje te njejta ne te dy grupet. Keto kontrolle e dyfishta kane rritur besueshmerine e pergjigjeve te fituara.

Anketa ka qene anonime duke garantuar objektivitetin më të lartë të rezultateve të fituara.

Rezultatet

1. TË ANKETUARIT

TË ANKETUARIT - TË DHËNAT DEMOGRAFIKE			
		NËNAT (50)	**INFERMIERET (40)**
Mosha (vjet)	20 – 30	30	3
	30 – 40	10	26
	51 – 50	10	7
	Mbi 51	0	4
Edukimi (niveli)	I mesëm	25	14
	Bachelor	13	23
	Master	2	3
Statusi i punësimit	Të punësuara	19	40
	Jo të punësuara	31	0
Përvoja në punë (vjet)	10 - 20		29
	21 – 30		7
	Mbi 30		4
Të ardhurat në familje (euro/muaj)	Deri 300	12	
	301 - 500	20	
	501 - 800	8	12
	801 – 1000	6	18
	Mbi 1000	4	10

2. NËNAT

NËNAT NË ANKETË SIPAS MËNYRËS DHE NUMRIT TË LINDJEVE		
Mënyra e lindjes	Normale	30
	SC	20
Numri i lindjeve	Një	18
	Dy	22
	Tre	8
	Më shumë se 3	2

INFERMIERËT NË ANKETË SIPAS NJOHURIVE PËR RËNDËSINË E GJIDHËNIES PËR NËNAT		
PYETJA	**PËRGJIGJA**	
	SAKTË	JO SAKTË
Gjidhënia ndihmon në kthimin e mitrës në madhësi normale	35	5
Gjidhënia parandalon kancerin e gjirit dhe të mitrës	40	
Gjidhënia parandalon frakturat e kockave në pleqëri	37	3
Gjidhënia ndihmon lidhjen në mes të nënës dhe të fëmijës	40	
Gjidhënia ndihmon të gjitha të cakura më lartë	38	2

INFERMIERËT NË ANKETË SIPAS NJOHURIVE PËR RËNDËSINË E GJIDHËNIES PËR FOSHNJEN		
PYETJA	**PËRGJIGJA**	
	SAKTË	JO SAKTË
Qumështi i nënës përmbam gjithçka që i duhet foshnjes deri në 6 muaj të jetës	40	
Antitrupat nga qumështi nënës paranalojnë infeksionin	37	3
Qumështi i nënës është në dispozicion në çdo kohë, është i ngrohtë dhe i lirë	40	
Qumështi nënës ndihmon zhvillimin psikomotorik të foshnjes	35	5

INFERMIERËT NË ANKETË SIPAS NJOHURIVE PËR PRAKTIKAT E GJIDHËNIES		
PYETJA	**PËRGJIGJA**	
	SAKTË	JO SAKTË
Sa shpesh duhet t'i jepet gji foshnjes	32	8
Deri në cilën moshë duhet me i dhënë gji foshnjes	34	6
Si duhet të përgatitet gjiri për gjidhënie	40	
Cila është pozita më e mirë për dhënie të gjirit	32	8
Cila është pozita më e mirë për mbajtjen e foshnjes pas dhënies së gjirit	39	1
Cilat janë shenjat se gjiri ësjhtë i mjaftueshëm	38	2

NËNAT NË ANKETË SIPAS PËRVOJËS ME PRAKTIKAT E INSTITUCIONIT PËR TË PROMOVUAR GJIDHËNIEN				
PYETJA	**PËRGJIGJA**			
	PO			JO
	Mjeku	Infermierja	Mjeku dhe infermierja	
A jeni informuar për rëndësinë e gjidhënies gjatë shtatëzënësisë	10	0	0	40
A ju ka shpjeguar dikush rëndësinë e gjidhënies pas lindjes?	10	15	17	8
A ju ka treguar dikush si duhet të jepet gjiri?	3	30	15	7

3. INFERMIERËT

KETA ME INFERMIERËT – KOMPETENCA DHE PRAKTIKA		
PYETJA	**PËRGJIGJA**	
	PO	**JO**
A keni përvojë personale me gjidhënie?	38	2
A keni kryer trajnim të posaçëm për gjidhënie?	31	9
A e keni inkurajur lehonën për gjidhënie?	29	11
A i keni ndihmuar lehonës për gjidhënie?	40	0

ANKETA ME INFERMIERËT – QËNDRIMI I INSTITUCIONIT		
PYETJA	**PËRGJIGJA**	
	PO	**JO**
A është e obligueshme që në institucionin tuaj infermieret të kryejnë trajnim të posaçëm për gjidhënie?	31	9
A qëndron foshnja në shtrat pranë nënës në kohën sa është në spital?	40	0
A është rregull në institucionin tuaj që foshnja te dorëzohet te nëna në më pak se 30 minuta nga lindja	30	10
A ka në institucionin tuaj material informues të shkruar për gjidhënien?	37	3
A hapësira të dedikuara në spital për dhënie të gjirit	10	30
A ka Klinika këshillimore për gjidhënie?	**27**	13
A ka reklama të qumështit artificial në Klinikën tuaj?	**2**	38

Diskutimi

Mbrojtja, promovimi dhe mbështetja e gjidhënies janë bërë prioritet shëndetësor botëror nga nënshkrimi i Deklaratës së Innocentit, të nënshkruar nga 30 shtete në vitin 1990 [ ]. Një vit më vonë, Organizata Botërore e Shëndetësisë dhe UNICEF nisën nismën për spital mik për foshnjen (The Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI) dhe propozuan dhjetë hapa për gjidhënie të sukseshme me qëllim të promovimi të ushqimit me qumësht të gjirit [ ]. Këto dy agjensione autoritative të OKB, njëkohësiht, rregulluan me ligj reklamimin e formulave të qumështit artificial për fëmijë [ ]. Deri në vitin 2009, më shumë se 20 mijë insituticione të maternitetit në 156 vende anëmbanë Botës kanë marrë atributin e spitalit mik për foshnjen, ndërkaq që shumë institucione të tjera kanë formuar grupe punuese për t'i shndërruar ato në spitale të tilla . Në vitin 2007 edhe Klinika e Gjinekologjisë dhe Obstetrike e Qendrës Klinike Universitare të Kosovës ka marrë epitetin e spitalit mik për foshnjen.

Ndërkaq që numri i spitaleve mike për foshnjen po rritej, disa shtete, të nxitura nga zyra e UNICEF në Britaninë e Madhe kanë shtyer nismën më tutje duke e bërë strategjinë në bazën e saj pjesë të kujdesit shëndetësor në komunitet dhe të shërbimeve të specializuara si njësitë e mjekimit intensiv dhe klinikat e pediatrisë .

Në vitin 2009 dhe bazuar në përvojën tani më shumëvjeçare të implementimit, udhëzimet iniciale të OBSH dhe UNICEF për spitalet mike të foshnjes janë përditësuar për të akomoduar sfidat e paraqitura nga pandemia e HIV/AIDS dhe për të promovuar strategjinë globale të këtyre dy organizatave për ushqimin e foshnjeve dhe të fëmijëve të vegjël . Ky përditësim, përveç që i ka dhënë shtytje iniciativës për spitalet mike të foshnjes, është angazhuar edhe për integrimin e programit të këtij programi me programet e tjera që kanë në fokus shëndetin e nënës dhe të fëmijës .

Sot ka të dhëna në rritje se nisma për spitale mike për foshnjen ka rritur numrin e nënave që ushqejnë fëmijët e tyre në gji në kontekste të ndryshme kulturore [, , ,]. Natyrisht, në shkallë të ndryshme dhe fatkeqësisht, jo për të përmbushur qëllimin ambicioz të UNICEF që deri në vitin 1995 të gjitha maternitetet në botë të praktikojnë dhjetë hapat për gjidhënie të sukseshme.

