

MANUALI I PSIKOLOGUT NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR

**MANUALI I
PSIKOLOGUT
NË KUJDESIN
SHËNDETËSOR
PARËSOR**

Ky manual u miratua nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale më 02.02.2026, Nr. Prot. 284/1. Ky manual u hartua me mbështetjen e Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) përmes Projektit "Shëndet për të Gjithë" (HAP).

Përmbajtja e këtij publikimi është përgjegjësi e hartuesve të tij dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet si opinion i SDC-së.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



Hartuar nga:

Prof. Asoc. Artemis Shehu

Ky manual është konsultuar dhe rishikuar nga grupi i punës si në vijim:

Psikologë në Qendra Socio-Shëndetësore (QSSH):

1. Eglantina Mersini QSSH Kamëz
2. Majlinda Xhika QSSH Nr.8, Tiranë
3. Efigena Bozo QSSH Nr.1, Tiranë
4. Albana Xhemali QSH Nr.4, Tiranë
5. Kristina Marku QSSH Nr.2, Shkodër
6. Krisalda Sauli QSSH Nr.3, Fier
7. Erudita Fshazi QSH Nr.1, Shkodër
8. Manolita Hida QSH Nr.1, Elbasan
9. Ina Çekrezi QSH Bradashesh, Elbasan
10. Anxhelina Kano QSSH Nr.5, Tiranë
11. Eriona Hoxha QSH Nr.2, Elbasan

Mjekë Familjeje

1. Edona Tafa QSH Rrethina, Shkodër
2. Melsena Hasanaj QSSH Nr.8, Tiranë
3. Migena Brahimaj QSH Nr.3 Fier
4. Shkendije Gruda QSSH Vorë, Tiranë

Infermierë Familjeje

1. Anila Muca QSSH Vorë
2. Enkeleda Gjinoshi QSSH Nr.3, Fier

Drejtoria Qendrore e OSHKSH-së

1. Rolanda Mërkuri Drejtor i Racionalizimit të Kujdesit Shëndetësor
2. Aida Xhani Specialist i Statistikave dhe Monitorimit të Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor

Grupi i Punës për rishikimin e Manualit nga:

• Agjencia e Sigurimit të Cilësisë së Kujdesit Shëndetësor dhe Shoqëror:

1. Denis Gjika Drejtor i Përgjithshëm
2. Gjergji Alfonso Islami Drejtor i Drejtorisë së Standardeve, Protokolleve dhe Akreditimit
3. Ilir Shamata Përgjegjës i Sektorit të Protokolleve dhe Standardeve

• Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale

Emanuela Tollozhina Përgjegjës i Sektorit të Programeve dhe Kujdesit të Shëndetit Mendor

PËRMBAJTJA

I. HYRJE	6
Struktura e manualit	6
Qëllimi i manualit: Pse është i nevojshëm ky manual?	7
Objektivat kryesore: Çfarë synon të arrijë ky manual?	7
Adresimi i boshllëqeve aktuale në praktikën psikologjike në QSSH: Si e përmirëson ky manual situatën ekzistuese?	8
Kujt i shërben manuali: Përdoruesit dhe përfitimet e tyre	8
Trajtimi i rasteve sipas një perspektive biopsikosociale: Një qasje holistike ndaj shëndetit	9
Metodologjia e hartimit të manualit	11
II. KORNIZA LIGJORE DHE POLITIKAT KOMBËTARE	13
Ligji për shëndetin mendor në Republikën e Shqipërisë (RSH)	13
Ligji për profesionet e lira dhe Urdhrin e Psikologut	14
Urdhrat Nr. 413 dhe 239 të MSHMS-së lidhur me statutin e QSSH-së	14
Paketa e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP)	14
III. PROFILI PROFESIONAL I PSIKOLOGUT NË QENDRAT SOCIO-SHËNDETËSORE	15
Roli integruar në ekipin e mjekësisë familjare	15
Përgjegjësitë kryesore të psikologut	16
Mjedisi i punës: Qendër Socio-Shëndetësore dhe komunitet	16
Kualifikimet e kërkuara dhe aftësitë profesionale	17
Vlerësimi dhe matja e punës së psikologut në Qendrat Socio-Shëndetësore të Kujdesit Parësor	18
IV. MODALITETET E NDËRHRYJES DHE SHËRBIMET PSIKOLOGJIKE	20
Shërbimet bazë	20
Vlerësimi psikologjik bazuar në modelet e ndërhyrjes së shkurtër	22
Këshillimi individual dhe ai në grup për çështje të zakonshme psikologjike	23
Modalitete të ndërhyrjes të zakonshme	24
Këshillimi psikologjik individual i fokusuar në probleme	24
Këshillimi për çifte dhe prindër	25
Psikoedukim në grup	26
Ndërhyrja në situata krize apo ngjarje jetësore të papritura	26

Edukim psikosocial dhe promovim i aftësive për jetën	26
Identifikimi i hershëm dhe ndërhyrja parandaluese	27
Bashkëpunimi ndërdisiplinar dhe referimi	27
Përfundime dhe parime udhëheqëse	27
Roli në edukimin shëndetësor të komunitetit	27
Planifikimi dhe zbatimi i programeve	28
Bashkëpunimi me partnerët lokalë	28
V. INSTRUMENTE DHE PYETËSORË TË VLERËSIMIT	29
Depresioni	29
Ankthi	29
Stresi dhe përballimi emocional	30
COPE Inventory	30
Abuzimi me substanca	31
Problemet familjare dhe marrëdhëniet	31
Dhuna në familje dhe trauma	32
Vlerësimi i vetëbesimit dhe vetëvlerësimit	32
Fëmijë dhe adoleshentë	32
VI. BASHKËPUNIMI NDËRDISIPLINOR DHE KOORDINIMI NË QSSH	33
Roli i psikologut në takimet e ekipit multidisiplinar	33
Bashkëpunimi me anëtarët e tjerë të QSSH-së	34
Roli i psikologut si edukator dhe mbështetës për stafin shëndetësor të QSSH-ve	35
Protokolli për referimin dhe ndjekjen e rasteve	35
VII. ETIKA PROFESIONALE DHE KONFIDENCIALITETI	40
Udhëzime për respektimin e standardeve etike në nivel parësor	40
Rregullimi i marrëdhënieve me pacientin dhe komunitetin	41
Raste të veçanta kur duhet thyer konfidencialiteti	41
Model i miratimit të informuar për pacientët	42
VIII. VETËKUJDESI DHE SUPERVIZIMI PËR PSIKOLOGËT	43
Identifikimi i lodhjes profesionale (<i>burnout</i>) dhe strategjitë e menaxhimit	43
Rekomandime për përfshirjen në supervizim klinik dhe trajnime të vazhdueshme	44
Mekanizma mbështetjeje institucionale (monitorimi, mentorimi)	47
IX. PËRDORIMI I MANUALIT PËR QËLLIME TRAJNIMI SI UDHËZUES PEDAGOGJIK	49
Udhëzuesi pedagogjik për përdorimin e manualit të Psikologut në Qendrat Socio-Shëndetësore për trajnimin e psikologëve	49

REFERENCA	52
FJALORTH I SHKURTESAVE DHE TERMAVE	55
ANEKSE	57
Aneks 1: Formularë të punës së psikologut në QSSH	57
Aneksi 1.1 Version 1	58
Aneksi 1.1 Version 2	62
Aneksi 1.2: Formulari i vlerësimit psikologjik në banesë	64
Aneksi 1.3: Formulari i vlerësimit psikologjik për fëmijë dhe adoleshentë (4-17 vjeç)	66
Aneksi 1.4: Formulari i takimit/seancës së këshillimit për të rritur dhe për fëmijë/adoleshentë	71
Aneksi 1.5: Formulari i miratimit të informuar dhe konfidencialitetit me pacientin	73
Aneksi 1.6: Formulari i referimit për shërbime psikologjike dhe psikoterapeutike që nuk ofrohen në QSSH	76
Aneksi 1.7: Formulari i menaxhimit të rasteve në QSSH	78
Aneksi 1.8: Referimi i rasteve brenda QSSH-së	80
Aneks 2: Formularë tip për vlerësimin psikologjik për të rritur dhe fëmijë/adoleshentë	83
Aneksi 2.1: Formulari standard për vlerësimin e ankthit GAD-7	84
Aneksi 2.2: Formulari standard për matjen e shkallës së depresionit - PHQ-9	85
Aneksi 2.3: Formulari standard për matjen e shkallës së stresit të vetëperceptuar PSS-10	86
Aneksi 2.4: Formular standard për matjen e shkallës të përballimit të stresit Brief COPE	88
Aneksi 2.5: Formular standard për matjen e shkallës së abuzimit me substanca ASSIST	91
Aneksi 2.6: Formular standard për matjen e funksionimit familjar - FAD	92
Aneksi 2.7: Formular standard për matjen e stresit post-traumatik PCL-5	94
Aneksi 2.8: Formular standard për matjen e vetëvlerësimit Rosenberg	95
Aneksi 2.9: Formular standard për matjen e sjelljes dhe vështirësive emocionale të fëmijët 4-17 vjeç SDQ	96
Aneksi 2.10: Formular standard për matjen e nivelit të mbështetjes sociale MOS	100
Aneks 3: Raste ilustruese të punës së psikologut në QSSH	101
Rasti 1: Pacienti me diabet tipi 2/sëmundje kronike	102
Rast 2: Pacienti me depresion dhe me simptoma vetëvrasëse	105
Rast 3: Pacienti me gjendje kronike ankthi	108
Rast 4: Pacienti me ankesa somatike dhe probleme familjare	110
Rast 5: Pacienti: Adoleshente 15-vjeçare me simptoma vetëlënduese	113
Rast 6: Pacienti: Adoleshent 13 vjeç me ankth nga shkolla dhe probleme bullizimi	116

I. HYRJE

Shëndeti, në kuptimin e tij të plotë si koncept, është një gjendje mirëqenieje fizike, mendore, dhe sociale, siç theksohet edhe nga Organizata Botërore e Shëndetësisë-OBSH (WHO, 2010; 2008). Ky përkufizim përforcon rëndësinë e një perspektive integruese në kujdesin shëndetësor, ku elementet fizike dhe ato mendore ndërthuren me njëri-tjetrin për të krijuar një mirëqenie të qëndrueshme. Perspektiva biopsikosociale na shtyn të organizohemi drejt një modeli ku shëndeti mendor dhe ai fizik trajtohen me barazi dhe përkujdesje të njëjtë (WHO, 2010; Frank & Glied, 2006).

Në kontekstin e shërbimeve shëndetësore parësore, Qendrat Socio-Shëndetësore luajnë rolin e parë dhe më thelbësor në kontaktin me komunitetin. Këto qendra janë të pozicionuara në mënyrë strategjike për të ofruar një spektër të gjerë shërbimesh, duke përfshirë edhe mbështetjen për shëndetin mendor. Ky integrim jo vetëm që ndihmon në uljen e stigmës, por edhe lehtëson aksesin për pacientë që vuajnë nga probleme të shëndetit mendor si ankthi, depresioni, dhe stresi (Shoibab & Ramamohan, 2021).

Psikologët luajnë një rol themelor në këto qendra pasi sigurojnë identifikimin e hershëm të çrregullimeve të shëndetit mendor dhe ofrimin e ndërhyrjeve të përqendruara për përmirësimin e tij dhe të shëndetit fizik në përgjithësi (Docherty & O'Callaghan, 2008). Në këtë këndvështrim, ky manual, i konceptuar për psikologët, synon të adresojë boshllëqet ekzistuese në njohuritë dhe praktikën psikologjike brenda këtyre institucioneve duke shërbyer si një udhërrëfyes teorik dhe praktik që lehtëson procesin e diagnostikimit dhe ndërhyrjeve të nevojshme duke vënë në dispozicion instrumente të vlerësimit dhe protokolle të dakordësuara me grupin teknik të punës.

Në këtë kontekst, prania e një psikologu në qendrat e kujdesit parësor shfaqet si një burim i rëndësishëm mbështetjeje për të gjithë ekipin shëndetësor. Bashkëpunimi i ngushtë ndërdisiplinor krijon një mjedis të plotë ku shërbimet psikologjike dhe ato mjekësore bashkëveprojnë në harmoni për përmirësimin e rezultatit të përgjithshëm të kujdesit ndaj pacientit (Allen, Gillen & Rixson, 2009). Kjo qasje përforcon kapacitetin e ekipit për të adresuar në mënyrë efektive dhe të plotë nevojat e pacientit dhe rrit cilësinë e jetës së pacientit (Slatcher & Pennebaker, 2006).

Ky manual, nga ana tjetër, synon të fuqizojë psikologët dhe të ndihmojë në formësimin e një perspektive më të integruar dhe më efikase në trajtimin e shëndetit mendor në kujdesin parësor. Përmes ndërtimit të bazës së njohurive dhe përvojave të gjithanshme, mund të krijohet një rrugë e re drejt sigurimit të një kujdesi gjithëpërfshirës dhe të qëndrueshëm për të gjithë komunitetin.

STRUKTURA E MANUALIT

Ky manual është strukturuar për të mbuluar të gjitha aspektet thelbësore të punës së psikologut në kujdesin shëndetësor parësor. Ai ofron udhëzime praktike mbi:

- 1. Rolin dhe vlerat:** Përcaktimi i qartë i rolit dhe vlerave thelbësore të psikologut në mjedisin e qendrës shëndetësore.

- 2. Vlerësimin dhe ndërhyrjen:** Udhëzime mbi metodat e vlerësimit, teknikat e ndërhyrjes së shkurtër dhe menaxhimin e rasteve komplekse.
- 3. Etikën dhe konfidencialitetin:** Respektimin e standardeve më të larta etike dhe menaxhimin e konfidencialitetit.
- 4. Bashkëpunimin ndërdisiplinor:** Rëndësinë e punës në ekip dhe koordinimin me profesionistët e tjerë të ekipit dhe të qendrës.
- 5. Vetëkujdesin dhe supervizimin:** Rëndësinë e mirëqenies së psikologut për parandalimin e lodhjes profesionale (burnout) dhe zhvillimin në punë.

Ky manual synon të jetë një burim i vlefshëm, i cili mund të përditësohet dhe përmirësohet bazuar në përvojat praktike dhe hulumtimet shkencore të mëtejshme me shpresën që të shërbejë si një themel i fortë për zhvillimin e shërbimeve psikologjike të cilësisë së lartë në kujdesin shëndetësor parësor.

QËLLIMI I MANUALIT: PSE ËSHTË I NEVOJSHËM KY MANUAL?

Qëllimi thelbësor i këtij manuali është të sigurojë një udhërrëfyes të qartë, të standardizuar dhe të bazuar në evidencë për praktikën e psikologëve në Qendrat Socio-Shëndetësore (QSSH). Shëndeti mendor është një komponent i pandashëm i shëndetit të përgjithshëm dhe integrimi i shërbimeve psikologjike në kujdesin parësor është jetik për të adresuar nevojat e shëndetit mendor të komunitetit në mënyrë të hershme dhe efektive. Ky manual do të ndihmojë në:

- » **Standardizimin e shërbimeve:** Duke siguruar një perspektivë uniforme dhe të vazhdueshme në ofrimin e shërbimeve psikologjike në të gjitha QSSH-të. Kjo përfshin protokolle për vlerësimin, ndërhyrjen, menaxhimin e rasteve dhe dokumentimin e tyre.
- » **Rritjen e cilësisë:** Duke nxitur përdorimin e praktikave të bazuara në evidencë dhe ndërhyrjeve efektive të provuara shkencërisht. Manuali do të inkurajojë përdorimin e metodologjive dhe instrumenteve praktike dhe profesionale të vlerësimit.
- » **Forcimin e rolit profesional:** Duke përcaktuar qartë kompetencat dhe përgjegjësitë e psikologut dhe duke theksuar rëndësinë e kontributit të tyre të veçantë në ekipin e kujdesit shëndetësor. Kjo do të ndihmojë në zhvillimin e një identiteti profesional të fortë dhe në njohjen e rolit të tyre në ekip dhe më gjerë.
- » **Promovimin e kujdesit të integruar:** Duke lehtësuar bashkëpunimin ndërdisiplinor midis psikologëve, mjekëve të familjes, infermierëve dhe profesionistëve të tjerë, duke siguruar kështu një perspektivë holistike dhe të koordinuar ndaj kujdesit të pacientit.

OBJEKTIVAT KRYESORE: ÇFARË SYNON TË ARRIJË KY MANUAL?

Objektivat specifike të këtij manuali janë:

- » **Përcaktimi i qartë i rolit:** Të ofrojë një përshkrim të detajuar të rolit, funksioneve dhe përgjegjësi të psikologut në mjedisin e punës të kujdesit parësor, duke specifikuar se çfarë pritet prej tij.
- » **Udhëzime për praktikën e përditshme:** Të ofrojë udhëzime praktike për kryerjen e vlerësimeve psikologjike, hartimin e planeve të trajtimit, zbatimin e ndërhyrjeve të shkurtra dhe menaxhimin e rasteve.
- » **Korniza etike dhe ligjore:** Të theksojë dhe të zbatojë parimet etike dhe ligjore që rregullojnë praktikën psikologjike, veçanërisht në lidhje me konfidencialitetin, miratimin e informuar, kufijtë e kompetencës dhe procesin e referimit.

- » **Lehtësimi i referimeve:** Të ofrojë kritere të qarta për referimin e pacientëve nga kujdesi parësor te shërbimet e specializuara të shëndetit mendor ose shërbimet e tjera sociale dhe shëndetësore, si dhe referimin e rasteve nga specialistët te psikologu i QSSH-së.
- » **Mbështetja e zhvillimit profesional:** Të inkurajojë dhe mbështesë zhvillimin e vazhdueshëm profesional të psikologëve përmes trajnimeve, mbikëqyrjes dhe përditësimit të njohurive.

ADRESIMI I BOSHLLËQEVE AKTUALE NË PRAKTIKËN PSIKOLOGJIKE NË QSSH: SI E PËRMIRËSON KY MANUAL SITUATËN EKZISTUESE?

Ky manual është hartuar për të plotësuar boshllëqet e identifikuar në ofrimin e shërbimeve psikologjike në nivelin e kujdesit parësor. Këto boshllëqe shpesh çojnë në ofrimin e shërbimeve jo-standard ose joefikase. Manuali synon të adresojë:

- » **Mungesën e standardeve operative:** Shumë QSSH mund të mos kenë protokolle të qarta për menaxhimin e rasteve të shëndetit mendor me përfshirjen e psikologut, duke rezultuar në variacione të mëdha në cilësinë e kujdesit. Ky manual do të ofrojë disa procedura standarde operimi.
- » **Vështirësitë në integrim:** Psikologët shpesh mund të ndihen të izoluar ose të pa integruar plotësisht në ekipin e kujdesit parësor. Manuali do të ndihmojë në përcaktimin e kanaleve të komunikimit dhe të bashkëpunimit duke theksuar rëndësinë e punës në ekip.
- » **Identifikimi dhe referimi i pamjaftueshëm:** Shpesh, çështjet e shëndetit mendor nuk identifikohen herët ose referohen në mënyrë të papërshtatshme. Manuali do të ofrojë udhëzime për evidentimin, vlerësimin dhe kriteret e referimit.
- » **Mungesa e dokumentacionit të unifikuar:** Një dokumentacion i paqartë ose jo-standard mund të pengojë koordinimin e kujdesit dhe vlerësimin e efikasitetit të ndërhyrjeve. manuali synon të vendosë formate dhe udhëzime për dokumentimin e rasteve.
- » **Stigma dhe ndërgjegjësimi i ulët:** Duke vendosur një bazë të fortë profesionale, manuali kontribuon në mënyrë të drejtpërdrejtë në uljen e stigmës ndaj shëndetit mendor dhe në rritjen e ndërgjegjësimit për rëndësinë e shërbimeve psikologjike.

KUJT I SHËRBEEN MANUALI: PËRDORUESIT DHE PËRFITIMET E TYRE

Edhe pse ky manual është një referencë me vlerë për psikologët që punojnë në QSSH, ai mund të jetë me interes edhe më gjerë:

- » **Psikologët që praktikojnë në QSSH:** Për psikologët, manuali do të jetë një “bibël” praktike. Ai do të ofrojë siguri profesionale duke i udhëzuar në vendimmarrjen klinike, në zbatimin e ndërhyrjeve efektive, në respektimin e parimeve etike dhe në menaxhimin e sfidave të përditshme të praktikës. Ai do të shërbejë si një burim i shpejtë referimi për protokolle dhe procedura.
- » **Drejtuesit e qendrave socio-shëndetësore dhe stafit administrativ:** Për drejtuesit, manuali mund të jetë një mjet për menaxhimin dhe integrimin efektiv të shërbimeve psikologjike. Ai do t'i ndihmojë ata të kuptojnë nevojat e psikologëve, t'i përdorin burimet në mënyrë efikase dhe të monitorojnë performancën. Për stafin administrativ, ai mund të lehtësojë proceset e programimit, dokumentacionit dhe koordinimit.

- » **Profesionistët e tjerë shëndetësorë (mjekë, infermierë, etj.):** Manuali do të lehtësojë bashkëpunimin ndërdisiplinor duke ofruar një pasqyrë të qartë të rolit të psikologut. Ata do të kuptojnë më mirë se kur dhe si t'i referojnë pacientët te psikologu, si dhe si të bashkëpunojnë në planet e kujdesit të integruar.
- » **Institucionet mbështetëse (p.sh., Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale, institucionet e arsimit të lartë, organizatat profesionale, OJF-të):** Ky manual mund të shërbejë si bazë për unifikimin e shumë mjeteve të punës së psikologut, për përmirësimin e formateve të raportimit dhe të vlerësimit të shërbimeve psikologjike në QSSH-të, për zhvillimin e politikave kombëtare të shëndetit mendor, për hartimin e kurrikulave trajnuese për psikologët dhe profesionistët e tjerë shëndetësorë, dhe për identifikimin e nevojave për burime dhe investime në shërbimet e shëndetit mendor.

TRAJTIMI I RASTEVE SIPAS NJË PERSPEKTIVE BIOPSIKOSOCIALE: NJË QASJE HOLISTIKE NDAJ SHËNDETIT

Një parim themelor që përshkon gjithë manualin është theksimi i qasjes biopsikosociale ndaj shëndetit dhe sëmundjes. Kjo perspektivë, e zhvilluar nga George L. Engel, thekson se shëndeti dhe sëmundja nuk janë thjesht rezultat i faktorëve biologjikë por i ndërthurjes komplekse të faktorëve psikologjikë dhe ato socialë (Engel, 1977).

- » **Komponenti biologjik:** Përfshin gjenetikën, fiziologjinë, anatominë dhe funksionimin e sistemeve trupore. Në kontekstin e shëndetit mendor, kjo mund të përfshijë çrregullimet neurologjike, predispozitat gjenetike ndaj sëmundjeve mendore, efektet e trajtimeve medikamentoze, apo ndikimin e sëmundjeve fizike kronike. Psikologu duhet të jetë i vetëdijshëm për këta faktorë dhe të bashkëpunojë me mjekët.
- » **Komponenti psikologjik:** Përfshin mendimet, emocionet, sjelljet, qëndrimet, aftësitë përballuese, besimet dhe personalitetin e individit. Kjo është fusha thelbësore e ekspertizës së psikologut. Për shembull, si ndikojnë modelet e të menduarit negativë në depresion, ose si mund të ndikojë menaxhimi i stresit në shëndetin kardiovaskular dhe jo vetëm.
- » **Komponenti social:** Përfshin ndikimet mjedisore, familjare, kulturore, ekonomike dhe sociale. Këtu përfshihen marrëdhëniet ndërpersonale, mbështetja sociale, statusi socio-ekonomik, kultura, puna, arsimimi dhe sistemi i kujdesit shëndetësor. Një psikolog duhet të kuptojë se si faktorë si varfëria, diskriminimi, abuzimi, ose izolimi social mund të ndikojnë thellësisht në shëndetin mendor.

Përkthimi në praktikë: Përdorimi i kësaj perspektive nënkupton se psikologu në QSSH-re:

- » Do të vlerësojë pacientët duke marrë parasysh të gjitha këto dimensione.
- » Do të ndërhyjë jo vetëm në nivelin individual (psikologjik), por do të marrë parasysh edhe nevojat sociale dhe do të bashkëpunojë me mjekët për aspektet biologjike.
- » Do të kuptojë se çështjet shëndetësore shpesh kanë një bazë komplekse dhe se një ndërhyrje e suksesshme kërkon adresimin e të gjitha këtyre faktorëve në mënyrë të integruar.
- » Do të promovojë shëndetin dhe parandalimin e sëmundjeve duke adresuar jo vetëm sjelljet individuale, por edhe faktorët socialë dhe mjedisorë.

Shembuj të perspektivës biopsikosociale në praktikë:

- » **Një pacient me dhimbje kronike:** Psikologu mund të trajtojë aspektet psikologjike të dhimbjes (ankthin, depresionin, strategjitë e përballimit), ndërsa mjeku menaxhon aspektet fizike. Shpesh, dhimbja kronike ka një komponent të fortë psikologjik.
- » **Një adoleshent me ankth shkollor:** Psikologu mund të punojë me aftësitë përballuese të ankthit (psikologjike), por gjithashtu duhet të marrë në konsideratë faktorët shkollorë (sociale) dhe çështjet fizike (biologjike) që mund të kontribuojnë.
- » **Një individ që ka humbur punën dhe zhvillon simptoma depresive:** Kjo kërkon trajtim psikologjik për depresionin, por gjithashtu adresimin e pasojave sociale të humbjes së punës (stresi financiar, izolimi social).

Shembull 1: Një pacient me dhimbje kronike

1. **Rasti:** Pacienti paraqet dhimbje fizike të vazhdueshme (p.sh, dhimbje shpine kronike, fibromialgji) që ka zgjatur për muaj apo vite, pavarësisht trajtimeve mjekësore.

Analiza biopsikosociale e rastit (e përmbledhur):

- a) **Biologjike:** Faktorët fizikë si dëmtimet nervore, predispozitat gjenetike, dhe efektet e medikamenteve.
- b) **Psikologjike:** Ndikimi i ankthit, depresionit, frikës, mendimeve katastrofike dhe strategjive joefektive të përballimit.
- c) **Sociale:** Ndikimi i dhimbjes në marrëdhëniet me të tjerët, aftësinë për të punuar, izolimin social, dhe mbështetjen nga familja/komuniteti.

Perspektiva e bashkërenduar:

- a) **Mjeku i familjes:** Diagnostikimi, menaxhimi i medikamenteve, referimi për trajtime fizike. Informon psikologun për historinë mjekësore dhe efikasitetin e trajtimeve.
- b) **Psikologu:** Ndërhyrje për ankthin, depresionin, teknikat e relaksimit, ristrukturimin konjitiv, përmirësimin e gjumit. Informon mjekun për progresin psikologjik dhe efikasitetin e strategjive të përballimit.
- c) **Fizioterapisti:** Rritja e lëvizshmërisë, forcës muskulore dhe reduktimi i dhimbjes. Koordinon me psikologun dhe mjekun për progresin fizik dhe motivimin e pacientëve.
- d) **Punonjësi social (nëse nevojitet):** Adresimi i problemeve të punës, aksesit në burime komunitare dhe mbështetjen familjare. Informon ekipin për faktorët socialë që ndikojnë te pacienti.

Shembull 2: Një adoleshent me ankth shkollor

- Rasti:** Adoleshent me frikë nga shkolla, dhimbje koke/barku, rezultate të dobëta në mësim.

Analiza biopsikosociale (e përmbledhur):

- a) **Biologjike:** Probleme gjumi, predispozita ndaj ankthit, disbalanca hormonale, simptoma somatike.
- b) **Psikologjike:** Mendime katastrofike, vetëvlerësim i ulët, vështirësi sociale, ankth social/i përgjithësuar.

- c) **Sociale:** Presioni akademik, bullizmi, marrëdhënie të vështira me mësuesit, dinamika familjare, izolimi social.

Perspektiva e bashkërenduar:

- a) **Mjeku i familjes:** Përjashtimi i shkaqeve fizike, vlerësimi i gjumit, referimi endokrinologjik nëse nevojitet. Informon psikologun për gjendjen fizike.
- b) **Psikologu:** CBT (Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes) për ankthin, menaxhimi i ankthit, aftësi sociale, strategji përballuese. Këshillim me prindërit. Komunikon me mjekun dhe shkollën.
- c) **Shkolla (psikologu/punonjësi social/mësuesi):** Identifikimi i bullizmit, përshtatje akademike, ndërtimi i marrëdhënieve pozitive. Zbatimi i strategjive të rekomanduara.
- d) **Familja:** Zbatimi i strategjive, mbështetje emocionale, ndryshimi i dinamikave familjare.

Shembull 3: *Një individ që ka humbur punën dhe zhvillon simptoma depresive*

Rasti: Individ që humb punën dhe shfaq simptoma depresive (mungesë interesi, pagjumësi, humbje energjie, pafuqi, izolim).

Analiza biopsikosociale (e përmbledhur):

- a) **Biologjike:** Ndryshime biokimike në tru, predispozicion gjenetik, ndikimi i stresit në sistemin imunitar dhe gjumë.
- b) **Psikologjike:** Ndjenja dështimi, vetëvlerësim i ulët, mendime negative, mungesë motivimi, izolim.
- c) **Sociale:** Stres financiar, humbje identiteti social, izolim nga kolegët, presion familjar, vështirësi në aksesin e shërbimeve sociale.

Perspektiva e bashkërenduar:

- a) **Mjeku i familjes:** Vlerësimi dhe menaxhimi i simptomave fizike, përjashtimi i shkaqeve fizike të depresionit, terapia medikamentoze nëse nevojitet. Informon psikologun për gjendjen fizike.
- b) **Psikologu:** CBT për depresionin, sfidimi i mendimeve negative, aktivizimi sjellor, përmirësimi i aftësive për zgjidhjen e problemeve, ndërtimi i vetëvlerësimit. Përditëson mjekun për progresin.
- c) **Punonjësi social/Këshilluesi i karrierës:** Ndhmë për aksesin e ndihmës sociale, këshillim për kërkimin e punës, lidhje me burimet komunitare. Koordinohet me psikologun.
- d) **Familja/rrjeti mbështetës:** Mbështetje emocionale, motivim për aktivitete shoqërore, ndihmë praktike.

Shembujt e mësipërm ilustrojnë qartazi se si perspektiva biopsikosociale nuk është thjesht një koncept teorik, por një metodë praktike e bashkëpunimit ndërmjet profesionistëve, duke siguruar një kujdes më të plotë dhe më efektiv për pacientin në QSSH.

METODOLOGJIA E HARTIMIT TË MANUALIT

Procesi i hartimit të këtij manuali është një ndërthurje e qëndrueshme dhe shumëdimensionale metodologjish, që synojnë ofrimin e një udhëzues praktik, në përputhje me parimet e etikës, dhe të bazuar në praktikën e ndjekur nga psikologët që ofrojnë shërbime në kujdesin shëndetësor

parësor. Parimet kryesore që e kanë udhëhequr këtë metodologji janë praktika e bazuar në evidenca (*Evidence-Based Practice – EBP*), bashkëpunimi ndërdisiplinor dhe përshtatja kulturore, me vëmendje të veçantë ndaj specifikave të sistemit shëndetësor dhe kontekstit social shqiptar (Shahid & Kinght, 2009; Srinivasan & Uddin, 2015).

Fazat kryesore të hartimit:

1. Rishikimi i literaturës së specializuar:

Qëllimi: Identifikimi i praktikave më të mira ndërkombëtare në integrimin e shërbimeve psikologjike në kujdesin parësor.

Burimet: Një gamë e gjerë literature shkencore, duke përfshirë revista të rëndësishme si *Journal of Clinical Psychology*, *Health Psychology*, *Journal of Primary Care Mental Health*, *Psychiatric Services*, së bashku me udhëzues klinikë të organizatave prestigjioze (p.sh., APA, NICE Guidelines, WHO), raporte ndërkombëtare, si dhe manuale praktike nga vende me sisteme të ngjashme shëndetësore (WHO, 2021; APA, 2020).

Fokusi: Kërkimi u përqendrua në modelet e bashkëpunimit ndërdisiplinor, strategjitë për ndërhyrjet e shkurtra, instrumentet e vlerësimit të përshtatshme për kujdesin parësor, çështjet etike dhe modelet e supervizimit.

2. Konsultimi me ekspertë dhe palë të interesuara:

Qëllimi: Sigurimi i përshtatshmërisë së manualit me realitetet dhe nevojat e kontekstit shqiptar.

Palët e përfshira: Psikologë klinikë dhe këshillues me përvojë në shërbime të shëndetit mendor dhe në KSHP, mjekë familjeje, infermierë familjeje, drejtorë të QSSH-ve, specialistë të shëndetit publik nga Drejtoria Qendrore e OSHKSH-së dhe MSHMS-së.

Metodat: Intervista individuale përfshirë dhe Ekspertin e Shëndetit Mendor nga Instituti Zvicëran i Shëndetit Publik dhe Mjekësisë Tropikale (SwissTPH), fokus grupe dhe takime konsultuese me psikologë që punojnë në KSHP, mjekë familjeje, infermierë familjeje, drejtorë të QSH-ve, specialistë të shëndetit publik nga Drejtoria Qendrore e OSHKSH-së dhe MSHMS-së, çka garantuan që manuali të adresojë nevojat reale të praktikës së përditshme dhe të jetë i vlefshëm për palët kryesore.

3. Përshtatja kulturore dhe gjuhësore:

Qëllimi: Siguria që gjuha, shembujt dhe konceptet e përdorura janë të kuptueshme, të përshtatshme dhe të ndjeshme ndaj konteksteve kulturore shqiptare.

Procesi: Përshtatja e termave psikologjikë dhe mjekësorë, diskutimi i rasteve ilustrative që pasqyrojnë realitetet sociale dhe kulturore të vendit tonë, duke marrë parasysh normat tradicionale, strukturat familjare dhe qëndrimet ndaj shëndetit mendor. Është synuar të shmanget përdorimi i terminologjisë së panevojshme, duke synuar një gjuhë të qartë dhe të kuptueshme.

Hartimi dhe strukturimi i manualit:

Qëllimi: Organizimi i informacionit në një format të qartë, logjik dhe të lehtë për t'u përdorur në praktikë.

Struktura: Manuali është ndërtuar në kapituj që përqendrohen në fusha të ndryshme të praktikës së psikologut në kujdesin parësor (si p.sh. roli, vlerësimi, etika, bashkëpunimi, vetëkujdesi). Kjo qasje mundëson referim të lehtë në tema specifike sipas nevojës dhe situatës.

II. KORNIZA LIGJORE DHE POLITIKAT KOMBËTARE

Ky kapitull ofron një pasqyrë të kornizës ligjore dhe dokumenteve të politikave kombëtare që rregullojnë/mbështesin praktikën e psikologut në kujdesin shëndetësor parësor. Zbatimi i këtyre dokumenteve është thelbësor për garantimin e një praktike profesionale, etike dhe ligjrisht të pranueshme. Manuali është një kontribut i drejtpërdrejtë për zbatimin e këtij kuadri rregullator.

LIGJI PËR SHËNDETIN MENDOR NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË (RSH)¹

Ligji nr. 44/2012 “Për shëndetin mendor”, i ndryshuar, përcakton kornizën e përgjithshme ligjore për mbrojtjen e të drejtave të personave me çrregullime të shëndetit mendor dhe për organizimin e shërbimeve përkatëse në Republikën e Shqipërisë. Ligji parashikon ofrimin e shërbimeve të shëndetit mendor në nivele të ndryshme të kujdesit, me theks të veçantë shërbimet e ofruara në kujdesin shëndetësor parësor dhe në nivel komunitar, si dhe garantimin e vazhdimësisë së kujdesit.

Në këtë kuadër, shërbimet e shëndetit mendor, përfshirë shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor duhet të ofrojnë ndërhyrje parandaluese, vlerësuese, këshilluese dhe rehabilituese, të cilat ofrohen nga ekipe shumëdisiplinare të profesionistëve të shëndetit mendor. Shërbimet psikologjike përbëjnë një komponent thelbësor të këtij sistemi, duke kontribuar në identifikimin e hershëm të problemeve të shëndetit mendor, në vlerësimin dhe mbështetjen psikologjike të individëve dhe familjeve, si dhe në promovimin e mirëqenies psikosociale në komunitet.

