

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



MENAXHIMI I SËMUNDJEVE KRONIKE

Cikël leksionesh

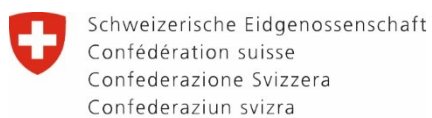
Moduli II

Albana Poloska

Fatjona Kamberi

Hartimi dhe publikimi i këtij moduli u mundësua nga “Shëndet për të Gjithë” (HAP), një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC, në kuadër të mbështetjes për masterin profesional “Infermieri Familje”.

Mendimet dhe opinionet e shprehura janë të autorëve dhe nuk përfaqësojnë domosdoshmërisht opinionin zyrtar të SDC ose HAP.



**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



Tabela e Përmbajtjes

1. Sëmundjet kronike kardiovaskulare. Diferencimi i fispatologjisë së Hemoragjive Cerebrovaskulare (Strok), Kardiomiopatisë dhe Dëmtimet Kardiake, Insuficiencës Kardiake, Hipertensionit dhe Sëmundjes Vaskulare Periferike ...	4
2. Promovimi Shëndetësor në Reduktimin e Faktorëve Riskues	26
3. Parandalimi Primar Sekondar, Rehabilitimi Kardiak. Kujdesi me në Qendër Personin. Koordinimi i Kujdesit.	46
4. Impakti i kancerit te pacienti dhe kontrolli i tyre:Një Sëmundje, disa tipe.	63
5. Prevalenca dhe mbijetesa në Shqipëri e llojeve më të zakonshme të Kancerit.Përcaktimi i Fazës dhe Gradës dhe Rrugë e Mundshme e Kujdesit. 81	
6. Shëndeti i Popullatës dhe Prevenimi i Kancerit. Promovimi i Ndryshimit të Zakoneve.Observimi dhe Ndërhyrja.	98
7. Kujdesi për Personin me Sëmundje Shoqëruese. Përkufizimi i Sëmundjeve Shoqëruese	115
8. Ndikimi i Sëmundjeve Shoqëruese në Vlerësim, Planifikim të Kujdesit dhe Vlerësim	126
9. Vlerësimi i Pacientit me Sëmundje Shoqëruese në Mjedisin e Kujdesit Komunitar.....	137
10. Zhvillimi dhe Vlerësimi i Planit të Kujdesit	149
11. E-Shëndeti në Platformat Elektronike. Çfarë është E-Shëndeti. Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit	164
12. Përmbledhje e Zgjidhjeve të E-Shëndetit në Shqipëri për të Mbështetur Menaxhimin e Kujdesit Kronik.Roli i Infermierit në Ndërhyrjet e Shëndetit... 181	

Sëmundjet kronike kardiovaskulare. Diferencimi i fispatologjisë së hemoragjive cerebrovaskulare (strok), kardiomiopatisë dhe dëmtimet kardiake, insuficiencës kardiake, hipertensionit dhe sëmundjes vaskulare periferike

Objektivat e mësimi

- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi definicionin e Sëmundjeve Kronike kardiovaskulare
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë faktorët e rrezikut të sëmundjeve kronike kardiovaskulare më të zakonshme
- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi fispatologjinë e hemoragjive cerebrovaskulare, kardiomiopatisë dhe dëmtimet kardiake, insuficiencës kardiake, hipertensionit dhe sëmundjes vaskulare periferike
- Studenti duhet të jetë i aftë të diskutojë mbi diferencimin e fispatologjisë së sëmundjeve kardiovaskulare

Sëmundjet kronike kardiovaskulare

Qëllimet e zhvillimit global mbështeten gjithnjë e më shumë në vlerësimet specifike të vendeve për përcaktimin e përparimit të një kombi. Për të përmbushur këtë nevojë, Studimi i Barrës Globale të Sëmundjeve (GBD), Dëmtimeve dhe Faktorëve të Rrezikut 2016 vlerësoi vdekshmërinë globale, rajonale, kombëtare dhe, për vendet e zgjedhura, shkakun specifik duke filluar në vitin 1980. GBD 2017 jep një vlerësim gjithëpërfshirës të vdekshmërisë për 282 shkaqe në 195 vende nga 1980 deri në 2017.

Regjistrimi sistematik dhe analiza e shkaqeve të vdekjes së njeriut mbetet një nga sukseset më elastike për shëndetin publik, duke filluar nga rutina e vazhdueshme dhe raportimi i vdekjeve nga mjekët. Sot, qindra mijëra mjekë vlerësojnë shkakun e vdekjes për miliona vdekje çdo vit, duke kodifikuar rezultatet sipas Sistemi i Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve (ICD). Këto përpjekje formojnë bazën e një vdekshmërie globale të sistemit të raportimit në të cilin mbështetet gjerësisht për të dhënë përparësi investimeve në sistemin shëndetësor, përcjellin progresin drejt qëllimeve globale të zhvillimit, dhe udhëheqin kërkimin shkencor.

Tani ka më shumë të dhëna për vdekshmërinë për shkak të miratimit më të gjerë të regjistrimit jetësor të sistemeve dhe shkëmbimit të shtuar të informacionit i cili është bërë i mundur nga komunikimi dixhital. Në të njëjtën kohë, rriten përpjekjet

për të korigjuar, renditur, analizuar dhe raportuar këtë sasi të të dhënave globale e cila po evoluon për të vazhduar me kërkesat në rritje për vlerësimin në kohë, modeleve të vdekshmërisë rajonale dhe lokale të globit. Përveç kësaj ndryshimet në modelet e vdekshmërisë për shkak të një tranzicioni epidemiologjik të vazhdueshëm, rritje të shpejtë të vdekshmërisë për shkak të shkaqeve specifike vërehen shpesh dhe kërkojnë përditësime të përsëritura të vlerësimeve globale. Shkaqet e vdekjeve tani raportohen në mënyrë dixhitale në shumë vende, duke lejuar autoritetet shëndetësore të përmirësojnë cilësinë dhe afatin kohor të raportimit të vdekshmërisë. Qëllimet e zhvillimit global gjithnjë e më shumë mbështeten në vlerësimet specifike të vendeve për krahasimin e përparimit të një kombi [1].

Në Nivelin 2 të hierarkisë GBD, numri më i madh i vdekjeve nga SJT-të u vlerësuan sëmundjet kardiovaskulare (17.8 milion vdekje), e ndjekur nga neoplazmat (9.56 milion vdekje) dhe sëmundjet kronike të frymëmarrjes (3.91 milion të vdekur). Në përgjithësi, vdekjet nga SJT u rritën globalisht, nga 33.5 milion në 2007 deri në 41.1 milion në 2017.

Në nivel global, vdekjet totale nga sëmundjet kardiovaskulare u rritën me 21.1% midis 2007 dhe 2017. Në kombinimin, sëmundjet ishemike të zemrës dhe Stroke - në nivelin 3 të hierarkisë në lidhje me shkakun vdekjet përbënin 84.9% të sistemit kardiovaskular nga sëmundjet në vitin 2017. Vdekjet nga të dyja këto shkaqe u rritën midis 2007 dhe 2017, nga 7.30 milion vdekje në 8.93 milion vdekje për sëmundje ishemike të zemrës, dhe nga 5.29 milion vdekje në 6.17 milion vdekje për Strok. Rënia më e madhe e shkallës së vdekshmërisë në sëmundjet kardiovaskulare gjatë së njëjtës dekadë ndodhën për sëmundjet kardiake reumatizmale, të cilat u ulën me 21.3% midis 2007 dhe 2017, nga 4.7 vdekje për 100 000 deri në 3.7 vdekje për 100 000 [2].

Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) janë shkak kryesor i vdekjeve në mbarë botën dhe 80 % e të gjitha vdekjeve nga SKV ndodhin tani në Vendet me të Ardhura të Ulëta dhe të Mesme (VAUM). Ndërsa epidemia e SKV po zvogëlohet në vendet me të ardhura të larta, nivelet e vdekshmërisë nga SKV priren të jenë më të larta më shumë në VAUM (p.sh., deri në 300-600 vdekje nga SKV për 100,000 popullsi) sesa në vendet perëndimore dhe barra e vdekshmërive pritet të rritet më tej (Figura 1-1). Në këtë leksion pasqyrojmë se SJT-të përbëjnë një krizë të madhe globale të shëndetit publik me sfida kritike si për sistemet kombëtare të shëndetit ashtu edhe për zhvillimin e politikave. Megjithëse burimet e alokuara për SJT -të janë ende të ulëta në shumicën e VAUM, lajmi i mirë është se epidemia e SKJ -ve në VAUM tani është më e kuantifikuar dhe e dukshme dhe se disa zhvillime të fundit të mëdha kanë ndodhur në skenën ndërkombëtare për të kryesuar dhe përsheptuar përgjigjet e përmirësuara të shëndetit publik në nivel global dhe kombëtar [3].

Sëmundjet Globale Kardiovaskulare dhe ishemia celebrare

Rreziqet dhe sëmundjet kardiovaskulare janë një përcaktues kryesor i shëndetit global. Shoqata Amerikane e Zemrës (AHA) realizon përditësimin statistikor i cili ka për qëllim të sigurojë një pasqyrë të tendencave globale të sëmundjeve kardiovaskulare në përgjithësi dhe sëmundjeve ishemike të zemrës dhe goditjes në tru në veçanti [4].

Barra Ekonomike

Në vitin 2010, kostoja globale e SKV u vlerësua në 863 miliardë dollarë. Humbja e produktivitetit për shkak të aftësisë së kufizuar nga strok, problemet kardiale dhe angina; shkalla rajonale e papunësisë; dhe humbje e kohës së punës për shkak të kujdesit mjekësor [5].