Në mungesë të të dhënave për përqindjen aktuale të spitaleve mike për foshnjen po sjellim të dhëna të UNICEF të vitit 2006. Këto të dhëna flasin për përqindjet të spitaleve mike brenda vendit prej 0%

(46 vende) deri 97% (Suedia). Këto dallime kanë ekzistuar edhe në mes të regjioneve . Hulumtime të shumta, të bëra në nivel komunash [, ,], regjionesh [, ,] dhe në nivele nacionale [, , ,] kanë treguar shkallë të ndryshme të përmbushjes së dhjetë hapave për ushqim të sukseshëm në gji, megjithsëse në progresion [, , ,].

Kur janë në pytje dhjetë hapat, studimet kanë raportuar për përmbushje në shkallë më të lartë të hapit 3 (informimi i shtatëzënave për gjidhënien), 5 (demonstro nënës si bëhet ushqimi në gji) dhe 8 (inkurajo dhënien e gjirit sipas kërkesës) dhe përmbushje në shkallë më të ulët të shkallës 1 (politika të gjidhënies), 6 (mos jep asgjë pervec qumështit të gjirit) dhe 7 (rooming in).

Megjithë numrin në rritje të insitucioneve shëndetësore në statusin e spitaleve mike për foshnjen si dhe numin në rritje të studimeve që studjojnë kompliancën dhe rezultatet, ka pak studime që janë marë në mënyrë specifike me studimin e barrierave dhe facilitatorëve për implementimin e nismës për spitale mike për foshnjen. Nisma për spitalet mike për foshnjen është komplekse dhe nënkupton ndryshime në strukturën e sistemit shëndetësor dhe mënyrën se si funsionon ky sistem. Kompleksitetin e shton edhe përpjekja e OBSH dhe UNICEF që nismën për spitale mike për foshnjën ta integroj në projekte të tjera që kanë për qëllim promovimin dhe mbështetjen për ushqimin e drejtë të foshnjeve dhe të fëmijëve të vegjël [ ].

Nisma për spital mik për foshnjen në Shtetet e Bashkuara të Amerikës ka publikuar udhëzuesin për tejkalimin e barrierave më të shpeshta për impleentmintimin e secilit prej dhjetë hapave drejt ushqimit të sukseshëm me gji të bazuar në përvojën e spitaleve dhe maternitetеve amerikane që kanë marrë statusin e spitaleve mike për foshnjen [ ]. OBSH dhe UNICEF kanë publikuar edhe një listë me probleme dhe zgjidhje si dhe aksione të domosdoshme për implementimin e secilit prej dhjetë hapave drejt ushqimit të sukseshëm me gji të bazuar jo vetëm në përvojat e spitaleve amerikane, por edhe më gjërë [].

Ne i kemi analizuar këto barriera në nivelin tonë nacional dhe i kemi diskutuar zgjidhjet. Kemi shkuar edhe pertej kesaj i kemi bere analize edhe facilitatoreve per implementimin e nismes per spital mik te foshnjes. Bashke, i kemi krahasuar me te dhenat nga literatura.

Konkluzione dhe rekomandime

Njohuritë e nënave dhe të infermiereve për rëndësinë e gjidhënies janë të larta. Barrierat qe shihen janë kryesisht të organizimit.

Për implementimin e suksesshëm të ligjit për promovimin e gjidhënies është e domosdoshme që Kosova të emëroi një koordinator nacional dhe një trup rreth tij që të merret me këtë çështje. Ky grup do të rishikonte mekanizmat e paraparë me ligj dhe do të shtonte të tjerë. Gjithashtu, që është shumë me rëndësi, do të gjejë mënyrën për të kontrolluar implementimin dhe raportuar për të.

Një koordinator do të duhet të emëronte edhe vetë Klinika e Neonatologjisë. Kjo Klinikë do të duhet të organizojë trajnime për stafin dhe të miratojë strategji të organizatës për implementimin e Ligjit për promovimin e gjidhënies. Klinika do të duhej ti pajiste nënat me material të shkruar dhe audiovizual qysh në kohën e shtatzanisë dhe të përcjellë njohuritë e tyre menjëherë pas lindjes dhe në mënyrë periodike për periudhën sa praktikojnë gjidhënien.

Biografia



Nexhmije Gori ka lindur ne Prishtinë, ku ka kryer arsimin fillor dhe te mesem. Punen si infermiere e ka filluan ne vitin 1999 si vullnetere ne amb. Nena Tereza ku ka vazhduar edhe pas luftes, nga aty vazhdon ne Qkuk -Klinika e Pediatrise, reparti i femijeve te lindur para kohe me themelimin e klinikes ka vazhduar punen ne Kliniken e Neonatologjise ne njesine intensive. Ka perfunduar fakultetin dhe masterin ne Menaxhimin e sektorit shendetesor. Ka punuar si mentore klinike, mesidhense e nxensave me shkolle te mesme te larte dhe si asistente ne kolegjin AAB. Ka punuar ne disa spitale private si dhe kordinatore per Edukim te vazhduar profesional. Ka mbajtur praktiken si kryeinfermiere e Klinikes ne Neonatologji por ka punuar edhe ne grupin vezhgues si inspektore ne Qkuk per te percjellur mbarvajtjen e punes.

Eshte nene e dy djemve absolvent dhe tani e sapozgjedhur kryetarja e OIK.

Referencat

1. Lawson R. Moms guide to Breastfeeding. www.notjustbasics.com/breastfeed 2007

2. Hanson, L.Å., Silfverdal, S.A., Korotkova, M., Erling, V., Strömbeck, L., Olcén, P., Ulanova, M., Hahn-Zoric, M., Zaman, S., Ashraf, R. and Telemo, E., 2002. Immune system modulation by human milk. In Integrating Population Outcomes, Biological Mechanisms and Research Methods in the Study of Human Milk and Lactation (pp. 99-106). Springer, Boston, MA.

3. Agostoni, C. and Haschke, F., 2003. Infant formulas. Recent developments and new issues. Minerva pediatrica, 55(3), pp.181-194.

4. Baker, R., 2003. Human milk substitutes. An American perspective. Minerva pediatrica, 55(3), pp.195-207.

5. Lindberg, E., Nowrouzian, F., Adlerberth, I. and Wold, A.E., 2000. Long-time persistence of superantigen-producing Staphylococcus aureus strains in the intestinal microflora of healthy infants. Pediatric research, 48(6), p.741.

6.Kramer, M.S. and Kakuma, R., 2004. The optimal duration of exclusive breastfeeding. In Protecting infants through human milk (pp. 63-77). Springer, Boston, MA.

7. Dai, D. and Walker, W.A., 1998. Role of bacterial colonization in neonatal necrotizing enterocolitis and its prevention. Zhonghua Minguo xiao er ke yi xue hui za zhi [Journal]. Zhonghua Minguo xiao er ke yi xue hui, 39(6), pp.357-365.

8. Hylander, M.A., Strobino, D.M. and Dhanireddy, R., 1998. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. Pediatrics, 102(3), pp.e38-e38.

9. Laubereau, B., Brockow, I., Zirngibl, A., Koletzko, S., Gruebl, A., Von Berg, A., Filipiak-Pittroff, B., Berdel, D., Bauer, C.P., Reinhardt, D. and Heinrich, J., 2004. Effect of breast-feeding on the development of atopic dermatitis during the first 3 years of life—results from the GINI-birth cohort study. The Journal of pediatrics, 144(5), pp.602-607.

10.Mårild, S., Hansson, S., Jodal, U., Oden, A. and Svedberg, K., 2004. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. Acta Paediatrica, 93(2), pp.164-167.