Ligji vë theks të veçantë në respektimin e dinjitetit dhe të drejtave të personave që marrin shërbime të shëndetit mendor, përfshirë të drejtën për informim, konfidencialitet dhe pjesëmarrje në vendimmarrje, si dhe ndalon çdo formë trajtimi çnjerëzor ose degradues. Trajtimi në komunitet dhe bashkëpunimi ndërsektorial konsiderohen parime themelore për organizimin efektiv të shërbimeve, duke synuar integrimin social dhe përmirësimin e cilësisë së jetës së individëve.

Në tërësi, ligji synon ndërtimin e një sistemi gjithëpërfshirës dhe funksional të shëndetit mendor, ku shërbimet psikologjike ofrohen si pjesë integrale e kujdesit të bazuar në komunitet dhe operacionalizohen më tej përmes politikave sektoriale, akteve nënligjore dhe dokumenteve udhëzuese.

1. <https://qbz.gov.al/eli/ligj/2012/04/19/44/f6bc6052-b199-440d-9dcc-0117426b54bc;q=ligji%2044%2F2012>

LIGJI PËR PROFESIONET E LIRA DHE URDHRIN E PSIKOLOGUT²

Ligji Nr. 40/2016 “Për Urdhrin e Psikologut në Republikën e Shqipërisë” përcakton kuadrin ligjor për organizimin dhe funksionimin e profesionit të psikologut në Shqipëri, duke themeluar Urdhrin e Psikologut si një ent publik që rregullon profesionin (Neni 6). Ligji përcakton kriteret e anëtarësimit, ku përfshihen diploma në psikologji dhe praktikë profesionale (Neni 7), si dhe të drejtat e detyrimit e anëtarëve (Neni 9, 10). Ai vendos standarde etike dhe profesionale, ndër të cilat edhe detyrimin për edukim të vazhdueshëm profesional (Neni 17). Licencimi (Neni 13) dhe regjistrimi i psikologëve (Neni 11) janë të detyrueshme për të mbrojtur titullin “Psikolog”. Ligji thekson konfidencialitetin dhe përcakton fushat e veprimtarisë së psikologëve. Ai gjithashtu përcakton masat disiplinore (Neni 22) për psikologët që shkelin kodin e etikës (Neni 28).

URDHRAT NR. 413 DHE 239 TË MSHMS-SË LIDHUR ME STATUTIN E QSSH-SË

Urdhri Nr. 413, datë 13.07.2022 “Për miratimin e statutit të Qendrës Shëndetësore” dhe Urdhri Nr. 239, datë 25.04.2024 të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale për disa shtesa të Urdhrit Nr. 413, datë 13.07.2022, parashikojnë në Qendrat Socio-Shëndetësore³ dhe në Qendrat e Mjekësisë Familjare⁴ (QMF) krahas shërbimeve të tjera, ofrimin e shërbimit psikosocial pranë qendrës shëndetësore/komunitet. Në zbatim të këtyre dokumenteve, MSHMS ka punësuar në Qendrat Socio-Shëndetësore dhe në Qendrat e Mjekësisë Familjare (QMF) psikologë ose punonjës socialë.

PAKETA E SHËRBIMEVE TË KUJDESHIN SHËNDETËSOR PARËSOR (KSHP)⁵

Paketa e Shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP) Publik në Shqipëri përcakton një fushë të gjerë shërbimesh që ofrohen në nivelin parësor të kujdesit shëndetësor. Këto shërbime përfshijnë kujdesin për fëmijët, të rriturit, gratë dhe të moshuarit, shëndetin mendor, promovimin dhe edukimin shëndetësor duke theksuar parandalimin, promovimin e shëndetit dhe menaxhimin e sëmundjeve të zakonshme.

Kjo paketë ka nevojë të rishikohet të paktën për QSSH-të dhe QMF-të që ofrojnë shërbime psikosociale për të dhënë rolin, detyrat dhe kompetencat e psikologut si anëtar i ekipit të mjekësisë së familjes (MF) në QSSH-të dhe QMF-të që kanë psikolog. Manuali është një ndihmesë në këtë proces rishikimi.

2. <https://www.urdhriipsikologut.al/wp-content/uploads/2019/10/Ligji-i-Urdhrit-te-Psikologut.pdf>

3. Qendra Socio-Shëndetësore është institucion i shërbimit shëndetësor, me financim publik, jo fitimprurës që ofron kujdes shëndetësor parësor si dhe shërbime sociale që vijnë si pasojë e sëmundjeve kronike dhe/ose akute. Qendra Socio-Shëndetësore mundëson ofrimin e shërbimeve të integruara për t'iu përgjigjur nevojave të individëve dhe grupeve në nevojë duke garantuar lidhjen dhe koordinimin me nivelet e tjera të sistemit shëndetësor, me komunitetin dhe shërbimet sociale. (Statuti i Qendrës Shëndetësore, miratuar me 13 korrik 2022, nr.2954).

4. Qendra e Mjekësisë familjare është institucion i shërbimit shëndetësor, me financim publik, jo fitimprurës që ofron shërbime të kujdesit parësor sipas parimeve dhe praktikave të mjekësisë familjare e përqendruar te individit dhe jo te sëmundja” (Urdhër i MSHMS, Nr. 239, datë 25.04.2024 për disa shtesa të Urdhrit Nr. 413, datë 13.07.2022”

5. [Qendra e Botimeve Zyrtare](#)

III. PROFILI PROFESIONAL I PSIKOLOGUT NË QENDRAT SOCIO-SHËNDETËSORE

Ky kapitull përshkruan më hollësisht identitetin profesional të psikologut që vepron në kuadër të kujdesit shëndetësor parësor në QSSH. Ai përcakton rolin e veçantë të psikologut brenda ekipit, përgjegjësitë e tij specifike, mjedisin e punës dhe kualifikimet e nevojshme për të kryer këtë rol kompleks dhe thelbësor në ekipin e QSSH-ve.

* * *

Psikologu në Qendrën Socio-Shëndetësore (QSSH) është një profesionist thelbësor brenda sistemit të kujdesit parësor, ku ai ofron ekspertizë të specializuar për të promovuar shëndetin mendor dhe mirëqenien psikosociale të individëve, familjeve dhe komunitetit. Roli i tij e tejkalon trajtimin e thjeshtë të problemeve psikologjike dhe përqendrohet në forcimin e burimeve të brendshme të pacientëve dhe në përmirësimin e cilësisë së jetës së tyre.

ROLI INTEGRUES NË EKIPIN E MJEKËSISË FAMILJARE⁶

Si pjesë integrale e ekipit të mjekësisë familjare, psikologu ndërthur njohuritë e tij të specializuara me praktikën e përgjithshme mjekësore për të ofruar një kujdes të plotë dhe të koordinuar. Ky bashkëpunim ndihmon në identifikimin dhe trajtimin e faktorëve psikologjikë që ndikojnë në shëndetin dhe mirëqenien e individit.

Konsultimi dhe bashkëpunimi: Psikologu ofron konsultime të specializuara për mjekët e familjes dhe anëtarët e tjerë të ekipit, duke ndihmuar në vlerësimin e ndërlikuar psikosocial të pacientëve. Ai merr pjesë aktive në diskutimet e rastit duke ofruar këndvështrime të reja dhe duke kontribuar në formulimin e planeve të trajtimit të personalizuar.

Referimi dhe kujdesi i koordinuar: Psikologu vepron si pikë kyçe referimi për shërbimet e shëndetit mendor duke ndihmuar pacientët të përdorin burimet e specializuara sipas nevojës. Ai siguron që kujdesi të jetë i koordinuar dhe i vazhdueshëm, që procesit i trajtimit të vijojë pa ndërprerje dhe që rezultatet për pacientët të jenë sa më të mira.

6. Ekipi i Mjekësisë së Familjes është njësi funksionale e Qendrës Shëndetësore e cila përbëhet nga Mjeku i Familjes dhe Infermierët e Familjes dhe profesionistë të tjerë që ofrojnë kujdesje në të njëjtën zonë mbulimi: Mjeku i Familjes, Infermieri i Familjes (që punon me mjekun), Infermieri i Familjes në Ambulancë që bën pjesë në zonën e mbulimit të mjekut, Infermieri i Konsultorit të Fëmijës, Infermieri i Konsultorit të Gruas, Fizioterapisti, Punonjësi Social dhe Psikologu që ofrojnë shërbimin përkatës në zonën e mbulimit të Mjekut të Familjes.

PËRGJEGJËSITË KRYESORE TË PSIKOLOGUT

Përgjegjësitë e psikologut në QSSH janë të gjera dhe të larmishme, ashtu si edhe nevojat më komplekse të popullatës së shërbimit.

- » **Vlerësimi psikosocial:** Psikologu përdor mjete të ndryshme vlerësimi si intervista, teste psikologjike dhe vëzhgime, etj., për të kuptuar në mënyrë më të plotë dinamikat psikosociale të pacientëve. Ai vlerëson faktorët e rrezikut dhe burimet e forcës duke ndihmuar në identifikimin e nevojave specifike të pacientëve dhe në formulimin e planeve të personalizuara të trajtimit.
- » **Këshillimi dhe terapia:** Psikologu ofron seanca këshillimi individual ose familjar për individët që përballen me probleme të shëndetit mendor të lehtë deri të moderuar, si ankthi, depresioni, stresi, problemet e përshtatjes, vështirësitë në menaxhimin e sëmundjeve kronike, problemet në marrëdhëniet ndërpersonale, etj., duke përdorur një gamë të gjerë teknikash terapeutike të bazuara në evidenca. Ai ndihmon pacientët të përballen me sfidat emocionale, të përmirësojnë marrëdhëniet e tyre si dhe të zhvillojnë aftësi të reja dhe të arrijnë qëllimet e tyre personale.
- » **Psikoedukimi dhe promovimi i shëndetit:** Psikologu zhvillon dhe zbaton programe edukative për pacientët, familjet dhe komunitetin duke rritur ndërgjegjësimin për shëndetin mendor dhe mirëqenien psikosociale. Ai ofron informacione të sakta dhe të shfrytëzueshme, duke ndihmuar individët të marrin vendime të informuara dhe të qarta për shëndetin e tyre.
- » **Ndërhyrja në kriza dhe mbështetja emocionale:** Psikologu ofron ndërhyrje në krizë për pacientët që përjetojnë situata të vështira emocionale ose psikologjike. Ai ofron mbështetje emocionale, duke ndihmuar pacientët të stabilizohen dhe të zhvillojnë strategji efektive përballimi.
- » **Advokimi dhe lidhja me burimet e komunitetit:** Psikologu vepron si avokat për pacientët, duke i ndihmuar ata të përdorin burimet e komunitetit që mund të përmirësojnë shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Ai krijon lidhje me organizatat lokale dhe profesionistët e tjerë duke siguruar një sistem mbështetjeje të fortë për pacientët.
- » **Përfshirja në ekipin e mjekësisë së familjes:** Psikologu merr pjesë në takime të ekipit për menaxhimin e rasteve. Ai jep këshilla për planin e trajtimit të pacientëve me sëmundje kronike dhe probleme të shëndetit mendor.
- » **Dokumentimi dhe raportimi:** Psikologu mban dokumentacion të rregullt të rasteve, ndërhyrjeve dhe progresit të pacientëve. Ai përgatit raporte periodike sipas kërkesave të institucionit.

MJEDISI I PUNËS: QENDËR SOCIO-SHËNDETËSORE DHE KOMUNITET

Psikologu ushtron detyrat e tij në dy mjedise kryesore:

Në Qendrën Socio-Shëndetësore:

- » Psikologu punon në një dhomë konsultash të dedikuar ku ofron shërbime të specializuara për pacientët.
- » Ai merr pjesë në takimet e ekipit dhe bashkëpunon me profesionistë të tjerë shëndetësorë.
- » Psikologu ofron konsultime për kolegët dhe profesionistët e tjerë duke ndihmuar në trajtimin e rasteve komplekse.

Në komunitet:

- » Psikologu kryen vizita në shtëpi për pacientët që nuk mund të vijnë në QSSH duke ofruar shërbime të specializuara në një mjedis të njohur.
- » Ai zhvillon programe edukative në shkolla, qendra komunitare dhe vende të tjera duke rritur ndërgjegjësimin për shëndetin mendor dhe mirëqenien psikosociale.
- » Psikologu bashkëpunon me organizatat lokale për të ofruar shërbime të koordinuara dhe për të përmirësuar aksesin në shërbim.

4. Mbikëqyrja

Raporton tek drejtuesi i QSSH-së dhe bashkëpunon ngushtë me mjekun e familjes dhe anëtarët e tjerë të ekipit të mjekësisë së familjes.

KUALIFIKIMET E KËRKUARA DHE AFTËSITË PROFESIONALE

Për të ushtruar profesionin e psikologut në QSSH, kërkohen kualifikimet e mëposhtme:

- » **Edukimi:** Diplomë *Bachelor* në Psikologji, e ndjekur nga një diplomë Master në Psikologji.
- » **Licencimi:** Licencë e vlefshme nga Urdhri i Psikologut në Shqipëri.
- » **Trajnimi:** Trajnime të specializuara në fusha të tilla si psikoterapi, terapi familjare, ndërhyrje në kriza dhe shëndet publik.
- » Eksperienca e mëparshme në fushën e shëndetit mendor ose në kujdesin parësor përbën përparësi.
- » Njohuri të protokolleve kombëtare për shëndetin mendor dhe udhëzimeve etike.

6. Aftësitë profesionale

Për të qenë i suksesshëm në këtë rol, psikologu duhet të ketë aftësitë e mëposhtme:

- » **Aftësi të shkëlqyera komunikimi:** Aftësia për të komunikuar në mënyrë efektive me pacientët, familjet dhe kolegët, duke përdorur një gjuhë të qartë dhe të kuptueshme.
- » **Aftësi të mira ndërpersonale:** Aftësia për të ndërtuar marrëdhënie të forta dhe të besueshme me pacientët dhe kolegët, duke krijuar një mjedis të sigurt dhe mbështetës.
- » **Aftësi analitike:** Aftësia për të vlerësuar informacionin kompleks dhe për të zhvilluar plane trajtimi efektive.
- » **Aftësi për zgjidhjen e problemeve:** Aftësia për të identifikuar dhe zgjidhur problemet e pacientëve, duke përdorur një gamë të gjerë strategjish dhe teknikash.
- » **Aftësi për të punuar në mënyrë të pavarur:** Aftësia për të punuar në mënyrë të pavarur dhe për të marrë vendime të informuara, duke ndjekur standardet etike dhe ligjore.
- » **Aftësi për të punuar në ekip:** Aftësia për të punuar në mënyrë efektive si pjesë e një ekipi multidisiplinar, duke kontribuar në një kulturë bashkëpunimi dhe respekti.
- » **Etikë profesionale:** Njohuri të thella dhe zbatim i standardeve etike dhe ligjore, duke siguruar konfidencialitetin dhe mbrojtjen e të drejtave të pacientëve. Përgjegjësitë kryesore (këshillim, edukim, vlerësim, referim).

VLERËSIMI DHE MATJA E PUNËS SË PSIKOLOGUT NË QENDRAT SOCIO-SHËNDETËSORE TË KUJDESIT PARËSOR

- » Vlerësimi i punës së psikologut në QSSH është një komponent kyç për të siguruar cilësinë dhe efektivitetin e shërbimeve psikologjike në nivel parësor. Psikologu mban dokumentacion të rregullt të rasteve, ndërhyrjeve dhe progresit të pacientëve dhe përgatit raporte periodike sipas kërkesave të institucionit. Matja e punës së psikologut bazohet në kqyrjen e dokumentimit të punës së tij. Matja mund të realizohet përmes treguesve të strukturuar si p.sh: numri i konsultave të realizuara, rastet e ndjekura, llojet e ndërhyrjeve të ofruara (këshillim individual, terapi familjare, ndërhyrje në kriza), dhe rezultatet e vlerësimeve para dhe pas ndërhyrjes.

Treguesit sasiorë mund të përfshijnë:

- » Numrin e pacientëve të vlerësuar dhe të ndjekur gjatë një periudhe të caktuar
- » Numrin e seancave individuale dhe në grup të ofruara
- » Llojet e ndërhyrjeve (këshillim individual, terapi familjare, psikoedukim, procedura diagnostike, ndërhyrje në krizë)
- » Popullata e shërbyer (fëmijë, të rinj, të rritur me probleme specifike)
- » Numrin e referimeve drejt shërbimeve të tjera të specializuara
- » Numrin e aktiviteteve të zhvilluara për edukimin e komunitetit (numri i bashkëpunimeve me shkollat, bashkitë, OJF-të për promovimin e shëndetit mendor),

Gjithashtu, mund të merren parasysh faktorët cilësorë si kënaqësia e pacientëve dhe bashkëpunimi ndërprofesional brenda ekipit të mjekësisë familjare.

Treguesit cilësorë mund të përfshijnë:

- » Cilësinë e dokumentimit klinik dhe ndjekjes së rasteve,
- » Bashkëpunimin ndërdisiplinar me mjekë dhe profesionistë të tjerë,
- » Vlerësimin e përmirësimit të pacientëve përmes mjeteve psikometrike (kur përdoren),
- » Kënaqësinë e pacientit dhe perceptimin e përfitimit nga shërbimi,
- » Angazhimin në fushata sensibilizuese (p.sh. për depresionin, stresin, abuzimin me substance, etj.).

Këto të dhëna ndihmojnë për analizimin e punës së psikologut, identifikimin e nevojave për përmirësim dhe forcimin e rolit të tij në kujdesin shëndetësor parësor.

Model formulari i raportimit mujor për psikologët në QSSH

Ky lloj formulari mund të përmbajë seksione si:

1. Detaje identifikuese

- » Emri i psikologut
- » Institucioni / Qendra Socio-Shëndetësore
- » MUAJI dhe VITI i raportimit

2. Statistikë e aktiviteteve kryesore

- » Numri i seancave individuale dhe grupore të kryera
- » Llojet e ndërhyrjeve (psikoedukim, procedura diagnostike, etj.)
- » Popullata e shërbyer (fëmijë, të rinj, të rritur, me probleme specifike)

3. Rezultate dhe vlerësim

- » Të arritura për çdo pacient (përmirësim simptomatik, përmbushje planesh intervensionit, etj.)
- » Vështirësitë e hasura (kufizime infrastrukturore, mungesë burimesh, etj.)

4. Aktivitete koordinimi

- » Takime me ekipin multidisciplinar: mjek familje, punonjës social, infermier, etj.
- » Trajnime apo seminare profesionale të ndjekura
- » Bashkëpunime me shkollat, bashkitë, OJF-të për promovimin e shëndetit mendor
- » Angazhimi në fushata sensibilizuese

5. Komentë profesionale

- » Nevoja për mbështetje shtesë, sugjerime gjithëpërfshirëse, plane për periudhat e ardhshme

IV. MODALITETET E NDËRHYRJES DHE SHËRBIMET PSIKOLOGJIKE

Ky kapitull thellohet në tipologjitë dhe metodologjitë e ndërhyrjeve psikologjike që zbatohen në kujdesin parësor. Ai ofron një udhëzues të detajuar për psikologët se si të menaxhojnë problematikat e shëndetit mendor duke theksuar qasjet e shkurtra, të bazuara në evidencë dhe të orientuara drejt zgjidhjes. Qëllimi është **të identifikojë në kohë** shqetësimet emocionale dhe psikologjike, **të ndërhyjë me modalitete të lehta** për çrregullime të zakonshme dhe të **përforcojë mirëqenien psikologjike** të individëve dhe komunitetit.

SHËRBIMET BAZË

Këto shërbime janë “çelësi” i rolit të psikologut në kujdesin parësor dhe përbëjnë pikën e parë të kontaktit për shumicën e pacientëve.

Shërbimi	Përshkrimi
Vlerësim psikologjik dhe social	Vlerësimi i gjendjes emocionale, sociale dhe psikologjike përmes intervistës klinike dhe mjeteve standarde.
Këshillim psikologjik	Mbështetje për individë dhe familje për të përballuar vështirësi psikologjike, emocionale apo sociale.
Ndihmë në raste urgjente	Ndërhyrje në situata akute si kriza emocionale, humbje të papritura, konflikte të dhunshme, etj.
Referim dhe ndërveprim ndërdisiplinor	Referim në shërbime të specializuara (psikiatri, shërbime sociale, etj.) kur është e nevojshme.

Vlerësim psikosocial gjithëpërfshirës

(referoju Aneksit 1 Formulari i vlerësimit psikologjik për të rritur dhe fëmijë/adoleshentë):

Qëllimi: Vlerësimi psikosocial është një proces gjithëpërfshirës që synon të kuptojë gjendjen emocionale, sociale dhe psikologjike të individit. Ky vlerësim përfshin mbledhjen e informacionit përmes intervistave, pyetësorëve dhe vëzhgimeve duke marrë parasysh faktorët kontekstualë

si familja, puna dhe komuniteti. Qëllimi është identifikimi i nevojave, burimeve dhe sfidave të individit, të cilat shërbejnë si bazë për planifikimin e ndërhyrjeve të përshtatshme. Vlerësimi i duhur psikosocial mundëson ofrimin e shërbimeve të personalizuara dhe efektive.

» **Metodologjia: Intervistë klinike e gjysmëstruktuar**

» **Përdorimi i instrumenteve të shkurtra të vlerësimit si:**

- › GAD-7 (Ankthi)
- › PHQ-9 / GDS (Depresioni)
- › PSS (Stresi i perceptuar)
- › ASSIST (Abuzimi me substancat)
- › Shkalla e vështirësive emocionale/ sjellore të fëmijët (SDQ)

» **Formulimi i problemit psikologjik duke u mbështetur në modelin biopsikosocial.**

Raportimi: Të dhënat nga vlerësimi duhet të dokumentohen në një mënyrë të strukturuar dhe të lehtë për t'u kuptuar, jo vetëm për psikologun, por edhe për profesionistët e tjerë shëndetësorë që mund të kenë nevojë të konsultojnë dosjen e pacientit.

Këshillimi psikologjik

Këshillimi është një proces bashkëpunues që synon të ndihmojë individët të eksplorojnë ndjenjat, mendimet dhe sjelljet e tyre. Psikologu ofron një hapësirë të sigurt dhe mbështetëse, ku pacientët mund të reflektojnë mbi sfidat e tyre dhe të zhvillojnë strategji përballuese. Këshillimi mund të jetë individual ose në grup, duke u fokusuar në zgjidhjen e problemeve, përmirësimin e marrëdhënieve dhe rritjen e vetëdijes (Bandura & Robinson, 2007). Procesi i këshillimit ndihmon në forcimin e aftësive përballuese dhe përmirësimin e cilësisë së jetës (McLeod, 2013; Norcross & VandenBos, 2018).

Dallimi nga Psikoterapia: Në kujdesin parësor, këshillimi është zakonisht i shkurtër (*Short-Term Intervention*) dhe i fokusuar në çështje specifike, duke pasur si objektiv lehtësimin e simptomave, përmirësimin e funksionimit dhe zhvillimin e aftësive përballuese të pacientit. Mesatarisht, numri i seancave të dhëna në këtë nivel shërbimi do të ishte 10-12 seanca, me ndjekje të herëpashershme sipas rastit të vlerësuar. Ai rrallëherë thellohet në eksplorimin e konflikteve të thella të personalitetit ose të traumave të hershme në mënyrë të zgjatur.

Teknikat: Përdoren teknika nga Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes (CBT), Këshillimi Motivues (*Motivational Interviewing*), terapia e shkurtër e orientuar drejt zgjidhjes (*Solution-Focused Brief Therapy*), si dhe teknika të menaxhimit të stresit.

Objektivat: Të ndihmojë pacientin të identifikojë burimet e tij të brendshme dhe të jashtme për të zgjidhur probleme konkrete dhe për të zhvilluar aftësi përballuese praktike.

Ndërhyrje urgjente dhe menaxhimi i krizave psikosociale:

Ndihma në raste urgjente përfshin ofrimin e mbështetjes psikologjike të menjëhershme për individët që përjetojnë kriza emocionale ose situata traumatike. Psikologu vlerëson shpejt situatën, ofron stabilizim emocional dhe ndihmon në identifikimin e burimeve të menjëhershme të mbështetjes. Kjo mund të përfshijë ndërhyrjen në rastet e vetëvrasjes, dhunës familjare ose ngjarjeve traumatike

(Heeney et al., 2020; O'Malley, et al., 2011). Qëllimi është minimizimi i ndikimit negativ të krizës dhe orientimi i individit drejt shërbimeve të mëtejshme të nevojshme.

Identifikimi i shenjave të rrezikut: Psikologu duhet të jetë i trajnuar në njohjen e shenjave të alarmit për rrezikun e vetëlëndimit (suicidalitetit), dhunës ndaj të tjerëve (homicidalitetit), psikoaxhitimin, ose episodet psikotike akute.

Stabilizimi dhe ndërhyrja e shpejtë: Ofrimi i mbështetjes së menjëhershme emocionale, krijimi i një plani sigurie, komunikimi me familjen/kujdestarët dhe referimi i menjëhershëm te psikiatria e urgjencës ose shërbimet e urgjencës spitalore, në bashkëpunim me mjekun e familjes.

Rastet e abuzimit/dhunës: Në rastet e dyshimit apo konfirmimit të abuzimit (fëmijë, të rritur vulnerabël, dhunë në familje), psikologu ka detyrimin ligjor për të raportuar rastin te organet kompetente dhe për t'i ofruar mbështetje psikologjike viktimës.

Referimi dhe koordinimi i kujdesit

Referimi në qendrat shëndetësore është procesi ku mjeku i përgjithshëm përcjell pacientin te specialisti, në këtë rast te psikologu, për arsye të vlerësimit më të specializuar. Ky proces është i rëndësishëm sepse siguron që pacienti të marrë trajtim të përshtatshëm dhe të ketë me një diagnozë të saktë duke ndihmuar në përmirësimin e shëndetit mendor dhe të përgjithshëm. Referimi është një hap kyç në rrugën e kujdesit shëndetësor që garanton bashkëpunimin ndërmjet profesionistëve dhe kujdes më të mirë për pacientin (Breton et al., 2021; Duarte, Han & Soares, 2023).

Kriteret e referimit: Qëllimi është që pacientët të marrin nivelin e duhur të kujdesit. Psikologu duhet të njohë kriteret për referim te psikiatri (p.sh., nevojë për medikamente, çrregullime psikotike, depresion i rëndë, dëmtim funksional i rëndë), neurologu, punonjësi social, dietologu, etj.

Procesi i referimit: Duhet të jetë një proces i qetë dhe i koordinuar, shpesh nëpërmjet komunikimit të drejtpërdrejtë me mjekun e familjes ose edhe me specialistin tjetër. Psikologu duhet të sigurojë që pacienti të jetë i informuar dhe i motivuar për referimin.

Ndjekja: Psikologu duhet të ndjekë statusin e referimit dhe të koordinojë kujdesin e vazhdueshëm me specialistët e tjerë duke siguruar një qasje të integruar.

VLERËSIMI PSIKOLOGJIK BAZUAR NË MODELET E NDËRHYRJES SË SHKURTËR

Në kujdesin parësor, koha është një faktor kritik, ndaj vlerësimi duhet të jetë i strukturuar dhe efikas. Vlerësimi psikologjik i bazuar në modelet e ndërhyrjes së shkurtër fokusohet në identifikimin e shpejtë të problemeve kryesore dhe burimeve të pacientit (Pomerantz, 2017; Yalom & Leszcz, 2020). Ky vlerësim përdor teknika të standardizuara dhe pyetësorë të shkurtër për të vlerësuar simptomat, funksionimin dhe faktorët kontekstualë. Qëllimi është të ofrojë një kuadër të qartë për planifikimin e ndërhyrjeve të shkurtra dhe të efektshme. Vlerësimi i shkurtër mundëson adresimin e problemeve specifike brenda një numri të kufizuar seancash, duke maksimizuar ndikimin e ndërhyrjes. Ai ndihmon në ofrimin e shërbimeve të specializuara për nevojat e secilit individ. Siç u theksua më sipër, mesatarisht, numri i seancave të ofruara për këshillim në këtë nivel shërbimi do të ishte 1-12 seanca, me ndjekje të herëpashershme, sipas rastit të vlerësuar.

- » **Vlerësimi i përgjithshëm:** Përdorimi i shkallëve vlerësuese për çrregullimet e zakonshme të shëndetit mendor (depresion, ankth, abuzim me substanca) si pjesë e kujdesit rutinë.
- » **Fokus te problematika funksionale:** Vlerësimi nuk fokusohet vetëm te simptomat, por më së shumti te ndikimi i tyre në funksionimin e përditshëm të pacientit (punë, shkollë, marrëdhënie, vetë-kujdes). Për shembull, një pacient mund të ketë simptoma depresioni, por pyetja kryesore është “Si po ndikojnë këto simptoma në jetën tuaj?”
- » **Vlerësimi i burimeve dhe aftësive përballuese:** Përveç identifikimit të problemeve, vlerësimi duhet të identifikojë edhe forcat, burimet (p.sh., mbështetja familjare, aftësitë e mëparshme përballuese) dhe motivimin e pacientit për ndryshim. Kjo ndihmon në hartimin e një plani trajtimi të personalizuar dhe realist.
- » **Formulimi i rastit:** Një përmbledhje e shkurtër, por e thellë e problematikës së pacientit e cila lidh simptomat me faktorët nxitës, mirëmbajtës dhe predispozues dhe tregon se si ndërhyrja do t'i adresojë këto çështje. Ky formulim shërben më pas si udhëzues për planin e trajtimit.

KËSHILLIMI INDIVIDUAL DHE AI NË GRUP PËR ÇËSHTJE TË ZAKONSHME PSIKOLOGJIKE

Fushat kryesore të këshillimit psikologjik individual dhe atij në grup

Psikologu punon me individë dhe/ose grupe për:

Çrregullime të lehta deri mesatare

- » Depresion i lehtë, çrregullime adaptimi, humor i ulët.
- » Çrregullime ankthi: ankth i përgjithësuar, panik, fobi sociale apo specifike.

Menaxhimi i stresit akut dhe kronik

- » Trajtim psikoedukativ mbi stresin.
- » Zhvillim i aftësive përballuese (*coping*).
- » Mbështetje për persona në kushte të vështira ekonomike apo marrëdhënie të vështira.

Konflikte në familje dhe marrëdhënie

- » Këshillim për çiftet me konflikte.
- » Mbështetje për prindër (në veçanti për prindër të fëmijëve me sjellje sfiduese ose nevoja të veçanta).
- » Ndihmë në ndërtimin e komunikimit pozitiv dhe vendosjen e kufijve të shëndetshëm.

Zhvillimi i vetëvlerësimit dhe vetëbesimit

- » Ndërhyrje me bazë konjitive dhe motivuese.
- » Teknikat për njohjen dhe sfidimin e mendimeve negative.

Mbështetje emocionale në humbje dhe tranzicione

- » Këshillim për raste zie dhe humbjesh (personi i dashur, vendi i punës, shëndeti, etj.).
- » Ndihmë për personat që përballen me ndryshime të mëdha jetësore (divorc, pensionim, emigracion, etj.).

Vështirësi në përshtatje me sëmundje kronike

- » Mbështetje për menaxhimin emocional të diagnozave mjekësore si diabeti, hipertensioni, sëmundje kardiale, etj.
- » Forcim i motivimit për ndjekjen e trajtimit dhe përfshirja aktive në kujdesin për veten.

Identifikimi dhe ndihma për viktimat e dhunës

- » Intervistë e ndjeshme për zbulimin e dhunës fizike, emocionale, ekonomike apo seksuale.
- » Mbështetje emocionale dhe referim në rrjetin e mbrojtjes (polici, prokurori, shërbime sociale).

Mbështetje për fëmijë dhe adoleshentë

- » Vështirësi në shkollë, frikëra, izolim, konflikte me prindërit.
- » Probleme të sjelljes, mospërshtatje në shkollë ose në grup.
- » Edukim për emocionet, teknikat e vetërregullimit, ndërmjetësim prind-fëmijë.

MODALITETE TË NDËRHYRJES TË ZAKONSHME

Ndërhyrja psikologjike në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor ka për qëllim ofrimin e shërbimeve të aksesueshme, të hershme dhe gjithëpërfshirëse për menaxhimin e vështirësive psikologjike me intensitet të lehtë deri në mesatar. Psikologu i Qendrës Socio-Shëndetësore përdor qasje të bazuara në prova shkencore (evidence-based practices), të cilat janë të përshtatshme për kontekstin dhe burimet e kufizuara që karakterizojnë shërbimet e kujdesit parësor (Foa, Tolin & Shafran, 2009).

Këto modalitete ndërhyrjeje janë të fokusuara, të strukturuar dhe afatshkurtra që synojnë përmirësimin e mirëqenies psikologjike, reduktimin e simptomave dhe forcimin e aftësive të individit për përballimin e stresit, emocioneve të vështira apo sfidave jetësore.

Modaliteti	Përshkrim
Këshillim i shkurtër individual	1–5 seanca me fokus të qartë dhe objektiva të përbashkëta, bazuar në modelet CBT, problem-zgjidhëse dhe ndërhyrje motivuese.
Këshillim në çift apo prind-fëmijë	Ndihmë për të kuptuar dinamikën e marrëdhënies dhe zhvillim të strategjive të komunikimit efektiv.
Grup mbështetës edukativ si dhe psikoedukim	Për prindër, të moshuar, gra pas lindjes, pacientë kronikë me qëllim ndarjen e përvojës dhe edukimit për vetëmenaxhim.
Ndërhyrje urgjente psikoemocionale	Në situata të krizës (humbje, trauma akute, kriza nervore) – mbështetje për stabilizim dhe referim në kohë.
Edukim psikosocial komunitar	Trajnime, biseda edukative në komunitet dhe shkolla mbi shëndetin mendor, menaxhimin e stresit, të ushqyerit, dhunën në familje, etj.

Këshillimi psikologjik individual i fokusuar në probleme

Ky modalitet përfshin ofrimin e seancave të kufizuara (zakonisht 1–6 seanca), të bazuara në qasje të shkurtra psikologjike si:

- » **Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes afatshkurtër (CBT);**
- » **Zgjidhja e problemeve (Problem-Solving Therapy);**
- » **Ndërhyrjet për aktivizimin e sjelljes (Behavioral Activation);**
- » **Terapia e pranimit dhe përkushtimit (ACT);**
- » **Ndërhyrjet motivuese (Motivational Interviewing).**

Qëllimi i këshillimit psikologjik është të ndihmojë individin që të kuptojë dhe modifikojë mendimet, emocionet dhe sjelljet që ndikojnë në mirëqenien e tij, si dhe ta mbështetesë atë në zhvillimin e strategjive të përballimit aktiv.

a) Një këshillë shumë e vogël dhe e shpejtë (*Very Brief Advice/VBA*)

Një ndërhyrje e shkurtër (1–3 minuta) që mund të bëhet nga çdo profesionist shëndetësor:

1. Pyet pacientin për përdorimin e duhanit/alkoolit.
2. Jep një mesazh të qartë: “Ndërprerja e duhanit është gjëja më e mirë që mund të bësh për shëndetin tënd.”
3. Ofron mbështetje ose referim sipas nevojës.

b) Analiza e avantazheve dhe disavantazheve (*pros & cons*)

Një teknikë e thjeshtë motivuese për të ndihmuar pacientin të reflektojë mbi sjelljet e tij si dhe të kuptojë përfitimet apo humbjet e një ndryshimi të mundshëm:

Tabelë model:

Avantazhet (Pro)	Disavantazhet (Kundra)
...	...

Cilat janë përfitimet e ndryshimit? Cilat janë disavantazhet e ndryshimit?

Bëni pyetje të hapura

- » “Ç’të mira sjell realizimi i këtij ndryshimi?”
- » “Çfarë e vështirëson realizimin e këtij ndryshimi?”
- » “Çfarë të pëlqen te situata aktuale?”
- » “Cilat janë disavantazhet e të vazhduarit njësoj?”