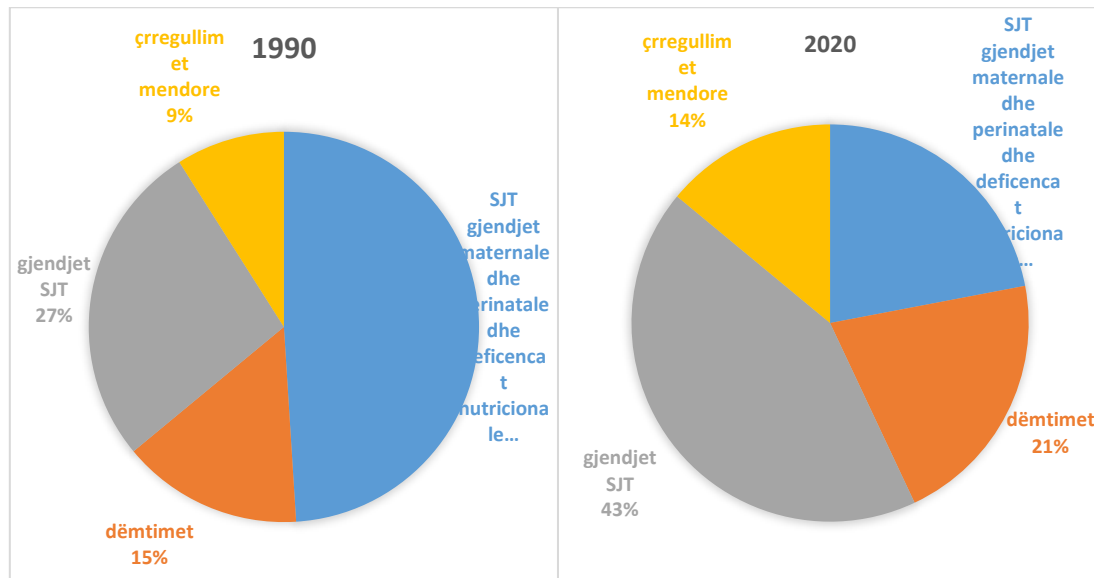


Figura 1-1 Barra Globale e Sëmundjeve 1990-2020 nga vendet në zhvillim
Burimi: Global Burden of Disease, 1996

Sipas OBSH në vitin 2008 Sëmundjet Kardiovaskulare ishin shkaku kryesor i vdekjes jo vetëm në vendet e industrializuara dhe vendet e zhvilluara por edhe në shoqëritë në zhvillim. Ndryshimet në stilin e jetës së popullsisë që jeton në vendet në zhvillim, e cila është për shkak të faktorëve socio-ekonomike dhe tranzicionit kulturor, janë arsye të rëndësishme për rritjen e shkallës së Sëmundjet Kardiovaskulare. Ky vëzhgim ka çuar në kërkime të gjera mbi parandalimin e patologjive kardiale. Diagnostifikimi i faktorëve të rrezikut dhe faktorëve favorizues të Sëmundjeve Kardiovaskulare mund të na ndihmojë të zbulojmë pacientët me rrezik të lartë dhe të parandalojmë sëmundjen, në mënyrë efektive.

Në ditët e sotme me një përparim të shpejtë në teknologjinë mjekësore dhe mjetet diagnostikuese, më shumë parashikues po i shtohen listës së mëparshme të faktorëve të rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare. Prandaj, ne duhet të dizajnojmë metodat e vlerësimit të rrezikut për të kontrolluar individët me rrezik të lartë në fillim të jetës së tyre. Ky leksion përcakton faktorët e rrezikut kardiovaskular, i klasifikon ata, përshkruan shkurtimisht se si ata bashkëveprojnë dhe diskutojnë se cilat strategji duhet të zbatohen për të parandaluar përparimin e Sëmundjeve Kardiovaskulare [6].

Sëmundja Koronare të Zembrës (SKZ)

Sipas Frayn në vitin 2005 e përkufizoi sëmundjen koronare të zemrës (SKZ) si një gjendje në të cilën muret e arterieve që furnizojnë me gjak muskulin e zemrës (arteriet koronare) bëhen të trasha. Kjo vjen nga zhvillimi i lezioneve në murin arterial, dhe quhet arteriosklerozë; lezionet quhen pllaka. Mund të kufizojë furnizimin me gjak të muskujve të zemrës (miokardit) dhe mund manifestohet për pacientin si dhimbje gjoksi gjatë sforcimit (angina) ose vështirësi në frymëmarrje gjatë aktivitetit fizik.

Sëmundja cerebrovaskulare

Frayn i përshkroi sëmundjen cerebrovaskulare si ndërprerjen e furnizimit me gjak në një pjesë të trurit e cila mund të rezultojë në një hemoragji cerebrovaskulare (stroke) ose një sulm ishemik kalimtar. Humbja e furnizimit me gjak në një pjesë të trurit mund të çojë në dëmtim të pakthyeshëm të indeve të trurit. Bllokimi më së shpeshti lind nga procesi i tromboembolizmit, në të cilin një mpiksje gjaku u formua diku tjetër (p.sh. në zemër ose në arterien karotide) zhvendoset dhe më pas mbyll një arterie brenda trurit (arteriet cerebrale). Ngushtimi i arterieve intracerebrale me pllakë aterosklerotike mund të rrisë rrezikun, dhe gjithashtu mund të çojë në formimin lokal të një mpiksjeje gjaku. Etiologjia është e ngjashme me atë të SKZ.

Sëmundja Vaskulare Periferike (SVP)

Sëmundja vaskulare periferike (SVP) përfshin pllaka aterosklerotike që ngushtojnë arteriet duke furnizuar rajone të tjera përveç miokardit dhe trurit. Një formë e zakonshme përfshin ngushtimin e arterieve që furnizojnë me gjak extremitetet veçanërisht ato të poshtme. Rezultati mund të jetë dhimbje gjatë stërvitjes. Në raste më të rënda, furnizimi i dëmtuar i gjakut çon në vdekjen e indeve të këmbëve, gjë që kërkon amputim [7].

Atheroskleroza

Atheroskleroza është shkaku më i zakonshëm i SKV dhe vdekshmërisë së lidhur me të. Ngjarja e parë e vëzhgueshme në procesin e arteriosklerozës është akumulimi i pllakës (kolesteroli nga lipoproteinat me densitet të ulët [LDLs], kalciumi dhe fibrina) në arteriet e mëdha dhe të mesme.

Kjo pllakë mund të rritet dhe të prodhojë ishemi ose nga qarkullimi i pamjaftueshëm i gjakut nëse ka një kërkesë të madhe për oksigjen ose nga këputja, duke formuar një tromb dhe duke mbyllur lumenin. Vetëm pllaka me rrezik të lartë ose të prekshëm formon trombe. Karakteristikat e pllakës së prekshme janë lezionet me një kapak të hollë fijor, pak qeliza të muskujve të lëmuar, shumë makrofagë (qeliza inflamatore) dhe një bërthamë të madhe lipide. Vendi i formimit të pllakës ose aterogjenezës është endoteli në murin e arteries. Normalisht endoteli promovon zgjerimin e enëve të gjakut, rritjen më pak të qelizave të muskujve të lëmuar dhe parandalimin e një përgjigje anti-inflamatore. Në arteriosklerozë endoteli bëhet jofunksional para se të zhvillohet një aterom ose pllakë, një lezion më serioz. Ky mosfunksionim endotelial rezulton në prodhimin e më pak oksid nitrik, (një vazodilatator kyç) dhe ena e gjakut bëhet më e ngusht. Ajo gjithashtu bëhet më e përshkueshme dhe lejon që kolesteroli LDL të merret nga makrofagët, të cilët më pas grumbullohen dhe

formojnë qeliza shkumore dhe përfundimisht një lezion i hershëm i njohur si një brez yndyror [6]. Sëmundja kardiovaskulare (SKV) si pasojë e aterosklerozës së mureve të enëve të gjakut dhe trombozës është shkaku kryesor për vdekshmërinë e parakohshme dhe e ndikimit në cilësinë e jetës (DALY (disability-adjusted life years) në Evropë dhe po bëhet gjithmonë e më i shpeshtë dhe në vendet në zhvillim [8].

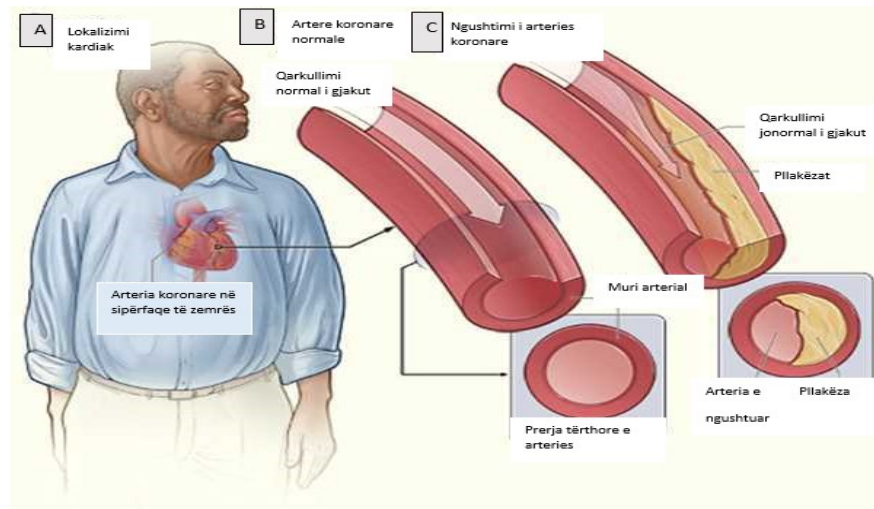


Figura 1-2 Atheroskleroza si pasojë e sëmundjeve koronare të zemrës.