11. Alm, B., Wennergren, G., Norvenius, S.G., Skjaerven, R., Lagercrantz, H., Helweg-Larsen, K. and Irgens, L.M., 2002. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992–95. Archives of Disease in Childhood, 86(6), pp.400-402.

12.Chen, A. and Rogan, W.J., 2004. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics, 113(5), pp.e435-e439.

13. UNICEF. Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm. Published 1990.

14. World Health Organization, UNICEF. Protecting, Promoting, and Supporting Breast-Feeding: the Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989

15. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. Geneva, Switzerland: World

16. Health Organization; 1981

17. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. Food Nutr Bull.2009;30:S225-9

18. UNICEF UK Baby-Friendly Initiative. Seven point plan for sustaining breastfeeding in the community. http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Health-Professionals/GoingBaby-Friendly/Community/Seven-Point-Plan-for-sustainingBreastfeeding-in-the-Community/

19. UNICEF UK Baby-Friendly Initiative. Seven point plan for sustaining breastfeeding in the community. http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/Health-Professionals/GoingBaby-Friendly/Community/Seven-Point-Plan-for-sustainingBreastfeeding-in-the-Community/

20. Donohue L, Minchin M, Minogue C. 11 Step approach to optimal breastfeeding in the paediatric unit. Breastfeeding Rev. 1996;4:88

21. World Health Organization. Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding: Report of a Technical Meeting, Geneva, 3-5 February 2003. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003

22. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated

23.Care–Section 1, Background and Implementation. Geneva, Switzerland: WHO and UNICEF; 2009

24. Abrahams S, Labbok M. Exploring the impact of the BabyFriendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. Int Breastfeed J. 2009;4:1-6.

25. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, et al. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? Int J Epidemiol.2006;35:1178-1186.

26. Broadfoot M, Britten J, Tappin D, et al. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90:F114.

27. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, et al. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. Am J Public Health. 1997;87:659-663.

28. World Alliance for Breastfeading Action. The Baby-Friendly Hospital Initiative http://www.waba.org.my/news/bfhi.htm.

29. Chee YO, Horstmanshof L. A review of breastfeeding practices in Hong Kong—1994/1995. Breastfeeding Rev.1996;4:7-12.

30. Crivelli-Kovach A, Chung EK. An evaluation of hospital breastfeeding policies in the Philadelphia metropolitan area 1994-2009: a comparison with the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps. Breastfeeding Medicine. 2011;6:77-84.

31. Nigam R, Nigam M, Wavre R, et al. Breastfeeding practices in Baby Friendly hospitals of Indore. Indian Journal of Pediatrics. 2010;77:689-690.

32. Campbell H, Gorman D, Wigglesworth A. Audit of the support for breastfeeding mothers in Fife maternity hospitals using adapted "Baby Friendly Hospital" materials. J Pub







Health. 1995;17:450-454.

33. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. BMJ.

34. 2001;323:1358-1362.

35. Dodgson JE, Allard-Hale CJ, Bramscher A, et al. Adherence to the Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Minnesota hospitals. Birth. 1999;26:239-247.

36. Chien LY, Tai CJ, Chu KH, et al. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2007;44:1138-1146.

37. Moura de Araujo MdF, Soares Schmitz BdA. Reassessment of Baby-Friendly hospitals in Brazil. J Hum Lact. 2007;23:246-252.

38. Kersting M, Dulon M. Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. Public Health Nutr. 2002;5:547-552.

39. Weng DR, Hsu CS, Gau ML, et al. Analysis of the outcomes at Baby-Friendly hospitals: appraisal in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2003;19:19-28.

40. Chee YO, Horstmanshof L. A review of breastfeeding practices in Hong Kong—1994/1995. Breastfeeding Rev. 1996;4:7-12.

41. Crivelli-Kovach A, Chung EK. An evaluation of hospital breastfeeding policies in the Philadelphia metropolitan area 1994-2009: a comparison with the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps. Breastfeeding Medicine.

42. 2011;6:77-84.

43. Moura de Araujo MdF, Soares Schmitz BdA. Reassessment of Baby-Friendly hospitals in Brazil. J Hum Lact.2007;23:246-252

44. Perrine CG, Shealy KR, Scanlon KS, et al. Vital signs: hospital practices to support breastfeeding—United States, 2007 and

45. 2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2011;60:1020-1025

46. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. Food Nutr Bull.2009; 30:S225-9

47. Turner-Maffei C, Cadwell K, eds. Overcoming Barriers to Implementing the Ten Steps to Successful Breastfeeding:Final Report. Sandwich, MA: Baby-Friendly USA; 2004.

48. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated

49. Care—Section 2, Strengthening and Sustaining the BabyFriendly Hospital Initiative: A Course for Decisionmakers. Geneva, Switzerland: WHO and UNICEF; 2009.

Protokolli i përdorur në CT me kontrast intravenoz dhe siguria e pacientit

Oresti Radaku[1], Elona Dybeli[2]

[1] Spitali "Salus", Tiranë, Shqipëri

[2] Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit, "Aleksandër Xhuvani", Elbasan

e-mail: o.radaku@salus.al

Abstrakt

Histori

Që nga prezantimi i parë i teknikës revolucionare të Tomografisë së Komputerizuar (CT) në 1970 nga G. Hounsfield përparimi ka qënë po ashtu revolucionar dhe në diagnostikim. Në Shqipëri për herë të parë CT është instaluar në vitin 1989 me dy aparate ku njëri është instaluar në neurokirurgji në QSUT dhe tjetri në SUT, fatkeqësisht asnjë nga këto aparate të CT nuk ka punuar asnjë ditë si pasojë e problemeve politike dhe trazirave të viteve '90; mungesa e stafit të trajnuar; mirëmbajtjes dhe problemeve teknike.

Nga viti 1991 deri në 1995 pacientët që kishin nevojë për të realizuar një ekzaminim përmes CT dërgoheshin me ambulancë në Janinë sipas një marrëveshje mes shtetit shqipëtar dhe atij grek. Në vitin 1994 u instalua skaneri i parë në një qendër private i cili ka qënë Siemenes ARC Somatomme me 1 dedektor me mjek radiolog Dr. Gjergji Vreto dhe teknikë imazherie Genc Molloholli dhe Todi Xhillari.

Në vitin 2000 u instalua CT në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza" (pediatri dhe neurokirurgji) dhe në Spitalin Universitar të Traumës.



Fig.1 Aparati i parë i Tomografisë së Kompjuterizuar të instaluar në vitin 1994 në një qendër spitalore private në Shqipëri

Siguria në CT

Përpara se pacienti ti nënshtrohet një ekzaminimi skanerik është shumë e rëndësishme që personeli mjekësor i radiologjisë të ketë informacionin e

duhur në lidhje me proçedurën që do të realizohet si dhe disa specifika vitale të pacientit:

Anamneza: Kush e ka referuar pacientit për ekzaminimin në CT? A ka epikrizë, kartelë ose rekomandim me vete? Vuan nga ndonjë sëmundje tjetër? A ka ndonjë insuficiencë? Në rast se pacientja është femër në moshë fertiliteti; a është shtatzanë? Ka reaksione alergjike të mëparshme? A është esell? A merr mjekime ose terapi? Kur e ka kryer CT e fundit? Nënshkruhet konsenti i pacientit ose i familjarëve për rreziqet dhe efektet e anësore që ekzaminimi përmes CT mund të shfaqë.

Teknik imazherie është personeli kompetent dhe përgjegjës për gjithë procedurën e kryerjes dhe mbarëvajtjes së ekzaminimit si me KIV (kontrast intravenoz) ose edhe pa KIV.