Eksploroni ambivalencën

- » “Çfarë të bie më shumë në sy?”
- » “Cila anë të duket më e rëndësishme tani?”

Përmbledhni dhe mbështetni autonominë e pacientit

- » “Është zgjedhja jote. Unë jam këtu për të të mbështetur në çdo rast.”

Këshilla:

- » Përdorni një gjuhë neutrale.
- » Lejoni heshtjen.

Këshillimi për çifte dhe prindër

Psikologu ofron ndihmë për përmirësimin e komunikimit, zgjidhjen e konflikteve, menaxhimin e stresit familjar dhe forcimin e funksionimit prindëror. Modalitetet mund të përfshijnë:

- » Ndërhyrje në marrëdhëniet prind-fëmijë;
- » Mbështetje për prindërimin pozitiv;

- » Edukim dhe këshillim për rritjen e fëmijëve me sjellje sfiduese ose me nevoja të veçanta;
- » Ndhmë në menaxhimin e konflikteve martesore ose marrëdhënore.

Psikoedukim në grup

Psikologu mund të organizojë grupe të strukturuar për individë me vështirësi të ngjashme (p.sh. ankth, depresion, stres kronik, humbje, sëmundje kronike si diabet, sëmundje kardiovaskulare, gastrointestinale, raste të demencës, etj.). Seancat në grup synojnë:

- » Reduktimin e ndjesisë së izolimit social;
- » Ndërgjegjësimin për vështirësitë e përbashkëta;
- » Ndarjen e strategjive për përballimin efektiv;
- » Nxitjen e vetëvlerësimit dhe forcimin e ndihmës së ndërsjellë ndërmjet anëtarëve të grupit;
- » (Sidomos në rastet e demencës dhe çrregullimeve kronike), informimin dhe mbështetjen e familjarëve për të përballuar barrën emocionale;
- » Përdorimi i materialeve vizuale për psikoedukim

Psikologu mund të përdorë materiale të thjeshta vizuale, si p.sh., filmi i OBSH-së “Black Dog” për depresionin (me titra shqip). Pas shikimit, diskuton me pacientin çfarë ka kuptuar dhe çfarë mund të ndryshojë.

Ndërhyrja në situata krize apo ngjarje jetësore të papritura

Psikologu është i thirrur të ofrojë ndihmë emergjente psikologjike në situata të caktuara, si:

- » Humbje të papritura;
- » Njoftim i një diagnoze të rëndë;
- » Reagim akut ndaj stresit traumatik;
- » Dhunë familjare apo abuzim emocional dhe jo vetëm.

Qëllimi i ndërhyrjes është stabilizimi emocional, parandalimi i përkeqësimit të gjendjes psikologjike dhe ofrimi i një plani mbështetës për vazhdimësinë e kujdesit.

Edukim psikosocial dhe promovim i aftësive për jetën

Në kuadër të ndërhyrjes parandaluese dhe edukative, psikologu organizon:

- » Seanca edukative për menaxhimin e emocioneve (frika, zemërimi, trishtimi, etj.);
- » Trajnime për zhvillimin e aftësive sociale dhe komunikuese;
- » Edukim për menaxhimin e stresit dhe strategjitë për përballimin e jetës së përditshme;
- » Nxitjen e vetëvlerësimit dhe forcimin e vetëbesimit;
- » Ushtrime për identifikimin dhe kontrollin e mendimeve negative.

Këto aktivitete mund të zhvillohen me individë, grupe të vogla, apo edhe në nivel komunitar, në bashkëpunim me specialistë të tjerë.

Identifikimi i hershëm dhe ndërhyrja parandaluese

Psikologu në qendrën shëndetësore luan një rol thelbësor në:

- » **Zbulimin e hershëm** të shenjave të çrregullimeve mendore (depresion, ankth, çrregullime të sjelljes, varësi);
- » **Ndërhyrjen e hershme** për të parandaluar përkeqësimin e simptomave;
- » Bashkëpunimin me mjekun e familjes dhe ekipin e mjekësisë familjare për monitorimin psikoemocional të pacientëve me sëmundje kronike.

Kjo qasje mbështetet në përdorimin e instrumenteve të thjeshta të vlerësimit, që mund të plotësohen shpejt nga individ, dhe ndihmojnë në përcaktimin e nivelit të riskut dhe nevojës për ndërhyrje.

Bashkëpunimi ndërdisiplinar dhe referimi

Në funksion të ofrimit të një kujdesi gjithëpërfshirës, psikologu:

- » Bashkëpunon me mjekë, infermierë, punonjës socialë dhe farmacistë;
- » Udhëzon për referimin e rasteve që kërkojnë trajtim të specializuar (psikiatri, neurologji, etj.);
- » Ndjek përparimin e pacientit dhe kontribuon në hartimin e planeve të përbashkëta të kujdesit;
- » Përdor mjetet e monitorimit të rezultateve të ndërhyrjes.

Përfundime dhe parime udhëheqëse

Psikologu në kujdesin parësor:

- » Përqendrohet në ndërhyrjen e hershme dhe parandalimin dytësor.
- » Integrohet në ekipin e kujdesit parësor me bashkëpunim ndërdisiplinar.
- » Respekton parimet e etikës dhe të konfidencialitetit.
- » Përshtat ndërhyrjen me burimet dhe realitetin lokal të komunitetit.

Modalitetet e ndërhyrjes psikologjike në qendrën shëndetësore janë formuluar për të qenë praktike, efikase dhe të ndjeshme ndaj kontekstit kulturor dhe social të komunitetit. Psikologu nuk vepron vetëm si profesionist trajtues, por edhe si promovues i mirëqenies mendore, edukues dhe mbështetës në jetën e përditshme të individëve dhe familjeve. Përmes qasjeve të fokusuara dhe bashkëpunimit ndërdisiplinar, ai kontribuon në përmirësimin e qasjes ndaj shëndetit mendor në nivel parësor dhe në fuqizimin e individit për të përballuar sfidat e jetës.

ROLI NË EDUKIMIN SHËNDETËSOR TË KOMUNITETIT

(bazuar në parimet e PESH – Promocionit dhe Edukimit Shëndetësor):

Ky rol shkon përtej dhomës së konsultës së psikologut në QSSH dhe është thelbësor për shëndetin publik. Psikologu luan një rol kyç në edukimin shëndetësor të komunitetit duke ofruar informacione dhe trajnime mbi shëndetin mendor dhe mirëqenien. Kjo përfshin organizimin e trajnimeve, seminareve dhe fushatave vetëdijësuese për të promovuar shëndetin mendor pozitiv dhe parandalimin e sëmundjeve mendore. Psikologu bashkëpunon me profesionistë të tjerë shëndetësorë dhe organizata komunitare për të përhapur mesazhe të shëndetshme dhe për të reduktuar stigmatizimin e sëmundjeve mendore.

PLANIFIKIMI DHE ZBATIMI I PROGRAMEVE

Analiza e nevojave: Identifikimi i nevojave kryesore të komunitetit në lidhje me shëndetin mendor (p.sh., rritja e ankthit të rinjtë, stresi i popullatës së moshuar).

Hartimi i fushatave: Krijimi i fushatave ndërgjegjësuëse (si p.sh., “Java e Shëndetit Mendor”, “Mendja e Shëndetshme në Trup të Shëndetshëm”) përmes materialeve edukative, mediave sociale dhe ngjarjeve komunitare.

Punëtori ndërveprues: Organizimi i punëtorive ndërvepruese, forumeve të hapura, ose grupeve të diskutimit mbi tema si “Si të menaxhojmë stresin në jetën e përditshme”, “Ndihma e parë psikologjike”, “Ndërgjegjësimi për depresionin e vetëvrasjen”, etj.

BASHKËPUNIMI ME PARTNERËT LOKALË

Shkollat: Mbajtja e leksioneve ose punëtorive për nxënësit, prindërit dhe mësuesit mbi stresin e provimeve, bullizmin apo shëndetin mendor të adoleshentëve.

Organizatat joqeveritare (OJQ): Partneritet me OJQ-të lokale që punojnë me grupe vulnerabël (p.sh., persona me aftësi të kufizuara, viktimat e dhunës, të moshuar) për të ofruar mbështetje psikosociale.

Pushteti lokal: Këshillimi me autoritetet lokale për të integruar komponentët e shëndetit mendor në planet zhvillimore të komunitetit.

Vlerësimi i ndikimit: Monitorimi i efektivitetit të aktiviteteve të promovimit të shëndetit përmes feedback-ut nga pjesëmarrësit, rritjes së njohurive dhe ndryshimeve në sjellje.

Me pak fjalë, psikologu në kujdesin parësor shëndetësor është një shtyllë e rëndësishme që integron ekspertizën psikologjike me shërbimet mjekësore. Roli i tij shtrihet nga vlerësimi dhe trajtimi individual në edukimin e komunitetit dhe bashkëpunimin ndërdisiplinor. Duke adresuar faktorët biologjikë, psikologjikë dhe socialë, psikologu ofron një kujdes të plotë dhe të personalizuar, duke përmirësuar shëndetin mendor dhe mirëqenien e të gjithë komunitetit. Ky integrim i shërbimeve psikologjike në kujdesin parësor shëndetësor është një hap i rëndësishëm drejt një qasjeje më gjithëpërfshirëse dhe efektive në trajtimin e shëndetit.

V. INSTRUMENTE DHE PYETËSORË TË VLERËSIMIT

Në kuadër të shërbimeve psikologjike të ofruara në qendrat shëndetësore, vlerësimi i saktë dhe i standardizuar i gjendjes emocionale dhe psikologjike të individëve është thelbësor. Instrumentet e vlerësimit të përfshira në këtë kapitull janë mjetet me të përdorshme deri tani në kontekstin e vlerësimeve psikologjike, të cilat ndihmojnë psikologun të mbledhë informacion objektiv dhe të vlerësojë aspekte të ndryshme të funksionimit psikologjik të pacientit. Përdorimi i këtyre instrumenteve mundëson identifikimin e hershëm të problemeve, monitorimin e progresit të trajtimit dhe marrjen e vendimeve të informuara për ndërhyrjet e nevojshme. Instrumentet janë zgjedhur për përdorimin e tyre të gjerë, besueshmërinë dhe përshtatshmërinë në kontekstin e kujdesit parësor. Këto instrumente janë **udhëzuese**, por jo “diagnostikuese”, ato mund të shërbejnë si vlerësim paraprak dhe në procesin e monitorimit të ndjekjes së pacientit. Për asnjërin prej tyre nuk ka një **version të validuar** në shqip. Përdorimi i shpeshtë i tyre në sistemin e kujdesit shëndetsor parësor mund të nxisë nevojën dhe kërkesën për një validim të mundshëm. Gjithashtu, theksohet se përditësimi i këtyre instrumenteve vlerësuese dhe monitoruese përgjatë kohës mund të kërkojë trajnimin e vazhduar të përdoruesve në vijimësi.

DEPRESIONI

PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire – 9 items*)

Instrument i shkurtër për vlerësimin e simptomave depresive dhe monitorimin e përmirësimit klinik. PHQ-9 është një instrument i shkurtër me 9 pyetje që vlerëson praninë dhe ashpërsinë e simptomave depresive gjatë dy javëve të fundit. Ai përdoret për të diagnostikuar depresionin dhe për të monitoruar efektivitetin e trajtimit. PHQ-9 është i thjeshtë për t'u administruar dhe interpretuar, çka e bën atë një mjet të vlefshëm në praktikën e kujdesit parësor. PHQ-9 është hartuar fillimisht nga Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams dhe Kurt Kroenke në vitin 2001. Për riprodhimin ose shpërndarjen e tij nuk kërkohet leje (Spitzer, Koenke & Williams, 2006; Spitzer, Koenke & Williams, 2003; Spitzer, Koenke & Williams, 2001; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Radloff, 1977; Zung, 1965)⁷

ANKTHI

GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder – 7 items*)

Vlerëson ankthin e përgjithësuar; përdoret gjerësisht në kujdesin parësor.

GAD-7 është një pyetësor i shkurtër me 7 pyetje që vlerëson simptomat e çrregullimit të ankthit të përgjithësuar (ÇAP) gjatë dy javëve të fundit. Ai përdoret për të identifikuar individët që mund të

7. shih Aneks 2.2 Formular standard për matjen e shkallës së Depresionit PHQ-9

kenë ÇAP dhe për të monitoruar përmirësimin gjatë trajtimit. GAD-7 është i shpejtë, i lehtë për t'u përdorur dhe ka veti të mira psikometrike (Beck & Steer, 1996; Beck & Steer, 1996; Becker et al., 2015)⁸.

STRESI DHE PËRBALLIMI EMOCIONAL

PSS (*Perceived Stress Scale*)

Perceived Stress Scale (PSS) është një pyetësor vetëraportues i projektuar për të matur shkallën në të cilën situatat në jetën e një individi vlerësohen si stresuese. I hartuar nga Sheldon Cohen dhe kolegët e tij në vitin 1983, PSS shikohet gjerësisht si instrumenti me “standard të artë” për matjen e perceptimit të stresit. Ndryshe nga masat që fokusohen te ngjarjet specifike stresuese, PSS mat vlerësimin subjektiv të individit - se sa rrethanat e jetës dhe ngjarjet e përjetuara e tejkalojnë kapacitetin e tyre përshtatës (Cohen, Kamack & Mermelstein, 1983).

PSS është një instrument me 10 ose 14 pyetje që mat perceptimin subjektiv të stresit në jetën e përditshme gjatë muajit të fundit. Ai vlerëson se sa të paparashikueshme, të pakontrollueshme dhe mbingarkuese i percepton individi ngjarjet e jetës. PSS është i dobishëm për identifikimin e niveleve të stresit dhe për planifikimin e ndërhyrjeve për menaxhimin e stresit (Cohen, Kamack & Mermelstein, 1983).

Shënim i rëndësishëm: Ky pyetësor mat stresin e perceptuar dhe është një mjet i vlefshëm për depistimin dhe monitorimin. Ai **nuk shërben** si mjet diagnostikues për çrregullime të shëndetit mendor dhe interpretimi i rezultateve duhet të bëhet nga një profesionist i kualifikuar i shëndetit mendor, i cili duhet të marrë në konsideratë edhe faktorë të tjerë klinikë⁹.

COPE INVENTORY

COPE Inventory (ose versione të shkurtuara) - Vlerëson strategjitë e përballimit të stresit

COPE Inventory (*Coping Orientation to Problems Experienced*) është një instrument i zhvilluar nga Carver, Scheier, dhe Weintraub (1989) për të vlerësuar një gamë të gjerë përgjigjesh përballuese (*coping responses*) ndaj stresit. Ai bazohet në teori të ndryshme të përballimit dhe përfshin strategji që pritet të jenë funksionale (të dobishme) dhe jo-funksionale (jo të dobishme), si dhe çifte tendencash polare apo të kundërta (Carver, 1977; Carver, Scheir & Weintraub, 1989).

COPE Inventory është një pyetësor që vlerëson strategjitë e ndryshme të përballimit që përdorin individët për të menaxhuar stresin. Ai identifikon strategji adaptive (si përballimi aktiv, planifikimi) dhe jo-adaptive (si mohimi, abuzimi me substanca). COPE Inventory ndihmon në kuptimin e mënyrave të përballimit të individit dhe në ofrimin e strategjive të përshtatshme për përmirësimin e tyre.

Shënim i rëndësishëm për përdorimin: Përdorimi i *Brief COPE* duhet të bëhet me kujdes dhe interpretimi i rezultateve kërkon ekspertizë klinike. Ky instrument shërben për të kuptuar

8. shih Aneks 2.1 Formular standard për Vlerësimin e ankthit GAD-7

9. shih Aneksin 2.3 Formular standard për matjen e shkallës së stresit të vetëperceptuar - PSS-10

strategjitë e përballimit, jo për të bërë diagnoza. Për përdorim të gjerë klinik apo kërkimor në shqip, rekomandohet fuqishëm përdorimi i një versioni të miratuar në gjuhën shqipe¹⁰.

ABUZIMI ME SUBSTANCA

ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*)

ASSIST është një pyetësor i zhvilluar nga OBSH që vlerëson përdorimin e alkoolit, duhanit dhe substancave të tjera psikoaktive. Ai ndihmon në identifikimin e rrezikut të problemeve të lidhura me substancat dhe në ofrimin e ndërhyrjeve të hershme. ASSIST është i përshtatshëm për përdorim në kujdesin parësor për shkak të thjeshtësisë dhe efikasitetit të tij. Qëllimi kryesor i ASSIST është të ndihmojë profesionistët e shëndetit (si mjekët e familjes, infermierët dhe psikologët) të identifikojnë personat që përdorin substanca, në mënyrë që të mund të ofrohet një ndërhyrje e shkurtër (*brief intervention*) ose referim i përshtatshëm. Kjo është thelbësore për parandalimin, njohjen e hershme dhe menaxhimin e çrregullimeve të përdorimit të substancave, me qëllim uljen e barrës së sëmundjeve që i atribuohen përdorimit të substancave psikoaktive në mbarë botën (Humeniuk et al., 2008)¹¹.

PROBLEMET FAMILJARE DHE MARRËDHËNIET

FAD (*Family Assessment Device*)

FAD është një pyetësor që vlerëson funksionimin familjar në disa dimensione, si komunikimi, zgjidhja e problemeve, rolet dhe përgjigjja emocionale. Ai ndihmon në identifikimin e modeleve disfunktionale në familje dhe në planifikimin e ndërhyrjeve familjare. FAD është i dobishëm për vlerësimin e dinamikave familjare dhe për përmirësimin e funksionimit të familjes (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983; Jessen et al., 2021; Lewinson et al., 1997). FAD vlerëson funksionimin familjar në disa dimensione, duke përfshirë:

- » **Zgjidhjen e problemeve:** Aftësia e familjes për të zgjidhur problemet.
- » **Komunikimi:** Mënyra se si anëtarët e familjes komunikojnë me njëri-tjetrin.
- » **Rolet:** Mënyra se si rolet dhe përgjegjësitë ndahen dhe respektohen brenda familjes.
- » **Përgjegjësinë afektive:** Aftësia e familjes për të shprehur dhe pranuar ndjenjat.
- » **Përfshirjen afektive (*Affective Involvement*):** Niveli i interesit dhe shqetësimit që anëtarët e familjes tregojnë për njëri-tjetrin.
- » **Kontrollin e sjelljes (*Behavioral Control*):** Mënyra se si familja menaxhon sjelljen e anëtarëve të saj.
- » **Funksionimin e përgjithshëm (*General Functioning*):** Një vlerësim i përgjithshëm i shëndetit dhe funksionimit të familjes¹².

10. shih Aneksin 2.4 Formular standard për matjen e shkallës të përballimit të stresit Brief COPE

11. shih Aneksin 2.5 Formular standard për matjen e Abuzimit me substance – ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test)

12. Shih Aneks 2.6 Formular standard për matjen e Funksionimit Familjar- FAD – Family Assessment Device

DHUNA NË FAMILJE DHE TRAUMA

PCL-5 (*PTSD Checklist for DSM-5*) - Vlerëson simptomat e çrregullimit posttraumatik.

PCL-5 është një pyetësor me 20 pyetje që vlerëson simptomat e çrregullimit posttraumatik (ÇPPT) sipas kritereve të DSM-5. Ai ndihmon në diagnostikimin e ÇPPT-së dhe në monitorimin e përmirësimit gjatë trajtimit. PCL-5 është një mjet i besueshëm dhe i vlefshëm për vlerësimin e simptomave traumatike (Weathers et al., 2013)¹³.

VLERËSIMI I VETËBESIMIT DHE VETËVLERËSIMIT

Shkalla e vetëvlerësimit Rozenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale*)

Më i përdoruri për vlerësimin e vetëvlerësimit në mënyrë të përgjithshme, *Rosenberg Self-Esteem Scale*, është një instrument i shkurtër me 10 pyetje që vlerëson vetëvlerësimin e përgjithshëm. Ai mat ndjenjat e individit për vlerën dhe respektin ndaj vetes. *Rosenberg Self-Esteem Scale* është një mjet i thjeshtë dhe i përdorur gjerësisht për vlerësimin e vetëvlerësimit (Rosenberg, 1965)¹⁴.

FËMIJË DHE ADOLESHENTË

SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*)

SDQ është një pyetësor që vlerëson forcat dhe vështirësitë emocionale dhe të sjelljes te fëmijët dhe adoleshentët e moshës 4-17 vjeç. Ai përfshin pyetje për simptomat emocionale, problemet e sjelljes, hiperaktivitetin dhe problemet me moshatarët, si dhe një shkallë të sjelljes pro-sociale. SDQ është i dobishëm për identifikimin e problemeve të shëndetit mendor tek fëmijët dhe adoleshentët (Goodman, 1997; Becker, Luebbe & Langberg, 2012)¹⁵.

13. Shih Aneks 2.7 Formular standard për matjen e Stresit Post-Traumatik PCL-5

14. Shih Aneksin 2.8 Formular standard për matjen e Shkallës së Vetëvlerësimit

15. Shih Aneksin 2.9 Formular standard për matjen e Pikave të forta dhe Vështirësive të Fëmijët dhe Adoleshentët 4-17 vjeç

VI. BASHKËPUNIMI NDËRDISIPLINOR DHE KOORDINIMI NË QSSH

Në sistemin e kujdesit shëndetësor parësor, ofrimi i një kujdesi efektiv, gjithëpërfshirës dhe të orientuar drejt pacientit kërkon një **bashkëpunim të ngushtë ndërmjet profesionistëve të disiplinave të ndryshme**. Psikologu luan një rol të rëndësishëm në këtë strukturë, si pjesë aktive e **ekipit multidisciplinar** dhe si promovues i mirëqenies mendore në të gjitha nivelet e shërbimit.

ROLI I PSIKOLOGUT NË TAKIMET E EKIPIT MULTIDISIPLINAR

Psikologu në QSSH luan një rol shumë të rëndësishëm dhe kyç për të gjithë stafin e qendrës.

Roli aktiv i psikologut në QSSH shfaqet si:

- » Aktiv në gjetjet e rasteve (*case finding*): përdor rezultatet e *check-up*-eve vjetore (p.sh. të PHQ-9) për të identifikuar dhe ndjekur pacientët me depresion;
- » monitoron *check-up*-et e familjarëve të pacientëve me diagnoza të rënda të shëndetit mendor.

Trajnimit dhe mbështetjen e ekipit të KSHP-së:

- » Drejton/lehtëson takimet e Grupit të Kolegëve dhe të sesioneve të intervizionit për çështje të menaxhimit të shëndetit mendor në KSHP
- » Mbështet shëndetin mendor të kolegëve përmes advokacisë si dhe duke përdorur p.sh, metodologjinë e dritave të semaforit.
- » Urëlidhës në komunikimin multidisciplinor: sigurohet që rastet e shëndetit mendor të diskutohen dhe trajtohen në ekip.

Psikologu si trajner i ekipit: ndan teknika bazë mbi shëndetin mendor me mjekët dhe infermierët, merr pjesë në takimet periodike të ekipit shëndetësor të qendrës, duke kontribuar me:

- » Vlerësime psikosociale dhe këndvështrime psikologjike mbi rastet klinike;
- » Rekomandime për mënyrat më të përshtatshme të ndërhyrjes ose referimit;
- » Identifikimin e faktorëve psiko-emocionalë që ndikojnë në përkeqësimin apo mirëmenaxhimin e gjendjes shëndetësore;
- » Sugjerime për përshtatjen e planit të kujdesit në funksion të nevojave të pacientit.

Përmes kësaj pjesëmarrjeje, psikologu kontribuon në rritjen e komunikimit të brendshëm, në përmirësimin e planifikimit të shërbimeve dhe në sigurimin e një qasjeje holistike ndaj pacientit.

BASHKËPUNIMI ME ANËTARËT E TJERË TË QSSH-SË

Bashkëpunimi ndërdisiplinor konkretizohet nëpërmjet kontakteve të përditshme me profesionistët e tjerë të ekipit shëndetësor. Disa prej bashkëpunimeve kyçe përfshijnë:

a) Mjeku i familjes

- » Informim reciprok mbi gjendjen psikoemocionale dhe fizike të pacientit;
- » Bashkëvlerësim i simptomave që mund të kenë origjinë psikosomatike;
- » Vendimmarrje e përbashkët për planin e trajtimit dhe/ose referimin e specializuar.

b) Infermierët

- » Shkëmbim informacioni mbi vëzhgimet gjatë vizitave të shtëpisë ose kontakteve të vazhdueshme me pacientin;
- » Edukim i stafit infermior mbi shenjat e hershme të vështirësive psikologjike;
- » Koordinim në ofrimin e edukimit shëndetësor për komunitetin.

c) Punonjësi social

- » Bashkëpunim për vlerësimin dhe mbështetjen e rasteve me vështirësi të theksuara sociale dhe ekonomike;
- » Hartimi i planeve të përbashkëta të ndërhyrjes (psikosociale);
- » Referimi i ndërsjellë i rasteve që kërkojnë ndërhyrje psikosociale ose mbështetje në shërbime të komunitetit.

d) Menaxheri i qendrës shëndetësore

- » Koordinim për përfshirjen e psikologut në takimet strategjike për menaxhimin e rasteve komplekse;
- » Planifikimi i aktiviteteve edukuese në komunitet;
- » Bashkëpunim për përmirësimin e qasjes së pacientëve ndaj shërbimeve të shëndetit mendor.

e) Logopedi / Terapisti i të folurit (nëse është pjesë e strukturës)

- » Vlerësim dhe bashkëpunim për fëmijët me çrregullime të komunikimit që lidhen me çrregullime zhvillimore, emocionale ose neurologjike;
- » Krijimi i planeve të ndërhyrjes multidisiplinare në rastet me çrregullime neurozhvillimore (p.sh. autizëm, çrregullime të të folurit etj.);
- » Këshillim për prindërit dhe edukim për familjen në rastet me nevojë të veçanta zhvillimore.

Ndërkohë, me profesionistë e aktorë të tjerë jashtë QSSH, ai më shpesh mund të bashkëpunojë me:

a) Psikiatrin e zonës / Konsulentin e shëndetit mendor (nëse ka bashkëpunim me nivelin dytësor apo terciar)

- » Konsultim për rastet që paraqesin simptomatika të rënda ose komplekse që tejkalojnë kapacitetin e trajtimit të nivelit parësor;
- » Bashkëpunim për diagnostikim dhe planifikim trajtimi në raste të çrregullimeve të shëndetit mendor;
- » Mbështetje për menaxhimin e krizave akute psikologjike ose të sjelljeve vetëdëmtuese.

b) Mësuesit / Edukatorët (në rastet e fëmijëve dhe adoleshentëve)

(Ky bashkëpunim realizohet përmes prindërve ose punonjësit social, për sa kohë psikologu ndodhet në qendër shëndetësore, jo në shkollë.)

- » Mbledhje informacionesh për funksionimin e fëmijës në mjedisin shkollor;
- » Këshillim indirekt për strategji mbështetëse ndaj fëmijëve me vështirësi emocionale ose sjellje sfiduese;
- » Referim për vlerësim të mëtejshëm nga shërbime të tjera (psikolog shkollor, mësues ndihmës etj.)

ROLI I PSIKOLOGUT SI EDUKATOR DHE MBËSHTETËS PËR STAFIN SHËNDETËSOR TË QSSH-VE

Psikologu ka edhe një funksion formues dhe mbështetës ndaj kolegëve të tij, përmes:

- » Zhvillimit të kapaciteteve të stafit për të identifikuar dhe menaxhuar situata që lidhen me stresin, ankthin, lodhjen emocionale ose vështirësi të tjera mendore te pacientët;
- » Ofrimit të mini-trajtimeve apo seancave edukuese mbi tematika të ndryshme si: komunikimi me pacientin në krizë, njohja e simptomave të depresionit apo ankthit, ndërveprimi me persona me vështirësi të sjelljes, etj.;
- » Këshillimit dhe mbështetjes emocionale për stafin, në rastet kur profesionistët përballen me ngarkesë të madhe emocionale ose stres në punë.

PROTOKOLLI PËR REFERIMIN DHE NDJEKJEN E RASTEVE

Nga ana tjetër, psikologu luan rol kyç në lehtësimin e referimit të rasteve që kërkojnë trajtim të specializuar jashtë qendrës shëndetësore (psikiatër, logoped, neurolog, psikolog klinik në nivel terciar). Në këtë kuadër, ai:

- » Siguron komunikim të qartë dhe të plotë me profesionistin ku referohet rasti;
- » Koordinon ndjekjen e rastit pas kthimit në kujdesin parësor;
- » Mban kontakte me strukturat përkatëse për sigurimin e një zinxhiri të pandërprerë të kujdesit.

Radha e punës dhe protokoli i menaxhimit të rasteve:

Ky nënkapitull përshkruan hapat thelbësorë dhe procedurat standarde operacionale (SOP) që psikologu ndjek gjatë menaxhimit të rasteve në Qendrën Socio-Shëndetësore. Qëllimi është të sigurohet një qasje e strukturuar, e qëndrueshme dhe efektive ndaj kujdesit psikologjik si dhe bashkëpunimit me të gjithë anëtarët e stafit multidisiplinar.

- » Shih Aneksin 1.7 Formulari i menaxhimit të rastit brenda QSSH-ve, si dhe,
- » Shih Aneksin 1.8 Rrugëharta e referimit e referimit të brendshëm të rasteve,
- » Shih Aneksin 1.6 Formulari i referimit për shërbime psikologjike dhe psikoterapeutike që nuk ofrohen nga Qendrat Socio-Shëndetësore (shërbime jashtë Qendrës Socio-Shëndetësore)

Hapi 1: Pranim-referimi i pacientit**1.1. Burimet e referimit:**

- 1. Referimi nga mjeku i familjes:** Ky është burimi kryesor i referimit. Mjeku identifikon shqetësimet e shëndetit mendor gjatë konsultave rutinë ose pas ankesave specifike të pacientit.
- 2. Vetëreferimi i pacientit:** Pacientët mund të kërkojnë drejtpërdrejt shërbime psikologjike, bazuar në ndërgjegjësimin personal ose sugjerimet nga familjarë/miq.
- 3. Referimi nga profesionistë të tjerë:** Infermierë, punonjës socialë, ose specialistë të tjerë të shëndetit mund të referojnë raste.

1.2. Vlerësimi Fillestar:

Qëllimi: Të përcaktojë urgjencën e rastit dhe të sigurojë që pacienti po referohet te shërbimi i duhur.

Procedura:

1. Një bisedë e shkurtër (10-15 minuta) telefonike ose ballë për ballë.
2. Pyetje mbi shqetësimin kryesor, kohëzgjatjen, ndikimin në funksionimin e përditshëm.
3. Identifikimi i shenjave të rrezikut të menjëhershëm (ideacioni suicidal/homicidal, krizë akute psikotike, dhunë aktuale).
4. Nëse ka rrezik të menjëhershëm, referim urgjent te psikiatri ose shërbimet e urgjencës shëndetësore/psikiatrike.

1.3. Caktimi i takimit:

1. Pas vlerësimit fillestar, caktohet një takim i parë i detajuar me psikologun.
2. Në rastet jo urgjente, takimi caktohet sipas mundësisë dhe hapësirës, duke respektuar radhën e pritjes.

Hapi 2: Vlerësimi psikologjik**2.1. Takimi i parë** (mbledhja e anamnezës):

- 1. Prezantimi dhe shpjegimi i rolit:** Psikologu prezantohet dhe shpjegon rolin e tij, si dhe natyrën e takimit.
- 2. Miratimi i informuar:** Psikologu merr miratimin e informuar nga pacienti (ose kujdestari ligjor) dhe shpjegon natyrën e shërbimeve, konfidencialitetin dhe kufizimet e tij. (shih Aneksin 1.5 Formulari i Miratimit të Informuar dhe Konfidencialitetit)

- 1. Anamneza gjithëpërfshirëse:** Mbledhja e informacionit për:
- 2. Ankesën kryesore:** Çfarë e solli pacientin te psikologu.
- 3. Historia e problemit aktual:** Kohëzgjatja, frekuenca, intensiteti, faktorët nxitës/lehtësues.
- 4. Historia psikologjike:** Probleme të mëparshme të shëndetit mendor, trajtime të marra, trauma, abuzime.
- 5. Historia zhvillimore/familjare:** Rrethanat e rritjes, dinamikat familjare, historia e shëndetit mendor në familje.

- 6. Historia sociale:** Marrëdhëniet, rrjeti mbështetës, statusi ekonomik, strehimi, punësimi.
- 7. Historia mjekësore:** Sëmundje fizike aktuale/të mëparshme, medikamente, abuzimi me substanca.
- 8. Vlerësimi i rrezikut:** Vlerësim i thelluar për ideacion suicidal/homicidal, dëmtim të vetes, rrezik për të tjerët, ose shenja psikotike.

2.2. Përdorimi i instrumenteve të vlerësimit:

1. Përdorimi i shkallëve të vlerësimit (p.sh, PHQ-9 për depresionin, GAD-7 për ankthin) ose pyetësorëve të standardizuar për të objektivizuar simptomat dhe për të monitoruar progresin.
2. Në varësi të rastit, mund të përdoren edhe teste specifike (p.sh, teste të shkurtra konjitive, vlerësim i personalitetit – vetëm nëse psikologu është i trajnuar).

2.3. Formulimi i rastit:

1. Bazuar në informacionin e mbledhur, psikologu formulon një kuptim të integruar të problematikës së pacientit nga perspektiva biopsikosociale.
2. Identifikohen faktorët predispozues, nxitës, mbështetës dhe mbrojtës.
3. Formulohet një hipotezë klinike mbi natyrën e vështirësisë së pacientit dhe nevojat e tij.

Hapi 3: Hartimi i Planit të Kujdesit

3.1. Diskutimi me pacientin:

1. Psikologu diskuton formulimin e rastit dhe rekomandimet përkatëse me pacientin, duke u siguruar që pacienti ta kuptojë qartë dhe të pajtohet me planin.
2. Kjo është një qasje e bazuar te pacienti, ku pacienti është partner në procesin e vendimmarrjes.

3.2. Përcaktimi i objektivave:

1. Identifikimi i objektivave SMART (Specifike, të Matshme, të Arritshme, Relevante, të Kohë-kufizuara) të trajtimit, si afatshkurtra ashtu edhe afatgjata.

3.3. Zgjedhja e ndërhyrjeve:

1. Përzgjedhja e llojit të ndërhyrjes psikologjike të bazuar në evidencë që është më e përshtatshme për problematikën dhe nevojat e pacientit (p.sh., këshillim mbështetës, teknika të TKS-së, trajnim aftësish, këshillim familjar, etj.).
2. Përcaktimi i numrit të pritshëm të seancave dhe frekuencës.

3.4. Koordinimi me ekipin mjekësor:

1. Në rastet e nevojshme, psikologu komunikon me mjekun e familjes për të diskutuar planin e kujdesit, veçanërisht nëse përfshihet trajtimi medikamentoz ose menaxhimi i sëmundjeve fizike.
2. Informacioni ndahet vetëm me pëlqimin e pacientit ose kur kërkohet ligjërisht për sigurinë.

Hapi 4: Zbatimi i ndërhyrjeve psikologjike

4.1. Ofrimi i seancave:

1. Seancat kryhen në mënyrë të rregullt sipas planit të hartuar.

2. Aplikohen teknikat dhe strategjitë e dakorduara duke u fokusuar në objektivat e trajtimit.
3. Seancat përqendrohen në zhvillimin e aftësive të pacientit për t'u përballur me vështirësitë.

4.2. Monitorimi i progresit:

1. Progresi i pacientit vlerësohet në mënyrë të vazhdueshme gjatë çdo séance.
2. Përdoren shallët e vlerësimit në intervale të rregullta për të matur ndryshimet në simptoma ose funksionim.
3. Diskutohet progresi me pacientin dhe përshtatet plani i kujdesit sipas nevojës.