Burimi: Përshtatur nga Instituti Kombëtar i Zemrës, Mushkërive dhe Gjakut (NHLBI)

Prevalenca e dislipidemisë në Shqipëri, sipas një studimi të publikuar në vitin 2015 është 58.6%, e ngjashme me atë të vendeve të tjera evropiane. Ky studim tregoi se rreth 1.4 milionë shqiptarë kanë të paktën një prej faktorëve të riskut të lartë për dislipidemi. Hiperkolesterolemia totale (TC $\geq$ 200 mg/dL) u gjet e lartë në 44.3% të popullsisë, dhe femrat me një prevalencë më të lartë se sa meshkujt, por pa ndonjë ndryshim të konsiderueshëm nga ana statistikore. Prevalenca e LDL-C ($\geq$ 130 mg/dl), HDL-C ($\leq$ 40 mg/dl) dhe TG ($\geq$ 150 mg/dl) ishte përkatësisht 34%, 17.2% dhe 22.6 %. Në studim, dislipidemia nuk lidhej me grup-moshat, BMI, arsimimin dhe të ardhurat e familjes, por lidhej me nivelin e glukozës esëll në gjak. Duhet të mblidhen të dhëna epidemiologjike më të përditësuara për të përcaktuar një prevalencë përfaqësuese të Dislipidemisë në Shqipëri [9].

Tendencat globale dhe rajonale në ngarkesën e SKV

Sipas OBSH në vitin 2008 ishte shfaqur dominimi i sëmundjeve kronike si kontribues kryesorë në vdekshmërinë totale globale. Gjithashtu deri në vitin 2005, numri i përgjithshëm i vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare (SKV) (kryesisht sëmundje koronare të zemrës, Strok dhe sëmundje reumatizmale kardiake) u rritën globalisht në 17.5 milionë nga 14.4 milionë në 1990. SKV me vazhdimin e viteve vazhduan të ishin kontribuesi më i madh i vetëm në

vdekshmërinë globale dhe do të vazhdojë të dominojë tendencat e vdekshmërinë në të ardhmen [10].

Epidemiologjia e sëmundjeve kardiovaskulare

Sëmundjet e sistemit kardiovaskular përfaqësojnë shkakun kryesor të vdekjeve në mbarë botën, edhe pse vdekshmëria për këtë shkak po bie gradualisht për shkak të përparimeve në diagnozë dhe terapi. Nëse shikojmë në Komunitetin Evropian, sëmundjet e sistemit kardiovaskular janë gjithashtu shkak kryesor i vdekjeve në moshën madhore. Analizimi i grupeve kryesore të sëmundjeve kardiovaskulare rezultonte se ishte e para si shkak i vdekjes në vitin 2007, duke zënë 32.2% nga të gjitha vdekjet. Sëmundjet ishemike të zemrës ishin shkak kryesor (37,222 vdekje) dhe hemoragjit cerebrovaskulare sëmundja e dytë (33,034 vdekje). Në Katalonjë, në 2007, sëmundjet kardiovaskulare ishin shkak i dytë kryesor i vdekjeve të meshkujt më pak se 85 vjeç (pas tumoreve) dhe e para të meshkujt më të vjetër se ajo moshë; të gratë, ishte shkak i parë pas 75 vjetësh. Të gjitha këto të dhëna japin një ide të qartë të shtrirjes dhe ashpërsisë të këtyre sëmundjeve. Megjithatë, ka disa dallime midis epidemiologjisë së sëmundjeve ishemike të zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare, të cilat përshkruhen në paragrafët në vijim [11].

Epidemiologjia e Sëmundjeve Ishemike të Zemrës

Sëmundja koronare e zemrës (SKZ) është shkak kryesor i vdekjes në moshë madhore, me 9.6% të vdekjeve nga shkaqe të veçanta. Në Spanjë, në vitin 2007, ishte shkak kryesor i vdekjes tek meshkujt (10.6%) dhe shkak i dytë kryesor i vdekjes tek gratë (8.7%). Në Komunitetin Evropian, sëmundjet ishemike të zemrës shkaktuan 89.1 vdekje për 100,000 në 2006 (123,2 në meshkuj, 62.4 për femrat).

Incidenca e Infarkt të Miokardit (IM) ndryshon sipas studimit dhe ndryshon edhe sipas grupmoshave të ndryshme. Sipas Projektit OBSH MONICA, ku u mbledhën të dhënat e 37 popullatave gjatë një periudhe 10-vjeçare, tregoi incidencë mesatare të ngjarjeve të SKZ prej 434 për 100.000 burra në vit. Finlanda dhe Mbretëria e Bashkuar kishin normat më të larta (më shumë se 700 për 100.000) dhe më të ulëtat ishin në Kinë (81 për 100.000) dhe Katalonja (210 për 100.000). Incidenca ishte më e lartë në popullsitë e Mbretërisë së Bashkuar (188 dhe 265 për 100.000) dhe më e ulët në Kinë, Kataloni (35 për 100.000) dhe Toulouse (36 për 100.000).

Disa studime epidemiologjike në SHBA kanë konkluduar incidencë më të lartë tek meshkujt (486 raste për 100.000). Ky dallim gjinor, i cili gjendet në të gjithë studimet, duket se janë më të dukshme në moshat e reja të jetës, ndërsa në moshat më të mëdha tenton të barazohet. Incidenca e Sindromit Koronar Akut (SKA) është më e larta në dekadën e 5 dhe 6 të jetës, dhe zvogëlohet më vonë. Incidenca e SKA ndjek një ritëm cirkadian, me një pikë kulmi nga 6:00 deri në mesditë kur ndodhin më shumë se 1/3 e SKA, dhe një rritje trefish në frekuencën e shfaqjes së IM në pikën e kulmit (9 të mëngjesit) në krahasim me periudhat e pasdites. Ritmi cirkadian është modeli mendor, fizik dhe i sjelljes së një personi brenda një periudhe 24-orëshe. Si i përgjigjet një personi dritës dhe errësirës ndikon kryesisht në këtë fushë të jetës sonë. Ritmi cirkadian luan një rol të rëndësishëm kur flini dhe kur zgjoheni natyrshëm. Sipas studimit të Goldberg et al., 23% e pacientëve shfaqja e simptomave brenda 1 ore pas zgjimit.

Epidemiologjia e Stroke

Sëmundjet cerebrovaskulare janë shkaku i dytë kryesor i vdekjeve, gjithashtu shkaku i dytë kryesor i demencës, dhe shkaku kryesor i paaftësisë. Sipas gjinisë, ata janë kryesuesit e tretë të shkaktit të vdekjes tek meshkujt, pas sëmundjeve ishemike të zemrës dhe kancerit të mushkërive, ndërsa tek gratë ato janë shkaktari kryesor (10.2% të të gjitha vdekjeve në Spanjë në 2007). Në Katalonjë, strok shkakton 9.2% të vdekshmërisë së përgjithshme, 7.5% në meshkuj dhe 11.1% te femrat. Shkalla e vdekshmërisë nga strok është qartë më e lartë në vendet jo të industrializuara.

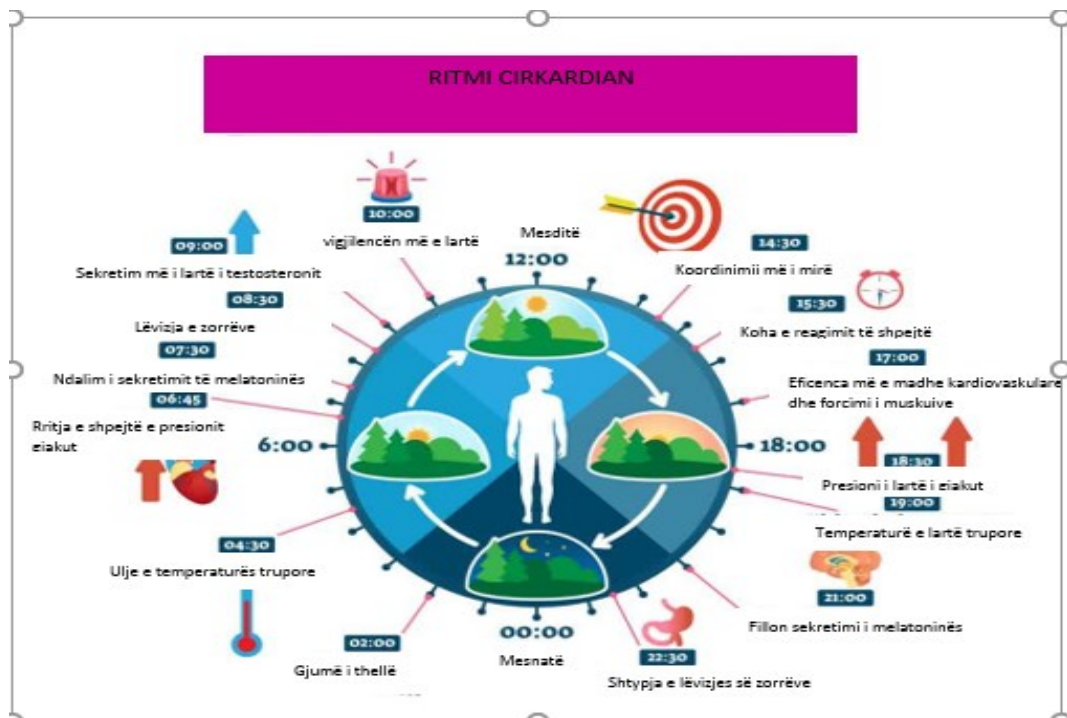


Figura 1-3. Burimi; Circadian rhythm.prescriptionhope.com

Incidenca e Stroke ndryshon shumë në varësi të studimeve. OBSH e përcakton incidencën globale të Stroke rreth 200 raste për 100.000 banorë, edhe pse të dhënat ndryshojnë midis vendeve. Shkalla më e lartë ishte në Japoni dhe më e ulëta në Mbretërinë e Bashkuar, Gjermani dhe Zelandën e Re. Incidenca specifike e moshës së Stroke rritet në mënyrë progresive, dhe diapazoni i incidencës stroke në personat e moshës 55 vjeç e lartë ishin 420-650 për 100.000, përveç në Japoni, Rusi dhe Ukrainë, ku ishin normat më të larta. Kur u analizua ndryshimi sipas gjinisë, incidenca rezultoi më e lartë tek meshkujt në të gjitha studimet.