CT Skan me kontrast intravenoz

Kontrasti intravenoz është një lëndë e cila injektohet në venë për të rritur artificialisht densitetin në hartën e grisë së njësisë Housfield. Kontrasti IV është një preparat i tretshëm në ujë i Jodit. Zakonisht klasifikohen sipas sasisë së përqëndrimit në 300 mg/ml, 350 mg/ml, 370 mg/ml, dhe 400 mg/ml.



Fig. 2. Figura e parë tregon kontrastin e përdorur në CT, më i zakonshmi nën emërtimin tregëtar Ultravist.

Figura b dhe c paraqesin shiringën elektrike. Figura d paraqet tabelën e komandës së shiringës elektrike.

Në ekzaminimin me kontrast ndiqen këto hapa:

Përgatitja e dokumentacionit dhe kontrolli i tyre: Një ndër elementët kyç është që të kuptojmë nëse CT që do të kryejmë është apo jo me KIV, është standard apo angio; pacienti ka apo jo kundërindikacione të tilla si: alergji, insuficienca etj. (pyetjet me rëndësi kur marrim anamnezën).

Marrja e pacientit dhe përgatitja e tij për ekzaminim: Heqja e protezave dentare, bizhuterive, orë, telefon apo objekteve të ndryshme metalike të lëvizsshme dhe veshja me përparësen spitalore:

a. Vendosja e vigonit në Venën Cubitale Anterior në pamundësi vendoset në Venën Palmare, por gjithashtu mund të përdoret port cut në raste të veçanta. Vigoni më i përshtatshëm është 18G ose 20G dhe në rastet kur pacienti është pediatrik përdoret 22G.



b. Përllogaritja e sasisë së kontrastit intravenoz: Për llogaritjen e dozës së KIV ka rregulla dhe procedura të detajuara. Përllogaritja: Pesha e pacientit x 1.6. P.sh për një pacient me peshë 63 kg sasia e kontrastit që do të duhet është: 63 x 1.6 = 100 ml.

Për një CT standard abdominal me KIV duhen 3 faza të injektimit të kontrastit:

o Faza arteriale: Në fazën arteriale KIV injektohet me shpejtësi të lartë në venën cubitis anterior që është dhe rruga më e drejtpërdrejtë për të arritur në zemër dhe koha e fillimit të ekspozimit është mesatarisht 24 - 35 sekonda. Varet nga fluksi, sasia e lëndës që do të i njektohet dhe patologjia por që varion nga 2-3 ml/sec. Mund të jetë edhe 11-12 sec dhe fluks 4-5 ml/sec. Vigoni i preferuar dhe optimal duhet të jetë 18 G, por në raste të veçanta përdoret edhe 20 G dhe te pacientët pediatrikë dhe ato në kimioterapi mund të përdoret edhe 22 G. Sa më i madh të jetë vigoni aq më i ulët fluksi.

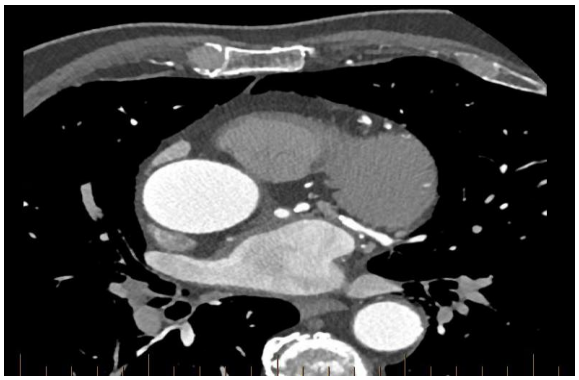


Fig. 3. Faza arteriale në një ekzaminim me CT

o Faza venoze: Kur kontrasti ka kaluar nga arteriet dhe futet në sistemin venoz të qarkullimit dhe varion nga 60 deri në 90 sekonda, kjo gjithmonë varet nga patologjia dhe protokolli i përdorur.



Fig. 4. Faza venoze në një ekzaminim me CT

o Faza e vonë: mund të variojë nga 3 minuta, 5; 7; 10; 12; 15; 30; 60 min etj.

Efektet anësore

Gjatë praktikë së përditshme të punës çdo pacient është i veçantë; pacientë të ndryshëm reagojnë në mënyra të ndryshme gjatë injektimit të kontrastit intravenoz. Së pari TI duhet që të kryejë procedurën vetëm pasi ka marrë miratimin e pacientit me shkrim dhe i ka shpjeguar atij risqet dhe efektet e padëshiruara që mund të hasen. Gjithashtu duhet ti shpjegohet qartësisht pacientit për efektet anësore që ka lënda e kontrastit në momentin e injektimit.

Efektet anësore më të shpeshta janë: ndjesi nxehtësie në trup, shije metalike në gojë, nauze, skuqje e lehtë në mollëza, ndjesi urinimi dhe të vjella. Para çdo ekzaminimi pacientit duhet t'i shpjegohen këto efekte të pritshme në mënyrë që të jetë i përgatitur dhe të mos shqetësohet ose të reagojë keq gjatë këtyre simptomave.

Reaksionet alergjike: me gjithë rritjen e sigurisë së lëndës së kontrastit gjithësesi reaksionet alergjike janë të pritshme nga lënda e kontrastit. Reaksionet alergjike janë të dy tipeve: të lehta dhe të rënda.

Reaksionet alergjike të lehta: kollë, kruarje (prurit), djersitje, teshtima, dhe urtikarie e lehtë.

Reaksionet alergjike të rënda: probleme respiratore, edemë e rrugëve të frymëmarrjes, probleme të rënda të rrugëve të frymëmarrjes, rënie e pulsit, dhe arrest kardiak.

Parandalimi

Roli i teknikut të imazherisë në administrimin dhe procedurat që përfshijnë administrimin e lëndës së kontrastit. TI është përgjegjës direkt për mbarëvajtjen e gjithë procedurës së injektimit të lëndës së kontrastit, kryerjes së procesit të ekspozimit dhe gjithashtu proçedurat pas injektimit të KIV deri në momentin që pacienti zbret nga shtrati i ekzaminimit. Gjatë përgatitjes për injektimin e lëndës së kontrastit janë disa kushte që nuk duhet të anashkalohen në mënyrë kategorike:

a. Mos kontaminimi i lëndës së kontrastit kur merret nga kontenitori dhe mbushet shiringa elektrike.

b. Kontrolli dhe eleminimi i gjithë bulëzave të ajrit që ndodhen brënda zgjatuesit që lidh shiringën me kateterin venoz.

c. Kontrolli i kreatininës (vlerat e lejuara janë zakonisht 0.5-1.2 por mund të bëhet edhe në shifra më të larta), nëse kreatinina është më e lartë se norma duhet të përdorim kalkulimin glomerular ose ndryshe GFR (glomerular filtrate calculator).

d. Kontrasti i injektuar duhet të jetë në temperaturën 37 gradë.

e. Kontrolli nëse pacienti ka ngrënë ose është esëll, përveç urgjencave në rastet e injektimit të kontrastit pacienti duhet të jetë 5-6 orë pa ngrënë.

f. Vendosja e kateterit venoz në mënyrë korrekte dhe kontrolli i saj para injektimit, nëse është apo jo e vendosur në mënyrë korrekte, a ka kalueshmeri pasi rrezikon të bëhet ekstravazim.

Masat që merren në rastin e ndodhjes së një reaksion alergjik

Roli i TI në rastet e reaksioneve alergjike në fakt është minimal, referuar legjislacionit shqiptar por edhe atij europian, tekniku i imazherisë nuk duhet që të vendosë kateter venoz, të bëjë injektimin as të kontrastit apo të ndonjë medikamenti tjetër. Në çdo kabinet imazherik duhe të jetë patjetër një burim oksigjeni, një mjek reanimator dhe një infermier prezent gjatë kryerjes së injektimit të kontrastit intravenoz.