4.3. Ndërhyrje në krizë (nëse lind nevoja):

1. Nëse pacienti paraqet një krizë akute gjatë trajtimit (p.sh., ideacion i ri suicidal, përkeqësim i rëndë i simptomave), psikologu zbaton protokolle të menaxhimit të krizës (vlerësim i rrezikut, plan sigurie, referim urgjent te psikiatri/urgjenca).

Hapi 5: Dokumentimi

5.1. Regjistrimi i seancave:

1. Çdo seancë duhet të dokumentohet menjëherë pas përfundimit të saj. (*shih Aneksin Formular i takimit dhe seancës së këshillimit)
2. Dokumentacioni duhet të jetë i saktë, i qartë dhe konciz, duke përfshirë:
 - i. Datën dhe kohën e seancës.
 - ii. Llojin e seancës (individuale, familjare, grupore).
 - iii. Shqetësimet kryesore të diskutuara.
 - iv. Ndërhyrjet e zbatuara.
 - v. Progresin e pacientit.
 - vi. Planet për seancën tjetër.
 - vii. Çdo referim ose komunikim me palë të treta (me miratim).

5.2. Mbajtja e dosjes së pacientit:

1. Të gjitha të dhënat e pacientit (anamneza, plane kujdesi, rezultatet e vlerësimeve, shënimet e seancave, komunikimet) ruhen në një dosje konfidenciale, fizike ose elektronike, në përputhje me politikat institucionale dhe ligjet e mbrojtjes së të dhënave personale.

5.3. Raportimi (nëse kërkohet):

1. Raportet e progresit për mjekun e familjes ose specialistët e tjerë (me pëlqim të pacientit).
2. Raportet për raste të ndjeshme për autoritetet kompetente, siç është diskutuar në kapitullin e Kornizës Ligjore.

Hapi 6: Rishikimi dhe vlerësimi periodik

6.1. Rishikimi i planit të kujdesit:

1. Periodikisht (p.sh., çdo 4-6 seanca), psikologu rishikon planin e kujdesit me pacientin për të vlerësuar efektivitetin e ndërhyrjeve, arritjen e objektivave dhe për të bërë ndryshime nëse është e nevojshme.

6.2. Përshtypjet e pacientit (*feedback*):

1. Kërkimi i përshtypjeve të pacientit mbi shërbimet e marra dhe cilësinë e marrëdhënies terapeutike.

Hapi 7: Mbyllja e rastit dhe ndjekja pas trajtimit

7.1. Kriteret e mbylljes:

- a) Rasti mbyllet kur:
 - i. Shumica e objektivave të trajtimit janë përmbushur.
 - ii. Pacienti është pajisur me aftësitë e nevojshme për t'u përballur me vështirësitë.
 - iii. Simptomat janë reduktuar ndjeshëm ose janë zhdukur.
 - iv. Pacienti nuk përfiton më nga shërbimet e ofruara.
 - v. Pacienti vendos të ndërpresë trajtimin (me këshillim dhe dokumentim).

7.2. Seanca e mbylljes:

- a) Një seancë e dedikuar për mbylljen e rastit, ku diskutohen:
 - i. Progresi i bërë.
 - ii. Strategjitë për ruajtjen e arritjeve.
 - iii. Plani për ndjekjen e rastit.
 - iv. Burimet e mundshme të mbështetjes në komunitet.

7.3. Rekomandime për ndjekjen pas trajtimit:

1. Ofrimi i rekomandimeve për ndjekje (*follow-up*) periodike (sipas nevojës), ose referim në grupe mbështetëse komunitare.

Hapi 8: Zhvillimi profesional i vazhdueshëm dhe mbikëqyrja (*supervizimi*)

8.1. Edukim i vazhdueshëm:

1. Psikologu merr pjesë rregullisht në trajnime, seminare, konferenca dhe lexon literaturë shkencore për të përditësuar njohuritë dhe aftësitë.

8.2. Mbikëqyrja (*Supervizimi*):

1. Kërkimi i mbikëqyrjes profesionale nga një psikolog më me eksperiencë ose supervizor i certifikuar. Supervizimi është thelbësor për reflektimin mbi praktikën, menaxhimin e rasteve komplekse, etikën dhe mirëqenien personale të psikologut.

VII. ETIKA PROFESIONALE DHE KONFIDENCIALITETI

Ky kapitull ka për qëllim të sigurojë që psikologët të ushtrojnë profesionin e tyre me integritet, përgjegjësi dhe ndjeshmëri, duke mbrojtur të drejtat dhe mirëqenien e pacientëve si dhe në përputhshmëri me Kodin e Deontologjisë të Urdhrit të Psikologut në Republikën e Shqipërisë (Kodi i Etikës dhe Deontologjisë, UP në RSH, 2017; APA, 2017). Bazuar në Kodin e Deontologjisë së Urdhrit të Psikologut, standardet etike janë themeli i praktikës psikologjike të këtij profesioni. Psikologët në kujdesin parësor shëndetësor duhet t'u përmbahen kodeve të etikës.

UDHËZIME PËR RESPEKTIMIN E STANDARDEVE ETIKE NË NIVEL PARËSOR

1. Përgjegjësia:

- » **Përgjegjësia profesionale:** Psikologu duhet të veprojë në interesin më të mirë të pacientit, duke qenë i ndërgjegjshëm për ndikimin e ndërhyrjeve të tij.
- » **Përgjegjësia sociale:** Psikologu duhet të kontribuojë në shëndetin dhe mirëqenien e komunitetit.
- » **Kufijtë e kompetencës:** Psikologu duhet të ushtrojë praktikën vetëm brenda fushës së tij të kompetencës dhe, kur nevoja tejkalon aftësitë e tij, t'i referojë pacientët tek specialisti.

2. Integriteti:

- » **Ndershmëria dhe saktësia:** Të jetë i ndershëm në raportet e tij profesionale, duke shmangur mashtrimin, keqinterpretimet ose praktikatat e pandershme.
- » **Objektiviteti:** Të ruajë objektivitetin dhe të shmangë paragjykimet personale në vlerësim dhe ndërhyrje.
- » **Shmangia e konfliktit të interesit:** Të mos përfitojë personalisht nga marrëdhënia terapeutike ose të ketë marrëdhënie të dyfishta (p.sh. terapist-shok) që mund të komprometojnë objektivitetin.

3. Respekti për dinjitetin dhe të drejtat e personave:

- » **Konfidencialiteti:** Të respektojë të drejtën e pacientit për privatësi dhe konfidencialitet (diskutuar më poshtë).
- » **Miratimi i informuar:** Të marrë miratimin e informuar të pacientit për çdo vlerësim, ndërhyrje, ose shkëmbim informacioni. Pacienti duhet të jetë i informuar për qëllimin, procedurat, rreziqet, përfitimet dhe opsionet alternative për trajtimin e tij.
- » **Jo diskriminim:** Të mos e diskriminojë pacientin bazuar në moshë, gjini, orientim seksual, etni, fe, status social, aftësi të kufizuar, etj.
- » **Autonomi:** Të respektojë të drejtën e pacientit për të marrë vendime për kujdesin e tij.

4. Kompetenca:

- » **Edukimi i vazhdueshëm:** Të përditësojë vazhdimisht njohuritë dhe aftësitë profesionale përmes edukimit të vazhdueshëm, trajnimeve dhe mbikëqyrjes.
- » **Vetë-reflektimi:** Të jetë i ndërgjegjshëm për limitet e tij personale dhe profesionale dhe të kërkojë ndihmë kur është e nevojshme.
- » **Praktika e bazuar në dëshmi:** Të përdorë metoda dhe teknika të cilat mbështeten në evidenca shkencore.

RREGULLIMI I MARRËDHËNIEVE ME PACIENTIN DHE KOMUNITETIN

Marrëdhënia terapeutike është thelbi i ndërhyrjes psikologjike. Ajo duhet të jetë profesionale, e bazuar në besim dhe respekt.

1. Kufijtë profesionalë:

- » **Vendosja e kufijve të qartë:** Që në fillim të marrëdhënies, psikologu duhet të vendosë kufij të qartë kohorë (gjatësia e seancës), hapësinorë (ku do të zhvillohet seanca), dhe të roleve (psikolog-pacient, jo mik, prind, etj.).
- » **Shmangia e marrëdhënies të dyfishta:** Asnjëherë mos hyni në marrëdhënie personale, financiare apo seksuale me pacientët. Kjo dëmton rëndë marrëdhënien profesionale dhe etikën.

2. Komunikimi efektiv:

- » **Dëgjim aktiv:** Të dëgjojë me vëmendje pacientin, duke i lënë hapësirë të shprehë mendimet dhe ndjenjat e tij.
- » **Komunikim i qartë:** Të shpjegojë termat psikologjike në një gjuhë të kuptueshme për pacientin.
- » **Empati:** Të kuptojë dhe të ndajë ndjenjat e pacientit pa u zhytur në to.

3. Bashkëpunimi me komunitetin dhe rrjetin shëndetësor:

- » **Roli në kujdesin parësor:** Të integrohet si anëtar i ekipit të kujdesit shëndetësor, duke bashkëpunuar me mjekët e familjes, infermierët dhe specialistët e tjerë.
- » **Referimi:** Të dijë kur dhe si të referojë pacientët në shërbime të specializuara (psikiatër, specialistë të varësisë, shërbime sociale) ose grupe mbështetëse komunitare.
- » **Avokimi:** Të advokojë për nevojat e shëndetit mendor në komunitet dhe të ndihmojë në uljen e stigmës.

RASTE TË VEÇANTA KUR DUHET THYER KONFIDENCIALITETI

Konfidencialiteti është gurthemeli i marrëdhënies terapeutike, por nuk është absolut. Ka situata të caktuara ligjore dhe etike kur psikologu duhet ta thyejë konfidencialitetin. Këto raste duhet t'i shpjegohen pacientit qartësisht në fillim të marrëdhënies.

1. Kërcënim i rrezikut të menjëhershëm për veten ose të tjerët:

- » **Rreziku vetëvrasës:** Kur psikologu ka arsye të besojë se pacienti ka një rrezik të menjëhershëm për të dëmtuar veten (p.sh. plan konkret vetëvrasjeje, mungesë aftësie për t'u kontrolluar), psikologu duhet të ndërhyjë për të siguruar jetën e pacientit (p.sh. të informojë familjen, ta referojë urgjentisht në spital/psikiatri).
- » **Rreziku për të tjerët (detyrimi për të paralajmëruar):** Kur pacienti shpreh një kërcënim serioz dhe të besueshëm për të dëmtuar një person të identifikueshëm ose grupe personash, psikologu ka detyrimin etik dhe ligjor të paralajmërojë viktimën/at e mundshme dhe/ose forcat ligjzbatuese.

2. Abuzimi ose neglizhenca e fëmijëve, të moshuarve ose e personave me aftësi të kufizuara:

- » Psikologu ka detyrim ligjor të raportojë tek autoritetet përkatëse (p.sh. shërbimet e mbrojtjes së fëmijëve, policia) nëse ka dyshime të arsyeshme për abuzim (fizik, emocional, seksual) ose neglizhencë ndaj fëmijëve, të moshuarve ose personave me aftësi të kufizuara që nuk janë në gjendje të mbrojnë veten.

3. Urdhri i gjykatës:

- » Në raste të caktuara, një gjykatë mund të urdhërojë zbulimin e informacionit konfidencial. Psikologu duhet të konsultohet me një avokat përpara se të zbulojë informacionin dhe të zbulojë vetëm atë që kërkohet ligjërisht.

4. Kujdesi i cilësisë ose mbikëqyrja profesionale:

- » Informacioni mund të shkëmbehet me mbikëqyrësin profesional (supervizorin) ose me kolegë të tjerë të përfshirë në kujdesin e pacientit, me qëllim përmirësimin e cilësisë së shërbimit, gjithmonë në kuadrin e respektimit të privatësisë dhe me miratimin e pacientit aty ku është e mundur.

Shënim i rëndësishëm: Në çdo rast të thyerjes së konfidencialitetit, psikologu duhet të zbulojë minimumin e nevojshëm të informacionit dhe të dokumentojë vendimin dhe arsyetimet për të.

MODEL I MIRATIMIT TË INFORMUAR PËR PACIENTËT

Formulari i miratimit të informuar (*Informed Consent Form*) është një dokument thelbësor që siguron që pacienti është plotësisht i informuar rreth natyrës së shërbimeve psikologjike dhe ka dhënë pëlqimin e tij të lirë dhe të ndërgjegjshëm. Ky formular duhet të diskutohet verbalisht me pacientin dhe të nënshkruhet prej tij (dhe prindit/kujdestarit ligjor nëse pacienti është i mitur ose i paaftë). Ky formular sugjerohet të përmbajë rolin dhe detyrat e psikologut, përfitimet e pacientit dhe kufizimet, konfidencialitetin dhe kufijtë e tij, takimet e anulimet e seancave të paracaktuara, të drejtat e pacientit, kontaktet e urgjencës si dhe nënshkrimin nga të dyja palët¹⁶.

16. Për më tepër, shih Aneksin 1.5 Formulari i miratimit të informuar dhe konfidencialitetit

VIII. VETËKUJDESI DHE SUPERVIZIMI PËR PSIKOLOGËT

Ky kapitull ka për qëllim të theksojë rëndësinë e mirëqenies së psikologut, pasi një psikolog i shëndetshëm dhe i mbështetur është më i aftë të ofrojë kujdes e shërbim cilësor dhe efektiv. Parandalimi i lodhjes profesionale dhe sigurimi i zhvillimit të vazhdueshëm profesional janë detyra etike dhe praktike.

IDENTIFIKIMI I LODHJES PROFESIONALE (*BURNOUT*) DHE STRATEGJITË E MENAXHIMIT

“*Burnout*” ose lodhja profesionale është një gjendje e lodhjes fizike, emocionale dhe mendore e shkaktuar nga stresi i zgjatur dhe i tepërt (Reis, 2013). Është veçanërisht e zakonshme në profesionet e ndihmës. Psikologët, duke u ekspozuar ndaj traumave të të tjerëve dhe dhimbjes njerëzore, janë veçanërisht të rrezikuar (Grosch & Olsen, 2001; Rolls & Deco, 2002).

Shenjat e lodhjes profesionale

1. **Lodhja emocionale:** Ndjenja e shterimit emocional, e humbjes së energjisë, e paaftësisë për të “dhënë më shumë” emocionalisht.
2. **Depersonalizimi:**
 - » **Drejt klientëve:** Zhvillimi i një qëndrimi të ftohtë, të distancuar ose pa ndjenja ndaj pacientëve, shpesh duke i parë ata më shumë si objekte sesa si individë.
 - » **Kundrejt punës:** Humbja e entuziazmit për punën, ndjenja se puna nuk ka më kuptim.
3. **Reduktimi i ndjenjës së arritjes personale:** Ndjenja e humbjes së efektivitetit dhe kompetencës në punë, pavarësisht përpjekjeve.
4. **Simptoma fizike:** Dhimbje koke, probleme me tretjen, pagjumësi, ndryshime në oreks, rënie imuniteti.
5. **Simptoma konjitive/sjellore:** Vështirësi në përqendrim, harresë, irritim, izolim social, rritje e abuzimit të substancave (alkooli, duhani).

Strategjitë e menaxhimit dhe parandalimit

1. **Kujdesi personal (*self-care*):**
 - » **I jepet përparësi shëndetit fizik:** Ushqyerje e shëndetshme, gjumë i mjaftueshëm, aktivitete fizik të rregullt.

- » **I kushtohet kohë vetes:** Angazhimi në veprimtari të lira, aktivitete çlodhëse, pushime të rregullta.
- » **Përcaktohen kufijtë profesionalë:** Krijimi i kufijve të qartë midis jetës profesionale dhe personale. Shmangia e orëve të tepërta të punës.
- » **Përdoren teknika të menaxhimit të stresit:** Praktikimi i vetëdijes së plotë (*mindfulness*), meditimit, jogës, ose ushtrimeve të frymëmarrjes.

2. Mbështetja Sociale:

- » **Rrjeti mbështetës:** Mirëmbajtja e marrëdhënieve të shëndetshme me miqtë, familjen dhe kolegët.
- » **Ndarja e përvojave:** Diskutimi i sfidave profesionale me kolegë të besueshëm (duke ruajtur konfidencialitetin e pacientëve).

3. Zhvillimi profesional:

- » **Supervizimi** (*shih më poshtë*): Një nga strategjitë më të rëndësishme.
- » **Edukimi i vazhdueshëm:** Mësimi i teknikave të reja ose fushave të reja, duke parandaluar ndjenjën e stanjacionit.

4. Ndërgjegjësimi dhe vetëreflektimi:

- » Monitorimi i rregullt i simptomave të lodhjes profesionale.
- » Njohja e shkaktarëve personalë të stresit.
- » Kërkimi i ndihmës profesionale (terapi personale), nëse ndjenjat e lodhjes profesionale janë të vazhdueshme dhe serioze.

REKOMANDIME PËR PËRFSHIRJEN NË SUPERVIZIM KLINIK DHE TRAJNIME TË VAZHDUESHME

Supervizimi i rregullt dhe trajnimi i vazhdueshëm përbëjnë dy shtylla thelbësore mbi të cilat mbështetet praktika etike dhe zhvillimi i kompetencës profesionale të psikologëve. Supervizimi ose edhe intervizioni ofron një hapësirë të strukturuar dhe mbështetëse për profesionistët, duke i lejuar ata të reflektojnë mbi punën e tyre, të marrin udhëzime nga supervisorë më me përvojë dhe të identifikojnë fushat ku mund të përmirësohen më tej. Si proces, supervizimi zakonisht përfshin një marrëdhënie hierarkike, ku një supervisor me më shumë përvojë dhe ekspertizë udhëzon dhe vlerëson punën e një profesionisti tjetër me më pak përvojë. Gjithashtu, supervisor ka ekspertizë të konsiderueshme në fushën e praktikës së profesionit të psikologut. Ndërkohë që intervizioni si proces është më informal dhe kolegial, ku një grup kolegësh të barabartë takohen për të diskutuar rastet, sfidat dhe çështjet profesionale të punës së tyre. Pra mund të thuhet se supervizimi si proces është më i strukturuar, i orientuar drejt aftësive dhe përfshin vlerësim, ndërsa intervizioni është më kolegial, mbështetës dhe fokusohet në reflektim dhe mbështetje reciproke. Megjithatë, të dyja proceset janë të vlefshme dhe mund të përdoren në faza të ndryshme të zhvillimit profesional, ose në kombinim për të ofruar një mbështetje të plotë.

Nga ana tjetër, trajnimi i vazhdueshëm siguron që profesionistët të jenë të përditësuar me zhvillimet më të fundit në fushën e tyre, duke përfshirë metodat e reja të trajtimit, standardet etike dhe praktikatat më të mira. Kombinimi i supervizimit dhe trajnimit të vazhdueshëm jo vetëm që rrit cilësinë e shërbimeve të ofruara, por gjithashtu promovon mirëqenien e profesionistëve, duke i ndihmuar ata të përballen me sfidat e punës dhe të ruajnë një standard të lartë etik dhe profesional.

Më poshtë është paraqitur informacion i rëndësishëm mbi të dy këto procese vetëkujdesi profesional.

» **Supervizimi dhe intervizioni janë thelbësorë për psikologët që punojnë në QSSH për disa arsye:**

- 1. Rritja e kompetencës klinike:** Supervizimi/intervizioni ndihmon psikologët të zhvillojnë dhe përmirësojnë aftësitë e tyre klinike, duke siguruar që ata të ofrojnë shërbime cilësore.
- 2. Mbështetje emocionale:** Puna në kujdesin parësor mund të jetë stresuese. Supervizimi ofron një hapësirë të sigurt për psikologët që të diskutojnë sfidat emocionale dhe të marrin mbështetje.
- 3. Sigurimi i cilësisë:** Supervizimi siguron që shërbimet e ofruara nga psikologët të jenë etike dhe të bazuara në prova.
- 4. Zhvillimi profesional:** Supervizimi ndihmon psikologët të rriten profesionalisht, të vendosin qëllime karriere dhe të marrin vendime të informuara për zhvillimin e tyre.

Mënyrat e organizimit të seancave të supervizimit/intervizionit

1. Identifikimi i supervisorit:

Supervisor i brendshëm (brenda rrjetit të psikologëve që punojnë në QSSH): Një psikolog në një QSSH me përvojë të konsiderueshme, kohore dhe ekspertizë në fushë, mund të shërbejë si supervisor për psikologët në QSSH-të e tjera. Ky model lejon njohjen e thellë të kontekstit specifik të QSSH-ve.

Supervisor i jashtëm: Nëse nuk ka një supervisor të brendshëm, QSSH-të mund të bashkëpunojnë me një psikolog të jashtëm, klinik ose akademik, me ekspertizë në supervizim.

2. Planifikimi i rregullt i seancave:

Frekuenca: Seancat e supervizimit duhet të mbahen rregullisht, idealisht një herë në javë ose të paktën dy herë në muaj, për të siguruar mbështetje të vazhdueshme.

Kohëzgjatja: Çdo seancë duhet të zgjasë 1-2 orë, duke lejuar kohë të mjaftueshme për diskutim të thelluar.

Vendndodhja: Seancat mund të mbahen në ambientet e një QSSH-je, nëse ka një hapësirë të përshtatshme dhe konfidenciale.

3. Struktura e seancës:

Agjenda: Çdo seancë duhet të ketë një agjendë të qartë, ku përfshihet diskutimi i rasteve, çështjet etike, zhvillimi i aftësive dhe shqetësimet personale.

Diskutimi i rasteve: Psikologët duhet të prezantojnë raste specifike me të cilat kanë vështirësi, duke përfshirë informacionin relevant, ndërhyrjet e përdorura dhe rezultatet e arritura. Supervisorin ofron udhëzime dhe sugjerime për qasje alternative.

Reflektimi: Psikologët duhet të reflektojnë mbi praktikën e tyre, duke analizuar pikat e forta dhe dobësitë e tyre. Supervisorin ndihmon në identifikimin e modeleve të sjelljes dhe në zhvillimin e strategjive për përmirësim.

Zhvillimi i aftësive: Supervizimi duhet të përfshijë diskutimin e teknikave të reja terapeutike, strategjive përballuese dhe mënyrave për të përmirësuar aftësitë e komunikimit dhe ndërveprimit me pacientët.

Por në seancat e supervizimit ose intervizionit psikologët diskutojnë çështje dhe tema të ndryshme si:

» **Diskutimi i rasteve klinike:**

- › **Prezantimi i rasteve specifike (anonime):** Psikologu paraqet rastin, historinë, ndërhyrjet e përdorura, rezultatet dhe sfidat.
- › **Analiza e dinamikës së rastit:** Diskutimi i faktorëve psikologjikë, socialë dhe biologjikë që ndikojnë te pacienti.
- › **Strategji alternative:** Eksplorimi i qasjeve dhe teknikave të ndryshme terapeutike.
- › **Çështje etike:** Identifikimi dhe diskutimi i dilemave etike që mund të lindin.

» **Zhvillimi i aftësive profesionale:**

- › **Teknika të reja terapeutike:** Prezantimi dhe diskutimi i teknikave të reja dhe mënyrave të aplikimit.
- › **Përmirësimi i komunikimit:** Roli i komunikimit efektiv me pacientët dhe kolegët.
- › **Menaxhimi i stresit:** Strategji për të përballuar stresin dhe lodhjen profesionale.

» **Reflektimi personal dhe profesional:**

- › **Identifikimi i pikave të forta dhe të dobëta:** Analiza e praktikës personale dhe identifikimi i zonave për përmirësim.
- › **Supervizimi i vështirësive personale:** Trajtimi i çështjeve personale që mund të ndikojnë në punë.
- › **Trajnime dhe konferenca:** Pjesëmarrja në trajnime dhe konferenca dhe aplikimi i njohurive të reja.

» **Plani i zhvillimit profesional:**

- › **Vendosja e objektivave:** Hartimi i një plani për zhvillimin e aftësive dhe arritjen e objektivave karrierës.
- › **Vlerësimi i progresit:** Reflektimi mbi arritjet dhe hapat e ardhshëm.

» **Mbështetja emocionale dhe mirëqenia:**

- › **Shëndeti mendor i psikologut:** Diskutimi i strategjive për të ruajtur mirëqenien emocionale.
- › **Parandalimi i lodhjes profesionale:** Identifikimi i shenjave të “*burnout*” dhe zhvillimi i strategjive për ta parandaluar atë.

» **Politika etike dhe ligjore:**

- › **Kodi etik:** Sigurimi i respektimit të kodit etik të profesionit.
- › **Politikat lokale:** Trajtimi i temave rreth përgjegjësive ligjore dhe politike të përcaktuara nga ministritë përkatëse.

4. Llojet e supervizimit:

Supervizim individual: Seanca një-në-një me supervizorin ofron një ambient të personalizuar për diskutim të thelluar dhe reflektim.

Supervizim në grup: Seancat me disa psikologë mund të nxisin mësimin nga kolegët dhe të ofrojnë mbështetje reciproke. Diskutimi i rasteve dhe sfidave të përbashkëta mund të jetë shumë i dobishëm.

5. Dokumentimi:

Regjistrimi i seancave: Mbajtja e shënimeve të rëndësishme nga seancat e supervizimit ndihmon në ndjekjen e progresit, identifikimin e temave të përsëritura dhe planifikimin e seancave të ardhshme.

Vlerësimi periodik: Supervizori dhe psikologu duhet të vlerësojnë rregullisht efektivitetin e supervizimit dhe të bëjnë ndryshimet e nevojshme.

Aspekte të rëndësishme për supervizim/intervizion efektiv

Konfidencialiteti: Të gjitha diskutimet gjatë seancave të supervizimit duhet të mbahen konfidenciale, përveç rasteve kur ka rrezik për sigurinë e pacientit ose të tjerëve.

Etika: Supervizimi duhet të jetë në përputhje me kodet etike profesionale dhe standardet e praktikës.

Marrëdhënie mbështetëse: Supervizori duhet të krijojë një marrëdhënie të sigurt dhe mbështetëse me psikologun, duke inkurajuar reflektimin dhe zhvillimin personal.

Objektiva të qarta: Psikologu dhe supervizori duhet të vendosin objektiva të qarta për supervizimin dhe të vlerësojnë rregullisht progresin drejt arritjes së tyre.

Duke ndjekur këto sugjerime, psikologët në QSSH mund të organizojnë seanca supervizimi efektive që rrisin kompetencën klinike, ofrojnë mbështetje emocionale dhe sigurojnë shërbime cilësore për pacientët.

MEKANIZMA MBËSHTETJEJE INSTITUCIONALE (MONITORIMI, MENTORIMI)

Është e rëndësishme të kuptohet që grupet e supervizimit apo intervizionit për psikologët në Qendrat Socio-Shëndetësore mund t'i organizojnë disa aktorë, në varësi të strukturës dhe burimeve të disponueshme:

- 1. Drejtorja e Qendrës Socio-Shëndetësore:** Drejtori mund të marrë iniciativën për të krijuar grupet e psikologëve të disa QSSH-ve, duke caktuar një psikolog me përvojë si supervizor ose edhe duke kontaktuar supervizorë të jashtëm. **Ministria e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale (MSHMS):** MSHMS mund të krijojë programe kombëtare për supervizim dhe të ofrojë fonde dhe trajnime për supervizorët.
- 2. Urdhri i Psikologut:** Urdhri i Psikologut mund të ofrojë supervizorë të certifikuar dhe të ndihmojë në organizimin e grupeve sipas standardeve profesionale.
- 3.** Në praktikë, supervizimi dhe intervizioni shpesh nënkupton një bashkëpunim mes disa prej këtyre aktorëve për të siguruar një sistem të qëndrueshëm dhe efektiv supervizimi.

» Trajnimet e vazhdueshme:

- 1. Përditësimi i njohurive:** Fusha e psikologjisë zhvillohet vazhdimisht. Trajnimet e vazhdueshme sigurojnë që psikologët të jenë në dijeni të hulumtimeve të fundit, metodave të reja të trajtimit dhe ndërhyrjeve të bazuara në dëshmi.
- 2. Zgjerimi i kompetencave:** Mësimi i teknikave të reja terapeutike apo specializimi në fusha specifike (p.sh. trauma, varësitë, shëndeti mendor i fëmijëve, etj.).

- 3. Pjesëmarrja:** Inkurajohet pjesëmarrja në konferenca, seminare, punëtori dhe kurse *online*.
- 4. Certifikimi/Licencimi:** Trajnimet e vazhdueshme janë edhe një kërkesë ligjore e organeve profesionale për ruajtjen e licencës si Ligji për profesionet e rregulluara dhe Urdhri i Psikologut.

Ky kapitull thekson se mirëqenia e psikologut nuk është një luks, por një domosdoshmëri për ofrimin e shërbimeve cilësore dhe etike. Investimi në vetëkujdesin dhe zhvillimin profesional të psikologëve është një investim në shëndetin e përgjithshëm të komunitetit.

IX. PËRDORIMI I MANUALIT PËR QËLLIME TRAJNIMI SI UDHËZUES PEDAGOGJIK

Ky kapitull i manualit është hartuar si një udhëzues pedagogjik që synon të shërbejë si mjet i vlefshëm trajnimi. Ai ofron një qasje të strukturuar për zhvillimin profesional të stafit të Qendrave Socio-Shëndetësore dhe, në veçanti, të psikologëve që operojnë brenda tyre. Qëllimi është të thellojë njohuritë dhe të përmirësojë aftësitë praktike, duke siguruar një kuptim të qartë të rolit të psikologut në shërbimin shëndetësor parësor. Trajnimi synon të forcojë bashkëpunimin ndërdisiplinor dhe të standardizojë praktikën më të mira. Ky manual do të ndihmojë në rritjen e cilësisë së kujdesit shëndetësor mendor të ofruar për komunitetin.

UDHËZUESI PEDAGOGJIK PËR PËRDORIMIN E MANUALIT TË PSIKOLOGUT NË QENDRAT SOCIO-SHËNDETËSORE PËR TRAJNIMIN E PSIKOLOGËVE

Ky udhëzues trajnimi është krijuar posaçërisht për të avancuar aftësitë e psikologëve që punojnë në Qendrat Socio-Shëndetësore, me fokus të veçantë në vlerësimin e thelluar psikologjik dhe ndërhyrjet e bazuara në evidenca. Synohet të ofrojë një qasje praktike dhe e specializuar në situatat unike të kujdesit parësor.

Audienca e synuar

- » Psikologë aktualë në Qendrat Socio-Shëndetësore
- » Psikologë të rinj që sapo janë integruar në sistemin e kujdesit parësor

1. Objektivat e trajnimit

Në përfundim të trajnimit, pjesëmarrësit do të jenë në gjendje të:

- » Përkrahin rolin profesional të psikologut në strukturën e QSSH-ve dhe ekipin multidisiplinor.
- » Përdorin teknika të thjeshtuara për vlerësim psikologjik në nivel parësor.
- » Zbatojnë ndërhyrje të shkurtra për çrregullime të zakonshme si ankthi dhe depresioni.
- » Edukojnë pacientët dhe familjarët për vetëkujdes dhe parandalim.
- » Hartojnë plane të menaxhimit të rasteve dhe të njohin kriteret e referimit.

2. Struktura e Trajnimit

Kohëzgjatja totale: 3 ditë

(mund të përshtatet sipas kontekstit dhe grupit të synuar)

Dita 1: Roli dhe kultura e punës në QSSH

Tematikat e trajnimit:

1. Prezantim i sistemit të kujdesit shëndetësor parësor dhe funksioni i QSSH-ve
2. Roli i psikologut dhe kufijtë profesionalë në këtë kontekst
3. Ekipi multidisiplinar: formimi, rolet dhe bashkëpunimi ndërdisiplinor
4. Etika profesionale dhe respektimi i konfidencialitetit

Aktivitetet:

1. Diskutim në grup për sfidat reale në praktikë
2. Analizë rastesh për bashkëpunimin ndërdisiplinor
3. Reflektim mbi kufijtë etikë në punë

Dita 2: Vlerësimi dhe ndërhyrja psikologjike

Tematikat e trajnimit:

1. Intervista klinike bazë në kontekstin e kujdesit shëndetësor parësor
2. Vlerësimi psikologjik me instrumente të thjeshtuara (p.sh. PHQ-9, GAD-7)
3. Ndërhyrje të shkurtra (*brief interventions*) për depresion dhe ankth
4. Psikoedukimi dhe promovimi i vetëkujdesit

Aktivitetet:

1. Simulim i intervistës psikologjike me kolegët
2. Përdorimi praktik i një instrumenti vlerësimi
3. Lojë me role (*roleplay*) për ndërhyrje të shkurtra

Dita 3: Raste praktike dhe menaxhimi i rastit

Tematikat e trajnimit:

1. Analizë e rasteve klinike tipike në QSSH
2. Ndërtimi i planit të ndërhyrjes (vlerësim, objektiva, ndjekje e rastit)
3. Koordinimi me mjekun e familjes dhe punonjësin social
4. Procesi i referimit në sistemin e shërbimeve të specializuara

Aktivitetet:

1. Punë në grupe mbi raste konkrete
2. Hartimi i një plani ndërhyrjeje për një rast të zgjedhur
3. Diskutim mbi referimin dhe dokumentimin profesional

3. Metodologjia e trajnimit

Trajnimit do të bazohet në qasje praktike, pjesëmarrëse dhe ndërvepruese, për të stimuluar të mësuarit aktiv dhe reflektimin profesional.

Formatet e përdorura:

- » Prezantime ndërvepruese me shembuj konkretë dhe diskutim
- » Studime rastesh të bazuara në rastet klinike që jep manuali (Aneksi 3) si dhe në përvojën reale të psikologëve
- » Lojë me role dhe simulime terapeutike
- » Ushtrime praktike me mjete vlerësimi dhe ndërtim ndërhyrjesh
- » Reflektim individual dhe në grup

4. Profili i trajnerit

- » Psikolog klinik me përvojë në sistemin e kujdesit parësor ose komunitar
- » Njohuri mbi qasjet e bazuara në prova (*evidence-based*)
- » Aftësi për të lehtësuar diskutimet dhe për të stimuluar të mësuarit praktik
- » Preferohet përvojë në trajnime të mëparshme të profesionistëve shëndetësorë

5. Vlerësimi i trajnimit

Trajnimit do të përfshijë komponentë të vlerësimit para, gjatë dhe pas për të garantuar efektivitetin dhe përvetësimin e përmbajtjes.

Mjetet e vlerësimit:

- » Teste para dhe pas trajnimit për të vlerësuar njohuritë e fituara
- » Vlerësim i performancës gjatë simulimeve dhe aktiviteteve praktike
- » Reflektim vetjak dhe dhënia e përshtypjeve (*feedback*) në grup
- » Anketë e kënaqësisë për vlerësimin e përvojës së trajnimit
- » Vlerësim pas trajnimit (p.sh. pas 3 muajsh) për të parë ndryshimet në praktikën profesionale

Ky udhëzues trajnimit ofron vetëm një strukturë bazë orientuese. Është e rëndësishme që trajnimit të përshtatet për të reflektuar nevojat dhe burimet specifike të QSSH-ve, si dhe ekspertizën e profesionistëve që do të udhëheqin trajnimin.