Stroke, njësoj si infarkti i miokardit, gjithashtu pason ritmin cirkadian, dhe shumë i ngjashëm me sëmundjen ishemike të zemrës. Për të vlerësuar kohën e fillimit të Stroke nuk është e lehtë, duke pasur parasysh këtë gati një e katërta e tyre ndodhin gjatë gjumit. Është vërejtur një incidencë kulmore midis orës 6 të mëngjesit dhe 12 pasdite, kur 55% e ishemive ndodhin[11].

Kardiomiopatië

Kardiomiopati të janë një spektër i gjerë i sëmundjeve që ndikojnë në muskulin ose miokardin e zemrës. Kjo rezulton në mosfunksionimin e zemrës për të siguruar oksigjenim të mjaftueshëm të gjakut në trup dhe heq dioksidin e karbonit dhe produktet e tjera të mbetura. Zemra është një organ jashtëzakonisht e specializuar, funksioni pompë është projektuar për të rrahur vazhdimisht, pa u ndalur gjatë gjithë jetëgjatësisë së personit. Për ta vënë këtë në perspektivë, një zemër njerëzore rreh 70 rrahje në minutë do të rrahi afërsisht 2.5 miliardë herë gjatë gjithë jetës.

Përkufizimi zyrtar i kardiomiopatisë nga Shoqata Amerikane e Zemrës në 2006 është si më poshtë. *"Kardiomiopati të janë një grup heterogjen të sëmundjeve të miokardit të shoqëruara me mosfunksionimi mekanik dhe/ose elektrik që zakonisht (por jo gjithmonë) shfaqin hipertrofi ventrikulare të papërshtatshme ose zgjerim dhe janë për shkak ose një sërë shkaqesh që shpesh janë gjenetike. Kardiomiopati të ose janë të kufizuara në zemër ose janë pjesë e çrregullimeve të përgjithësuara sistemike, të cilat mund të çojnë në vdekje kardiovaskulare ose paaftësi progresive të lidhura me mosfunksionimin e zemrës"*[12].

Përcaktimi dhe Klasifikimi

Kardiomiopati të përcaktohen si sëmundje të miokardit të shoqëruara me mosfunksionim kardiak. Ato klasifikohen si kardiomiopati e dilatuar, kardiomiopati hipertrofike, kardiomiopati kufizuese dhe kardiomiopati aritmogjenike të ventrikulit të djathtë.

Kardiomiopatia e Dilatuar

Kardiomiopatia e zgjeruar karakterizohet me zgjerim dhe tkurrje të dëmtuar të barkushes së majtë ose të dy barkusheve. Mund të jetë idiopatike, familjare/gjenetike, virale dhe/ose imune, alkoolike/toksike, ose e lidhur me sëmundje kardiovaskulare të njohura në të cilat shkalla e mosfunksionimit të miokardit nuk shpjegohet nga kushtet jonormale të ngarkesës ose shkalla e dëmtimit ishemi. Histologjia është jospecifike. Prezantimi është zakonisht me dëmtim të zemrës, i cili shpesh është progresiv. Aritmitë, tromboembolizmi dhe vdekja e papritur janë të zakonshme dhe mund të ndodhin në çdo fazë.

Kardiomiopatia hipertrofike

Kardiomiopatia hipertrofike karakterizohet nga hipertrofia e ventrikulit të majtë dhe/ose të djathtë, e cila zakonisht është asimetrike dhe përfshin septumin interventrikular. Në mënyrë tipike, vëllimi i ventrikulit të majtë është normal ose i zvogëluar. Gradientet sistolike janë të zakonshme. Mbizotëron sëmundja familjare me trashëgimi autosomale dominuese. Mutacionet në gjenet e proteinave tkurrëse sarkomerike shkaktojnë sëmundje. Ndryshimet tipike morfologjike përfshijnë hipertrofinë e miociteve dhe çrregullimin e zonave përreth të rritjes së indit lidhës. Aritmitë dhe vdekja e parakohshme janë të zakonshme.

Kardiomiopatia kufizuese

Kardiomiopatia kufizuese karakterizohet nga mbushje kufizuese dhe zvogëlim i vëllimit diastolik të njëres ose të dyja barkusheve me funksion sistolik normal

dhe pothuajse normal dhe trashësi të murit. Fibroza e rritur intersticiale mund të jetë e pranishme. Mund të jetë idiopatike ose e shoqëruar me sëmundje të tjera (p.sh. amiloidoza; sëmundje endomiokardiale me ose pa hipereosinofili).

Kardiomiopatia aritmogjene e ventrikulit të djathtë

Kardiomiopatia aritmogjene e ventrikulit të djathtë karakterizohet nga zëvendësimi progresiv i fibrave të miokardit të ventrikulit të djathtë, fillimisht me përfshirje tipike rajonale dhe më vonë e gjithë zona e djathtë dhe disa zona të ventrikulit të majtë, me kursim relativ të septumit. Prezantimi me aritmi dhe vdekje të papritur është i zakonshëm, veçanërisht tek të rinjtë [13].

Tabela 1-1: Përmbledhje e klasifikimit AHA 2006 [12]

<i>Kardiomiopati të primare</i>	<i>Kardiomiopati të dytësore</i>
Gjenetike (kardiomiopati hipertrofike; anomali të përçueshmërisë: Sindroma Brugada)	Infiltrative (amiloidoza dhe sëmundja Gaucher)
E përzier (kardiomiopati e zgjeruar; kardiomiopati kufizuese)	Depozitimi (hemokromatoza dhe sëmundja e Fabry)
E fituar (miokardit inflamator, peripartum, kardiomiopatia stresante- "sindromi i zemrës së thyer" ose takotsubo)	Toksiciteti (ilaçe, alkool, metale të rënda dhe kimikate/kimioterapi)
	Endokrine inflamatore (sarkoidoze) (diabet mellitus; çrregullime të tiroideve; hiperparatiroidizmi), (sindroma Noonan, lentiginosis) mangësi neuromuskulare/ neurologjike, ushqyese, dhe çrregullime autoimune dhe të kolagjenit

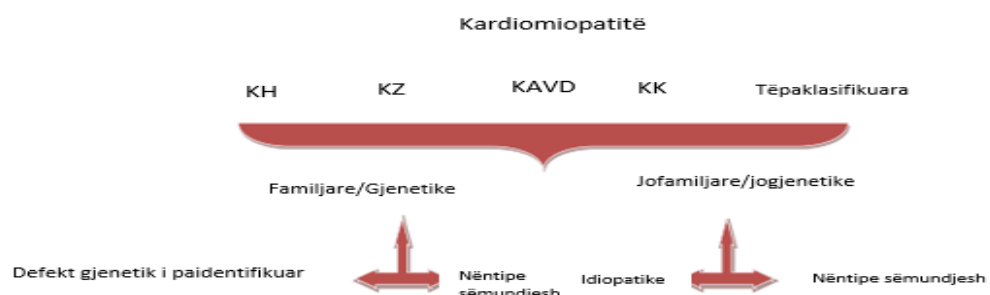


Figura 1- 4:

Burimi; Përmbledhje e Klasifikimit ESC 2008 [14]. KZ: kardiomiopati e zgjeruar; KH: kardiomiopatia hipertrofike; KAVD: kardiomiopatia aritmogjene e ventrikulit të djathtë; KK: kardiomiopatia kufizuese

Insuficiencia kardiake

Insuficiencia kardiake zhvillohet kur zemra nuk mund të mbushet ose kontrahohet në mënyrë efektive me forcën e duhur për të funksionuar si një pompë për të përmbushur nevojat e trupit. Si rezultat, prodhimi kardiak bie, duke çuar në ulje të perfuzionit të indeve. Trupi fillimisht përshtatet me zvogëlimin e prodhimit kardiak duke aktivizuar mekanizmat e natyrshëm kompensues për të rivendosur perfuzionin e indeve. Këta mekanizma normalë mund të rezultojnë në mbingarkesë vaskulare - prandaj, përdoret zakonisht termi Mosfunksionimi Kongjestiv i Zembrës (MKZ). Ndërsa këto mekanizma janë pakësuar, shfaqet mosfunksionimi i zembrës, me rritje të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë.

Mosfunksionimi i zembrës është një çrregullim i funksionit të zembrës. Shpesh është për shkak për të dëmtuar tkurrjen e miokardit, e cila mund të rezultojë nga sëmundjet koronare të zembrës dhe ishemia e miokardit ose infarkti ose nga një çrregullim i muskujve kardiak primar siç është kardiomiopatia ose miokarditi. Çrregullime strukturore kardiake, të tilla si çrregullimet e valvulave ose defektet e lindura të zembrës, dhe hipertensioni gjithashtu mund të çojnë në Insuficiencë kardiake kur muskuli i zembrës dëmtohet nga ngarkesa e tepërt e punës së gjatë e lidhur me këto kushte. Pacientë të tjerë pa një anomali parësore të funksionit të miokardit mund të paraqiten me manifestime të mosfunksionimit të zembrës për shkak të kërkesave të tepërta akute të vendosura në miokard, të tilla si mbingarkesa e vëllimit, hipertiroidizmi dhe embolia pulmonare masive. Hipertensioni dhe sëmundjet koronare të zembrës janë shkaqet kryesore të mosfunksionimit të zembrës në Shtetet e Bashkuara. Prevalenca e lartë e hipertensionit te Afrikano -Amerikanët kontribuon ndjeshëm në rrezikun dhe incidencën e mosfunksionimit të zembrës [15].