Ekstravazimi: Ekstravazimi ndodh kur lënda e kontrastit për arsye të ndryshme del nga vena dhe depozitohet në zonën ku është vendosur kanjula si pasojë e fluksit të lartë, muret e dobësuara nga kimioterapia, mosvendosja korrekte e kateterit venoz (vigonit), lëvizjet e pacientit që dëmtojnë venën, bllokimi i vigonit nga gjaku i koaguluar ose përthyerja e krahut, lënda e kontrastit nën temeperaturën e rekomanduar (e cila ka viskozitet të lartë dhe bllokon vigonin). Në rast ekstravazimi bëhet ndalimi i proçesit të injektimit, heqja e vigonit dhe behet bandazhimi e zonës së ekstravazuar, komprimimi dhe vendosje me akull për disa minuta në zonë, lyerje me krem hepatrombine nëse do të kemi hematomë ose nxirje.

Përfundimi i ekzaminimit: TI pasi ka mbaruar me procedurën e skanimit dhe çdo gjë ka shkuar sipas pritshmërive zbret nga shtrati i CT pacientin dhe i jep instruksionet e nevojshme post ekzaminimit.

Instruksionet kryesore janë:

-Mos heqja e vigonit për të paktën 30 nga injektimi i KIV ndërsa në pacientët që kanë reaksione alergjike të mëparshme më shumë se një orë.

- Mos largimi i pacientit nga ambientet spitalore për 30 minuta nëse është pacient normal dhe nëse është pacient me alergji të mëparshme minimumi 1 orë.

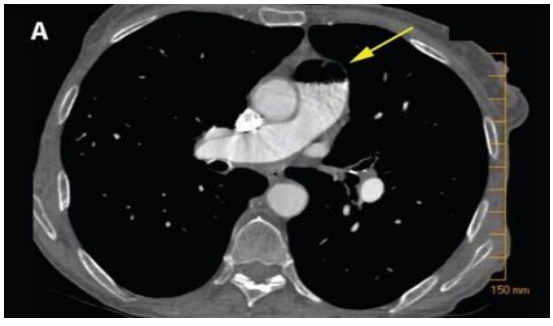
- Pacienti të konsumojë sa më shumë sasi lëngjesh menjëherë pas ekzaminimit dhe në orët në vazhdim, në mënyrë që të jetë sa më i shpejtë eleminimi i KIV.

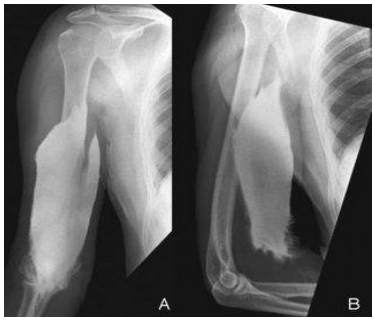
Konkluzione

Tekniku i imazherisë është një mekanizëm kyç në proçedurën e ekzaminimit përmes tomografisë së kompjuterizuar (CT), ku nga profesionalizmi i tij varet edhe suksesi i të gjithë etapave diagnostike.

Kryerja e ekzaminimit dhe zbatimi i protokollit të sigurisë në mënyrën e duhur dhe sipas instruksioneve të ACR, ESR, IAEA por edhe atyre lokale minimizon dhe redukton risqet që vijnë si pasojë e përdorimit të lëndës së kontrastit dhe njëkohesisht redukton







ekspozimin e panevojshëm ndaj rrezeve X.

Gjatë një ekzaminimi përmes CT me KIV duhet të minimizojmë efektet anësore të cilat lidhen kryesisht me mos kalkulimin e duhur të kontrastit, dëmtime që vijnë si pasojë e futjes së ajrit gjatë injektimit, infeksione të ndryshme, ekspozimi i vetes ose kolegëve ndaj rrezatimit ose rreziqe të tjera që mund të ndodhin.

Një ekzaminim CT i bërë në mënyrë jo të duhur mund të ketë pasoja të rënda për shëndetin e pacientit dhe njëkohësisht një imazh jo cilësor për interpretim nga ana e mjekut imazherist e cila si rrjedhojë sjell një përcaktim të gabuar diagnoze.

Biografia.



Oresti Radaku- Teknik Imazherie pranë Spitalit "Salus".

Ka realizuar studimet Bachelor në Imazheri në periudhën 2006-2009 pranë FSHMT.

Në vitin 2011 ka përfunduar studimet e ciklit Master i Shkencave po pranë këtij fakulteti.

Nga viti 2013 dhe aktualisht mban detyrën e kryeteknikut të imazherisë pranë Spitalit Salus.

Referenca

1. Bayer data reported to Health Authorities (Status July 2018), periodic benefit-risk evaluation report/periodic safety update report (PBRER/PSUR) Ultravist® 150/240/300/370 BAY No. 86-4877 (Iopromide)No 241. 28 AUG 2018, Bayer AG

2. https://www.radiology.bayer.com/products/ultravist

3.https://www.acr.org/-/media/acr/files/clinical-resources/contrast_media.pdf

4. Chen et al. Safety and tolerability of iopromide in patients undergoing cardiac catheterization: real-world multicenter experience with 17,513 patients from the TRUST trial Int J Cardiovasc Imaging 31:1281–1291 (2015)

Covid-19 dhe impakti i tij në punonjësit e shëndetit mendor në Spitalin Psikiatrik "Sadik Dinçi" dhe Poliklinikës së Specialiteteve Elbasan

Albana Sula[1], Elona Dybeli[1], Ilda Taka[1], Shqipe Luta[1], Elona Zhiva[1], Entela Drizaj[1]

Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Elbasanit, "Aleksandër Xhuvani", Elbasan

Email. albanasula_al@yahoo.com

Abstrakt

Covid-19 është një sëmundje e cila preku shumë njerëz në mbarë botën, duke mos veçuar as vëndet më të zhvilluara. Si një sëmundje me virulencë të madhe kërkoi një përkushtim maksimal nga stafi mjekësor, familjarët e pacientëve dhe e gjithë shoqëria. Roli kryesor ka të bëjë me parandalimin e infektimit si dhe mjekimin në kohë, pasi është një sëmundje që jep komplikacione tepër të rënda deri në fatalitet për jetën. Covid-19 shkakton shqetësime fizike, psikologjike, sociale dhe ekonomike.

Qëllimi: Vlerësimi i ndikimit të Covid-19 në gjendjen emocionale të punonjësve të shëndetit mendor; evidentimit i faktorëve influencues dhe hartimi i mekanizmave të nevojshëm kompensator për menaxhimin e situatës.

Metodologjia: Ky studim është i tipit transversal (cross sectional), i kryer gjatë periudhës kohore Mars-Prill 2022 me punonjësit e Shëndetit Mendor në Spitalin Psikiatrik dhe Poliklinikës së Specialiteteve Elbasan. Në studim u përfshinë gjithsej 64 punonjës.

Rezultatet: Në këtë studim 68% e pjesëmarrësve në pyetësor ishin të gjinisë femërore. Grupmosha 31-40 vjeç përbën 46.7% të popullatës së marrë në studim, ku 59.8% janë infermierë. 59.3% e tyre pranojnë që Covid-19 ka ndikuar në gjendjen emocionale të tyre . 34.8% pohojnë se janë infektuar në vendin e punës. 20.7% referojnë se nuk e kanë kaluar Covid-19. Nderkohe 61% e tyre referon se gjatë kësaj periudhe shqetësimi i tyre kryesor ka qenë frika e infektimit të familjarëve të tyre. Punonjësit referojnë se gjatë pandemisë u kufizuan aktivitetet në institucionet e tyre, çka çoi në përkeqësim të gjëndjes shëndetësore të pacientëve dhe vështirësoi edhe më shumë punën e tyre.