REFERENCA

1. Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: What works, for whom, in which circumstances? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(2), 61–74. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x>
2. American Psychological Association. (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Retrieved from <https://www.apa.org/ethics/code>
3. Badura, A. S., & Robinson, P. J. (2007). Behavioral health consultation in primary care: A guide to integrating services. New York: Springer.
4. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. Psychological Corporation.
5. Beck, A. T., & Steer, R. A. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
6. Becker, S. P., Langberg, J. M., Evans, S. W., Girio-Herrera, E., & Vaughn, A. J. (2015). Differentiating anxiety and depression in relation to the social functioning of young adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 1015–1029. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038821>
7. Becker, S. P., Luebbe, A. M., & Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: A review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 279–302. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-3>
8. Breton, M., Maillet, L., Haggerty, J., Boivin, A., Provost, S., & Roberge, D. (2021). Exploring the implementation and underlying mechanisms of centralized referral systems to access specialized health services in Quebec. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06792-8>
9. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
10. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
11. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
12. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786. [https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782\(NCBI\)](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782(NCBI))
13. Docherty, J. P., & O'Callaghan, C. (2008). Integrating mental health into primary care: Building a sustainable model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(2), 159–173.
14. Duarte, R. B., Han, Q., & Soares, C. (2023). Dissecting medical referral mechanisms in health services: Role of physician professional networks. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2304.02035>

15. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
16. Foa, E. B., Tolin, D. F., & Shafran, R. (2009). The evidence-based status of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 611–619. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04115>
17. Frank, R. G., & Glied, S. A. (2006). Mental health policy in the United States. New York: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
18. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
19. Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
20. Grosch, W. N., & Olsen, D. C. (2001). When helpers hurt: A practical guide to burnout prevention in caregiving. Routledge.
21. Heeney, C., O'Donnell, C., Bradley, C. P., & Stevenson, M. (2020). Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process: A cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Primary Care*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01188-x>
22. Humeniuk, R., Dennington, S., Ali, R., & Babor, T. F. (2008). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. World Health Organization.
23. Jessen, N. H., Jensen, H., Falborg, A. Z., Fenger-Grøn, M., Vedsted, P., & Wulff, C. N. (2021). Cancer suspicion, referral to cancer patient pathway and primary care interval: A survey and register study exploring 10 different types of abdominal cancer. *Family Practice*, 38(5), 589–597. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa139>
24. Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–521.
25. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. [https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x\(NCBI\)](https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x(NCBI))
26. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. [https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C\(NCBI\)](https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C(NCBI))
27. Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Roberts, R. E., & Allen, N. B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12(2), 277–287. [https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277\(NCBI\)](https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277(NCBI))
28. McLeod, J. (2013). An introduction to counselling. McGraw-Hill Education (UK).
29. Norcross, J. C., & VandenBos, G. R. (Eds.). (2018). Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care. Guilford Publications.
30. O'Malley, A. S., Reschovsky, J. D., & McGuire, T. G. (2011). Performance measures of the specialty referral process: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 168. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-168>

31. Pomerantz, A. M. (2017). *Clinical psychology: Science, practice, and culture*. SAGE Publications.
32. Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>(NCBI)
33. Reiss, S. (2013). The 16 basic desires: The standard list. Reiss Motivation Profile.
34. Rolls, E. T., & Deco, G. (2002). *The orbitofrontal cortex and emotion*. Oxford University Press.
35. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
36. Shahid, M., & Knight, G. (2009). Implementing referral guidelines: Lessons from a negative outcome cluster randomised factorial trial in general practice. *BMC Primary Care*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-60>
37. Shoiab, M., & Ramamohan, V. (2021). Simulation modelling and analysis of primary health centre operations. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2102.12648>
38. Slatcher, R. B., & Pennebaker, J. W. (2006). How do I love thee? Let me count the words: The social effects of expressive writing. *Psychological Science*, 17(8), 660–664.
39. Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>(NCBI)
40. Srinivasan, U., & Uddin, S. (2015). A social network framework to explore healthcare collaboration. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/1509.03396>
41. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD.(OUCI)
42. Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
43. Wikipedia contributors. (2024, September). Electronic referrals. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved June 22, 2025, from https://en.wikipedia.org/wiki/Electronic_referrals
44. World Health Organization. (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. World Health Organization.
45. World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
46. Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books.
47. Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70.
48. Integrating Mental Health in primary health care, Mission Report, Rembrant Aarts, June 2025

Lidhje

1. <https://fsdksh.gov.al/paketat/>
2. <https://www.urdhripsikologut.al/wp-content/uploads/2019/10/Ligji-i-Urdhrit-te-Psikologut.pdf>
3. <https://www.qsut.gov.al/wp-content/uploads/2021/09/ligj-2012-04-19-44.pdf>
4. <https://www.urdhripsikologut.al/wp-content/uploads/2019/10/Kodi-i-Eikes-dhe-Deontologjise-1.pdf>

FJALORTH I SHKURTESAVE DHE TERMAVE

1. **ACT** – Terapia e Pranimit dhe Angazhimit (ACT) është një ndërhyrje psikoterapeutike e bazuar në evidencë, që synon rritjen e fleksibilitetit psikologjik përmes pranimit të përvojave të brendshme dhe nxitjes së sjelljeve të orientuara nga vlerat personale.
2. **APA (American Psychological Association)** – Shoqata më e madhe profesionale e psikologëve në botë, e themeluar në SHBA, që ka si mision përparimin e psikologjisë si shkencë dhe profesion.
3. **ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)** – Është një instrument i zhvilluar nga OBSH për të identifikuar përdorimin dhe abuzimin me alkoolin, duhanin dhe substancat e tjera psikoaktive.
4. **CBT** – Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes (CBT) është një perspektivë psikoterapeutike e bazuar në evidencë, e strukturuar dhe e orientuar drejt qëllimit, e cila synon të identifikojë dhe të modifikojë modelet e keqpërshtatura të mendimit dhe të sjelljes, duke promovuar ndryshime emocionale dhe përmirësim të funksionimit psikologjik.
5. **COPE Inventory** (*Coping Orientation to Problems Experienced*) – Është një instrument psikometrik i zhvilluar për të vlerësuar strategjitë e përballimit që individët përdorin për t'u përballur me situata stresuese.
6. **EBP** (*Evidence-Based Practice*) – Praktika e bazuar në evidencë është një qasje profesionale që kombinon praktikat më të mira shkencore me përvojën klinike dhe vlerat/preferencat e pacientit në marrjen e vendimeve për kujdesin shëndetësor.
7. **FAD** (*Family Assessment Device*) – Është një instrument i bazuar në Modelin McMaster të Funksionimit Familjar, i cili mat mënyrën se si funksionon familja në dimensione të ndryshme, si komunikimi, zgjidhja e problemeve, rolet dhe kohezioni emocional.
8. **GAD-7** (*Generalized Anxiety Disorder-7*) – Është një shkallë vetëraportimi me 7 pyetje, e cila përdoret për të identifikuar dhe vlerësuar ashpërsinë e simptomave të ankthit të përgjithësuar.
9. **KSHP** (*Kujdes Shëndetësor Parësor*) – Niveli i parë i sistemit shëndetësor, i cili ofron shërbime bazë mjekësore, parandaluese, rehabilituese dhe promovuese të shëndetit për komunitetin.
10. **OBSH** (*Organizata Botërore e Shëndetësisë*) – është agjencia kryesore e Kombeve të Bashkuara për shëndetin publik, e cila udhëheq dhe koordinon përpjekjet globale për promovimin, parandalimin dhe trajtimin e problemeve shëndetësore. Në fushën e kujdesit shëndetësor parësor, OBSH ofron udhëzime, standarde dhe politika për forcimin e shërbimeve dhe rolin e profesionistëve të shëndetit, përfshirë psikologët.
11. **OJF** - Organizata Joqeveritare (OJQ) është një person juridik, i pavarur dhe jofitimprurës, i themeluar nga individë ose grupe, i cili nuk është pjesë e strukturave shtetërore dhe ka për qëllim realizimin e veprimtarive me interes publik ose të dobishme për komunitetin, në fusha të ndryshme si shëndetësia, arsimi, mbrojtja e të drejtave të njeriut, zhvillimi social dhe kulturor etj.

12. **PESH** (*Promocioni i Edukimit të Shëndetit*) – Program apo veprimtari që synon rritjen e njohurive, qëndrimeve dhe aftësive të individëve e komuniteteve për të përmirësuar shëndetin dhe për të parandaluar sëmundjet sipas ISHP-së (Instituti i Shëndetit Publik).
13. **PHQ-9** (*Patient Health Questionnaire-9*) – Pyetësi shëndetësor i pacientit është një instrument i standardizuar për vlerësimin e simptomave të depresionit, bazuar në kriteret e DSM-së.
14. **PSS** (*Perceived Stress Scale*) – Mat nivelin subjektiv të stresit të përjetuar nga individit gjatë muajit të fundit. Është një mjet i thjeshtë dhe i përdorur gjerësisht për të kuptuar ndikimin psikologjik të stresit në shëndetin mendor dhe fizik.
15. **Qendër Shëndetësore** – Qendra shëndetësore është një institucion i kujdesit shëndetësor parësor që ofron shërbime mjekësore, psikosociale dhe edukative për popullatën e një zone të caktuar. Ajo ka për qëllim parandalimin, diagnostikimin, trajtimin dhe rehabilitimin bazë të sëmundjeve, si dhe promovimin e shëndetit përmes kujdesit të vazhdueshëm, gjithëpërfshirës dhe të aksesueshëm për komunitetin.
16. **Qendër Socio-Shëndetësore** – Qendra Socio-Shëndetësore është institucion me financim publik dhe jofitimprurës i shërbimit shëndetësor, që ofron kujdes shëndetësor parësor si dhe shërbime sociale që vijnë si pasojë e sëmundjeve kronike dhe/ose akute. Qendra Socio-Shëndetësore mundëson ofrimin e shërbimeve të integruara për t'iu përgjigjur nevojave të individëve dhe grupeve në nevojë duke garantuar lidhjen dhe koordinimin me nivelet e tjera të sistemit shëndetësor, me komunitetin dhe shërbimet sociale. (Statuti i Qendrës Shëndetësore, miratuar me 13 korrik 2022, nr. 2954).
17. **QMF** – Qendra e Mjekësisë Familjare është një institucion me financim publik dhe jofitimprurës i shërbimit shëndetësor, që ofron shërbime të kujdesit parësor sipas parimeve dhe praktikave të mjekësisë familjare e përqendruar te individit dhe jo te sëmundja” (Urdhër i MSHMS-së, Nr. 239, datë 25.04.2024 për disa shtesa të Urdhrit Nr. 413, datë 13.07.2022).
18. **SDQ** (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – Është një pyetësor i shkurtër për fëmijë dhe adoleshentë, që mat vështirësitë emocionale dhe të sjelljes, marrëdhëniet shoqërore dhe pikat e forta. Përdoret si mjet depistues në shkolla dhe shërbime shëndetësore për të identifikuar probleme të shëndetit mendor në moshë të re.
19. **SOP** (*Standard Operating Procedures*) – Procedurat Standarde Operacionale janë udhëzime të shkruara dhe të detajuara që përshkruajnë hapat dhe standardet e nevojshme për kryerjen e saktë dhe të sigurt të një procedure apo procesi në fushën shëndetësore.
20. **STPH** (Shërbimi i Toksikologjisë dhe Përkujdesjes së Helmimit) – Strukturë shëndetësore e specializuar në diagnostikimin, trajtimin dhe parandalimin e helmimeve dhe toksikimeve nga substanca të ndryshme.
21. **VBA** (Vlerësimi Bazuar në Aftësi) – Proces i matjes dhe vlerësimit të kompetencave praktike, njohurive dhe aftësive profesionale të një individit, në përputhje me standarde të caktuara.

ANEKSE

ANEKS 1: FORMULARË TË PUNËS SË PSIKOLOGUT NË QSSH

Lidhja, përdorimi dhe rendi i formularëve

- » **Formulari i vlerësimit psikologjik për të rritur dhe fëmijë/adoleshentë:** Përdoret për të bërë një vlerësim psikologjik fillestar dhe për të identifikuar nevojat për ndërhyrje dhe referim të përdoruesit të shërbimit. Identifikon nëse përdoruesi i shërbimit ka nevoja që kërkojnë ndërhyrje edhe nga profesionistë të tjerë brenda qendrës shëndetësore.
- » **Formulari i takimit dhe seancës së këshillimit:** Dokumenton çdo vizitë dhe ndërhyrje, duke ndihmuar në monitorimin e gjendjes së përdoruesit të shërbimit.
- » **Formulari i vlerësimit psikologjik në banesë:** Përdoret për të bërë një vlerësim psikologjik fillestar dhe për të identifikuar nevojat për ndërhyrje dhe referim të përdoruesit të shërbimit i cili nuk mund të marrë shërbime fizikisht në QSH.
- » **Formulari i miratimit të informuar dhe konfidencialitetit të punës me pacientin:** Ky dokument ka për qëllim të informojë pacientin dhe marrësin e shërbimit psikologjik rreth natyrës së shërbimeve psikologjike që do të marrë, të drejtave dhe përgjegjësisë të tyre, si dhe rregullave të konfidencialitetit.
- » **Formulari i menaxhimit të rasteve:** Përdoret për monitorimin e ndërhyrjeve kur përdoruesi i shërbimit kërkon ndjekje të vazhdueshme.
- » **Formulari i referimit për shërbime psikologjike dhe psikoterapeutike që nuk ofrohen nga Qendra Socio-Shëndetësore:** Përdoret kur përdoruesi i shërbimit kërkon shërbime që tejkalojnë kapacitetet e Qendrës Shëndetësore; (shërbime jashtë Qendrës Shëndetësore).
- » **Referimi i brendshëm i rasteve:** Përdoret për të koordinuar referimet dhe komunikimin brenda Qendrës Shëndetësore për raste që kërkojnë ndërhyrje të shumëfishta, duke siguruar një proces të qartë dhe të strukturuar për çdo rast.

Aneksi 1.1 Version 1**» FORMULARI I VLERËSIMIT PSIKOLOGJIK PËR TË RRITUR (18+ vjeç)**

QENDRA SHËNDETËSORE: _____

SHËRBIMI PSIKOLOGJIK

DATA E VLERËSIMIT: ____ / ____ / ____

I. TË DHËNA TË PËRGJITHSHME TË PACIENTIT

- Emër Mbiemër: _____
- Gjinia: M [] F []
- Datëlindja: ____ / ____ / ____ Mosha: ____ vjeç
- Vendlindja: _____
- Adresa aktuale e vendbanimit: _____
- ID: _____
- Gjendja civile: (p.sh., beqar/e, i/e martuar, i/e divorcuar, i/e ve) _____
- Profesioni: _____
- Arsimi: _____
- Punësimi: (p.sh., i/e punësuar, i/e papunë, student/e, pensionist/e) _____
- Statusi social: _____
- Kontaktet: Nr. tel. _____ E-mail _____

II. INFORMACIONI MJEKËSOR DHE REFERIMI

- Referuar nga: Mjeku i familjes [] Tjetër (specifiko) _____
- Emri i mjekut referues: _____
- Diagnoza mjekësore (nëse ka): _____
- Problematika mjekësore të njohura (çrregullime somatike, sëmundje të mëparshme të rëndësishme): _____
- Terapitë psikofarmakologjike të vazhdueshme: _____
- Diagnoza psikiatrike (nëse ka): _____
- Psikoterapitë e mëparshme: PO [] JO [] (nëse po, specifiko llojin dhe periudhën) _____

III. SHQETËSIMET AKTUALE

- Shqetësimi aktual (të sjella nga vetë pacienti ose familjarët/kujdestarët): _____

- Gjendja psikosociale (në rast emergjence/aktual):

- Rreziku i menjëhershëm (nëse ka): (p.sh., rreziku vetëvrasës, vetëlëndimi, rreziku për të tjerët)

- Veprimet e menjëhershme (në rast rreziku):

- Rezultati i menjëhershëm (pas veprimeve):

IV. ANAMNEZA DHE HISTORIA PERSONALE

- Historia personale (përfshirë ngjarjet traumatike, lëndimet dhe evoluimin emocional):

- Familja e origjinës (klime e familjes, niveli i mbështetjes praktike dhe morale, marrëdhënia me nënën, babanë dhe vëllezërit e motrat):

- Përbërja aktuale e familjes: _____

- Anëtarët e tjerë të familjes (nëse jetojnë bashkë): _____

- Zhvillimi psikoseksual (fëmijëri, adoleshencë, moshë madhore):

- Marrëdhëniet romantike: _____
- Marrëdhëniet shoqërore: _____
- Marrëdhëniet e punës: _____

V. VLERËSIMI I GJENDJES MENDORE (ESM)

- Orientimi hapësirë-kohë: _____
- Të folurit: (p.sh., ritmi, volumni, koherenca) _____
- Vëmendja: _____
- Të ushqyerit: _____
- Gjumi: _____
- Kujtesa: _____
- Sjellja: (p.sh., sjellja e përgjithshme, aktiviteti psikomotor) _____
- Komunikimi: (p.sh., verbal, joverbal) _____
- Toni i humorit: _____
- Ankthi: _____
- Tema e parë e ekspozuar: _____
- Tema të tjera të ekspozuara: _____
- Përshtypjet në nivelin kulturor: _____
- Aftësia introspektive: _____

VI. NEVOJAT E IDENTIFIKUARA

- Nevojat fizike: _____
- Nevojat materiale: _____
- Nevojat psikoemocionale: _____
- Nevojat sociale: _____

VII. INSTRUMENTET E PËRDORURA

- Testet psikologjike të administruara:

- Shënimet e para mbi personalitetin:

VIII. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

– Diagnoza e përkohshme (nëse ka):

– Konkluzione:

Rekomandime:

– Lloji i shërbimit të dakordësuar (p.sh., këshillim individual, terapi, referim):

– Frekuenca e takimeve: _____

– Trajtimi i rekomanduar: _____

IX. DITARI KLINIK (Shënime të progresit)

– Seanca: ____ Data: ____ / ____ / ____ Vëzhgimet: _____

– Seanca: ____ Data: ____ / ____ / ____ Vëzhgimet: _____

Psikologu: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Aneksi 1.1 Version 2**» FORMULARI I VLERËSIMIT PSIKOLOGJIK PËR TË RRITUR (18+ vjeç)****Të dhëna të përgjithshme**

- » Data: ____ / ____ / ____
- » Emër Mbiemër: _____
- » Datëlindja: _____ Mosha: _____
- » Gjinia: ☐ M ☐ F
- » Gjendja civile: ☐ i/e pamartuar ☐ i/e martuar ☐ i/e divorcuar ☐ bashkëjetesë ☐ i/e ve
- » Adresa: _____
- » Kontakti: Nr. tel. _____ E-mail: _____
- » Profesioni: _____
- » Statusi i punësimit: ☐ i/e punësuar ☐ i/e papunë ☐ pensionist/e ☐ KEMP ☐ tjetër: _____

Të dhëna klinike**» Arsyeja e referimit / Mjeku referues:****» Ankesat aktuale (të raportuara nga pacienti ose familjarët):****3. Historia personale dhe shëndetësore:**

- » Sëmundje të mëparshme ose aktuale: _____
- » Përdorimi i medikamenteve: _____
- » Abuzimi me substanca: ☐ Po ☐ Jo
- Nëse po, përshkruani: _____

4. Historia familjare:

- » Probleme shëndetësore të trashëguara: ☐ Po ☐ Jo
- » Probleme psikologjike/psikiatrike në familje: ☐ Po ☐ Jo

Vlerësimi psikologjik**1. Gjendja aktuale gjatë takimit:**

- » Sjellja: _____
- » Pamja fizike dhe kujdesi vetjak: _____
- » Komunikimi: _____
- » Vëzhgime të tjera: _____

2. Instrumentet e përdorura:

- ☐ PHQ-9 (depresioni) – Pikët: ____
- ☐ GAD-7 (ankthi) – Pikët: ____
- ☐ PSS-10 (stresi) – Pikët: ____
- ☐ MOS (mbështetja sociale) – Pikët: ____
- ☐ Të tjera: _____

Vlerësimi psikosocial

- » Jetesa: ☐ vetëm ☐ me familjen ☐ me të tjerë
- » Marrëdhëniet familjare: ☐ të mira ☐ të vështira ☐ të ndërprera
- » Vështirësi ekonomike: ☐ Po ☐ Jo
- » Probleme të raportuara të dhunës ose neglizhimit: ☐ Po ☐ Jo
- » Pjesëmarrja në aktivitete sociale: ☐ Po ☐ Jo

Vlerësimi funksional dhe emocional

- » Vetëkujdesi: ☐ i/e pavarur ☐ me ndihmë ☐ i/e varur
- » Aktivitetet ditore: ☐ i/e pavarur ☐ me ndihmë ☐ i/e varur
- » Gjendja emocionale: ☐ e qëndrueshme ☐ e paqëndrueshme
- » Shenja të mundshme të rrezikut vetëdëmtues: ☐ Po ☐ Jo

Konkluzione klinike**Rekomandime**

- » ☐ Mbështetje psikologjike individuale
- » ☐ Ndjekje psikiatrike
- » ☐ Referim për shërbime të tjera
- » ☐ Këshillim social
- » ☐ Trajtim farmakologjik (për t'u ndjekur nga mjeku)
- » ☐ Tjetër: _____

Plani i ndjekjes

- » Vizita e ardhshme: _____
- » Ndërhyrje të planifikuara: _____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Aneksi 1.2: Formulari i vlerësimit psikologjik në banesë

(Për përdorim nga psikologu klinik në Qendrën Shëndetësore)

I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE TË PACIENTIT

Data e vizitës: ____ / ____ / ____

Emri/Mbiemri: _____

Data e lindjes: ____ / ____ / ____ Mosha: ____ vjeç

Gjinia: ☐ M ☐ F

Adresa e banimit: _____

Numri i kontaktit: _____

II. TË DHËNA KRYESORE

Mjeku referues / Personi që kërkoi vlerësimin: _____

Arsyeja e vizitës në banesë: _____

Diagnoza (nëse ka): _____

Ka marrë shërbim psikologjik më parë? ☐ Po ☐ Jo**III. GJENDJA E PËRGJITHSHME GJATË VIZITËS**

1. Pamja dhe sjellja: _____

2. Niveli i komunikimit dhe bashkëpunimit: _____

3. Gjendja emocionale e vëzhguar:

☐ e qetë ☐ e shqetësuar ☐ Me shenja ankthi ☐ Me shenja depresioni ☐ Tjetër _____

4. Prania e personave të tjerë në banesë gjatë vlerësimit:

☐ Po ☐ Jo Nëse po, kush: _____**IV. VLERËSIMI I KUSHTEVE TË JETESËS**Tipi i banesës: ☐ shtëpi ☐ apartament ☐ strehë sociale ☐ tjetër: _____Gjendja e banesës: ☐ e përshtatshme ☐ me lagështi ☐ e papërshtatshmeAksesi në ujë të rrjedhshëm dhe energji elektrike: ☐ Po ☐ JoA ekziston rrezik për humbje të banesës? ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk dihet**V. MBËSHTETJA FAMILJARE DHE SOCIALE**Jeton: ☐ vetëm ☐ me familjen ☐ me persona të tjerëMarrëdhëniet familjare: ☐ të mira ☐ me probleme ☐ të ndërpreraMbështetja nga komuniteti: ☐ Po ☐ JoFrekuenton aktivitetet sociale: ☐ Po ☐ JoNdhmë nga të afërmit/fqinjët: ☐ Po ☐ Jo

VI. VLERËSIMI PSIKOLOGJIK

1. Ankesat e raportuara nga pacienti/familjarët:

2. Historia personale dhe shëndetësore:

3. Instrumentet e përdorura (nëse aplikohet):

☐ PHQ-9 ☐ GAD-7 ☐ PSS-10 ☐ Tjetër: _____

Rezultatet: _____

4. Vlerësimi i funksionalitetit ditor:

Vetëkujdesi: ☐ i/e pavarur ☐ me ndihmë ☐ i/e varur

Lëvizshmëria: ☐ i/e pavarur ☐ me ndihmë ☐ i/e palëvizshëm/e

5. Ekziston rrezik vetëdëmtimi / rrezik për të tjerët? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

VII. PËRFUNDIME PSIKOLOGJIKE

VIII. REKOMANDIME

☐ Mbështetje psikologjike individuale në banesë

☐ Psikoterapi / këshillim të rregullt

☐ Referim psikiatrik

☐ Referim për mbështetje sociale

☐ Këshillim për familjarët

☐ Vizita të përsëritura në banesë

☐ Tjetër: _____

IX. PLANIFIKIMI

Data e vizitës së ardhshme: ____ / ____ / ____

Veprime të planifikuara: _____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Shënime për Psikologun:

» **Siguria para së gjithash:** Para çdo vizite në banesë, sigurohuni për sigurinë tuaj dhe të kolegëve. Njoftoni menaxherin e QSH-së për vizitën.

» **Pëlqimi i informuar:** Sigurohuni që të keni pëlqimin e informuar të pacientit (ose kujdestarit ligjor) për vizitën në banesë.

» **Respekti:** Respektoni privatësinë dhe pronën e pacientit gjatë vizitës.

» **Observim holistik/i** përgjithshëm: Përdorni rastin e vizitës në banesë për të bërë observime që nuk do të ishin të mundura në zyrë, si kushtet e jetesës, dinamikat reale familjare, burimet dhe sfidat në mjedisin natyror të pacientit.

Aneksi 1.3: Formulari i vlerësimit psikologjik për fëmijë dhe adoleshentë (4-17 vjeç)**QENDRA SHËNDETËSORE:** _____**SHËRBIMI PSIKOLOGJIK****DATA E VLERËSIMIT:** ____ / ____ / ____**NR. I REGJISTRIMIT/ARKIVËS:** _____**I. TË DHËNA TË PËRGJITHSHME TË FËMIJËS/ADOLESHENTIT**

- » Emër Mbiemër i fëmijës: _____
- » Gjinia: M [] F []
- » Datëlindja e fëmijës: ____/____/____ Mosha: _____ vjeç
- » Vendlindja e fëmijës: _____
- » Adresa aktuale e vendbanimit: _____
- » ID e fëmijës: _____
- » Nr. tel.: _____ E-mail (i prindit/kujdestarit): _____
- » Radha e lindjes së fëmijës: _____
- » Numri i fëmijëve në familje: _____
- » Fëmija shkon në kopsht/shkollë? PO [] JO [] Klasa: _____
- » Me kë e kalon pjesën më të madhe të ditës? _____
- » Kontakti me gjuhë të tjera? PO [] JO []
- » Nëse po, me cilën gjuhë? _____
- » Që në çfarë moshe? _____
- » Kush e përdor këtë gjuhë? _____

II. TË DHËNA PËR PRINDËRIT/KUJDESTARËT

Kategoria	Nëna	Babai	Kujdestari (nëse ka)
Emër/Mbiemër			
Datëlindja			
Shkollimi			
Profesioni			
Punësimi			
Adresa			
Nr. kontakti			

III. INFORMACIONI MJEKËSOR DHE REFERIMI

- Referuar nga: Mjeku i familjes [] Tjetër (specifiko) _____
- Emri i mjekut referues: _____
- Diagnoza mjekësore (nëse ka): _____
- Problematika mjekësore të njohura (çrregullime somatike, sëmundje të mëparshme të rëndësishme):
 - Fëmija ka lindur në fund të shtatzënisë? PO [] JO []
 - Fëmija ka pasur apo ka ndonjë problem të veçantë me dëgjimin apo/ose me gjuhën? PO [] JO []

DIAGNOZA NGA MJEKËT (Nëse ka): _____

- Terapitë psikofarmakologjike të vazhdueshme: _____
- Diagnoza psikiatrike (nëse ka): _____
- Psikoterapitë e mëparshme: PO [] JO [] (Nëse po, specifiko llojin dhe periudhën) _____

IV. SHQETËSIMET AKTUALE DHE HISTORIA E PROBLEMIT

- Shqetësimi aktual (të sjella nga prindërit/kujdestarët ose vetë adoleshenti):

- Historia e problemit aktual (kur filloi, si ka evoluar, faktorë kontribues):

- Intervista me prindërit për referimin e problematikës së fëmijës:

- Niveli i riskut i vlerësuar për gjendjen psikoemocionale të pacientit:
 - Nuk ka rrezik []
 - Nivel rreziku i ulët []
 - Nivel rreziku mesatar []
 - Nivel rreziku i lartë []
 - Rrezik për veten []
 - Rrezik për të tjerët []
 - Komente (treguesit e rrezikut, sjelljet specifike nëse ka, histori e kaluar mbi sjelljet e rrezikshme):
-
-
-

V. ANAMNEZA DHE HISTORIA ZHVILLIMORE

- Historia familjare, shoqërore, mjekësore, zhvillimore:
 - Familja e origjinës (klime e familjes, niveli i mbështetjes praktike dhe morale, marrëdhënia me nënën, babanë dhe vëllezërit e motrat):
-
-
- Përbërja aktuale e familjes: _____
 - Anëtarët e tjerë të familjes (nëse jetojnë bashkë): _____
 - Zhvillimi psikoseksual (fëmijëri, adoleshencë):
-
-
- Marrëdhëniet shoqërore: _____
 - Ngjarjet traumatike (përvoja emocionale, evoluimi, marrëdhëniet me vetëpërfytyrimin):
-
-

VI. VLERËSIMI I GJENDJES MENDORE (ESM) DHE FUSHAVE TË ZHVILLIMIT

- Vlerësimi i gjendjes së përgjithshme (mimika, pozicioni i trupit, veshja, paraqitja fizike, pesha, higjiena, kontakti pamor, vëmendja, afekti, kujtesa, komunikimi, marrëdhënia me këshilluesin, përmbajtja e mendimeve etj.):
-
-

- Orientimi hapësirë-kohë (për adoleshentët): _____
- Të folurit: (ritmi, volumni, koherenca, zhvillimi i gjuhës) _____
- Vëmendja: _____
- Të ushqyerit: _____
- Gjumi: _____
- Kujtesa: _____
- Sjellja: (sjellja e përgjithshme, aktiviteti psikomotor, loja – për fëmijët) _____
- Komunikimi: (verbal, joverbal) _____
- Toni i humorit: _____
- Ankthi: _____
- Përshtypjet në nivelin kulturor: _____
- Aftësia introspektive (për adoleshentët): _____

VLERËSIMI I FUSHAVE TË ZHVILLIMIT

1. Zona e funksioneve konjitive:

- Perceptimi: _____
- Vëmendja: _____
- Njohja: _____

2. Zona e autonomisë:

- Autonomia: _____
- Qëllimshmëria: _____

3. Zona e marrëdhënieve:

- Komunikimi dhe gjuha: _____
- Ndërveprimi: _____
- Lidhjet: _____
- Të kërkuarit: _____

4. Zona e emocioneve:

- Emocionet: _____

5. Imitimi: _____

6. Motorika globale: _____

7. Aftësitë manuale: _____

VII. INSTRUMENTET E PËRDORURA

- Testet psikologjike të administruara (p.sh., SDQ, CBCL, teste zhvillimi, teste konjitive):

- Shënimet e para mbi personalitetin (ose zhvillimin psikosocial):

VIII. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

- Diagnoza e përkohshme (nëse aplikohet):

- Konkluzione:

- Rekomandime për ndërhyrjen:

- Këshillim individual (për adoleshentët) []

- Këshillim në grup []

- Mbështetje psikosociale (përfshirja e familjes, e shoqërisë, e shkollës etj.) []

- Referim të rastit (p.sh., psikiatër, logoped, edukator special): _____

- Lloji i shërbimit të rënë dakord: _____

- Frekuenca e takimeve: _____

- Trajtimi i rekomanduar: _____

IX. DITARI KLINIK (Shënime të progresit)

- Seanca: ____ Data: ____ / ____ / ____ Vëzhgimet: _____

Psikologu: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Aneksi 1.4: Formulari i takimit/seancës së këshillimit për të rritur dhe për fëmijë/adoleshentë

ANEKSI 1.4.1 Formulari i takimit/seancës së këshillimit/terapisë për të rritur

I. Informacioni bazë

» Data e takimit: ____ / ____ / ____

» Emri dhe mbiemri i pacientit: _____

» Mosha: _____

» Numri i takimit: ____

II. Informacion klinik

» Objektivat e seancës: _____

III. Përshkrimi i seancës

1. Përshkrimi i përmbajtjes së seancës:

2. Vëzhgime klinike gjatë seancës (sjellje, humor, angazhim):

IV. Vlerësimi i progresit

» Progresi i perceptuar nga pacienti:

☐ i dukshëm ☐ i lehtë ☐ pa ndryshim ☐ përkeqësim

» Vlerësimi i psikologut për progresin:

☐ i dukshëm ☐ i lehtë ☐ pa ndryshim ☐ përkeqësim

V. Detyra për seancën e ardhshme

–

–

VI. Plani i seancës së ardhshme

» Data e seancës së ardhshme: ____ / ____ / ____

» Objektivat e seancës së ardhshme: _____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

ANEKSI 1.4.2 Formulari i takimit/seancës së këshillimit/terapisë për fëmijë dhe adoleshentë**I. Informacioni bazë**

- » Data e takimit: ____ / ____ / ____
- » Emri dhe mbiemri i fëmijës: _____
- » Moshë: _____
- » Numri i takimit: ____
- » Personi shoqëruar: _____

II. Informacion klinik

- » Objektivat e seancës: _____

III. Përshkrimi i seancës**1. Përshkrimi i përmbajtjes së seancës:**

2. Vëzhgime klinike gjatë seancës (gjendja emocionale, bashkëpunimi, vështirësi):

IV. Pjesëmarrja e prindit / kujdestarit

- » Prindi/kujdestari mori pjesë: ☐ Po ☐ Jo
- » Tema e diskutuar me prindin/kujdestarin: _____

V. Vlerësimi i progresit

- » Progresi i perceptuar nga fëmija/prindi:
 - ☐ i dukshëm ☐ i lehtë ☐ pa ndryshim ☐ përkeqësuar
- » Vlerësimi i psikologut për progresin:
 - ☐ i dukshëm ☐ i lehtë ☐ pa ndryshim ☐ përkeqësuar

VI. Detyra për seancën e ardhshme (p.sh. aktivitete, ushtrime, lojëra)

VII. Plani i seancës së ardhshme

- » Data e seancës së ardhshme: ____ / ____ / ____
- » Objektivat e seancës së ardhshme: _____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Aneksi 1.5: Formulari i miratimit të informuar dhe konfidencialitetit me pacientin

(Për psikologun klinik në Qendrat Socio-Shëndetësore)

Të dhënat e pacientit

Emri/Mbiemri: _____

Data e lindjes: ____ / ____ / ____ Mosha: _____ Gjinia: ☐ M ☐ F

Numri i kontaktit: _____

Qëllimi i këtij dokumenti

Ky formular synon të sigurojë që marrësi i shërbimit të jetë i informuar në mënyrë të qartë mbi:

- » natyrën e vlerësimit psikologjik dhe të trajtimit
- » të drejtat dhe detyrimet e tij gjatë procesit
- » tonfidencialitetin dhe kufijtë e tij

Informacion mbi shërbimin psikologjik

Unë, si psikolog në Qendrën Socio-Shëndetësore _____, do të ofroj:

- » vlerësim psikologjik
- » mbështetje psikologjike dhe këshillim individual
- » përdorim të instrumenteve standarde të vlerësimit
- » referim tek profesionistë të tjerë sipas nevojës

E drejta e pacientit

- » Kam të drejtë të marr informacion të plotë mbi trajtimin dhe qëllimin e çdo ndërhyrjeje.
- » Kam të drejtë të ndërpres trajtimin në çdo moment.
- » Kam të drejtë të kërkoj sqarime të mëtejshme për çdo pjesë të procesit.

Përgjegjësitë e pacientit

- » Të jeni i/e sinqertë dhe i/e hapur me psikologun tuaj.
- » Të merrni pjesë në takime sipas planifikimit ose të njoftoni paraprakisht në rast anulimi.
- » Të ndiqni rekomandimet e rëna dakord (p.sh., detyrat e shtëpisë, ushtrimet).
- » Të informoni psikologun për çdo ndryshim thelbësor në gjendjen tuaj shëndetësore ose jetësore.
- » Të respektoni kufijtë e kohës dhe hapësirës së seancave.

Konfidencialiteti

Informacioni që shkëmbeni me psikologun tuaj është konfidencial. Kjo do të thotë se gjithçka që diskutoni në seancat tuaja, si dhe vetë fakti që jeni në këshillim, do të mbahet privat.

Të gjithë informacionet e ndara gjatë procesit psikologjik do të trajtohen me konfidencialitet të plotë.

Konfidencialiteti mund të ndërpritet vetëm në rastet e mëposhtme:

- » Kur ekziston rrezik i menjëhershëm për jetën e pacientit ose të një personi tjetër.
- » Kur kërkohet nga organet kompetente sipas ligjit.
- » Kur ka detyrim ligjor për të raportuar raste të abuzimit, dhunës ose neglizhencës.