Incidenca, Prevalenca dhe Faktorët e Rrezikut

Sipas Shoqatës Amerikane të Zembrës në vitin 2013 deklaroi se më shumë se 6.6 milion njerëz në SHBA po jetojnë aktualisht me Insuficiencë kardiake; afërsisht 550,000 raste të reja të mosfunksionimit të zembrës diagnostikohen çdo vit. Vlerësimet parashikojnë që 3 milion njerëz më shumë do të kenë Insuficiencë kardiake deri në vitin 2030. Incidenca dhe prevalenca e saj rriten me moshën: Më pak se 5% e njerëzve midis moshave 55 dhe 64 vjeç kanë Insuficiencë kardiake, ndërsa 6% deri në 10% të njerëzve të moshës 65 deri në 74 vjeç janë prekur. Ekziston një rritje e shpejtë e prevalencës së insuficiencës kardiake pas moshës 65 vjeç. Ata të moshave 75 deri në 84 vjeç kanë një incidencë prej 14.8 deri në 22.3/1000 persona, ndërsa ata më të vjetër se 85 vjeç kanë një incidencë 32.7 deri 41.9/1000 persona. Sipas SHAZ në moshën 40 vjeç, rreziku i zhvillimit të mosfunksionimit të zembrës gjatë gjithë jetës është një në pesë. Kostoja direkte dhe indirekte e mosfunksionimit të zembrës në Shtetet e Bashkuara në 2011 ishte 34.4 miliardë dollarë. Prevalenca dhe shkalla e vdekshmërisë për mosfunksionimin e zembrës është më e lartë tek Afrikano -Amerikanët sesa tek të bardhët.

Sëmundja ishemike e zembrës (sëmundja koronare e zembrës) është faktor rreziku kryesor për mosfunksionimin e zembrës. Deri në 75% të individëve me Insuficiencë kardiake kanë një histori të hipertensionit. Prognoza për një pacient me Insuficiencë kardiake varet nga shkaku i tij themelor dhe sa efektivisht faktorët nxitës mund të trajtohen. Shumica e pacientëve me Insuficiencë kardiake vdesin brenda 8 viteve nga diagnoza. Rreziku për vdekje të papritur kardiake

është rritur në mënyrë dramatike, duke ndodhur me një normë gjashtë deri në nëntë herë më shumë se ajo e popullatës së përgjithshme. Në vitin 2009 në SHBA, një në nëntë vdekje kishin shkak kryesor ose kontribues të vdekjes mosfunksionimit të zemrës [15].

Tabela 1- 2.Shkaqet e zgjedhura të mosfunksionimit të zemrës [15]

Funksioni i dëmtuar i miokardit	Rritja e ngarkesës kardiake	Kushtet akute jokardiake
• Sëmundje koronare të zemrës	• Hipertensioni	• Mbingarkesa e volumit
• Kardiomiopati	• Çrregullimet e valvulave	• Hipertiroidizmi
• Ethet reumatizmale	• Anemitë	• Ethet, infeksioni
• Endokarditi infektiv	• Defektet e lindura të zemrës	• Emboli pulmonare masive

Fispatologjia

Pacientët kanë të ulur funksionin sistolik të ventrikulit të majtë për shkak të një numri shkaqesh themelore. Reduktimi i funksionit sistolik do të zvogëlojë prodhimin kardial, i cili ka pasoja të shumta negative:

- reduktim i perfuzionit të organeve fundore;
- aktivizimi neurohormonal (p.sh., sistemi renin-angiotensin aldosterone, sistemi nervor simpatik), dhe sistemet inflamatore;
- rimodelimi i zemrës (zgjerimi i ventrikulit të majtë, hipertrofia e miociteve, dhe fibrozë miokardi);
- përkeqësimi i funksionit të zemrës.

Së bashku, këta faktorë kontribuojnë në natyrën malinje të mosfunksionimit kardial duke pasuar një rënie përgjithësisht graduale, por të pamëshirshme e shoqëruar me episode akute të dekompsimit duke rritur pikun e sëmundshmërisë dhe vdekjes eventuale. E rëndësishme është që këto pasoja negative të shumta dhe të ndryshme të reduktimit të prodhimi kardial dhe mosfunksionimit të zemrës gjithashtu përfaqësojnë objektiva për ndërhyrje nga e cila janë shfaqur sukseset e trajtimit më të madh mbi mosfunksionimin e zemrës. Takohen më tepër te pacientët tipik komorbid (*Komorbiditeti do të thotë se më shumë se një sëmundje ose gjendje është e pranishme në të njëjtin person në të njëjtën kohë*) dhe të moshuar. Konkretisht, entiteti është më i përhapur te pacientët më të vjetër, femra me një histori hipertensioni, si dhe obeziteti, diabeti dhe

Fibrilacion Arterial

Teoritë aktuale mbizotëruese patofiziologjike përfshijnë:

- një rol shkakësor për sëmundjet shoqëruese dhe koronare pasuese inflamacion mikrovaskular që çon në hipertrofi të miociteve dhe reduktim të monofosfatit ciklik të guanozinës, duke rezultuar në hipofosforilimin e titinës

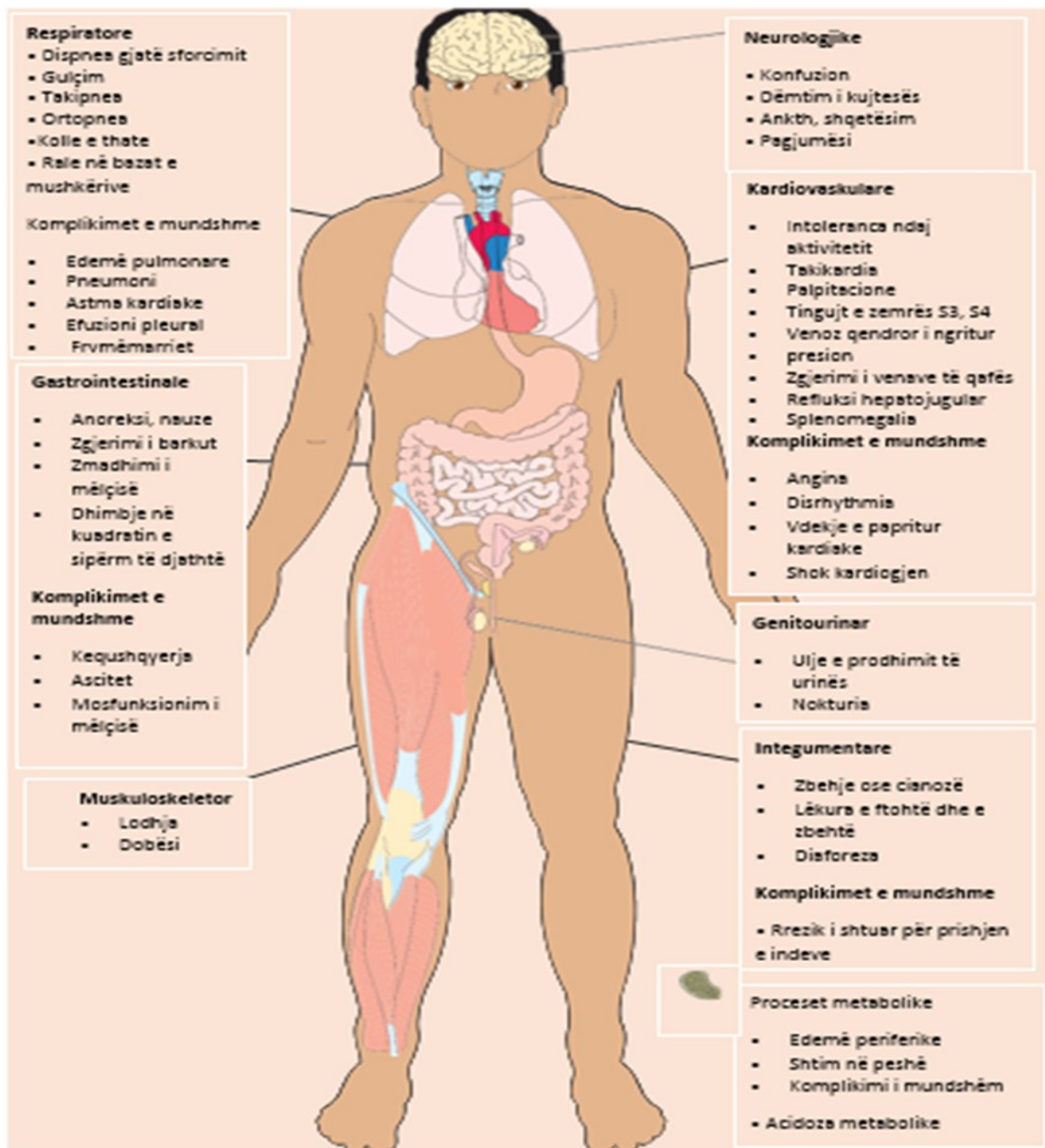
(zvogëlimi i relaksimit të miokardit) dhe fibroza e miokardit (zvogëlimi i miokardit);

- ngurtësimi qendror i arterieve, duke rezultuar në një valë të pulsit arterial të reflektuar me shpejtësi, duke rritur kështu ngarkesën pas Ventrikulit të Majtë;
- Anomalitë e shpërndarjes dhe nxjerrjes së oksigjenit të muskujve;
- Kjo pasiguri patofiziologjike e vazhdueshme pa dyshim ka kontribuar në mungesën e suksesit të trajtimit për këtë gjendje të zakonshme [16].