Konkluzione. Nga te dhenat e studimit shihet se jane te nevojshem programe mbi menyren e vetmenaxhimit për punonjësit shendetesore për tu qetesuar nga ana psikologjike. Hartuesit e politikave shëndetësore të ndërmarrin hapa për të siguruar lehtësira në punën e tyre duke reduktuar orarin e punës, shtimin e stafit në kushte të caktuara për të shmangur mbingarkesën. Bashkëpunimi i profesionistëve në grup, për të reflektuar mbi atë që duhet bërë, për t'u integruar dhe për të mësuar nga përvoja.

Fjalë kyçe: Covid-19, Spitali Psikiatrik, Shëndet mendor, Poliklinika Spelialiteteve.

HYRJE

Pandemia globale e shkaktuar nga virusi COVID-19 krijoi një situatë të paprecedentë me impakt serioz në jetën e individëve. Që kur Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e shpalli COVID-19 zyrtarisht si pandemi, ajo u kthye në një krizë globale shëndetësore dhe ekonomike.

Në fillimet e pandemisë frika kryesore ishte ajo e prekjes nga infeksioni. Askush nuk mendonte se disa nga "heronjtë" e pandemisë mund të kapitullonin me kalimin e kohës për shkak të ngarkesës së tepërt psikologjike. Studime të shumta kanë faktuar ngarkesën e vazhdueshme psikologjike të punonjësve shëndetësore në punën e përditshme lidhur me turnet e natës; abuzimin verbal dhe fizik nga pacientët dhe familjarët e tyre, ngarkesën e tepërt në punë, diskutimet klinike për gabimet mjekësore, shkalla e ulët e kënaqësisë me shpërblime ekonomike, si dhe nënvlerësim i mirëqënies së shëndetit mental, faktorë këta që ndikojnë në cilësinë e jetës së punonjësve. Po ashtu mund të themi se këta punonjës nuk kërkojnë ndihmë specifike nga specialistët e fushës. Kjo lidhur dhe me kulturën mjekësore që thekson perfeksionizmin, ndjenjën e përgjegjësisë, performancën e suksesshme në punë, demostrimin e efikasitetit duke u kujdesur për sa më shumë pacientë.

Duke e konfirmuar në rang global ekzistencën e këtyre problemeve, mund të pohojmë me siguri se Covid-19 e ka përkeqësuar këtë problem tek punonjësit, gjë e cila e bën të domosdoshëm hartimin e një strategjie urgjente dhe politike mbrojtëse ndaj punonjësve të kujdesit shëndetësor.

Duke marrë në konsideratë krijimin e një klime të tillë, lind natyrshëm nevoja për të faktuar se si e kanë përjetuar punonjësit e shëndetit mendor këtë periudhë dhe a ka ndërhyrje specifike psikoterapeutike për krizën e krijuar nga pandemia?

Deri tani mund të themi se nuk ka ndonjë trajtim specifik për profesionistët e shëndetit në kushte pandemie. Por OBSH në fund të shkurtit të 2020 publikoi rekomandime të përgjithshme duke ia adresuar edhe punonjësve të shëndetit. Rekomandimet ishin: kryerja e aktivitetit fizik, ushqyerja e shëndetshme, shmangia e konsumimit të alkoolit; duhanit; drogërave, në rast izolimi ruani kontaktin (digjital) me familjarët, të afërmit. Por a janë të mjaftueshme këto këshilla të përgjithshme?

Sigurisht që JO.

Për rrjedhojë, institucionet shtetërore apo organizmat e tjerë të pavaur siç janë sindikatat, këshillat e punëtorëve, këshillat e sigurisë dhe shëndetit në punë, apo shoqëria civile, duhet të jenë të informuar periodikisht mbi to dhe të ndërmarrin hapat e nevojshëm për të minimizuar efektet negative të pandemisë tek mirëqenia e punonjësve dhe angazhimi i tyre profesional.

Qëllimi

Vlerësimi i ndikimit të Covid-19 në gjëndjen emocionale të punonjësve të shëndetit mendor; evidentimit i faktorëve influencues dhe hartimi i mekanizmave të nevojshëm kompensator për menaxhimin e situatës.

Objektivat

Të njihemi me eksperiencen në punë të punonjësve të shëndetit mendor. Ndikimin që ka patur covid -19 në gjëndjen psikoemocionale dhe performancën në punë të punonjësve të shëndetit mendor. Të njihemi me udhëzimet e dhëna dhe zbatimin e masave anti-covid në institucion. Të njihemi me angazhimin që ka marrë stafi i shëndetit mendor në informimin për masat mbrojtëse të pacientëve të tyre. Të njihemi me aktivitet që janë cunguar nga pandemia dhe impakti që ka pasur ai në gjendjen e pacienteve dhe personelit shëndetësor. Të indentifikojmë faktoret ose shkaqet që kanë ndikuar në gjëndjen emocionale të personelit. Të njihemi me suportin që u është ofruar institucioneve dhe punonjësve gjate kësaj periudhe.

Metodologjia

Ky studim është i tipit transversal (cross sectional), i kryer gjatë periudhës kohore Mars-Prill 2022 me punonjësit e shëndetit mendor në Spitalin Psikiatrik dhe Poliklinikës së Specialiteteve Elbasan. Në studim u përfshinë 49 punonjës, respektivisht 42 femra dhe 20 meshkuj. Nga këta 4 ishin mjekë, 42 infermierë, 4 punonjës socialë, 6 psikologë, 5 kujdestarë dhe 1 guzhiniere. 49 punonjës të Spitalit Sadik Dinçi Elbasan dhe 13 prej tyre ishin punonjës të Sh.M në Ambulancë.

Për realizimin e këtij pyetësori u morën leje drejtorive përkatëse. Të gjithë pjesmarrësve në këtë

studim i'u shpërnda një pyetësor i cili u ndërtua në bazë të studimeve bashkekohore (brënda dhe jashtë vëndit). Pyetësori përmban 30 pyetje dhe kërkon një kohë jo më shumë se 10 minuta për plotësim. Pyetësori u përzgjodh sipas një studimi të kujdesshëm të literaturës. Ai është i ndërtuar nga 3 sesione. Në sesionin e parë janë pyetur në lidhje me të dhënat demografike të pjesëmarrësve si dhe pyetje rreth eksperiencës së tyre në punë. Në sesionin e dytë pyetjet synojnë të grumbullojnë informacion rreth përjetimeve emocionale të punonjësve dhe faktorëve që kanë influencuar në këtë drejtim. Sesioni i tretë përmban pyetje në lidhje me suportin që i është ofruar nga Ministria e Shëndetësisë dhe masat që janë marrë për menaxhimin e situatës. Të dhënat personale të pjesëmarrësve në studim janë analizuar në lidhje me objektivat e studimit dhe në funksion të realizimit të vetë studimit.

Gjetje dhe diskutime

Ky studim është ideuar të studiojë vlerësimin e ndikimit të Covid-19 në gjëndjen psiko-emocionale të punonjësve të shëndetit mendor. Në të njëjtën kohë u studiua edhe evidentimi i faktorëve influencues. Përfundimet në këtë studim ku pjesa më e madhe e pjesemarrësve ishte e gjinisë femërore (68%) pranuan se Covid-19 ka ndikuar ne gjëndjen emocionale. Për sa i përket grupmoshave të pjesemarrësve, grupmosha 31-40 vjeç përbën 46,9% të popullatës në studim. 80% e punonjësve e kanë kaluar Covid-19. Në këtë studim 37,40% e punonjësve kanë mbi 10 vite pune në shëndetin mendor, 30,8% kanë 6 deri në 10 vite pune dhe 32,90 % kanë 1 deri në 5 vite pune.