Koordinimi i kujdesit (brenda ekipit mjekësor): Për të siguruar kujdes sa më holistik dhe të koordinuar, psikologu mund të ndajë informacione të nevojshme me mjekun tuaj të familjes dhe anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor. Ky shkëmbim informacioni bëhet me kujdesin maksimal dhe përfshin vetëm informacionin thelbësor. Diskutimet me stafin mjekësor do të fokusohen te aspektet e shëndetit tuaj që lidhen me planin e përgjithshëm të trajtimit.

Supervizimi profesional: Psikologu mund të diskutojë rastin tuaj (në formë anonime) me një supervisor profesional për qëllime trajnimi dhe përmirësimi të cilësisë së shërbimit. Në këto raste, identiteti juaj mbahet plotësisht konfidencial.

Shënime për konfidencialitetin:

- » Në çdo rast të thyerjes së konfidencialitetit, psikologu do të zbulojë vetëm minimumin e nevojshëm të informacionit.
- » Psikologu do t'ju njoftojë paraprakisht për rastet kur lipset thyerja e konfidencialitetit, përveç rasteve kur kjo bart rrezik.

KOHËZGJATJA DHE FREKUENCA E SEANCEVE

Një seancë tipike zgjat rreth 45-50 minuta. Frekuenca e takimeve do të diskutohet dhe dakordësohet mes jush dhe psikologut, bazuar në nevojat tuaja individuale dhe planin e trajtimit.

Miratimi i informuar

- ☐ Unë, pacienti/klienti i sipërshënuar, kam lexuar dhe kuptuar informacionin e këtij dokumenti.
- ☐ Më janë shpjeguar të drejtat dhe detyrimet e mia.
- ☐ Unë jap pëlqimin tim të lirë për të marrë shërbim psikologjik pranë kësaj Qendre Shëndetësore.

Nënshkrimet

Emri dhe mbiemri i pacientit/klientit: _____

Nënshkrimi i pacientit/klientit: _____

Data: ____ / ____ / ____

(Për pacientët nën moshën 18 vjeç:)

Emri dhe mbiemri i prindit/kujdestarit: _____

Nënshkrimi i prindit/kujdestarit: _____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Data: ____ / ____ / ____

PËR RASTE TË MITURISH OSE PERSONASH TË PAMJAFTUESHËM LIGJËRISHT (nën 18 vjeç)

Unë, i/e nënshkruari/a, si prind/kujdestar ligjor i _____, kam lexuar dhe kuptuar informacionin e paraqitur në këtë dokument. Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe kam marrë përgjigje të qarta. Unë jap pëlqimin tim të lirë dhe të ndërgjegjshëm që fëmija/adoleshenti im të marrë shërbime psikologjike në këtë qendër shëndetësore sipas kushteve të përshkruara më sipër. Unë kuptoj që informacioni i diskutuar me psikologun mund të ndahet me mua (si prind/kujdestar) sipas gjykimit profesional të psikologut dhe në interesin më të mirë të fëmijës/adoleshentit tim, si dhe me ekipin mjekësor për koordinimin e kujdesit.

Emri dhe mbiemri i prindit/kujdestarit ligjor: _____

Firma e prindit/kujdestarit ligjor: _____

Lidhja me pacientin (prind, kujdestar, tjetër): _____

Data: ____ / ____ / ____

Psikologu: _____ Nënshkrimi: _____

(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Data: ____ / ____ / ____

Shënime për përdorim:

- **Diskutimi verbal:** Ky formular duhet të diskutohet verbalisht me pacientin/prindin/kujdestarin. Sigurohuni që ata ta kuptojnë plotësisht përmbajtjen.
- **Kopje për pacientin:** Ofrojeni pacientit/prindit/kujdestarit një kopje të nënshkruar të dokumentit.
- **Dosja e pacientit:** Një kopje e nënshkruar duhet të ruhet në dosjen personale të pacientit.
- **Përshtatje:** Ky është një draft i përgjithshëm dhe mund të ketë nevojë për përshtatje shtesë bazuar në legjislacionin specifik shqiptar për shëndetësinë dhe mbrojtjen e të dhënave, si dhe politikat e brendshme të Qendrës Shëndetësore.

Aneksi 1.6: Formulari i referimit për shërbime psikologjike dhe psikoterapeutike që nuk ofrohen në QSSH

(Për përdorim nga psikologu klinik në Qendrën Socio-Shëndetësore)

I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE TË PACIENTIT

- » Emri dhe mbiemri: _____
- » Data e lindjes: ____ / ____ / ____ Mosha: _____
- » Gjinia: ☐ M ☐ F
- » Adresa: _____

II. TË DHËNA TË PSIKOLOGUT REFERUES

- » Emri dhe mbiemri i psikologut: _____
- » Qendra Socio-Shëndetësore: _____
- » Numri i kontaktit: _____
- » Data e referimit: ____ / ____ / ____

III. ARSYEJA E REFERIMIT

- ☐ Nevojë për vlerësim psikiatrik/trajtim farmakologjik
- ☐ Nevojë për psikoterapi të thelluar ose të specializuar
- ☐ Nevojë për rehabilitim psikosocial
- ☐ Ndihmë për trajtimin e abuzimit me substanca
- ☐ Ndihmë për menaxhimin e krizave akute
- ☐ Mbështetje sociale/ekonomike/strehim
- ☐ Tjetër: _____

IV. PËRSHKRIMI I RASTIT DHE VLERËSIMI PSIKOLOGJIK

- » Përmbledhje e gjendjes aktuale dhe problematikës:

Instrumentet e përdorura (nëse aplikohen) dhe rezultatet:

V. SHËRBIMI KU BËHET REFERIMI

- » Emri i institucionit/shërbimit ku referohet pacienti: _____
- » Personi i kontaktit (nëse ka): _____
- » Numri i kontaktit të institucionit: _____

Lloji i shërbimit të kërkuar:

- ☐ Psikiatër
- ☐ Psikolog klinik / Psikoterapist i specializuar
- ☐ Qendër rehabilitimi
- ☐ Qendër për menaxhimin e varësive
- ☐ Shërbime sociale të bashkisë
- ☐ Organizata joqeveritare mbështetëse
- ☐ Tjetër: _____

VI. KONFIRMIMI I REFERIMIT

- ☐ Referimi u pranua nga shërbimi pritës
- ☐ Referimi është në pritje të përgjigjes
- ☐ Referimi u refuzua (arsyeja): _____

VII. NËNSHKRIMET

Psikologu referues: _____ Nënshkrimi: _____
(Emër, Mbiemër, Nr. Licence)

Data: ____ / ____ / ____

Udhëzime për psikologun:

- **Diskutimi me pacientin:** Gjithmonë diskutoni me pacientin arsyen e referimit dhe shërbimin që do të marrë. Sigurohuni që ai/ajo të ndihet i/e përfshirë në procesin e vendimmarrjes.
- **Pëlqimi i informuar:** Është thelbësore të merrni pëlqimin e informuar me shkrim nga pacienti (ose prindi/kujdestari ligjor për mitur) për ndarjen e informacionit. Shpjegojini qartë se çfarë informacioni do të ndahet dhe pse.
- **Komunikimi:** Mundohuni të bëni një komunikim paraprak me institucionin referues (p.sh., një telefonatë) për të shpjeguar shkurtimisht rastin dhe për të siguruar që janë shërbimet e duhura.
- **Ndjekja:** Pas referimit, mund të jetë e dobishme të bëni një ndjekje (*follow-up*) me institucionin referues për të siguruar që pacienti e ka bërë takimin dhe ka filluar shërbimin.

Aneksi 1.7: Formulari i menaxhimit të rasteve në QSSH*(Për përdorim në Qendrat Socio-Shëndetësore)***I. TË DHËNA IDENTIFIKUESE TË PACIENTIT**

» Emri dhe mbiemri: _____

» Data e lindjes: ____ / ____ / ____ Mosha: _____

» Gjinia: ☐ M ☐ F

» Adresa: _____

» Kontakti: _____

II. TË DHËNA TË REFERIMIT

» Data e referimit: ____ / ____ / ____

» Referuar nga: ☐ Mjeku i familjes ☐ Psikologu ☐ Punonjësi social ☐ Vetëreferim ☐ Tjetër

III. VLERËSIMI FILLESTAR

» Problemi/nevoja kryesore e identifikuar: _____

» Diagnostikimi (nëse ka): _____

» Vlerësimi psikosocial: _____

» Vlerësimi mjekësor: _____

IV. EKIPI NDËRDISIPLINAR I PËRFSHIRË☐ Psikologu☐ Mjeku i familjes☐ Punonjësi social☐ Infermieri☐ Specialistë të tjerë: _____**V. OBJEKTIVAT E MENAXHIMIT TË RASTIT**

» _____

» _____

» _____

VI. VEPRIMET E NDËRMARRA

Data	Përshkrimi i ndërhyrjes	Profesioni përgjegjës	Statusi
			☐ e kryer ☐ në proces ☐ tjetër
			☐ e kryer ☐ në proces ☐ tjetër
			☐ e kryer ☐ në proces ☐ tjetër

VII. MONITORIMI DHE VLERËSIMI PERIODIK

1. Data e takimit të fundit: ____ / ____ / ____
2. Progresi: ☐ i dukshëm ☐ i lehtë ☐ pa ndryshim ☐ përkeqësim
3. Komentet e ekipit: _____

VIII. VENDIMET E EKIPIT NË TAKIMET NDËRDISCIPLINARE

- » Vendimi i marrë: _____
- » Hapat e ardhshëm të planifikuar: _____

IX. STATUSI I RASTIT

- ☐ Aktiv
- ☐ I mbyllur (arsyeja e mbylljes: _____)
- ☐ Referuar për shërbime të tjera

X. NËNSHKRIMET

Psikologu: _____ Mjeku i familjes: _____

Punonjësi social: _____ Të tjerë: _____

Data: ____ / ____ / ____

PROFESIONISTI PËRGJEGJËS PËR MENAXHIMIN E RASTIT: _____

(Emër, Mbiemër, Pozicion)

Nënshkrimi: _____

Udhëzime për Menaxherin e Rastit dhe ekipin:

- **Përditësim i vazhdueshëm:** Ky formular duhet të përditësohet rregullisht me progresin e pacientit, ndryshimet e nevojave të tij dhe ndërhyrjet e reja.
- **Komunikim i hapur:** Siguroi një komunikim të vazhdueshëm dhe të hapur midis të gjithë anëtarëve të ekipit multidisiplinar.
- **Pacienti në qendër të vëmendjes:** Mbajeni pacientin në qendër të procesit të menaxhimit të rastit, duke e përfshirë atë në planifikim dhe vendimmarrje.
- **Anonimizimi i të dhënave:** Gjatë diskutimeve të rasteve në takimet e ekipit, ruani konfidencialitetin duke anonimizuar informacionin personal aty ku është e mundur.

Aneksi 1.8: Referimi i rasteve brenda QSSH-së

Aneksi 1.8 Version 1

(Model për Qendrat Socio-Shëndetësore)

Qëllimi: Të sigurohet një rrjedhë e qartë dhe efektive e referimit të pacientëve brenda shërbimeve të Qendrës Socio-Shëndetësore për të garantuar një kujdes gjithëpërfshirës dhe të koordinuar.

1. Identifikimi i rasteve

- » Rasti mund të identifikohet nga:
 - › Ekipi i mjekësisë familjare si:
 - Mjeku i familjes
 - Infermieri
 - Psikologu
 - › Stafi i pritjes/administrata
 - › Vetë pacienti (me kërkesë specifike)

2. Vlerësimi fillestar

- » Profesionisti i parë që kontakton pacientin (zakonisht mjeku i familjes) kryen:
 - › Vlerësim klinik të gjendjes mjekësore
 - › Vlerësim psikosocial sipas nevojës
 - › Vlerësim për nevoja të mëtejshme multidisciplinare

3. Vendimmarrja për referim të brendshëm

Bazuar në vlerësimin e kryer, mjeku/infermieri mund të vendosë ta referojë pacientin te:

- » Psikologu i qendrës
- » Stomatologu
- » Infermieri/tekniku i laboratorit
- » Punonjësi social (nëse është pjesë e qendrës)
- » Specialisti i shëndetit mendor (nëse është i disponueshëm brenda qendrës)

4. Hapat e referimit të brendshëm

- » Plotësimi i *Formularit të referimit të brendshëm* (model standard i qendrës)
- » Njoftimi i profesionistit pritës (psikolog, infermier, etj.)
- » Regjistrimi i referimit në sistemin e menaxhimit të të dhënave (manual ose elektronik)
- » Caktimi i takimit të radhës me profesionistin përkatës

5. Ndjekja e rasteve

- » Profesionisti pritës kryen:
 - › Vlerësimin specifik
 - › Ndërhyrjen sipas protokollit
- » Raporton mbrapsht te mjeku i familjes mbi progresin dhe planin e vazhdimet.
- » Rasti monitorohet deri në përfundim ose transferim të mundshëm jashtë qendrës.

6. Dokumentimi dhe konfidencialiteti

1. Të gjitha rastet regjistrohen në kartelën e pacientit.
2. Respektohet kodi i etikës dhe konfidencialiteti sipas udhëzimeve ligjore dhe institucionale.

7. Skema vizuale e procesit të referimit:

Pacienti ---> Mjeku i familjes --->

|---> Infermier

|---> Psikolog

|---> Stomatolog

|---> Laborator

|---> Punonjës social (nëse ka)

→ Vlerësimi i mëtejshëm → Ndjekja → Mbyllja e rastit

8. Vlerësimi periodik i sistemit të referimit

1. Rishikimi i efektivitetit të procesit të referimit çdo 6 muaj
2. Mbledhja e përshtypjeve nga stafi dhe pacientët
3. Përmirësimi i procedurave në bazë të vlerësimit

Aneksi 1.8 Version 2

Referimi i rasteve brenda QSSH-së

1. Përcaktimi i nevojës për referim

Përgjegjësi për referimin: Punonjësi social, mjeku i familjes, infermieri

Kur bëhet referimi i një përdoruesi të shërbimit te punonjësi social?

- » Përdoruesi i shërbimit ka nevoja të qarta psikosociale që ndikojnë në gjendjen shëndetësore.
- » Ekzistojnë probleme familjare që mund të kërkojnë ndërhyrje sociale.
- » Përdoruesi i shërbimit ka nevoja ekonomike ose të strehimit që kërkojnë ndërhyrje shtesë.
- » Problemet me shëndetin mendor janë evidente dhe kërkojnë vlerësim të mëtejshëm.

Kush mund ta fillojë procesin e referimit?

- » Mjeku i familjes
- » Infermieri
- » Psikologu
- » Punonjësi social
- » Personeli tjetër shëndetësor
- » Tjetër: _____ (familjarë)

2. Procedura e referimit

- » **Personi përgjegjës për referimin:** _____
- » **Data e referimit:** ____ / ____ / ____
- » **Departamenti i origjinës:** _____
- » **Personi i kontaktuar (punonjës social/mjek/infermier):** _____

3. Kriteret e referimit

- » **Shëndeti mendor:** Kur përdoruesi i shërbimit shfaq shenja të ankthit, depresionit, apo çrregullimeve të tjera psikosociale.
- » **Gjendja socio-ekonomike:** Kur përdoruesi i shërbimit përballet me vështirësi në familje, strehim ose ekonomi.
- » **Gjendja shëndetësore:** Kur përdoruesi i shërbimit ka nevojë për vlerësim të mëtejshëm nga punonjësi social për shkak të ndërveprimit të gjendjes shëndetësore me gjendjen sociale.
- » **Kujdesi në banesë:** Kur përdoruesi i shërbimit ka nevojë për ndihmë shtesë në shtëpi për shkak të gjendjes shëndetësore ose psikosociale.

4. Procesi i komunikimit dhe i koordinimit të brendshëm

1. **Mjeku i familjes ose infermieri** vëren nevojën për referim dhe plotëson formularin e referimit për shërbimet e punonjësit social. Shënon datën dhe detajet e kontaktit.
2. **Punonjësi social** merr referimin, verifikon nevojën e përdoruesi të shërbimit dhe kontakton përdoruesin e shërbimit dhe/ose ekipin shëndetësor për informacion shtesë.
3. **Përcaktimi i planit të veprimit:** Pas vlerësimit të rastit, punonjësi social përcakton planin e ndërhyrjes dhe informon ekipin mjekësor për hapat e mëtejshëm.
4. **Koordinimi me ekipin multidisciplinar:** Punonjësi social koordinohet me mjekun e familjes, infermierin dhe psikologun për të siguruar që plani i ndërhyrjes të jetë i plotë dhe i saktë.
5. **Dokumentimi dhe përditësimi:** Të gjitha veprimet dhe ndërhyrjet dokumentohen në formularin e menaxhimit të rasteve dhe të vizitave.

5. Ndjekja dhe vlerësimi i rastit

1. **Frekuenca e komunikimit:** Takime të rregullta (një herë në javë/muaj) për të diskutuar rastet komplekse.
2. **Dokumentimi i progresit:** Formulari i Menaxhimit të Rasteve (FMR) përditësohet pas çdo ndërhyrjeje, dhe të gjitha ndryshimet i raportohen ekipit.
3. **Përcaktimi i sukseseve dhe vështirësive:** Ekipi shëndetësor dhe punonjësi social diskutojnë dhe analizojnë efektivitetin e ndërhyrjeve të bëra.

6. Përgjegjës për menaxhimin e procesit të referimit

1. **Punonjësi social:** Përgjegjës për pranimin dhe menaxhimin e referimeve brenda ekipit.
2. **Mjeku i familjes/infermieri:** Përgjegjës për identifikimin dhe dërgimin e rasteve për referim.
3. **Koordinatori i kujdesit multidisciplinar:** Nëse është pjesë e stafit, ndihmon në koordinimin e rasteve komplekse që përfshijnë shumë aktorë.

ANEKS 2: FORMULARË TIP PËR VLERËSIMIN PSIKOLOGJIK PËR TË RRIKUR DHE FËMIJË/ADOLESHENTË

Formularët tip të standardizuar për matjen e nivelit të stresit, depresionit, ankthit si dhe situatave të tjera individuale dhe kontekstuale të të rriturve dhe fëmijëve e adoleshentëve përdoren si forma plotësuese në mbështetje të vlerësimit holistik të përdoruesit të shërbimit psikologjik.

- » Formular standard për vlerësimin e ankthit GAD-7
- » Formular standard për matjen e shkallës së depresionit PHQ-9
- » Formular standard për matjen e shkallës së stresit të vetëperceptuar PSS-10
- » Formular standard për matjen e shkallës së përballimit të stresit Brief COPE
- » Formular për matjen e shkallës së abuzimit me substancat ASSIST
- » Formular standard për matjen e funksionimit familjar FAD
- » Formular standard për matjen e stresit post-traumatik PCL-5
- » Formular standard për matjen e vetëvlerësimit Rosenberg
- » Formular standard për matjen e sjelljes dhe vështirësive emocionale te fëmijët 4-17 vjeç SDQ
- » Formular standard për matjen e nivelit të mbështetjes sociale MOS

Aneksi 2.1: Formulari standard për vlerësimin e ankthit GAD-7

Ky formular shërben për të pikëzuar nivelin e ankthit të vetëdeklaruar nga personi. Pikëzimi më pas shkruhet në formën e vlerësimit psikosocial, nëse shihet i arsyeshëm.

Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar problemet e mëposhtme?

Pyetjet	Asnjëherë: 0 pikë	Disa ditë 1 pikë	Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë	Gati çdo ditë: 3 pikë
1. Ndiheheni nervoz, i shqetësuar ose në ankth?	☐	☐	☐	☐
2. Nuk mund ta ndaloni ose kontrolloni shqetësimin?	☐	☐	☐	☐
3. Shqetësoheni shumë për gjëra të ndryshme?	☐	☐	☐	☐
4. E keni të vështirë të çlodheni?	☐	☐	☐	☐
5. Jeni aq i shqetësuar sa nuk rrini dot ulur?	☐	☐	☐	☐
6. Mërziteni apo irritoheni lehtësisht?	☐	☐	☐	☐
7. A ndiheni të frikësuar, sikur do të ndodhë diçka e tmerrshme?	☐	☐	☐	☐

Nëse keni përjetuar ndonjë nga problemet e lartpërmendura, sa e vështirë ka qenë për ju që të punoni, të kujdeseni për gjërat në shtëpi, ose të bashkëpunoni me të tjerët?

☐ aspak e vështirë ☐ disi e vështirë ☐ shumë e vështirë ☐ jashtëzakonisht e vështirë

Sistemi i pikëzimit për GAD-7

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: 0 pikë

Disa ditë: 1 pikë

Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë

Gati çdo ditë: 3 pikë

Pikët totale për të gjitha pyetjet mund të variojnë nga 0 në 21 pikë.

Interpretimi i rezultateve:

- » 0-4: Ankth minimal
- » 5-9: Ankth i lehtë
- » 10-14: Ankth i moderuar
- » 15-21: Ankth i rëndë

Aneksi 2.2: Formulari standard për matjen e shkallës së depresionit - PHQ-9

Ky formular shërben për të pikëzuar shkallën e depresionit të vetëdeklaruar nga personi. Pikëzimi më pas shkruhet në formën e vlerësimit psikosocial, nëse shihet i arsyeshëm

Gjatë dy javëve të fundit, sa shpesh ju kanë shqetësuar problemet e mëposhtme?

Pyetjet	Asnjëherë: 0 pikë	Disa ditë: 1 pikë	Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë	Gati çdo ditë: 3 pikë
1. Nuk keni fort interes dhe nuk merrni shumë kënaqësi nga gjërat që bëni?	☐	☐	☐	☐
2. Ndiheheni i/e dëshpëruar, i/e trishtuar ose i/e pa shpresë?	☐	☐	☐	☐
3. Ju zë gjumi me vështirësi ose flini më shumë se ç'duhet?	☐	☐	☐	☐
4. Ndiheheni i lodhur ose pa shumë energji?	☐	☐	☐	☐
5. Keni ndryshime në oreks, nuk ju hahet ose hani më shumë se zakonisht?	☐	☐	☐	☐
6. Ndiheheni keq me veten - sikur keni dështuar ose sikur keni zhgënjyer veten apo familjen tuaj?	☐	☐	☐	☐
7. Keni vështirësi për t'u përqendruar, si p.sh. kur lexoni gazetatat apo kur shikoni televizor?	☐	☐	☐	☐
8. Lëvizni ose flisni aq ngadalë sa vihet re nga të tjerët? Ose përkundrazi – ndiheni aq i shqetësuar sa lëvizni më shumë se zakonisht?	☐	☐	☐	☐
9. Ju vijnë në kokë mendime si p.sh. se do të ishte më mirë të kishit vdekur ose ta lëndonit veten në ndonjë mënyrë?	☐	☐	☐	☐

Nëse keni identifikuar ndonjë nga problemet, sa e vështirë ka qenë për ju që të punoni, të kujdeseni për gjërat në shtëpi, ose të bashkëpunoni me të tjerët?

☐ aspak e vështirë ☐ disi e vështirë ☐ shumë e vështirë ☐ jashtëzakonisht e vështirë

Sistemi i pikëzimit për PHQ-9

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: 0 pikë

Disa ditë: 1 pikë

Më shumë se gjysmën e ditëve: 2 pikë

Gati çdo ditë: 3 pikë

Pikët totale për të gjitha pyetjet mund të variojnë nga 0 në 27 pikë.

Interpretimi i rezultateve:

0-4: Depresion minimal

5-9: Depresion i lehtë

10-14: Depresion i moderuar

15-19: Depresion i moderuar - i rëndë

20-27: Depresion i rëndë

Aneksi 2.3: Formulari standard për matjen e shkallës së stresit të vetëperceptuar PSS-10

Ky instrument është zhvilluar nga Cohen, Kamarck dhe Mermelstein në vitin 1983 dhe mund të përdoret për qëllime klinike dhe kërkimore jo-komerciale.

Kjo formë shërben për të pikëzuar nivelin e stresit të vetëperceptuar nga personi. Pikëzimi më pas shkruhet në formën e vlerësimit psikosocial, *nëse shihet i arsyeshëm*.

Ai është një instrument vetëvlerësimi që mat perceptimin e stresit në muajt e fundit. Pyetjet 4, 5, 7 dhe 8 janë të formuluar pozitivisht dhe kërkojnë *reverse scoring* (pikëzim i kundërt) (0→4, 1→3, 2→2, 3→1, 4→0). Shkalla totale varion nga 0 në 40 pikë, ku vlerat më të larta tregojnë perceptim më të lartë të stresit. *Cut-off-et* e përdorura ndërkombëtarisht janë: 0–13 = stres i ulët; 14–26 = stres i moderuar; 27–40 = stres i lartë. *Cut-off-et* nuk janë të caktuara nga autorët origjinalë, por përdoren si udhëzues praktikë në mjediset klinike dhe të kujdesit parësor.

Udhëzime: Për secilën prej pyetjeve të mëposhtme, ju lutemi të tregoni se sa shpesh keni përjetuar secilin nga ndjenjat e përshkruara në javën e fundit.

Pyetjet	Asnjëherë	Rrallë	Ndonjëherë	Shpesh	Shumë shpesh
1. Sa shpesh ndiheni sikur ju ndodhin gjëra jashtë kontrollit tuaj?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sa shpesh keni ndier nervozizëm apo stres?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sa shpesh ndiheni sikur nuk keni kohë të mjaftueshme për të bërë gjërat që duhet të bëni?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sa shpesh ndiheni i sigurt në aftësinë për të kontrolluar ngjarjet në jetën tuaj?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Sa shpesh ndiheni se gjërat po shkojnë sipas parashikimeve tuaja për të ardhmen?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sa shpesh jeni ndier sikur gjërat po bëhen të vështira për t'u kontrolluar?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sa shpesh keni qenë i aftë të kontrolloni situatat në jetën tuaj?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Sa shpesh jeni ndier të aftë për të kontrolluar situatat që ju rrethojnë?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sa shpesh ndiheni sikur së fundmi ju janë shtuar apo ju janë vështirësuar problemet?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sa shpesh jeni ndier sikur nuk mund të përballeni me problemet në mënyrën e duhur?	☐	☐	☐	☐	☐

Sistemi i pikëzimit për PSS-10

Për secilën pyetje, mund të merrni nga 0 deri në 4 pikë, bazuar në përgjigjet tuaja:

Përgjigjet: Asnjëherë = 0; Rrallë =1; Ndonjëherë =2; Shpesh= 3; Shumë shpesh = 4.

1. Për pyetjet 1,2,3,6,9,10 llogaritet pikëzimi (0-4 pikë);
2. Për pyetjet 4,5,7,8 llogaritet *reverse scoring*/pikëzimi i kundërt (4-0 pikë);
3. Mblidhen pikët e të 10 pyetjeve.

Interpretimi i rezultateve:

0-13: Nivel i ulët stresi

14-26: Nivel i moderuar stresi

27-40: Nivel i lartë stresi

Aneksi 2.4: Formular standard për matjen e shkallës të përballimit të stresit Brief COPE

Brief COPE është hartuar nga Charles S. Carver në vitin 1997.

1. Ky instrument është një version i shkurtuar i instrumentit **COPE Inventory** (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), i cili fillimisht përfshinte më shumë strategji dhe më shumë pyetje.
2. Qëllimi i **Brief COPE**: Ofrimi i një instrumenti të shkurtër, praktik dhe me veti të mira psikometrike për matjen e strategjive të përballjes me stresin në situata të ndryshme.
3. **Brief COPE** është përdorur gjerësisht në kërkime psikologjike, klinike, mjekësore dhe të shëndetit publik.

Udhëzime për Plotësim

Lexoni me kujdes çdo pohim më poshtë dhe zgjidhni sa shpesh keni pasur sjellje të tilla gjatë muajit të fundit:

- 1 = Asnjëherë
- 2 = Disa herë
- 3 = Mesatarisht
- 4 = Shpeshherë

Pyetjet

1. I jam kthyer punës ose aktiviteteve të tjera për t'u shpërqendruar.
2. Kam mbledhur forcat që të gjej një zgjidhje për situatën.
3. Mendoj 'kjo nuk është reale'.
4. Kam përdorur alkool ose drogë për t'u ndier më mirë.
5. Kam kërkuar mbështetje emocionale te të tjerët.
6. Kam hequr dorë nga përpjekjet për t'i bërë ballë situatës.
7. Kam ndërmarrë veprime për ta përmirësuar situatën.
8. Nuk dua ta pranoj atë që ka ndodhur.
9. Shpreh me fjalë ndjenjat e pakëndshme për t'i larguar.
10. Kam kërkuar ndihmë dhe këshilla për veprime konkrete.
11. Kam përdorur alkool ose drogë për t'u përballur me situatën.
12. Kam tentuar ta shoh situatën nga një dritë më pozitive.
13. Kam kritikuar veten.
14. Kam ideuar një strategji se çfarë mund të bëj.
15. Kam kërkuar ngushëllim dhe mirëkuptim nga dikush.
16. Kam hequr dorë nga përpjekja për t'u përballur me situatën.
17. Kam kërkuar të gjej diçka pozitive tek ajo që po ndodh/ndodhi.
18. Kam bërë shaka për situatën.
19. Jam marrë me aktivitete që të mendoj më pak për situatën (p.sh. kam parë filma/TV, kam lexuar, kam fjetur gjumë, kam bërë pazar).
20. Kam pranuar realitetin e situatës.
21. Kam shprehur ndjenja negative.
22. Kam kërkuar ngushëllim te besimet e mia fetare/spirituale.

- 23. Kam kërkuar këshilla se çfarë të bëj.
- 24. Kam mësuar të jetoj me situatën.
- 25. Kam menduar me kujdes për hapat që duhen ndërmarrë.
- 26. Kam fajësuar veten për çfarë ndodhi.
- 27. Jam lutur ose kam medituar.
- 28. Jam tallur situatën për t'u lehtësuar.

Udhëzues për interpretim

Brief COPE mat 14 strategji përballuese përmes 28 pyetjeve (dy pyetje për çdo strategji). Për secilën strategji, pikët variojnë nga minimumi 2 deri në maksimumi 8.

Strategjitë e përballimit përfshijnë:

- » Përballimin aktiv (pyetjet 2, 7)
- » Planifikimin (pyetjet 14, 25)
- » Përdorimin e mbështetjes emocionale (pyetjet 5, 15)
- » Përdorimin e mbështetjes instrumentale (pyetjet 10, 23)
- » Shmangien (pyetjet 1, 19)
- » Pranimin (pyetjet 20, 24)
- » Humorin (pyetjet 18, 28)
- » Fenë (pyetjet 22, 27)
- » Vetëfajësimin (pyetjet 13, 26)
- » Përdorimin e substancave (pyetjet 4, 11)
- » Mohimin (pyetjet 3, 8)
- » Ventilimin e emocioneve (pyetjet 9, 21)
- » Ristrukturimin pozitiv (pyetjet 12, 17)
- » Braktisjen e përpjekjeve (pyetjet 6, 16)

Strategjitë si përballimi aktiv, planifikimi, përdorimi i mbështetjes dhe ristrukturimi pozitiv konsiderohen adaptive.

Strategjitë si përdorimi i substancave, vetëfajësimi, mohimi dhe braktisja e përpjekjeve konsiderohen jo-adaptive.

Analiza e përgjigjeve ndihmon në identifikimin e strategjive mbizotëruese dhe ofron drejtim për ndërhyrjet psikologjike.

Interpretimi:

- » Strategjitë adaptive (të shëndetshme):
 - › Përballimi aktiv
 - › Planifikimi
 - › Përdorimi i mbështetjes emocionale

- › Përdorimi i mbështetjes instrumentale
- › Ristrukturimi pozitiv
- › Pranimi
- › Humori
- › Feja (në varësi të kontekstit)
- » Strategjitë jo-adaptive (problematike):
 - › Përdorimi i substancave
 - › Mohimi
 - › Braktisja e Përpjekjeve
 - › Vetëfajësimi
 - › Ventilimi i emocioneve (nëse është i ekzagjeruar)
 - › Shmangia (nëse është dominante)

Shembull:

Nëse pacienti merr:

- » Përbalimi aktiv: 7 pikë
- » Përdorimi i substancave: 6 pikë
- » Mohimi: 3 pikë

Pacienti ka tendencë të përdorë strategji adaptive, por ka gjithashtu përdorim të konsiderueshëm të substancave, çka mund të jetë faktor për ndërhyrje.

4. Rekomandime praktike:

1. Nëse dominon përdorimi i strategjive jo-adaptive → sugjerohet ndihmë psikologjike ose ndërhyrje për zhvillimin e aftësive të përbalimit.
2. Nëse strategjitë adaptive janë të ulëta → sugjerohet edukim për aftësi të reja përbalimi.
3. Pikëzimi mund të përdoret për të monitoruar progresin gjatë trajtimit psikologjik.

Aneksi 2.5: Formular standard për matjen e shkallës së abuzimit me substanca ASSIST

Udhëzime:

Ky pyetësor ka për qëllim të vlerësojë nivelin e përdorimit të substancave dhe rrezikun e lidhur me to. Ju lutem, përgjigjuni me sinqeritet. Të dhënat janë konfidenciale.

PYETJET

1. A e keni përdorur ndonjë nga substancat e mëposhtme ndonjëherë në jetë?

(Ju lutem shënoni “Po” ose “Jo” për secilën substancë)

- » Duhan (cigare, puro, etj.)
- » Alkool (verë, birra, pije alkoolike të forta)
- » Kanabis (marijuanë, hashash)
- » Kokainë (pluhur, krak/crack, pastë kokaine)
- » Amfetamina ose substanca të ngjashme
- » Inhalante (solvente, gazra, benzina, etj.)
- » Opioide (heroinë, morfinë, kodein, etj.)
- » Substanca të tjera (specifikoni)

2. Gjatë 3 muajve të fundit, sa shpesh keni përdorur secilën nga substancat e mëposhtme?

- » Kurrë
- » Një herë ose dy herë
- » Një herë në muaj
- » Një herë në javë
- » Përditë

3. A keni ndier ndonjëherë një dëshirë të fortë ose nevojë urgjente për të përdorur një substancë specifike?

4. A ka ndodhur ndonjëherë që përdorimi i substancave të ketë ndikuar negativisht në detyrimet tuaja të përditshme?

5. A ka ndodhur ndonjëherë që përdorimi i substancave të ketë shkaktuar shqetësime ose konflikte me familjen, miqtë ose në punë?

6. A e keni përdorur ndonjëherë ndonjë substancë në situata ku mund të ishte e rrezikshme (si drejtimi i makinës, punë në lartësi, etj.)?

7. A keni ndier ndonjëherë ndonjë problem shëndetësor si rezultat i përdorimit të substancave?

8. A keni provuar ndonjëherë ta zvogëloni ose ta ndaloni përdorimin e substancave, por nuk keni arritur?

Udhëzues për pikëzimin

- » Çdo përgjigje ka një vlerë të caktuar sipas manualit të OBSH-së.
- » Totali i pikëve llogaritet për secilën substancë veçmas.

Pikët	Niveli i Rrezikut	Ndërhyrja e rekomanduar
0-3	Rrezik i ulët	Nuk nevojitet ndërhyrje
4-26	Rrezik mesatar	Këshillim i shkurtër
27+	Rrezik i lartë	Referim për trajtim të specializuar

Shënim:

Për secilën substancë, llogaritni pikët sipas udhëzimeve të manualit të ASSIST që mund ta konsultoni në faqen zyrtare të OBSH-së.

Aneksi 2.6: Formular standard për matjen e funksionimit familjar - FAD

Udhëzime për plotësimin:

Lexoni çdo pohim me kujdes dhe shënoni nëse mendoni se përshkrimi përputhet me familjen tuaj, në shkallën 1 deri 4:

1 = Nuk është fare e vërtetë

2 = Paksa e vërtetë

3 = Ndonjëherë e vërtetë

4 = Shumë e vërtetë

1. Funksionimi i përgjithshëm familjar

1. Ne mund të flasim hapur për ndjenjat tona.
2. Anëtarët e familjes ndihen të përkrahur dhe të kuptuar.
3. Problemet familjare zgjidhen me diskutim dhe mirëkuptim.
4. Në familjen tonë mbizotëron harmonia dhe respekti.
5. Familja jonë është një burim stabiliteti për secilin anëtar.
6. Konfliktet në familje janë të zgjidhshme dhe nuk lënë pasoja afatgjata.
7. Ndiurma mes anëtarëve të familjes është e ndërsjellë dhe e vazhdueshme.