Hipertensioni

Sipas OBSH 2021 çdo vit më shumë njerëz vdesin nga sëmundjet kardiovaskulare sesa nga ndonjë shkak tjetër. Mbi tre të katërtat e sëmundjeve të zemrës dhe vdekjeve të lidhura me strok ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe me të ardhura mesatare. Hipertensioni - ose presioni i lartë i gjakut - është një gjendje serioze mjekësore që rrit ndjeshëm rrezikun e zemrës, trurit, veshkave dhe sëmundjeve të tjera. Hipertensioni mund të përcaktohet duke përdorur nivele specifike të presionit sistolik dhe diastolik të gjakut ose përdorimin e raportuar të barnave antihipertensive. Rreth 1.4 miliardë njerëz në mbarë botën kanë tension të lartë të gjakut, por vetëm 14% e kanë atë nën kontroll. Ekzistojnë mundësi trajtimi me kosto efektive.

Figura 1-5. Efektet Multisistemike të mosfunksionimit të zemrës ¹⁵



Përlogaritet se 26% e popullsisë botërore vuan nga hipertensioni, dhe prevalenca pritet të rritet, kryesisht bazuar në rritjen e prevalencës në vendet në zhvillim. Me moshimin e popullsisë, jetesën sedentare, dhe shtimin në peshë, prevalenca e hipertensionit në nivelin botëror do të vazhdojë të rritet. Në vitin 2015, tensioni arterial (TA) ishte shkaktari kryesor i vdekjes së parakohshme në botë, duke arritur në 10 milionë vdekje dhe 200 milionë raste të personave me humbje të viteve të jetës së shëndetshme (DALY)[17].

Tensioni Arterial Sistolik (TAS) ≥ 140 mmHg luan rolin kryesor në barrën e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë (rreth 70%), dhe numri më i lartë i vdekjeve lidhur me TAS-në në vit shkaktohet nga sëmundjet ishemike të zemrës (4.9 milionë), goditjet hemorragjike në tru (2.0 milionë) dhe goditjet ishemike në tru

(1.5 milionë). Prevalenca e lartë e hipertensionit vërehet në të gjithë botën, pavarësisht nivelit të të ardhurave, si në vendet me të ardhura të larta, të mesme dhe të ulëta [18].

Hipertensioni i bluzave të bardha: quhet tensioni arterial që është mbi vlerat normale gjatë matjeve në një institucion shëndetësor, por që bazuar në matjet jashtë ambjenteve të institucionit shëndetësor, nuk i përmbush kriteret diagnostikuese të hipertensionit.

Hipertension i maskuar: quhet tensioni arterial që vazhdimisht është mbi vlerat normale gjatë matjeve jashtë ambjenteve të institucionit shëndetësor, por që bazuar në matjet në institucion shëndetësor, nuk i përmbush kriteret e hipertensionit.

Hipertensioni i bluzave të bardha dhe ai i maskuar janë diagnoza që mund të përcaktohen në bazë të krahasimit të matjeve të TA-së brenda dhe jashtë ambjenteve të institucioneve shëndetësore [19].

Përkufizimi, klasifikimi dhe aspektet epidemiologjike të hipertensionit [19].

Definicioni i hipertensionit

Sipas Shoqatës Europiane të Kardiologjisë (SHEK) dhe Shoqatës Europiane të Hipertensionit (SHEH) në 2018 deklaruan se hipertensioni ishte shkaku kryesor i vdekjeve dhe viteve të jetës të përshtatura me aftësinë e kufizuar në të gjithë botën, dhe një kontribues më i madh në ngjarjet tek gratë dhe afrikano-amerikanët në krahasim me njerëzit me ngjyrë të bardhët.

Marrëdhënia midis ngjarjeve të Presionit të Gjakut (PGJ), Kardiovaskular (KV) dhe veshkave janë të vazhdueshme, duke bërë dallimin midis normotensionit dhe hipertensionit, bazuar në vlerat e PGJ, disi arbitrare. Megjithatë, në praktikë, vlerat e presionit të gjakut përdoren për arsye pragmatike për të thjeshtuar diagnozën dhe vendimet rreth trajtimit. Sidoqoftë, "hipertensioni" përcaktohet si niveli i presionit të gjakut në të cilat përfitimet e trajtimit (qoftë me ndërhyrjet në stilin e jetës ose ilaçe) tejkalojnë pa mëdyshje rreziqet e trajtimit, siç dokumentohet nga provat klinike. Kjo dëshmi siguron bazën për rekomandimin që klasifikimin e PGJ dhe përcaktimin e hipertensionit mbeten të pandryshuara nga Udhëzimet e mëparshme të SHEK/SHEH (Tabela 1-3).

Hipertensioni përcaktohet si vlera PGJ Sistolik (PGJS) ≥ 140 mmHg i matur në klinikë dhe/ose vlerat diastolike të PGJ (PGJD) ≥ 90 mmHg. I njëjti klasifikim përdoret tek të rinjtë, personat e moshës së mesme dhe të moshuar.

Prevalenca e hipertensionit

Bazuar në PGJ në klinikë, prevalenca globale e hipertensionit u vlerësua të ishte 1.13 miliardë në 2015, me një prevalencë prej mbi 150 milionë në Evropën qendrore dhe lindore. Prevalenca e përgjithshme e hipertensionit tek të rriturit është rreth 30 - 45%, me një prevalencë globale moshore të standardizuar prej 24 dhe 20% në meshkuj dhe femra, respektivisht, në 2015. Kjo prevalencë e lartë e hipertensionit është e qëndrueshme në të gjithë botën, pavarësisht nga statusi i të ardhurave, dmth vendet me të ardhura të mesme dhe të larta. Hipertensioni në mbarë botën do të vazhdojë të rritet me rritjen e moshës me një prevalencë $> 60\%$ në njerëzit > 60 vjeç. Ndërsa popullatatat plaken, adoptojnë

një mënyrë jetese më të ulur dhe rrisin peshën e tyre trupore, prevalenca e hipertensionit në mbarë botën do të vazhdojë të rritet. Është vlerësuar se numri i njerëzve me hipertension do të rritet me 15-20% deri në vitin 2025, duke arritur afërsisht 1.5 miliardë.

Tabela 1-3 Klasifikimi i presionit të gjakut në zyrë dhe përkufizimet e gradës hipertensionit

Kategoria	sistolik(mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	dhe	<80
Normal	120–129	dhe/ose	80–84
I lartë normal	130-139	dhe/ose	85-89
Hipertensioni i shkallës 1	140-159	dhe/ose	90-99
Hipertensioni i shkallës 2	160-179	dhe/ose	100-109
Hipertensioni i shkallës 3	≥ 180	dhe/ose	≥ 110
Hipertensioni sistolik i izoluar	≥ 140	dhe	<90

PGJ = presioni i gjakut; PSGJ = presioni sistolik i gjakut. Kategoria e PGJ përcaktohet sipas klinikës së ulur PGJ dhe sipas nivelit më të lartë të PGJ, qoftë sistolike apo diastolike. Hipertensioni sistolik i izoluar vlerësohet 1, 2 ose 3 sipas vlerave të PSGJ në intervalin e treguar.

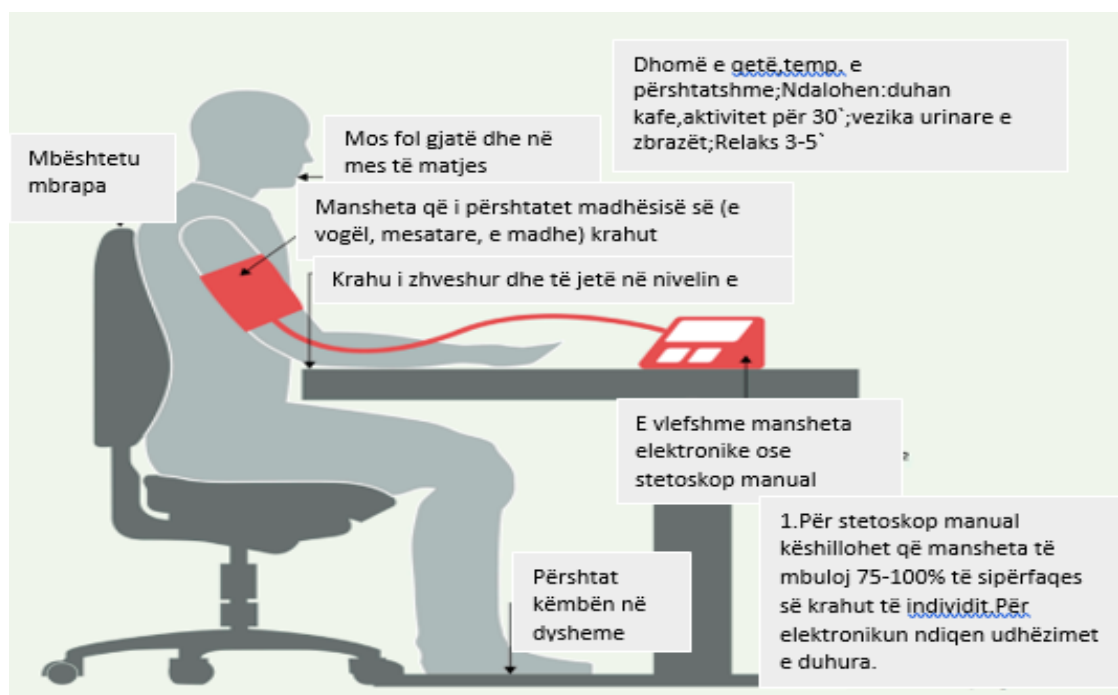


Figura 1-6 Si të masim presionin e gjakut [20]

Tabela 1-4 Faktorët që ndikojnë në rrezikun kardiovaskular në pacientët me hipertension [19]