Gjithashtu, në shqetësimin kryesor të tyre është frika e infektimit të familjarëve. Punonjësit pohuan se aktivitet e tilla si: takimi me familjarët, aktivitetet jashtë institucionit, lëvizjet brënda institucionit, lëvizjet e pacientëve drejt familjarëve u ndaluan duke ndikuar edhe në gjëndjen e pacientëve. 82% e punonjësve shprehen se kanë marrë pjese në trajnimet për përballimin e situates së shkaktuar nga Covid-19.

Vumë re se, 50% pohuan se nuk kanë pasur asnjë mbështetje nga Ministria e Shëndetësisë dhe pjesa tjetër kanë pranuar se kanë pasur suport ku përfshihet suporti financiar, psikologjik dhe shëndetësor.

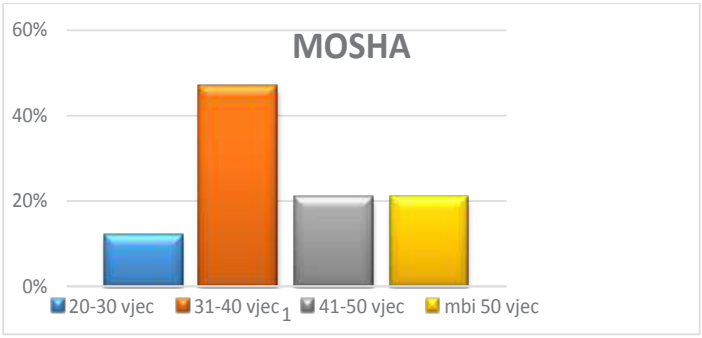


Fig. 1. *Grafiku i shpërndarjes së grupmoshave të marra në studim*

Paraqitja grafike na tregon se pjesa më e madhe e kampionit që morën pjesë në studim ishin të grupmoshës 31-40 vjeç (46.&0%), të grupmoshës 41-50 vjeç dhe mbi 50 vjeç ishin përkatësisht nga 20.70 % secila dhe vetëm 12 % ishin të grupmoshës 20-30 vjeç.

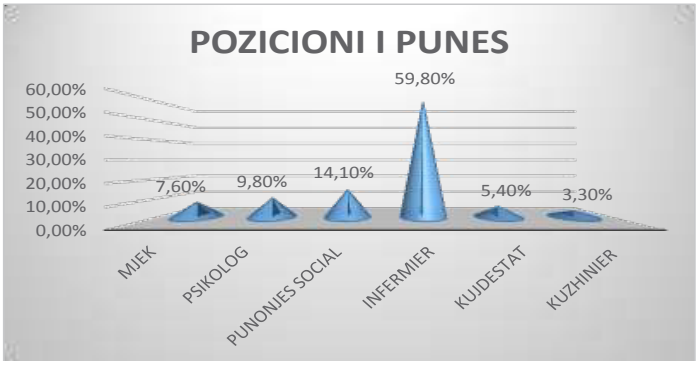


Fig. 2. *Grafiku i shpërndarjes së profesioneve të marra në studim*

Si e vëmë re dhe nga grafiku i mësipërm kryesisht pjesa më e madhe e pjesmarrësve në studim ishin të profesionit infermier 59.80%, punonjës social 14.10%, psikolog 9.80%, mjek 7.60%, kujdestar 5,40% dhe kuzhinier 3.30%.

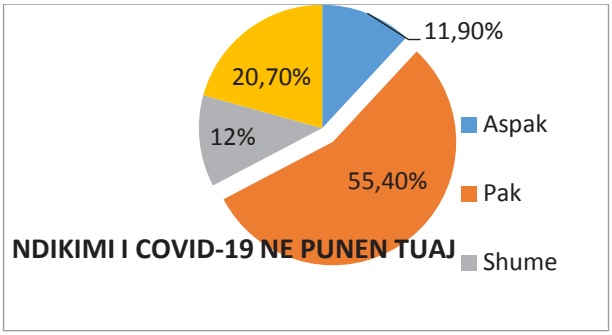


Fig. 3. *Grafiku i shpërndarjes së ndikimit të Covid-19 të punonjësve të marrë në studim*

55.40 % e punonjësve referojnë që periudha Covid-19 ka ndikuar "pak" në punën e tyre, 12 % pranojnë që ka ndikuar shumë dhe vetëm 11.90 % nuk ka ndikuar fare.



Fig. 4. *Grafiku i ndikimit të Covid-19 në gjëndjen emocionale të të intervistuarve*

Siç vihet re dhe nga paraqitja grafike e mësipërme 59.30 % e kampionit e referojnë që kjo situate ka ndikuar në gjëndjen emocionale të tyre dhe 40.70% referojnë që nuk ka ndikuar.

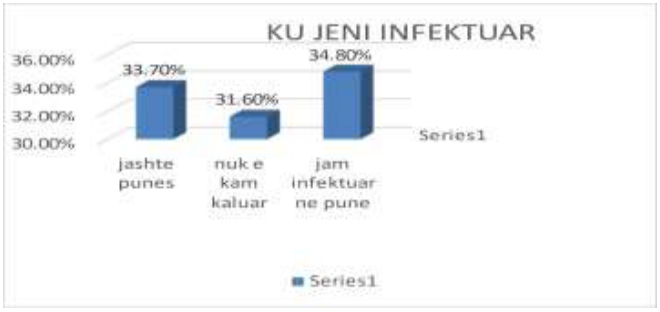


Fig. 5. *Grafiku i shpërndarjes së rasteve të infektuara me Covid-19 dhe vëndin e infektimit*

Pyetjes se ku janë infektuar i janë përgjigjur përkatësisht 34.80% në ambjentin ku ata punojnë, 33.70% jashtë ambjentit ku punojnë dhe 31.60% nuk e kanë kaluar.



Fig. 6. *Grafiku i shpërndarjes së ndikimit të pjesëmarrjes në aktivitetet e organizuara nga institucioni*

Siç e shikojmë dhe nga grafiku 78.30% e stafit referojnë që aktivitetet në institucion u kufizuan dhe 21.70 % e mohojnë një gjë të tillë.

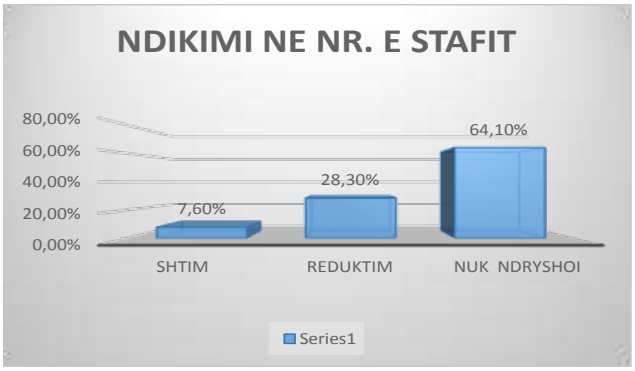


Fig. 7. *Grafiku i shpërndarjes së ndikimit në numrin e personelit mjekësor*

Grafiku na tregon se 64.10% kanë pohuar se numri i stafit nuk ka ndryshuar gjatë kësaj periudhe, 28.30% referojnë reduktim të personelit dhe vetëm 7.60% pohojnë për shtim të personelit gjatë kësaj periudhe.