2. Komunikimi

1. Ne e dëgjojmë me vëmendje njëri-tjetrin.
2. Është e lehtë të shprehim mendimet e ndryshme në familjen tonë.
3. Kur dikush në familje ka një problem, ai mund të flasë hapur.
4. Informacioni i rëndësishëm ndahet me të gjithë anëtarët e familjes.
5. Ne shmangim diskutimet e tensionuara dhe i zgjidhim ato me qetësi.

3. Roli

1. Çdo anëtar e di rolin dhe përgjegjësitë e tij në familje.
2. Detyrat janë të ndara në mënyrë të drejtë.
3. Anëtarët e familjes janë të angazhuar për përmbushjen e detyrave të tyre.
4. Nuk ka keqkuptime ose konflikte lidhur me përgjegjësitë në familje.
5. Çdo anëtar ndihmon të tjerët për përmbushjen e detyrave familjare.

4. Kohezioni

1. Ne kalojmë kohë të mjaftueshme së bashku si familje.
2. Anëtarët e familjes mbështesin njëri-tjetrin në vështirësi.
3. Ndihejmë të lidhur dhe të përfshirë në jetën e njëri-tjetrit.
4. Familja jonë i feston së bashku momentet e rëndësishme.
5. Ka ndjenjë bashkëpunimi dhe solidariteti në familje.

5. Kontrolli

1. Familja jonë ka rregulla të qarta dhe të zbatueshme.
2. Vendimet e rëndësishme merren me pjesëmarrjen e të gjithë anëtarëve.
3. Në familjen tonë ka disiplinë dhe rregull.
4. Në situata të vështira, familja di të organizohet dhe të veprojë së bashku.
5. Anëtarët e familjes dinë të përshtaten me ndryshimet dhe rregullat e reja.

Udhëzime për pikëzimin dhe interpretimin

- » Çdo përgjigje ka një vlerë nga 1 në 4, ku vlerat më të ulëta tregojnë funksionim familjar më të mirë, ndërsa vlerat më të larta tregojnë problematikë më të madhe
- » Për secilën fushë (funksionimi i përgjithshëm, komunikimi, roli, kohezioni, kontrolli) llogaritet mesatarja e përgjigjeve në pyetjet përkatëse.

Interpretimi i Rezultateve:

Mesatarja në fushë	Vlerësim i funksionimit familjar	Ndikimi klinik
1.0 - 2.0	Funksionim i mirë	Nuk ka shqetësime të dukshme
2.1 - 3.0	Funksionim mesatar	Disa vështirësi të lehta, mund të kërkohet këshillim
3.1 - 4.0	Funksionim problematik	Problematicë e dukshme, kërkohet ndërhyrje ose terapi familjare

Nëse mesatarja në fushën e *Funksionimit të përgjithshëm familjar* është mbi 2.0, mund të sugjerohet vlerësim i mëtejshëm dhe trajtim psikologjik.

Aneksi 2.7: Formular standard për matjen e stresit post-traumatik PCL-5

Udhëzime për plotësimin:

Më poshtë janë disa probleme që njerëzit mund të kenë ndeshur pas një ngjarjeje shumë të vështirë ose traumatike. Lexoni me kujdes çdo pohim dhe rrethoni numrin që tregon se sa shumë ju ka shqetësuar secila nga këto probleme gjatë 30 ditëve të fundit.

0 = Aspak

1 = Pak

2 = Mesatarisht

3 = Shumë

4 = Jashtëzakonisht shumë

1. Kujtime të padëshiruara apo shqetësuese rreth ngjarjes traumatike që ju kthehen vazhdimisht në mendje?
2. Ëndrra shqetësuese që lidhen me ngjarjen traumatike?
3. E përjetoni ngjarjen si të ishte duke ndodhur përsëri (p.sh., ndjesi përsëritjeje, rikthim i ndjenjave, *flashback*)?
4. Tronditje të forta emocionale kur përballeni me kujtime, njerëz, vende apo situata që ju kujtojnë ngjarjen?
5. Reagime të forta fizike kur përballeni me kujtime ose shenja që ju kujtojnë ngjarjen (p.sh., rrahje zemre, djersitje, dridhje)?
6. Përpjekje për të shmangur kujtime, mendime ose ndjenja që lidhen me ngjarjen?
7. Përpjekje për të shmangur njerëz, vende, aktivitete, situata që ju kujtojnë ngjarjen?
8. Vështirësi për të kujtuar pjesë të rëndësishme të ngjarjes?
9. Mendime shumë negative për veten, për të tjerët ose për botën (p.sh., 'Unë jam i keq', 'Nuk i zihet besë askujt')?
10. Ndjenja të vazhdueshme faji, turpi, ose përgjegjësie për ngjarjen apo pasojat e saj?
11. Ndjenja të forta trishtimi, frike, zemërimi, faji ose turpi të vazhdueshëm?
12. Humbje interesi për aktivitete që dikur ju pëlqenin?
13. Ndjenjë largësie apo shkëputjeje nga njerëzit e tjerë?
14. Pamundësi për të ndier emocione pozitive (p.sh., dashuri, lumturi, kënaqësi)?
15. Vështirësi për të fjetur ose për të fjetur pa ndërprerje?
16. Sjellje të zemëruara, shpërthime nervozizmi ose sjellje agresive?
17. Vigjilencë e tepruar ose ndjeshmëri e lartë ndaj rreziqeve të mundshme?
18. Të ndierit lehtësisht i alarmuar ose i tronditur?
19. Vështirësi për t'u përqendruar?
20. Mbikujdes ose sjellje të tepërta të vëmendshme ndaj mjedisit rrethues (hipervigjilencë)?

Udhëzime për pikëzimin dhe interpretimin:

- » Çdo pyetje vlerësohet me pikë nga 0 në 4.
 - » Pikëzimi total llogaritet duke mbledhur të gjitha përgjigjet (maksimumi 80 pikë).
 - » Pikat e referencës për shqetësimin klinik:
 - 0-20 pikë: Nivel minimal i simptomave
 - 21-32 pikë: Nivel i ulët i simptomave PTSD
 - 33-44 pikë: Nivel mesatar i simptomave PTSD (shqetësim klinik i mundshëm)
 - 45+ pikë: Nivel i lartë i simptomave PTSD (shqetësim i theksuar klinik)
 - » *Cut-off* i sugjeruar për diagnostikim të mundshëm PTSD: 33 pikë.
 - » Rekomandohet përdorimi i intervistës klinike plotësuese për të konfirmuar diagnozën.

Për aplikimin e PCL-5 nevojitet të konsultohen Kriteret e diagnostikimit të PTSD të Manualit Diagnostikues dhe Statistikor DSM-5, si dhe trajnimi i përdoruesve të këtij formulari vlerësimi.

Aneksi 2.8: Formular standard për matjen e vetëvlerësimit Rosenberg

Udhëzime: Më poshtë do të gjeni një listë pohimesh, që lidhen me ndjenjat e përgjithshme rreth vetes. Nëse nuk jeni aspak dakord, rrethoni AD, nëse nuk jeni dakord rrethoni JD, nëse jeni dakord, rrethoni D dhe nëse jeni plotësisht dakord, rrethoni PD.

	AD	JD	D	PD
1. Në përgjithësi, jam i/e kënaqur me veten.				
2. Ndonjëherë mendoj se nuk jam fare njeri i mirë.				
3. Ndiej se kam një sërë cilësish të mira.				
4. Ndihem i/e aftë t'i bëj gjërat po aq mirë sa pjesa më e madhe e njerëzve.				
5. Ndiej se nuk kam shumë gjëra për të cilat të ndihem krenar/e.				
6. Hera-herës ndihem i/e padobishëm/shme.				
7. Ndiej se jam një person i vlefshëm, të paktën në një nivel të barabartë me të tjerët.				
8. Do të dëshiroja të kisha më shumë respekt për veten				
9. Si përfundim, jam i prirur të ndihem si dështak/e.				
10. Kam qëndrim pozitiv ndaj vetes.				

Pikëzimi për pyetjet 1, 3, 4, 7, 10:

Plotësisht Dakord = 3

Dakord = 2

Jo Dakord = 1

Aspak Dakord = 0

Pikëzimi për pyetjet 2, 5, 6, 8, 9:

Plotësisht Dakord = 0

Dakord = 1

Jo Dakord = 2

Aspak Dakord = 3

- » Pikët maksimale të këtij pyetësori janë 30 dhe ato minimale 0.
- » Një pikëzim total prej 15 – 25 pikë tregon vetëvlerësim normal.
- » Një pikëzim nën 15 pikë tregon vetëvlerësim të ulët.

Aneksi 2.9: Formular standard për matjen e sjelljes dhe vështirësive emocionale te fëmijët 4-17 vjeç SDQ

Për fëmijë dhe adoleshentë 4-17 vjeç

Udhëzime për plotësimin:

Ky pyetësor ndihmon për të kuptuar më mirë ndjenjat dhe sjelljet e fëmijëve/adoleshentëve. Ju lutem, lexoni me kujdes çdo pohim dhe shënoni përgjigjen që i përshtatet më shumë fëmijës suaj gjatë 6 muajve të fundit.

Alternativat e përgjigjes:

0 = Jo e vërtetë

1 = Disi e vërtetë

2 = Plotësisht e vërtetë

Pyetjet:

Vështirësitë emocionale

- » Shpesh ndihet i/e trishtuar, i/e mërzhitur ose i/e përlotur.
- » Ka shumë frikëra dhe shqetësohet lehtë.
- » Shpesh ndihet i/e vetmuar.
- » Ka dhimbje koke, stomaku ose probleme të tjera fizike pa ndonjë arsye të qartë mjekësore.
- » Është shumë i/e shqetësuar për shumë gjëra.

Sjellja hiperaktive/përqendrimi

- » E ka të vështirë të rrijë i/e qetë, është shumë i/e lëvizshëm/me.
- » Vepron pa menduar për pasojat.
- » E ka të vështirë të rrijë i/e përqendruar në detyra apo lojëra.
- » Është gjithmonë në lëvizje, nuk qëndron dot i/e qetë.
- » E përfundon me ngut atë që fillon dhe nuk i kushton vëmendje detajeve.

Vështirësitë e sjelljes

- » Shpesh grindet ose sillet keq me të tjerët.
- » Gënjen ose mashtrohet shpesh.
- » Shpesh është i/e zemëruar dhe i/e irrituar.
- » Shpesh e fillon i/e pari/a grindjen me të tjerët.
- » Shpesh shkatërron qëllimisht pronën ose sendet e të tjerëve.

Problemet me bashkëmoshatarët

- » Nuk ka shumë shokë ose shoqe.
- » Zakonisht refuzohet ose përjashtohet nga grupet e fëmijëve.
- » Shpesh është viktimë e ngacmimeve nga fëmijët e tjerë.
- » Shpesh luan vetëm.
- » E ka të vështirë të bëjë miq.

Sjellja pro-sociale

- » Shpesh është i/e gatshëm/me të ndihmojë të tjerët.
- » Tregon konsideratë dhe ndjeshmëri për ndjenjat e të tjerëve.
- » Është i/e sjellshëm/me me fëmijët më të vegjël.
- » Ofron ndihmë kur dikush është i mërzitur, i lënduar ose në telashe.
- » Është i/e konsiderueshëm/me ndaj ndjenjave të të tjerëve.

Udhëzime për pikëzimin dhe interpretimin:

- » Çdo përgjigje vlerësohet:
 - › 0 pikë = Jo e vërtetë
 - › 1 pikë = Disi e vërtetë
 - › 2 pikë = Plotësisht e vërtetë
- » Totali i vështirësive llogaritet duke mbledhur pikët e këtyre katër shkallëve: Vështirësitë emocionale + Sjellja hiperaktive + Vështirësitë e sjelljes + Problemet me bashkëmoshatarët.
- » Pikët për sjelljen pro-sociale vlerësohen veçmas (sa më shumë pikë, aq më i mirë funksionimi social).

Vlerësimi:

- » 0-13 pikë: Zonë normale
- » 14-16 pikë: Zonë kufitare
- » 17-40 pikë: Zonë e shqetësimit klinik

PYETËSOR MBI PËRPARËSITË DHE VËSHTIRËSITË

Për secilën nga pohimet e mëposhtme, ju lutemi vendosni një shenjë në kutinë përkatëse për Jo e vërtetë, Disi e vërtetë ose Plotësisht e vërtetë. Do të na ndihmonit nëse do ti përgjigjeshit të gjitha zërave ashtu sikurse ndodh realisht me këtë nxënës edhe nëse nuk jeni plotësisht i/e sigurt. Ju lutemi përgjigjuni në bazë të sjelljes së këtij nxënësi gjatë gjashtë muajve të fundit ose të këtij viti shkollor.

Emri i nxënësit: _____ Mashkull ☐ Femër ☐

Data e lindjes: ____ / ____ / ____

	Jo e vërtetë	Disi e vërtetë	Plotësisht e vërtetë
1. Merr parasysh ndjenjat e të tjerëve.	☐	☐	☐
2. Është i/e lëvizshëm/me, tepër aktiv/e, endet, nuk qëndron dot në një vend për një kohë të gjatë.	☐	☐	☐
3. Ankohet shpesh për dhimbje koke, dhimbje barku, ose se i vjen për të vjellë.	☐	☐	☐
4. I ndan gjërat lehtë me të rinj të tjerë, për shembull tablet/tel, lodra, ushqime.	☐	☐	☐
5. Inatoset shpesh, e humb shpesh durimin.	☐	☐	☐
6. Preferon të rrijë vetëm se sa me të rinj të tjerë.	☐	☐	☐
7. Në përgjithësi është i/e sjellshëm/me, zakonisht bën çfarë i kërkojnë të rriturit.	☐	☐	☐
8. Ka shumë shqetësime ose shpesh duket i/e shqetësuar.	☐	☐	☐
9. Ndhmon tjetrin nëse ai/ajo është i/e lënduar, i/e mërzitur ose ndihet keq.	☐	☐	☐
10. Shpesh lëviz duart e këmbët ose përdridhet kur qëndron ulur.	☐	☐	☐
11. Ka të paktën një shok apo shoqe të ngushtë.	☐	☐	☐
12. Shpesh grindet me të rinj të tjerë ose përdor dhunë fizike dhe/ose psikologjike ndaj tyre.	☐	☐	☐
13. Shpesh duket jo i/e lumtur, i/e depresionuar apo me sy të lotuar.	☐	☐	☐
14. Në përgjithësi të rinjtë e tjerë e pëlqejnë.	☐	☐	☐
15. Shpërqendrohet lehtë, ka përqendrim të luhatur.	☐	☐	☐
16. Shfaqet nervoz/e në situata të reja, e humb shpejt vetëbesimin.	☐	☐	☐
17. Është i/e dashur me fëmijët më të vegjël.	☐	☐	☐
18. Shpeshherë gënjen ose bën hile.	☐	☐	☐
19. Të rinjtë e tjerë e ngacmojnë/tallen ose përdorin dhunë fizike dhe/ose psikologjike ndaj tij/saj.	☐	☐	☐
Shpeshherë u ofron ndihmë të tjerëve (prindërve, mësuesve, fëmijëve).	☐	☐	☐
21. Mendohet përpara se të veprojë.	☐	☐	☐
22. Vjedh gjëra nga shtëpia, shkolla apo vende të tjera.	☐	☐	☐
23. Kalon më mirë me të rriturit sesa me të rinj të tjerë.	☐	☐	☐
24. Ka shumë gjëra që e trembin, frikësohet lehtësisht.	☐	☐	☐
25. Ka vëmendje të mirë, i kryen punët e përditshme ose detyrat e shtëpisë deri në fund.	☐	☐	☐
A keni ndonjë koment apo çështje tjetër?	☐	☐	☐

Në përgjithësi, a mendoni se ky/kjo nxënës/e ka vështirësi në një apo më shumë nga fushat e mëposhtme:

Emocionet, përqendrimi/vëmendja, sjellja apo aftësia për t'u shoqëruar me të tjerët?

Jo

Po, vështirësi të vogla

Po, vështirësi të qarta

Po, vështirësi të rënda

Nëse u përgjigjët "Po", ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme për këto vështirësi:

Për sa kohë kanë qenë të pranishme këto vështirësi?

Më pak se një muaj

1-5 muaj

6-12 muaj

Më shumë se një vit

Këto vështirësi e shqetësojnë apo e mërzhisin këtë nxënës?

Jo, aspak

Vetëm pak

Mesatarisht

Shumë

A ndërhyjnë këto vështirësi në jetën e përditshme të këtij nxënësi në fushat e mëposhtme?

	Jo aspak	Vetëm pak	Mesatarisht	Shumë
Marrëdhëniet me shokët/shoqet	☐	☐	☐	☐
Mësimin në klasë	☐	☐	☐	☐

A sjellin këto vështirësi ngarkesë/barrë emocionale për ju apo për klasën në përgjithësi?

Jo, aspak

Vetëm pak

Mesatarisht

Shumë

Firma _____

Data ____ / ____ / ____

Mësues/Tjetër (ju lutem specifikoni) _____

Aneksi 2.10: Formular standard për matjen e nivelit të mbështetjes sociale MOS¹⁷

Ky instrument përdoret për të vlerësuar nivelin e mbështetjes sociale që merr përdoruesi i shërbimit. Përdorimi i tij duhet të përfshijë referencat për autorët origjinalë: 'Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991).'

Sa shpesh ndieni se mund të mbështeteni te të tjerët për ndihmë në situata të ndryshme?

Pyetjet	Asnjëherë	Disa herë	Shumë shpesh
1. Dikush që ju ndihmon të merrni vendime?	☐	☐	☐
2. Dikush që ju ofron mbështetje emocionale kur ndiheni të shqetësuar?	☐	☐	☐
3. Dikush që ju ndihmon në punët e shtëpisë nëse jeni i/e sëmurë?	☐	☐	☐
4. Dikush që ju jep këshilla për problemet?	☐	☐	☐
5. Dikush që ju ndihmon me detyrimet financiare?	☐	☐	☐
6. Dikush që ju mbështet emocionalisht gjatë vështirësive?	☐	☐	☐
7. Dikush që ju ndihmon kur ndiheni të vetmuar?	☐	☐	☐
8. Dikush që ju ndihmon me transport në rast nevojë?	☐	☐	☐
9. Dikush që ju mbështet fizikisht nëse jeni i/e pafuqishëm/me?	☐	☐	☐

Sistemi i pikëzimit për MOS (*Social Support Survey*)

Për secilën pyetje, ju mund të merrni nga 0 deri në 3 pikë, bazuar në përgjigjen tuaj:

Asnjëherë: 0 pikë

Disa herë: 1 pikë

Shumë shpesh: 2 pikë

Piket totale për të gjitha pyetjet do të tregojnë nivelin e mbështetjes sociale:

0-10: Mbështetje e dobët

11-20: Mbështetje e moderuar

21+: Mbështetje e lartë

17. MOS - MEDICAL OUTCOME STUDY

ANEKS 3: RASTE ILUSTRUESE TË PUNËS SË PSIKOLOGUT NË QSSH

Raste klinike ilustruese dhe ndjekja e tyre nga psikologu në QSSH

Seksioni i rasteve ilustruese vjen si një udhëzues praktik për të orientuar më konkretisht punën e psikologut në QSSH. Qëllimi kryesor i këtij seksioni është të ofrojë një panoramë të qartë të sfidave dhe metodave të punës që mund të hasen në praktikën e përditshme të psikologut pranë QSSH-ve. Rastet e paraqitura janë tërësisht të modifikuara dhe të anonimizuara për të mbrojtur privatësinë e pacientëve, duke ruajtur të gjitha të drejtat e të dhënave të tyre. Këto raste shërbejnë si modele ilustrative, duke synuar të përfaqësojnë situata tipike që psikologët e QSSH-ve mund të ndeshin gjatë punës së tyre. Përmes këtyre shembujve, synohet të ilustrohen proceset e vlerësimit, teknikat e ndërhyrjes, bashkëpunimi me stafin e QSSH, si dhe referimet e mundshme jashtë QSSH-ve. Ky seksion synon të jetë një burim i vlefshëm për t'u përdorur gjatë trajnimit si dhe për të mbështetur psikologët në ofrimin e shërbimeve cilësore dhe efektive në kujdesin shëndetësor parësor. Ndjekja e këtyre rasteve model do të ndihmojë në ofrimin e një trajnimi të bazuar tek rastet si dhe në përmirësimin e praktikës dhe ofrimin e ndihmës së duhur për pacientët në nevojë.

Rast 1: Pacienti me diabet tipi 2

Rast 2: Pacienti me depresion me simptoma vetëvrasëse

Rast 3: Pacienti me atake paniku dhe gjendje kronike ankthi

Rast 4: Pacienti me ankesa somatike dhe probleme familjare

Rast 5: Adoleshenti me simptoma vetëdëmtimi

Rast 6: Adoleshenti me histori bullizimi

Rasti 1: Pacienti me diabet tipi 2/sëmundje kronike

Zoti A.B., 50 vjeç, paraqitet në QSH te mjeku i familjes dhe ankohet për pagjumësi dhe gjendje ankthi. Ai vuan nga diabeti Tipi 2 dhe prostata. Ai gjithashtu ka dalë në kemp për shkak të një problemi serioz në këmbë dhe merr mjekime, të cilat ka refuzuar t'i marrë javën e fundit pasi shprehet se është lodhur dhe mërzitur. Ndërkohë, ka mbi dy muaj që nuk i merr ato rregullisht. Gjithashtu, pacienti referon se kohët e fundit irritohet shpesh, ka debatuar me shoqërinë, ndien vazhdimisht inat dhe, në ato pak orë që fle, pohon se sheh makthe ku debaton ashpër me njerëz të ndryshëm. Për pasojë ka lënduar disa herë veten në gjumë duke goditur me gjymtyrë murin. Pas konsultës me mjekun e familjes, rasti vjen për vlerësim te psikologu i QSH-së dhe vijohet me ndërhyrje.

Analiza e rastit dhe hapat e ndjekjes nga psikologu për rastin A.B. (50 vjeç)

- 1. Emri dhe mosha:** A.B., 50 vjeç
- 2. Ankesat kryesore:** pagjumësi, ankth, irritim, dëmtim i vetes dhe shoqërisë
- 3. Historia mjekësore:** diabet tipi 2, problem në prostatë, KMCAP për shkak të një problemi serioz në këmbë, medikamentet aktuale, refuzimi i marrjes së mjekimit
- 4. Ndjesitë aktuale:** lodhje, mërzi, refuzim i medikamenteve për më shumë se 2 muaj
- 5. Simptomat psikologjike:** irritim, konfliktualitet, inat i përhershëm, makthe nate, sjellje të rrezikshme personale (dëmtime vetjake)

I. Vlerësimi fillestar (pas referimit nga mjeku i familjes)

Qëllimi: Të kuptohet thellësia dhe natyra e problemeve, të identifikohen faktorët kontribues dhe të sigurohet mirëqenia bazë e pacientit.

1. Marrja e historisë së detajuar (anamnezë psikologjike) përdor formularin e vlerësimit të rastit në Shtojcën 1:

- a) Simptomat aktuale:** Kuptimi i thelluar i pagjumësisë (kohëzgjatja, shpeshtësia, makthet, lëndimet gjatë gjumit), ankthit (intensiteti, shkaktarët), irritimit, inatit, konflikteve.
- b) Historia e sëmundjeve fizike:** Diabeti Tipi 2, prostata, problemi serioz në këmbë (KMCAP). Si ndikojnë këto në jetën e tij, niveli i dhimbjes, kufizimet funksionale.
- c) Historia e mjekimeve:** Cilat mjekime ka ndërprerë, kur dhe pse? Kjo është kritike për shëndetin fizik dhe psikologjik.
- d) Historia psikologjike/psikiatrike:** Ka pasur episode të ngjashme më parë? Trajtime të mëparshme?
- e) Historia sociale dhe familjare:** Statusi martesor, mbështetja sociale, marrëdhëniet me familjen dhe miqtë, statusi i punësimit, strehimi, burimet financiare. Kjo ndihmon në identifikimin e faktorëve stresues.
- f) Historia e përdorimit të substancave:** Alkooli, duhani, substanca të tjera – si mund të ndikojnë në gjendjen aktuale.

2. Vlerësimi i rrezikut:

- 1. Rreziku për lëndim vetëdëmtues/vetëvrasës:** Për shkak të lëndimeve gjatë gjumit dhe nivelit të inatit/dëshpërimit: pyetje direkte por empatike për mendimet vetëvrasëse ose dëmtimin e të tjerëve.

2. Rreziku i përkeqësimit të gjendjes fizike: Si ndikon ndërprerja e mjekimeve të diabeti dhe problemi në këmbë.

3. Përdorimi i instrumenteve të vlerësimit:

1. PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*): Për vlerësimin e depresionit.

2. GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*): Për vlerësimin e ankthit të përgjithshëm.

Këto mjete ndihmojnë në objektivizimin e simptomave dhe monitorimin e progresit.

4. Bashkëpunimi fillestar me Mjekun e Familjes:

1. Diskutim i shpejtë: Pas vlerësimit të parë, komunikim i menjëhershëm me mjekun e familjes për rrezikun e ndërprerjes së mjekimeve dhe lëndimeve gjatë gjumit.

2. Këshillim i bashkërenduar: Nevoja për të rikthyer A.B. në marrjen e rregullt të mjekimeve. Psikologu mund të ndihmojë në menaxhimin e pakënaqësisë së pacientit ndaj mjekimeve dhe sëmundjes. Mjeku i familjes mund të vlerësojë nevojën për rregullim të dozave ose llojit të mjekimit.

II. Ndërhyrja dhe plani i trajtimit

Qëllimi: Të menaxhohen simptomat akute, të adresohen shkaqet themelore dhe të përmirësohet cilësia e jetës së pacientit.

1. Prioritetet fillestare:

» **Menaxhimi i ndërprerjes së mjekimeve:** Kjo është serioze dhe kritike.

» **Edukimi psikoshëndetësor:** Diskutim me A.B. për rëndësinë e mjekimeve për menaxhimin e diabetit dhe problemit në këmbë. Të kuptojë se ndërprerja mund të jetë kërcënuese për jetën ose mund të çojë në komplikacione serioze.

» **Adresimi i “lodhjes” dhe “mërzitjes”:** Pse është lodhur? A është nga efektet anësore të mjekimeve, nga barra e menaxhimit të sëmundjes kronike, apo nga depresioni? Këtu psikologu luan rol kyç në eksplorimin e këtyre ndjenjave.

» **Bashkëpunimi i vazhdueshëm me mjekun e familjes:** Mjeku mund të rishikojë regjimin e mjekimit, ta thjeshtojë nëse është e mundur, ose të adresojë efektet anësore.

» **Menaxhimi i maktheve dhe lëndimeve gjatë gjumit:**

» **Edukimi për higjienën e gjumit:** Këshilla për orar të rregullt, ambient të errët/qetë/freskët, shmangien e kafeinës/alkoolit para gjumit, etj.

» **Teknika të relaksimit/vizualizimit:** Para gjumit për të qetësuar mendjen.

» **Mbrojtja e mjedisit të gjumit:** Ndoshta zhvendosja e krevatit larg murit, vendosja e mbrojtjeve rreth tij, ose e ndonjë jastëku më të butë në dyshe për të zbutur rëniet.

» **Vlerësimi i mëtejshëm:** Nëse makthet dhe lëndimet vazhdojnë, mund të sugjerohet një konsultë me një mjek specialist të gjumit ose neurolog për të përjashtuar çrregullime të tjera të gjumit.

2. Ndërhyrje terapeutike dhe këshillim:

Sugjerohet të përdoren:

1. Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes (CBT) për pagjumësinë: Një qasje efektive për pagjumësinë, që adreson mendimet dhe sjelljet që ndikojnë në gjumë.

2. Terapi e Njohjes dhe e Sjelljes (CBT) ose Terapia Interpersonale (IPT) për depresionin/ankthin:

1. **Ristrukturimi konjitiv:** Identifikimi dhe sfidimi i mendimeve negative/irracionale që lidhen me sëmundjen, lodhjen, inatin.
 2. **Aktivizimi sjellor:** Nxitja e A.B. që të angazhohet gradualisht në aktivitete që i kanë sjellë kënaqësi më parë, pavarësisht kufizimeve fizike.
 3. **Menaxhimi i inatit:** Ndhmë për të identifikuar shkaktarët e inatit, zhvillimin e strategjive për shprehjen e shëndetshme të emocioneve dhe menaxhimin e konflikteve (p.sh., teknika të komunikimit efektiv, zgjidhje problemesh).
 4. **Teknika të relaksimit dhe ndërgjegjësisimit (Mindfulness):** Për menaxhimin e ankthit dhe irritimit.
3. **Qasje e Bazuar në Pranim dhe Angazhim (ACT):** Mund të ndihmojë A.B. të pranojë realitetin e sëmundjeve kronike dhe të angazhohet në vlera të jetës, edhe me kufizimet.
3. **Mbështetje sociale dhe familjare:**
- » **Vlerësimi i sistemit mbështetës:** A ka A.B. familjarë apo miq që mund ta mbështesin? Si mund të përfshihen ata në procesin e shërimit?
 - » **Këshillimi familiar (nëse është e përshtatshme):** Ndhma e familjes për të kuptuar gjendjen e tij dhe për të ofruar mbështetje efektive.
 - » **Lidhja me grupe mbështetëse:** Nëse ka grupe mbështetëse për diabetikët, ose për personat me probleme të ngjashme shëndetësore.

III. Monitorimi dhe rishikimi

1. **Seanca të rregullta:** Planifikimi i seancave të rregullta me A.B. për të monitoruar progresin, ndryshimet në simptoma (duke përdorur sërish instrumentet e depistimit), përmbajtjen me mjekimet, dhe cilësinë e gjumit.
2. **Komunikimi i vazhdueshëm me Mjekun e Familjes:** Raportim i rregullt për progresin, sfidat, dhe çdo shqetësim të ri. Vendimmarrje e përbashkët për hapat e mëtejshëm.
3. **Fleksibiliteti:** Plani i trajtimit duhet të jetë fleksibël dhe të përshtatet sipas nevojave dhe reagimit të A.B.

IV. Konsultat në banesë (opsionale, por shumë e dobishme në këtë rast)

Për shkak të problemit serioz në këmbë (KMCAP) dhe kufizimeve të mundshme në lëvizje, konsultat në banesë do të ishin shumë të favorshme për A.B.

1. **Vlerësimi i mjedisit:** Shikimi i drejtpërdrejtë i mjedisit ku jeton, si ndikojnë pengesat fizike, si është e organizuar shtëpia për një person me kufizime në këmbë.
2. **Vëzhgimi i dinamikave familjare:** Si ndërvepron me familjarët (nëse jeton me ta) në mjedisin e tij natyror, gjë që mund të ndihmojë në kuptimin e inatit dhe konflikteve.
3. **Lehtësimi i aksesit:** Eliminimi i barrierave të transportit dhe lëvizjes për A.B., gjë që mund të rrisë përmbajtjen me terapinë psikologjike.
4. **Vlerësimi i mjedisit të gjumit:** Psikologu mund të vëzhgojë drejtpërdrejt zonën e gjumit dhe të ofrojë këshilla specifike për sigurinë dhe higjienën e gjumit.

Ky rast thekson rëndësinë e një qasjeje gjithëpërfshirëse që adreson jo vetëm simptomat psikologjike, por edhe ndikimin e sëmundjeve kronike dhe mjedisit social. Bashkëpunimi i ngushtë me mjekun e familjes është thelbësor për të siguruar kujdes cilësor dhe të koordinuar të rastit.

Rast 2: Pacienti me depresion dhe me simptoma vetëvrasëse

Zonja T.X., 41 vjeç, referohet për ankth, pagjumësi, të qara të vazhdueshme, shpërqendrim dhe mendime vetëvrasëse pas kërkesës së vetë pacientes te mjekia e familjes. Gjendja e saj është përkeqësuar gradualisht në këto 4 vitet e fundit, sidomos pas lindjes së fëmijës së saj të katërt, por ka arritur kulmin muajt e fundit pas një problemi familjar, ku mësoi se motra e saj më e madhe bënte një jetë që binte ndesh me mënyrën si ishin rritur e edukuar.

Analiza e rastit dhe hapat e ndjekjes nga psikologu për rastin T.X. (41 vjeç)

Të dhënat e pacientit

- 1) **Emri dhe moshë:** T.X., 41 vjeç
- 2) **Ankesat kryesore:** ankth, pagjumësi, të qara të vazhdueshme, shpërqendrim, mendime vetëvrasëse;
- 3) **Histori mjekësore dhe psikologjike:** përkeqësim gradual i simptomave gjatë 4 viteve të fundit pas lindjes së fëmijës së katërt, shfaqur më agresivisht muajt e fundit pas një problemi familjar;
- 4) **Situata aktuale:** vështirësi emocionale pas zbulimit të disa problematikave familjare, ndjenja turpi, preokupim për opinionin publik.
- 5) **Problemi kryesor:** T.X. përjeton një krizë të rëndë emocionale, me simptoma të ankthit dhe depresionit, të lidhura me stresin familjar, ndjenjat e fajit, turpit dhe mendimet vetëvrasëse, të përkeqësuar nga sfidat familjare dhe ato psikologjike.

I. Vlerësimi fillestar dhe menaxhimi i rrezikut (pas kërkesës së pacientes dhe referimit nga mjeku i familjes)

Qëllimi: Krijimi i një lidhjeje terapeutike të sigurt, vlerësimi i thellë i rrezikut dhe i shkaktarëve, si dhe planifikimi i ndërhyrjes emergjente.

1. Vlerësimi i rrezikut vetëvrasës (prioritet absolut):

- a) Për shkak të mendimeve vetëvrasëse, edhe pse referohet nga vetë pacientja, ky duhet të jetë fokusi kryesor i seancës së parë.
- b) Pyetje të drejtpërdrejta, por empatike: A ka një plan? A ka pasur përpjekje të mëparshme? A ka mjete? Cili është niveli i qëllimit?
- c) **Menaxhimi i rrezikut:**
 - i. **Kontrata e sigurisë:** Bërja e një kontrate verbale me T.X. që të kontaktojë psikologun (ose një linjë urgjence, mjekun e familjes, ose një person mbështetës), nëse mendimet vetëvrasëse bëhen më intensive.
 - ii. **Përfshirja e mbështetjes:** Identifikimi i një personi mbështetës në familje ose shoqëri (p.sh., bashkëshorti, motra tjetër, mikeshtë) dhe, me pëlqimin e T.X., informimi dhe përfshirja e tyre në planin e sigurisë.
 - iii. **Referim i mundshëm te specialisti psikiatër:** Nëse rreziku vetëvrasës është shumë i lartë dhe nuk mund të menaxhohet në nivelin e kujdesit parësor, referimi urgjent te një specialist psikiatër për vlerësim me medikamente dhe menaxhim krize. Komunikim i menjëhershëm me mjekun e familjes dhe specialistin psikiatër.

2. Marrja e historisë së detajuar (Anamnezë Psikologjike):

1. Simptomat aktuale: Ankth (lloji, intensiteti), pagjumësi (lloji, kohëzgjatja), të qara të vazhdueshme, shpërqendrim.
2. Historia e zhvillimit të simptomave: Përkeqësimi gradual pas lindjes së fëmijës së katërt (a mund të jetë depresion pas lindjes i vonuar ose kronik?), kulmi pas problemit familjar (tradhtia e motrës).
3. Konteksti specifik i problemit familjar: Detajet e zbulimit, reagimet e motrës, së ëmës dhe anëtarëve të tjerë të familjes.
4. Fokusi të ndjenjat e turpit dhe preokupimi për opinionin e të tjerëve: Kjo është një pikë kyçe për ndërhyrjen. Lidhet me kulturën dhe vlerat tradicionale.
5. Marrëdhënia me nënën dhe motrën: Kjo është pika e ngarkesës më të madhe emocionale. Rëndësia e parimeve tradicionale dhe mbrojtja e së ëmës ndaj motrës.
6. Historia personale: Fëmijëria, adoleshenca, arsimimi, marrëdhëniet, puna, historia e lindjeve dhe përvojat me secilën.
7. Historia familjare: Sëmundje mendore në familje?
8. Burimet e mbështetjes: Kush janë njerëzit mbështetës në jetën e E.F.?
9. Strategjitë e përballimit: Si i ka menaxhuar vështirësitë më parë?