Karakteristikat demografike dhe parametrat laboratorikë
Gjinia (burra > gra)

Mosha
Pirja e duhanit (historia aktuale ose e kaluar)
Kolesteroli totale dhe HDL-C
Acidi urik
Diabeti
Mbipesha ose obeziteti
Histori familjare e sëmundjeve KV të parakohshme (burra të moshës <55 vjeç dhe gra të moshës <65 vjeç)
Histori familjare ose prindërore e hipertensionit të hershëm
Menopauza e hershme
Stili i jetesës (jeta sedentare)
Faktorët psikosocial dhe socio -ekonomik
Ritmi i zemrës (> 80 rrahje/min)
(DOH) Dëmtimi i Organeve nga Hipertensioni; asimptomatike
Ngurtësim arterial:
Presioni i pulsit (te të moshuarit) ≥60 mmHg
ShVP Shpejtësia e Valës së Pulsit karotide – femorale > 10 m/s
EKG(elektrogram) HVM(Hipertrofia e Ventrikulit Të Majtë (indeksi Sokolow – Lyon >35 mm, ose R në VM ≥11 mm; Produkti i kohëzgjatjes së tensionit Cornell > 2440 mm.ms, ose tension Cornell > 28 mm te meshkuj ose > 20 mm te femrat)
HVM ekokardiografike [indeksi i masës VM: meshkuj > 50 g/m ^{2.7} ; gra > 47 g/m ^{2.7} (lartësia në m ^{2.7}); indeksimi për ST (Sipërfaqja e Trupit) mund të përdoret në pacientët me peshë normale; Masa VM/ST g/m ² > 115 (burra) dhe > 95 (gra)]
Mikroalbuminuria (30-300 mg/24 orë), ose raporti i rritur albumin -kreatininë (30-300 mg/g; 3.4-34 mg/mmol) (preferohet në urinën e mëngjesit)
SKV(Sëmundjet Kronike të Veshkave) e moderuar me (SHVFG) Shkalla e Vlerësimit të Filtrimit Glomerular; > 30-59 mL/min/1.73 m ² (ST) ose e SKV e rëndë SHVFG <30 mL/min/1.73 m ²
Indeksi i kyçit brakial <0.9
Retinopati e avancuar: hemorragji ose eksudate, papilloedema
Theksim i sëmundjeve KV ose renale
Sëmundja cerebrovaskulare: goditje ishemike, hemorragji cerebrale, SIK (Sulm Ishemik Kalimtar)
SAK(Sëmundja e Arteries Koronare): infarkt miokardi, angina, rivaskularizim i miokardit
Prania e pllakës ateromatoze në imazh
Mosfunksionim i zemrës
Sëmundja e arteries periferike
Fibrilacioni atrial

Tabela 1-5. Përdorimi klinik i monitorimit të presionit të gjakut në shtëpi dhe Shërbim Parësor[20]		
	Në shtëpi Presionin e gjakut Monitorimi	Ambulatore 24-orëshe Presionin e gjakut Monitorimi
Gjendja	Matje e PGJ në klinikë	Ditë rutinë pune
Pozicioni	Sa i përket PGJ në klinikë	Shmangni aktivitetet e sforcuara Krahu mbështetet dhe relaksohet gjatë secilës matje.

Pajisja	Elektronik vlefshëm(oshilometër)	
Mansheta	Madhësia e manshetës sipas perimetrit të krahut të individit	
Protokoll i matjes	Para çdo vizite te profesionisti shëndetësor: • Monitorim 3-7-ditor në mëngjes (më parë se marrja e ilaçeve nëse trajtohet)dhe në mbrëmje. • Dy matje në çdo rast pas 5 min pushimi ulur. Ndjekja dhe trajtimi i hipertensionit afatgjatë: • 1-2 matje në javë ose muaj.	• Monitorim 24-orësh në Intervale 15-30 min gjatë ditës dhe natën • Janë të nevojshme të paktën 20 lexime të PGJ gjatë ditës dhe 7 leximet gjatë natës
Interpretimi	•Matja mesatare e PGj në shtëpi pas përjashtimit të leximit të ditëve të para ≥ 135 ose 85 mmHg tregon hipertension	• Në shërbimin Parësor presionin i gjakut 130/80 mmHg tregon hipertension (kriteri parësor). • Ditën (zgjuar)presioni i gjakut $\geq 135/85$ mmHg dhe natën (në gjumë) $\geq 120/70$ mmHg tregon hipertension

Roli dhe përgjegjësitë e infermierit në Kujdesin Shëndetësor Parësor:

Infermierët e familjes mund të luajnë një rol të rëndësishëm dhe të kenë përgjegjësi të qarta në diagnostikimin dhe ndjekjen e pacientëve me hipertension.

Tabela 1-6 Roli dhe përgjegjësitë e infermierit në diagnostikimin dhe ndjekjen e pacientëve me hipertension.

Zbulimi dhe diagnoza	1.1 Infermierët do të shfrytëzojnë çdo mundësi të përshtatshme për të vlerësuar presionin e gjakut të adultëve në mënyrë që të lehtësojnë zbulimin e hershëm të hipertensionit.
1.2 Infermierët do të përdorin teknikën e saktë, madhësinë e duhur të manshetës dhe pajisjet e mirëmbajtura siç duhet kur vlerësojnë presionin e gjakut të klientëve.	
1.3 Infermierët do të jenë të ditur në lidhje me procesin e përfshirë në diagnostikimin e hipertensionit.	
1.4 Infermierët do të edukojnë klientët në lidhje me teknikat e monitorimit të presionit të gjakut vetë/në shtëpi dhe pajisjet e duhura për të ndihmuar në diagnozën e mundshme dhe monitorimin e hipertensionit.	
1.5 Infermierët do të edukojnë klientët mbi presionin e synuar të gjakut dhe rëndësinë e arritjes dhe mbajtjes së këtij objekti.	
Vlerësimi dhe Zhvillimi i një Plani Trajtimi	

Ndërhyrjet në stilin e jetesës	2.1 Infermierët do të punojnë me klientët për të identifikuar faktorët e jetesës që mund të ndikojnë në menaxhimin e hipertensionit, të njohin fushat e mundshme për ndryshim dhe të krijojnë një plan bashkëpunimi menaxhimi për të ndihmuar në arritjen e qëllimeve të klientit, i cili mund të parandalojë komplikimet dytësore.
Dieta	2.2 Infermierët do të vlerësojnë dhe edukojnë klientët për faktorët e rrezikut në dietë si pjesë e menaxhimit të hipertensionit, në bashkëpunim me dietologët dhe anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor.
2.3 Infermierët do të këshillojnë klientët me hipertension që të konsumojnë DASH Diet (Qasjet Dietike për Ndalimin e Hipertensionit), në bashkëpunim me dietologët dhe anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor.	
2.4 Infermierët do të këshillojnë klientët me hipertension që të kufizojnë marrjen e tyre dietike të natriumit në sasinë e rekomanduar prej 65-100 mmol/ditë, në bashkëpunim me dietologët dhe anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor.	
Pesha e Shëndetshme	2.5 Infermierët do të vlerësojnë peshën e klientëve, Indeksin e Masës Trupore (BMI) dhe perimetrin e belit.
2.6 Infermierët do të mbrojnë që klientët me BMI më të madh ose të barabartë me 25 dhe perimetrin e belit mbi 102 cm (meshkuj) dhe 88 cm (gra) të marrin në konsideratë strategjitë e zvogëlimit të peshës.	
Ushtrimi	2.7 Infermierët do të vlerësojnë nivelin aktual të aktivitetit fizik të klientëve.
2.8 Infermierët do të këshillojnë klientët, në bashkëpunim me ekipin e kujdesit shëndetësor, të angazhohen në ushtrime dinamike me intensitet të moderuar që do të kryhen për 30-60 minuta, 4 deri në 7 herë në javë.	
Alkooli	2.9 Infermierët do të vlerësojnë përdorimin e alkoolit nga klientët, përfshirë sasinë dhe frekuencën, duke përdorur një mjet të vërtetuar.
2.10 Infermierët në mënyrë rutinore do të diskutojnë konsumin e alkoolit me klientët dhe do të rekomandojnë III kufizime të përdorimit alkoolit, sipas rastit në një maksimum prej: • Dy pije standarde në ditë ose 14 pije në javë për burrat; • Një pije standarde në ditë ose 9 pije në javë për gratë dhe meshkuj me peshë më të lehtë.	
Pirja e duhanit	2.11 Infermierët do të jenë të ditur në lidhje me lidhjen midis pirjes së duhanit dhe rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare. 2.12 Infermierët do të përcaktojnë statusin e përdorimit të duhanit të klientëve dhe do të zbatojnë Ndërhyrje të Shkurtra të Duhanit në çdo vizitë të përshtatshme, në mënyrë që të lehtësojnë lënien e duhanit.
Stresi	2.13 Infermierët do të ndihmojnë klientët e diagnostikuar me hipertension të kuptojnë se si reagojnë ndaj ngjarjeve stresuese dhe të mësojnë se si të përballojnë dhe menaxhojnë stresin në mënyrë efektive.