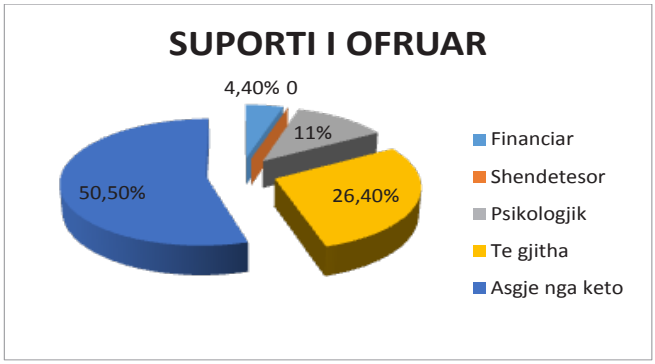


Fig. 8. *Grafiku i shpërndarjes së suportit të ofruar nga institucionet përkatëse*

Paraqitja e mësipërme na tregon që 50.50% e të anketuarve nuk kanë pasur asnjë lloj suporti gjatë kësaj periudhe, 26.40% i kanë pasur të gjitha llojet e suportit si financiar, psikologjik dhe shendetësor, 11% referojnë për shërbim psikologjik dhe vetëm 4.40% kanë marrë support financiar.

Konkluzione. Nga te dhenat e studimit shihet se jane te nevojshem programe mbi menyren e vetmenaxhimit për punonjësit shendetesore për tu qetesuar nga ana psikologjike. Hartuesit e politikave shëndetësore të ndërmarrin hapa për të siguruar lehtësira në punën e tyre duke reduktuar

orarin e punës, shtimin e stafit në kushte të caktuara për të shmangur mbingarkesën. Bashkëpunimi i profesionistëve në grup, për të reflektuar mbi atë që duhet bërë, për t'u integruar dhe për të mësuar nga përvoja.

Rekomandime

Hartimi i programeve edukative dhe trajnuese që ofrojnë edukim psikologjik online përmes programeve të komunikimit; të zhvillojnë dhe publikojnë udhëzime përkatëse; manualë; artikuj/ video edukative në internet dhe rrjete sociale.

Hartuesit e politikave shëndetësore duhet të ndërmarrin hapa për të siguruar lehtësira në punën e tyre kryesisht duke reduktuar orarin e punës dhe shtimin e stafit në kushte të caktuara për të shmangur mbingarkesën.

Bashkëpunimi i profesionistëve në grup, për të reflektuar mbi atë që duhet bërë, për t'u integruar dhe për të mësuar nga përvoja.

Monitorimi i rregullt i mirëqenies së stafit, sigurimi i komunikimit efikas dhe përditësimet në kohë ndihmojnë në ruajtjen e kontrollit, zbutjen e shqetësimeve dhe pasigurisë.

Sigurimi i takimeve të shkurtra dhe të rregullta u mundëson punonjësve të shprehin shqetësimet dhe të bëjnë pyetje, duke inkurajuar mbështetjen mes kolegëve.

Investim në shërbime dhe programe mbarëkombëtare të Shëndetit Mendor të cilat kanë vuajtur nga financimi i kufizuar prej vitesh, tani më i rëndësishëm se kurrë.

Programe orientimi rreth vlerësimit të vazhdueshëm të produktivitetit në punë të punonjësve të Shëndetit Mendor, pasi studime të shumta referojnë se humbja e produktivitetit në punë është një përcaktues kryesor i shëndetit të dobët mendor.

Biografia:



Albana Sula, lindur në 14/05/1984 në Peqin. Studimet e mesme i kam kryer në shkollën e mesme të përgjithshme "Mustafa Kemal Ataturk" Pajove. Kam mbaruar studimet e larta në Universitetin e Elbasanit "Aleksandër Xhuvani" në vitet 2002-2006, fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike dega Infermieri. Nga 01/04 2006-15/10/2006 kam punuar si infermiere ne qendrën shëndetësore Pajove. Nga 16/10/2006 dhe në vazhdim punoj si pedagoge e brendshme në këtë fakultet. Atualisht jam në proces doktorature, viti i dytë. Antare e UISH nga viti 2011 e në vazhdim. Pjesëmarrëse në aktivitete të ndryshme shkencore brenda dhe jashtë vendit.

Sitografia

1. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
2. http://www.qsut.gov.al/portfolio/situata-me-femijet-e-prekur-nga-covid-19/
3. http://www.ishp.gov.al/simptomat-e-covid-19/
4. https://www.dw.com/sq/virusi-corona-%C3%A7far%C3%AB-duhet-t%C3%AB-dini-p%C3%ABr-analizat-e-kontrollit/a-54453965
5. https://leyton.com/it/covid-19-e-il-ruolo-della-diagnostica-per-immagini/
6. https://www.giornaledicardiologia.it/archivio/3343/articoli/33132/
7. https://fscluster.org/sites/default/files/styles/core-group-featured-image/public/banner-696x321.png?itok=l7uFday9
8. https://www.ishp.gov.al/pyetje-dhe-pergjigje-te-shpeshta-virusi-dhe-semundja-nga-covid-19/
9. https://www.dw.com/sq/virusi-corona-sulm-frontal-t%C3%AB-gjith%3AB-trupit/a-534https://shendetesia.gov.al/00498
10. https://shendetesia.gov.al/
11. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19
12. https://sq.wikipedia.org/wiki/COVID-19#Trajtimi

13. *http://ata.gov.al/202005/22/bashkejetesa-me-koronavirusin-7-hapa-te-rendesishme-per-mbrojtjen-https://gazetasi.al/protokolli-i-ri-per-mjeket-e-familjes-21antibiotiket-vetem-ne-rastet-e-renda-te-covid/nga-infektimi/*

14. *https://gdb.voanews.com/0a6c71eb-991a-4e97-814c-96560ec154ad_w1080_h608_s_b.png*

15. *https://www.cdc.gov/media/dpk/diseases-and-conditions/coronavirus/images/outbreak-coronavirus-world-1024x506px.jpg?_=31301*

16. *https://en.wikipedia.org/wiki/Severe_acute_respiratory_syndrome_coronavirus_2?fbclid=IwAR2y1opQ93peWlRqwNXZxNhkAfJoHcqzAq9rZqvkp0fI7M6R4YtdNy_TCgU*

17. *https://en.wikipedia.org/wiki/Coronavirus?fbclid=IwAR1YGryWYjQMV-HaYk-XG8FUW4ZGUSEpS2AT2_S90h58w3g1Vrw46lF631s#cite_note-:21-44*

18. *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065352706660053?via%3Dihub*

19. *https://el.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2?fbclid=IwAR3WQiVfRvHgDo7S37dNuzBgF8sxkiCmLInWwlPh7qrBoveWVn6LzzJKlP4#%CE%92%CE%B9%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AE*

20. *https://www.youtube.com/watch?v=8hgc2iZfITI*

21. *https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/?fbclid=IwAR3lj5c7FrKEuCvEdK6XhyUeTNsTGfsNw8gmNTCxJER8JhYqole_fMZ0b2w*

22. *https://en.wikipedia.org/wiki/Variants_of_SARS-CoV-2?fbclid=IwAR1YGryWYjQMV-HaYk-XG8FUW4ZGUSEpS2AT2_S90h58w3g1Vrw46lF631s*

23. *https://www.cdc.gov/media/dpk/diseases-and-conditions/coronavirus/images/outbreak-coronavirus-world-1024x506px.jpg?_=31301*

24. *https://gdb.voanews.com/0a6c71eb-991a-4e97-814c-96560ec154ad_w1080_h608_s_b.png?fbclid=IwAR20I4IndHiOCkWyyJEr0y6kshKvLsZ-f6R-EB8-RQr7m3E8kaXjczz9IHU*

25. *https://www.biovendor.com/file/13311/3d-medical-animation-coronavirus-structure-v2.*