3. Bashkëpunimi fillestar me Mjekun e Familjes:

- » **Informacion i përditësuar:** Përcjellja e gjetjeve të vlerësimit të rrezikut dhe nivelit të depresionit.
- » **Diskutim mbi mjekimin:** Mjeku i familjes/specialisti psikiatër mund të konsiderojnë fillimin e terapisë me medikamente me antidepressivë për mendimet vetëvrasëse. Psikologu dhe mjeku duhet ta diskutojnë këtë mundësi me T.X., duke theksuar se mjekimi mund të ndihmojë në uljen e intensitetit të simptomave, duke e bërë terapinë më efektive.

II. Ndërhyrja dhe Plani i Trajtimin (10 Seanca)

Qëllimi: Adresimi i simptomave akute, menaxhimi i stresit psikologjik të lidhur me situatën familjare, rindërtimi i vetëvlerësimit dhe aftësive të përballimit.

1. Prioritetet e para (Seancat 1-3):

- » **Stabilizimi i humorit dhe reduktimi i mendimeve vetëvrasëse:** Përmes terapisë mbështetëse, teknikave të menaxhimit të krizave, dhe ndoshta mjekimit.
- » **Puna me higjienën e gjumit:** Përmirësimi i pagjumësisë është thelbësor për stabilizimin e humorit.
- » **Teknika relaksimi dhe reduktimi i ankthit:** Ushtrime frymëmarrjeje, relaksim progresiv i muskujve.
- » **Vlerësim dhe empati:** nëse T.X. ndihet “e çliruar” dhe bashkëpunuese, theksohet rëndësia e vlerësimit të ndjenjave të saj dhe ofrimi i një hapësire të sigurt.

2. Ndërhyrja psikoterapeutike (Fokusimi për 10 Seanca):

- » **Terapia e Njohjes dhe e Sjelljes (CBT):**
 - » **Identifikimi i mendimeve irracionale:** Fokusi te mendimet negative që lidhen me “turpin”, “opinionin e të tjerëve”, “fajin”. P.sh., “Tani që motra ime e bëri këtë, të gjithë do të mendojnë keq për familjen tonë dhe për mua.”

- › **Sfidimi i këtyre mendimeve:** Ndhurma për rishikimin e fakteve dhe zhvillimin e perspektivave më realiste dhe më pak dëmtuese.
- › **Ndërtimi i vetëvlerësimit:** Puna me ndjenjën e vlerësimit ndaj vetes, të shkëputur nga sjellja e motrës apo pritshmëritë tradicionale.
- › **Aktivizimi sjellor:** Nxjtja për t'u angazhuar në aktivitete që i sjellin kënaqësi ose ndjenjë arritjeje, për të luftuar shpërqendrimin dhe pasivitetin.
- » **Terapia Ndërpersonale (IPT):**
 - › **Fokusi te marrëdhëniet:** Kjo terapi do të ishte shumë e përshtatshme për shkak të ngarkesës emocionale me familjarët.
 - › **Komunikimi:** Ndhurma e T. X. për zhvillimin e aftësive më efektive të komunikimit për të shprehur ndjenjat e saj ndaj nënës dhe motrës, duke vendosur kufij të shëndetshëm.
 - › **Zgjidhja e konflikteve:** Punë me konfliktin e saj të brendshëm (parimet tradicionale kundrejt situatës aktuale) dhe konfliktet me anëtarët e familjes.
- » **Këshillim i orientuar drejt zgjidhjes (Solution-Focused Brief Therapy - SFBT):** Mund të përdoret për të identifikuar burimet e brendshme të T.X.-së dhe për t'u fokusuar te hapat praktikë që mund të ndërmarrë për të përmirësuar gjendjen.

3. Punë me tematikat kulturore dhe ato familjare:

- » **Parimet tradicionale kundrejt vlerave personale:** Eksplorimi i ndikimit të pritshmërive kulturore dhe familjare në vetëvlerësimin dhe ndjenjën e turpit të T.X.-së.
- » **Rolet familjare:** Si janë ndryshuar rolet dhe pritshmëritë brenda familjes pas problemit të motrës.

4. Menaxhimi i stresit dhe aftësitë e përballimit:

- » Mësimi i teknikave të reja për menaxhimin e stresit dhe ankthit.
- » Ndërtimi i elasticitetit psikologjik (*resilience*).

III. Monitorimi dhe rishikimi (pas Seancës 10)

1. Riadministrimi i testit të vlerësimit të depresionit.

2. Vlerësimi klinik i simptomave:

Përveç testit, psikologu duhet të vlerësojë subjektivisht simptomat (ankthi, pagjumësia, të qarat, shpërqendrimi, mendimet vetëvrasëse). A janë zhdukur apo reduktuar ndjeshëm?

3. Vlerësimi i funksionimit:

Si ka ndryshuar funksionimi i T.X.-së në jetën e përditshme (marrëdhëniet, rolet, kujdesi për veten dhe fëmijët)?

4. Planifikimi i hapave të mëtejshme:

- a) **Nëse simptomat janë zbutur ndjeshëm (siç tregon rasti):** Mund të konsiderohet rrallimi i seancave (p.sh., një herë në dy javë, pastaj një herë në muaj) për të siguruar stabilizim dhe për të parandaluar rikthimin. Fokusi te konsolidimi i aftësive të reja.
- b) **Plani i parandalimit të relapsit:** Diskutimi i shenjave paralajmëruese të një përkeqësimi dhe strategjive për të vepruar nëse ato shfaqen.
- c) **Referim i mundshëm:** Nëse rëndohen edhe aspekte të tjera të jetës (p.sh. probleme martesore, trauma të pazgjidhura), mund të konsiderohen referime më të specializuara.

Ndjekja e rastit të mësipërm thekson rëndësinë e një perspektive të strukturuar por empatike, ku menaxhimi i rrezikut është prioritet, ndërsa ndërhyrjet psikoterapeutike ndihmojnë në adresimin e shkaktarëve dhe ndërtimin e aftësive të përballimit. Përfshirja e mjekut të familjes për menaxhimin e trajtimit me medikamente dhe koordinimin e kujdesit është thelbësore.

Rast 3: Pacienti me gjendje kronike ankthi

Pacienti është një mashkull 62-vjeçar që jeton me bashkëshorten dhe vajzën adulte. Aktualisht, pacienti është i punësuar dhe nuk raporton për ndonjë problematikë familjare ose sociale. Ai paraqet një histori të mëparshme varësie nga alkooli, nga e cila ka hequr dorë prej disa vitesh. Pas daljes nga varësia, ka pasur shqetësime të vazhdueshme ankthi, për të cilat është trajtuar për disa vite me medikamente qetësuese. Më pas, terapia është ndërprerë pa dhënë informacion të saktë mbi arsyet ose mbikëqyrjen mjekësore gjatë ndërprerjes. Shqetësimi kryesor që e ka sjellë pacientin për vlerësim është një episod ankthi që i ka ndodhur, i ngjashëm me një atak paniku, gjatë të cilit pacienti ka ndier papritur një gjendje të fortë ankthi të shoqëruar me ndjesi aritmie, marrje fryme dhe shqetësim të madh psikofizik. Që prej asaj kohe, pacienti ka zhvilluar një ndjenjë frike dhe shmangieje ndaj qëndrimit në të njëjtën hapësirë ku ndodhi episodi. Pacienti shpreh vështirësi të vazhdueshme me gjumin, zgjohet disa herë gjatë natës dhe përjeton ankth të përgjithshëm, shpesh të shoqëruar me simptoma somatike si palpitacione dhe marrje fryme.

Të dhënat e pacientit

Emri dhe mosha: Pacienti, 62 vjeç

Familja: Jeton me bashkëshorten dhe vajzën adulte

Profesioni: I punësuar

Historia e kaluar:

Varësi e kaluar nga alkooli

Trajtim për ankth me anksiolitik për disa vite, me ndërprerje të paplanifikuar.

Situata aktuale:

Episod akut ankthi me simptoma somatike (palpitacione, marrje fryme, ndjesi aritmie).

Vështirësi me gjumin, zgjohet disa herë gjatë natës.

Shmangie nga vendet dhe situatat që lidhen me ngjarjen traumatike.

Simptomat: ankth ndërgjegjës, vështirësi sociale, tension i përgjithshëm trupor, sjellje të tërhequra, mungesë artikulumit të ndjeshëm të shqetësimeve.

Problemi kryesor: Çrregullim ankthi dhe frikë nga rikthimi i simptomave, me përkeqësim të cilësisë së jetës për shkak të shpërndarjes nga mjekimi me medikamente dhe frika e përsëritjes së episodeve të rënuara të ankthit.

1. Vlerësimi psikologjik fillestar dhe psikoedukimi

Psikologu mund të realizojë një **intervistë klinike të strukturuar**:

- » për të kuptuar më mirë modelin e simptomave të ankthit;
- » për të identifikuar shenjat e një sulmi paniku dhe ndonjë çrregullim të ankthit të përgjithshëm;
- » për të vlerësuar ndikimin në funksionimin e përditshëm dhe cilësinë e jetës.

Në këtë fazë, është e rëndësishme të bëhet **psikoedukim** mbi:

- » natyrën e ankthit dhe atakeve të panikut;

- » lidhjen mes stresit, trupit dhe mendjes;
- » si funksionojnë mekanizmat e shmangies dhe rritjes së frikës (modeli i qarkut të ankthit);
- » rëndësia e ndërhyrjes së hershme dhe mbështetjes multidisciplinare.

2. Ndërhyrja e parë psikologjike (psikoterapi mbështetëse ose e orientuar nga CBT)

Në kushtet e shërbimit parësor, psikologu mund të ofrojë:

- » **Mbështetje emocionale fillestare** për të ulur ndjenjën e pasigurisë dhe frikës.
- » **Strategji të menaxhimit të ankthit**, si:
 - › ushtrime të frymëmarrjes diafragmatike,
 - › relaksim progresiv i muskujve (PMR),
 - › identifikim të mendimeve automatike katastrofike dhe zëvendësimi i tyre (modele të thjeshta nga CBT),
 - › ndërtimi i një rutine të shëndetshme për gjumin.

Në mungesë të një trajtimi të menjëhershëm psikoterapeutik të specializuar, këto ndërhyrje e ndihmojnë pacientin të menaxhojë simptomat në mënyrë më funksionale.

3. Monitorim i vazhdueshëm dhe vlerësim i progresit

- » Psikologu mund të përcaktojë takime të rregullta (p.sh. çdo 2 javë) për të monitoruar nivelin e ankthit dhe reagimin e pacientit ndaj mbështetjes.
- » Mund të përdorë një **instrument vlerësimi**, si shkalla GAD-7 për ankthin.

4. Koordinimi me mjekun psikiatër dhe mjekun e familjes

- » Psikologu mund të luajë rol kyç në ndjekjen ndërmjet takimeve me psikiatrin, duke u siguruar që pacienti e ndjek trajtimin dhe kupton arsyet për trajtim farmakologjik.
- » Mund të ndihmojë në zvogëlimin e stigmatizimit të trajtimit psikiatrik dhe në rritjen e aderimit të pacientit ndaj procesit.

5. Mbështetje për rikthimin në funksionim normal

- » Ndihmon pacientin të rivendosë kontrollin mbi ambientet që shmang (p.sh. dhoma e gjumit) përmes strategjive graduale të ekspozimit.
- » Promovon aktivitetet fizike, rutina të ditës, ndërveprim social dhe elemente të strukturës ditore që ndihmojnë në stabilizimin emocional.

6. Identifikimi i faktorëve të rrezikut dhe relapsit

Duke njohur historinë e mëparshme të varësisë dhe përdorimin afatgjatë të anksiolitikëve, psikologu mund të:

- » mbikëqyrë nga afër riskun e rikthimit në varësi;
- » ndihmojë në ndërtimin e mekanizmave të shëndetshëm të përballimit.

Ndjekja e rastit

- a) **Takime të rregullta:** për të vlerësuar progresionin, ndryshimet në simptoma dhe për të rregulluar planin e trajtimit.
- b) **Vlerësim i shpeshtë i rrezikut:** për mendime vetëvrasëse ose shenja të përkeqësimit të gjendjes.
- c) **Përshtatja e ndërhyrjeve:** bazuar në përgjigjen ndaj trajtimit dhe progresin.

Rast 4: Pacienti me ankesa somatike dhe probleme familjare

Pacienti: 71 vjeç

X. Y. është një grua pensioniste, e cila paraqitet për vlerësim dhe kërkon ndihmë për lehtësimin e shqetësimit fizik që ndien, duke e referuar si “lodhje” dhe “shumë dhimbje koke”. Pacientja i kupton mirë pyetjet dhe kuadrin e bisedës, orientohet në kohë, hapësirë e person dhe nuk paraqet çrregullime të përmbytjes së mendimeve apo perceptimit, por ankohet për dhimbje shumë të forta koke, nervozizëm dhe pagjumësi. Ankesat i ka adresuar te mjekja e familjes, e cila, pas referimit te mjeku neurolog (ku është planifikuar CT koke), e ka referuar te psikologja e QSH-së për adresimin e shqetësimeve të sferës emocionale.

1. Të dhënat e pacientes

- » **Emri dhe mosha:** X.Y., 71 vjeçe
- » **Statusi familjar:** E martuar; jeton me bashkëshortin dhe vajzën e madhe
- » **Situata familjare:** Bashkëshorti ka problematika për shkak të një aksidenti të pësuar dhe trajtohet nga psikiatri për probleme të shëndetit mendor;
- » **Aspekte shëndetësore:** nuk vuan nga sëmundje kronike të njohura, por shënohet se shoqi është i shtruar me trajtim psikiatrik

2. Ankesat kryesore dhe simptomat kryesore

- » **Ankesat kryesore:** lodhje, dhimbje koke të forta, nervozizëm, pagjumësi, shenja të luhatjes emocionale dhe irritimit.
- » **Simptomat kryesore:**
 - › Episode të luhatjes emocionale, me të qara dhe irritueshmëri.
 - › Tension fizik (të dridhura, shtrëngime të muskujve)
 - › Vështirësi në gjumë: zgjohet shpesh me ëndrra të frikshme dhe ndjesi të lodhjes së vazhdueshme.
 - › Ndjenja e vetëdijes së rritur për situatën e brendshme emocionale.
 - › Paaftësi për të përmbledhur mendimet dhe për t'u përqendruar.

3. Statusi mendor dhe diagnoza

Vëzhgimi klinik:

- » Pacientja qëndron e qetë në fillim, por shprehet me nervozizëm të dukshëm, shtrëngon grushtat, ndryshime në tonalitetin e zërit, shenja të tensionit të lartë emocional (në formë të tensionit fizik dhe nervozizmit)
- » Shfaqet e ngarkuar emocionalisht, me shenja të konfuzionit mendor dhe shqetësime të shpërndara.

4. Historia personale

Rreth jetës së saj: e martuar; jeton me bashkëshortin në një martesë të tensionuar, ku përshkruan vështirësi të bashkëjetesës si dhe histori të herëpashershme konfliktesh.

Situata aktuale: Ndihet e lodhur, ka ndjenjë boshllëku, probleme me gjumin, është e ngarkuar emocionalisht për rrjedhën e ngjarjeve familjare dhe marrëdhënien me bashkëshortin.

NDËRHYRJA E PSIKOLOGUT TË QENDRËS SOCIO-SHËNDETËSORE PËR RASTIN X.Y.

1. Vlerësimi psikologjik fillestar

- » **Qëllimi:** Kuptimi i gjendjes emocionale dhe faktorëve kontribuues.
- » **Metoda:**
 - › Intervistë klinike e gjysmës së strukturuar (p.sh. sipas formatit të qendrës).
 - › Përdorimi i shkallëve të thjeshta për matjen e simptomave:
 - Shkalla e Depresionit Geriatrik (GDS)
 - Shkalla për Vlerësimin e Ankthit (GAD-7)
 - Shkalla e Stresit Perceptuar (PSS)
 - Vlerësim i rrezikut të dhunës në familje dhe i ndikimit të saj emocional.

2. Formulimi i rastit (në bazë të modelit biopsikosocial)

- » **Biologjik:** Pagjumësi, dhimbje koke, rënie e oreksit, lodhje e përgjithshme.
- » **Psikologjik:** Luhatje humori, nervozizëm, ruminacione, ndjenjë faji dhe boshllëku, ankth i lidhur me shëndetin dhe marrëdhëniet.
- » **Social:** Izolim emocional në marrëdhënie martesore, barrë e kujdesit për familjen, konflikte me bashkëshortin, ndjenjë mosvlerësimi dhe mungesë e një rrjeti real mbështetës.

3. Plan ndërhyrjeje psikologjike (afatshkurtër dhe afatmesëm)

A. Mbështetje emocionale dhe psikoedukim

- » Shpjegimi i lidhjes mes gjendjes emocionale dhe simptomave fizike.
- » Normalizimi i përjetimeve dhe reduktimi i ndjenjës së fajit (“s’je e çmendur” – “je e mbingarkuar emocionalisht”).

B. Strategji të përballimit

- » Trajnimi me teknika vetëqetësuese:
 - › Frymëmarrje diafragmatike
 - › Relaksim progresiv i muskujve
 - › Teknikat e vëzhgimit të mendimeve ruminative dhe ndalimi i tyre
- » Sugjerim për të mbajtur një ditar emocional për të identifikuar situatat stresuese dhe përjetimet emocionale që i pasojnë.

C. Forcimi i vetëvlerësimit dhe rolit aktiv

- » Identifikimi i burimeve të brendshme të forcës (kontributet e saj në familje, pavarësia që ruan).
- » Inkurajimi i pjesëmarrjes në aktivitete të vogla që i japin kuptim (biseda me shoqe, kujdes për bimë, punë artizanale, etj.).

D. Mbështetja për përballimin e marrëdhënies me bashkëshortin

- » Identifikimi i kufijve emocionalë.
- » Edukim mbi ciklin e dhunës dhe pasojat e saj emocionale.
- » Mundësi referimi në shërbime të specializuara nëse dhuna vazhdon (Në rastet kur është e nevojshme, rasti mund të referohet edhe drejt shërbimeve të këshillimit psikologjik në distancë (p.sh., linja telefonike falas ose platforma online të dedikuara), ose edhe qendra sociale).

4. Bashkëpunimi me mjekun e familjes dhe infermierin

- » Informimi për gjendjen emocionale dhe rekomandimi për vlerësim më të detajuar psikiatrik për X.Y. nëse simptomat nuk përmirësohen.
- » Ndjekja e ecurisë së mjekimit të bashkëshortit – përfshirje e të bijës në sjelljen e informacionit mjekësor, për të reduktuar barrën te pacientja.

5. Frekuenca dhe kohëzgjatja e takimeve

- » Takime javore për 3–4 javë për stabilizim emocional fillestar.
- » Më tej, çdo 2 javë për monitorim, mbështetje dhe ndjekje të progresit.

6. Qëllimet afatshkurtra të ndërhyrjes

- » Reduktimi i ankthit dhe nervozizmit të përditshëm;
- » Përmirësimi i gjumit;
- » Shprehja e ndjenjave;
- » Aktivizimi gradual në funksione që i sjellin kuptim jetës.

7. Qëllimet afatmesme

- » Rritja e vetëbesimit dhe menaxhimit emocional;
 - Stabilizimi i marrëdhënieve me anëtarët e familjes;
 - Reduktimi i simptomave psikosomatike (dhimbje koke, lodhje).

Rast 5: Pacienti: Adoleshente 15-vjeçare me simptoma vetëlënduese

V.X. është një vajzë 15-vjeçare, e cila paraqitet te psikologu i qendrës shëndetësore me rekomandim të mjekut të familjes. Në takimin e parë me psikologun ajo mban sytë ulur, qëndron me kurriz të përkulur dhe ka shenja prerjesh në duar, të cilat raporton se i ka filluar që përpara moshës 10-vjeçare.

Sipas nënës së saj, një javë më parë V. është paraqitur në urgjencë, pasi ka tentuar disa herë të kryejë vetëvrasje. Ajo jeton me prindërit, gjyshen, motrën dhe vëllain. Babai i saj është konsumues i rregullt i alkoolit dhe ka ushtruar dhunë të vazhdueshme ndaj nënës së saj përpara disa vitesh. V. nuk ka problematika të tjera të njohura mjekësore. Përveç vetëlëndimeve fizike, V. raporton se dëgjon zëra, ndien boshllëk të brendshëm dhe shpesh e përshkruan veten si të "kotë". Në shkollë nuk është shumë aktive, edhe pse mundohet, nuk arrin të marrë nota të mira. Ajo, gjithashtu, konsumon rregullisht duhan prej vitesh, por mohon përdorimin apo provimin e substancave të tjera narkotike. Aktualisht, V. refuzon të marrë trajtimin mjekësor të rekomanduar nga specialisti psikiatër.

Ky është një rast urgjent dhe i ndjeshëm, me shumë faktorë rreziku dhe shenja shqetësuese. Roli i psikologut në qendrën shëndetësore është kritik, por theksohet se ky rast kërkon një qasje multidisciplinare intensive, ku bashkëpunimi me specialistin psikiatër, mjekun e familjes, dhe shërbimet sociale është thelbësor.

Hapat e procedimit të psikologut në Qendrën Socio-Shëndetësore për rastin

I. Vlerësimi fillestar dhe menaxhimi i krizës/rrezikut (PRIORITET ABSOLUT)

Qëllimi: Krijimi i sigurisë fizike dhe emocionale të V.-së, vlerësimi i thellë i rrezikut dhe planifikimi i ndërhyrjes urgjente.

1. Vlerësimi i menjëhershëm i rrezikut vetëvrasës:

- » Fakti që V.X. ka tentuar vetëvrasje disa herë dhe vazhdon të ketë vetëlëndime (prerje), tregon një rrezik **shumë të lartë** dhe **kronik** vetëvrasës.

Pyetje të drejtpërdrejta, por me kujdes:

- » A ka V. X, mendime vetëvrasëse tani? A ka një plan specifik? A ka akses në mundësi/mjete?
- » Cilët janë shkaktarët e fundit që e çuan në tentativë?
- » A ka ndonjë pakt sigurie (*safety plan*) të krijuar në urgjencë?

Masat e Sigurisë:

- » **Sigurimi i mjedisit:** Nëse rreziku është i menjëhershëm, nuk duhet të lihet vetëm.
- » **Kontrata e sigurisë:** Krijimi i një plani sigurie me V.-në, ku të përcaktohen hapat që do të ndjekë nëse ndien që nuk do t'ia dalë dot (p.sh, kontakti i menjëhershëm me psikologun, prindërit, shërbimin e urgjencës).
- » **Informimi i familjes (me miratim):** Me pëlqimin e V.X. dhe nënës, informimi i familjarëve kryesorë për rrezikun dhe hapat e sigurisë.

1. **Referim urgjent psikiatrik:** Kjo është thelbësore. Fakti që ajo tashmë ka një rekomandim psikiatrik dhe refuzon trajtimin është një shqetësim i madh. Psikologu duhet të koordinohet menjëherë me specialistin psikiatër dhe të ndihmojë në krijimin e një ure komunikimi. Ndoshta duhet diskutuar mundësia e shtrimit në spital, nëse rreziku vetëvrasës nuk mund të menaxhohet në mënyrë të sigurt në shtëpi.

2. Vlerësimi i simptomave psikiatrike/psikotike:

- » **“Dëgjimi i zërave”:** Kjo është një simptomë potencialisht psikotike dhe kërkon vlerësim të thellë psikiatrik. Psikologu duhet të eksplorojë më tej (kur i dëgjon, çfarë i thonë zërat, a janë kërcënues/urdhërues?), por pa e bërë V.X. të ndihet e gjykuar.
- » **“Ndien boshllëk të brendshëm” dhe “ndihet e pashpresë”:** Këto janë shenja të gjendjes depresive dhe dëshpëruese.

3. Vlerësimi i historisë së traumatizimit:

- » **Dhuna në familje:** Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj dhunës së babait ndaj nënës nga fëmijëria e hershme (kur ajo filloi edhe vetëlëndimet) është një faktor masiv traumatik. Edhe pse babai “ka ndryshuar”, ndikimi i kësaj traume është i thellë.

4. Vlerësimi i sjelljeve të rrezikshme:

- » **Vetëlëndimi:** Fakti që e ka filluar mjaft herët është shqetësues. Duhet të eksplorohej funksioni i vetëlëndimit (p.sh., lehtëson dhimbjen emocionale, ndien një ndjenjë kontrolli).
- » **Konsumi i duhanit:** Tregon një strategji të hershme të përballimit të pashëndetshëm. Duhet vlerësuar konsumi aktual.

5. Përdorimi i instrumenteve të vlerësimit:

- » Duke marrë parasysh gjendjen e V.X. (sytë ulur, qëndrimi, shenja prerjesh), ajo mund të mos jetë e gatshme për pyetësorë të gjatë.
- » **BDI (Beck Depression Inventory) ose PHQ-9:** Për depresionin.
- » **SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire) Scale:** Për të vlerësuar funksionimin e saj aktual.

II. Ndërhyrja dhe plani i trajtimit (në bashkëpunim të ngushtë me specialistin psikiatër)

Qëllimi: Stabilizimi i V.X., menaxhimi i rrezikut vetëvrasës, adresimi i traumës dhe zhvillimi i aftësive të shëndetshme të përballimit.

1. Bashkëpunimi i ngushtë me psikiatrin (kyç):

- » **Diskutim urgjent:** Psikologu duhet të komunikojë të gjitha gjetjet me psikiatrin (tentativat vetëvrasëse, dëgjimin e zërave, traumat, refuzimin e mjekimit).
- » **Menaxhimi i refuzimit të mjekimit:**
 - » Psikologu mund të punojë me V.X. për të kuptuar frikërat e saj ndaj mjekimit, keqkuptimet, dhe ta motivojë për fillimin e terapisë me medikamente.
 - » Mjeku psikiatër mund të shpjegojë përfitimet, efektet anësore dhe rëndësinë e medikamenteve për menaxhimin e simptomave psikotike dhe të depresionit të rëndë.
 - » Nëse simptomat psikotike janë të rënda ose rreziku i saj është i lartë, mund të diskutohet me prindërit dhe psikiatrin mundësia e shtrimit të pavullnetshëm (nëse ligjet e lejojnë dhe gjendja e kërkon).
- » **Plani i integruar i trajtimit:** medikamente + terapi psikologjike.

2. Ndërhyrja psikoterapeutike (fokusimi):

- » **Faza 1: Stabilizimi dhe siguria:**
 - » **Krijimi i marrëdhënies terapeutike:** Duke qenë e heshtur dhe e ndrojtur (qëndrimi me kurriz të përkulur), thelbi është krijimi i një ambienti të sigurt dhe të besueshëm.
 - » **Zhvillimi i aftësive për menaxhimin e krizës:** Mësimi i teknikave të shpejta për menaxhimin e dëshirës për vetëlëndim (p.sh., teknika shpërqendrimi, kontakti me persona mbështetës, teknika tokëzimi për zërat).

- **Identifikimi i ngacmuesve të mundshëm:** Çfarë e shkakton dëshirën për vetëlëndim apo dëgjimin e zërave?
- » **Faza 2: Adresimi i traumës:**
 - **Trauma e kompleksuar:** Kjo kërkon një qasje të specializuar, si Terapi Dialektike e Sjelljes (DBT) – për vetëlëndimet, ose Terapi e Fokusuar te Trauma (TFT).
 - **Eksplorimi i ndikimit të dhunës familjare:** Si ka ndikuar dhuna në shtëpi te zhvillimi i vetëvlerësimit të saj, ndjenjës së sigurisë dhe besimit të tjerët.
 - **Menaxhimi i boshllëkut të brendshëm dhe ndjenjës së kotësisë:** Puna me ndjenjat e pashpresë, dëshpërimit dhe reflektimit mbi kuptimin e jetës.
- » **Faza 3: Ndërtimi i aftësive:**
 - **Aftësi komunikimi:** Ndhima e V.X. për të shprehur ndjenjat dhe nevojat e saj në mënyra më të shëndetshme.
 - **Aftësi rregullimi emocional:** Për të menaxhuar emocionet intensive.
 - **Aftësi ndërpersonale:** Për të përmirësuar marrëdhëniet me të tjerët.
 - **Puna me vetëvlerësimin:** Mbështetja për të nxjerrë në pah pikat e forta, arritjet, dhe ndihma për ndërtuar një identitet pozitiv.
 - **Menaxhimi i simptomave psikotike:** Në bashkëpunim me specialistin psikiatër, mësimi i strategjive për të menaxhuar zërat (p.sh., mos t'u kushtojë vëmendje, të identifikohet me një profesionist).

3. Përfshirja e familjes:

- **Psikoedukim familjar:** Edukimi i prindërve për gjendjen e V.X., rreziqet, dhe rëndësinë e mbështetjes.
- **Terapia familjare:** Për të adresuar dinamikën e dhunës së mëparshme, marrëdhënien e babait me alkoolin dhe dhunën, dhe ndikimin e të gjithë anëtarëve të familjes. Kjo mund të ndihmojë në krijimin e një mjedisi më të sigurt dhe mbështetës.
- **Vendosja e kufijve:** Rreth substancave (duhanit) dhe sjelljeve vetëdëmtoese.

4. Bashkëpunimi me shkollën:

- » Nëse V.X. vazhdon shkollën, komunikimi me stafin shkollor (me pëlqimin e saj dhe të prindërve) për të siguruar mbështetje akademike dhe sociale, duke marrë parasysh vështirësitë në mësim dhe nota.

III. Monitorimi dhe rishikimi i vazhdueshëm

- » **Seanca të rregullta dhe të shpeshta:** Sidomos në fazat fillestare të trajtimit, për shkak të rrezikut të lartë.
- » **Komunikim i përditshëm/javor me psikiatrin:** Ky koordinim është kyç për mbarëvajtjen e trajtimit.
- » **Vlerësim i progresit:** Monitorimi i frekuencës dhe intensitetit të vetëlëndimeve, mendimeve vetëvrasëse, dëgjimit të zërave, përmirësimit të humorit, funksionimit social dhe akademik.
- » **Rishikimi i planit të trajtimit:** Plani duhet të jetë dinamik dhe të përshtatet sipas reagimit të V.X. dhe ndryshimeve në gjendjen e saj.

Ky rast është jashtëzakonisht serioz dhe kërkon kujdes maksimal. Psikologu është një pjesë thelbësore e ekipit, por pa mbështetjen e psikiatrit dhe ndërhyrjen familjare, rezultatet mund të jenë të kufizuara.

Rast 6: Pacienti: Adoleshent 13 vjeç me ankth nga shkolla dhe probleme bullizimi

L.M. është një djalë 13 vjeçar që paraqitet për vlerësim me kërkesë të së ëmës, e cila referon për ndryshim në sjellje, reagime nervoze dhe të qara, të cilat ajo ia atribuon ankthit nga shkolla dhe bullizmit nga disa fëmijë të klasës. Djali ankohet se çdo mëngjes i vjen për të vjellë, ndjesi që vazhdon deri sa shkon në shkollë dhe që përsëritet çdo mëngjes prej 4 muajsh. Referohet për nervozizëm të shtuar, mungesë të durimit për të pritur në radhë apo trafik, shtim të konfliktit me prindërit për përdorimin e tabletit, mungesë të tolerancës dhe shtim të grindjeve me vëllanë më të vogël, kundërshtim, mosbindje dhe shpërthime inati të pajustificuara (sipas këndvështrimit të prindërve) si dhe humbje e interesit për të studiuar.

L.M. është fëmija më i madh dhe ka edhe një vëlla më të vogël. Është nxënës në klasën e gjashtë me arritje mesatare akademike. Ngarkesa emocionale është e pranishme prej shumë kohësh. Fëmija ka qenë subjekt i bullizmit edhe më parë kur kanë jetuar në një vend tjetër. Asokohe ai ka marrë mbështetje psikologjike dhe më pas nuk ka pasur më nevojë (sipas prindërve). Bullizmi ka qenë verbal dhe fizik.

Aktualisht kërkojnë ndihmë se si të përballojë ankthin në shkollë, si të menaxhojë emocionet dhe organizimin e kohës me pajisjet elektronike.

Roli i psikologut të qendrës socio-shëndetësore në menaxhimin e rastit**1. Vlerësimi i parë psikologjik**

- » Intervistë klinike me prindërit për të eksploruar historinë zhvillimore, dinamikat familjare dhe perceptimin e sjelljeve problematike.
- » Intervistë me fëmijën për të kuptuar perceptimet e tij për shkollën, veten dhe marrëdhëniet.
- » Vlerësim i funksioneve njohëse bazë dhe vështirësive të komunikimit (nëse është e mundur, përdorimi i mjeteve depistuese si SDQ, ose skema të vlerësimit të vetërregullimit emocional).
- » Bashkëpunim me mjekun e familjes dhe mësuesin për të kuptuar më mirë vështirësitë në klasë.

2. Ndërhyrja e psikologut – Plani i mbështetjes**Qëllimet afatshkurtra:**

- » Lehtësimi i simptomave të ankthit të mëngjesit.
- » Mbështetje për vetërregullimin emocional në shkollë dhe shtëpi.
- » Këshillim për prindërit për të kuptuar dhe mbështetur vështirësitë e fëmijës.

Aktivitetet e ndërhyrjes:**» Seanca individuale me fëmijën:**

- » Teknikat e menaxhimit të ankthit (p.sh., frymëmarrje abdominale, vizualizim relaksues).
- » Edukim emocional: identifikimi dhe emërtimi i emocioneve.
- » Zhvillimi i aftësive për vetëmbrojtje (skriptet sociale, loja me role për të reaguar ndaj bullizmit).
- » Ushtrime për fleksibilitet njohës dhe tolerancë ndaj zhgënjimit.

» **Seanca me prindërit:**

- › Psikoedukim për ADHD dhe çrregullimet e të nxënit.
- › Strategji për vendosje kufijsh për pajisjet elektronike (p.sh., kontratë ditore ose javore).
- › Mënyra pozitive të disiplinës dhe reagimit ndaj shpërthimeve emocionale.
- › Mbështetje për të përmirësuar marrëdhëniet mes vëllezërve.

» **Koordinim me shkollën** (nëse është brenda kompetencës dhe ka marrëveshje bashkëpunimi):

- › Informim për situatën emocionale të fëmijës dhe nevojën për vëmendje të veçantë.
- › Sugjerim për përshtatje didaktike në mësimdhënie dhe vlerësim.

3. Rasti për referim jashtë qendrës shëndetësore

Psikologu, duke njohur kufizimet e shërbimit parësor, e orienton fëmijën dhe prindërit drejt:

- » Psikologut klinik të zhvillimit për vlerësim më të thelluar neuropsikologjik.
- » Një terapisti të sjelljes për ndërhyrje të strukturuar me bazë ABA ose CBT për ADHD dhe rregullimin emocional.
- » Mbështetje komunitare nëpërmjet grupeve psikoedukative për prindërit ose aktivitete sociale për fëmijën.

Psikologu harton një **plan ndjekjeje** që përfshin:

- » Numrin e seancave të rekomanduara,
- » Qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata,
- » Referimet e bëra,
- » Vlerësimin e progresit pas 4-6 javësh.

Projekti

Shëndet për të Gjithë (HAP)



Rr. Themistokli Gërmenji, Pallati
Helios, Kati i dytë, Tiranë, Shqipëri



www.hap.org.al



info@hap.org.al



Health for All Project - HAP



[health.for.all.project](https://www.instagram.com/health.for.all.project)



Health for All Project (HAP)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC



ASCK
Agjencia e Sigurimit të Cilësisë dhe
Kujdesit Shëndetësorë dhe Shqiptar