Medikamentet	3.1 Infermierët do të marrin historinë e mjekimit të klientëve, e cila do të përfshijë ato të përshkruara, përdorimi pa recetë, i çdo preparati legal dhe jolegal. 3.2 Infermierët do të kenë njohuri për ilaçet që mund të përshkruhen për klientët e diagnostikuar me hipertension. 3.3 Infermierët do të ofrojnë edukim në lidhje me menaxhimin farmakologjik të hipertensionit, në bashkëpunim me mjekët dhe farmacistët.
Vlerësimi dhe zbatimi	4.1 Infermierët do të përpiqen të krijojnë marrëdhënie terapeutike me klientët. 4.2 Infermierët do të eksplorojnë pritjet dhe besimet e klientëve në lidhje me menaxhimin e hipertensionit. 4.3 Infermierët do të vlerësojnë respektimin e klientëve ndaj planit të trajtimit në çdo vizitë të përshtatshme.
Promovimi i zbatimit	4.4 Infermierëve do të sigurojë informacionin e nevojshëm për klientët me hipertension për të bërë zgjedhjen në lidhje me planin e tyre të trajtimit. 4.5 Infermierët do të punojnë me mjekun për të thjeshtuar regjimet e dozimit të klientëve. 4.6 Infermierët do të inkurajojnë rutinën dhe përkujtuesit për të lehtësuar zbatimin. 4.7 Infermierët do të sigurojnë që klientët që humbin takimet të marrin telefonata përcjellëse për t'i mbajtur ata në kujdes.
Monitorimi dhe ndjekja	5.1 Infermierët do të mbrojnë klientët që janë në trajtim antihipertensiv duke i ndjekur në vazhdimësi, në bashkëpunim me ekipin e kujdesit shëndetësor.
Dokumentacioni	6.1 Infermierët do të dokumentojnë dhe ndajnë informacion të plotë në lidhje me menaxhimin e hipertensionit me klientin dhe ekipin e kujdesit shëndetësor.
Edukimi	
7.1 Infermierët që punojnë me të rriturit me hipertension duhet të kenë njohuritë dhe aftësitë e duhura të fituara përmes kurrikulës bazë të arsimit infermior, mundësive të vazhdueshme të zhvillimit profesional dhe orientimit në vende të reja pune. Njohuritë dhe aftësitë duhet të përfshijnë, të paktën: • Patofiziologjia e hipertensionit; • Maksimizimi i mundësive për zbulim; • Lehtësimi i diagnozës; • Vlerësimi dhe monitorimi i klientëve me hipertension;	

- Sigurimi i edukimit të përshtatshëm për klientin/familjen;
- Mbështetja e ndryshimeve të stilit të jetesës;
- Promovimi i fuqizimit të individit; dhe
- Dokumentacioni dhe komunikimi me klientin dhe anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor.

Organizimi dhe Politikat e Rekomandimeve

8.1 Organizatat e kujdesit shëndetësor do të promovojnë një model të praktikës bashkëpunuese brenda ekipit ndërdisiplinor për të rritur kujdesin e hipertensionit dhe për të promovuar rolin e infermierëve në menaxhimin e hipertensionit.

8.2 Organizatat e kujdesit shëndetësor do të krijojnë sisteme të ofrimit të kujdesit që lejojnë trajnim në menaxhimin dhe zbatimin, si dhe një mjet për vlerësimin e saktë të respektimit dhe atyre faktorëve që kontribuojnë në të.

8.3 Organizatat e kujdesit shëndetësor do të zhvillojnë treguesit kryesorë dhe matjet e rezultateve që do t'i lejojnë ata të monitorojnë:

- zbatimin e udhëzimeve,
- ndikimin e këtyre udhëzimeve në optimizimin e kujdesit cilësor ndaj klientit,
- arritjet e efikasitetit, ose kostoeftektivitetit.

8.4 Udhëzimet për praktikën më të mira të infermierisë mund të zbatohen me sukses vetëm kur ka planifikim, burime, mbështetje organizative dhe administrative, si dhe lehtësim të përshtatshëm. Organizatat mund të dëshirojnë të zhvillojnë një plan për zbatim që përfshin:

- Një vlerësim i gatishmërisë organizative dhe barrierave në arsim.
- Përfshirja e të gjithë anëtarëve (qoftë në një funksion mbështetës të drejtpërdrejtë ose të tërthortë) të cilët do të kontribuojnë në procesin e zbatimit.
- Përkushtimi i një individi të kualifikuar për të siguruar mbështetjen e nevojshme për arsimin dhe procesin e zbatimit.
- Mundësi të vazhdueshme për diskutim dhe edukim për të përforcuar rëndësinë e praktikave më të mira.
- Mundësitë për reflektim mbi përvojën personale dhe organizative në zbatimin e udhëzimeve.

Referenca

1. Chronic Conditions: The Health Care Challenge of the 21st Century
2. Global Health Metrics *GBD 2017 Causes of Death Collaborators** Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.
3. Pascal Bovet, MD, MPH,^{1,2}Fred Paccaud, MD, MSc^{1,3} Cardiovascular Disease and the Changing Face of Global Public Health: A Focus on Low and Middle Income Countries *Public Health Reviews, Vol. 33, No 2, 397-415; 2012*
4. Varghese.C, Nongkynrih.B, Onakpoya.I et.al "Better health and wellbeing for billion more people: integrating non-communicable diseases in primary care";*BMJ* 2019;364:l327 doi: 10.1136/bmj.l327 (Published 28 January 2019)
5. Noncommunicable diseases progress monitor 2020 WHO
6. Amani.R, Sharifi.N "Cardiovascular Disease Risk Factors" May 1st 2011Reviewed: December 15th 2011Published: April 25th 2012.
7. Frayn. N. K"Cardiovascular disease" second edition 27 February 2019 'Nutrition & CVD: The Heart of the Matter.
8. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A. European cardiovascular disease statistics, (Statistikat evropiane për sëmundjen kardiovaskulare) bot. 2008 . European Heart Network (Rrjeti Evropian i Zemrës) 2008.
9. Shurdha O, Hasimi E, Petrela E, Goda A. Prevalence of major cardiovascular risk factors among adults in Albania (Prevalenca e faktorëve madhorë të riskut kardiovaskular tek të rriturit në Shqipëri). *International Journal of Science and Research (Revista Ndërkombëtare e Shkencës dhe Kërkimit)*, Vëllimi 4 Botimi 12, 2015.
10. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Institute of Medicine. 2010.
11. Soler.P.E, & Ruiz.C.V "Epidemiology and Risk Factors of Cerebral Ischemia and Ischemic Heart Diseases": Similarities and Differences.

12. McCartan.C, Mason.R, Jayasinghe. S. R, Griffiths. L. R."Cardiomyopathy Classification: Ongoing Debate in the Genomics Era" Hindawi Publishing Corporation.
- 13.Circulation Volume 93, Issue 5, 1 March 1996; Pages 841-842
<https://doi.org/10.1161/01.CIR.93.5.841> American Heart Association
- 14.P. Elliott, B. Andersson, E. Arbustini et al., "Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the european society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases," European Heart Journal, vol. 29, no. 2, pp. 270–276, 2008
- 15.Nursing Care of Patients with Cardiac Disorders
- 16.National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand: Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Heart Failure in Australia 2018 Heart, Lung and Circulation (2018) 27, 1123–1208.
- 17.2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension | European Heart Journal | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>. April 2020.
- 18.Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. JAMA. 2017; 317(2):165–182.
- 19.2018 ESC/ESH "Guidelines for the management of arterial hypertension" European Heart Journal (2018) 39, 3021–3104.
- 20.Unger. Th, Borghi. C, Charchar.F et.al 2020 International Society of Hypertension Global "Hypertension Practice Guidelines"
- 21.Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing "Nursing Management of Hypertension"

Promovimi shëndetësor në reduktimin e faktorëve riskues

Objektivat e mësimit

- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi Promovimin Shëndetësor dhe qëllimin
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë faktorët riskues të modifikueshëm dhe të pamodifikueshëm të SJK
- Studenti duhet të jetë i aftë të diskutojë mbi mënyrat e duhura që përdoren për t'i reduktuar këto faktorë
- Studenti duhet të jetë i aftë të vlerësojë nevojat e edukimit dhe promovimit shëndetësor individual dhe familjar dhe komunitar për SJK
- Studenti duhet të jetë i aftë të kuptojë rolet dhe përgjegjësitë e profesionistëve të shëndetit lidhur me promovimin shëndetësor

Përkutizimi i promovimit shëndetësor

Sipas OBSH promovimi shëndetësor u mundëson njerëzve të rrisin kontrollin mbi shëndetin e tyre. Ai mbulon një gamë të gjerë të ndërhyrjeve sociale dhe mjedisore që janë krijuar për të përfituar dhe mbrojtur shëndetin dhe cilësinë e jetës së njerëzve duke adresuar dhe parandaluar shkaqet rrënjësore të shëndetit të keq, jo vetëm duke u fokusuar në trajtimin dhe kurimin. Ky funksion përfshin parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e shëndetit.

Parandalimi i sëmundjeve

Parandalimi i sëmundjeve, i kuptuar si ndërhyrje specifike, të bazuara në popullatë dhe individuale për parandalimin parësor dhe dytësor (zbulimi i hershëm), me qëllim minimizimin dhe barrën e sëmundjeve dhe faktorët e lidhur me rrezikun.

Promovimi i shëndetit

Promovimi i shëndetit është procesi i fuqizimit të njerëzve për të rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe përcaktuesit e tij përmes përpjekjeve të shkrim -leximit shëndetësor dhe veprimeve shumë sektoriale për të rritur sjelljet e shëndetshme. Ky proces përfshin aktivitete për komunitetin në përgjithësi ose për popullatat në rrezik. Promovimi i shëndetit zakonisht adreson faktorët e rrezikut të sjelljes siç janë përdorimi i duhanit, obeziteti, dieta dhe pasiviteti fizik, si dhe fushat e shëndetit mendor, parandalimin e dëmtimeve, kontrollin e abuzimit me drogën, kontrollin e alkoolit, sjelljen shëndetësore të lidhur me HIV dhe shëndetin seksual.

Promovimi i shëndetit

- Politikat dhe ndërhyrjet për të adresuar duhanin, alkoolin, aktivitetin fizik dhe dietën (p.sh., FCTC, DPAS, strategjia e alkoolit dhe blerjet më të mira të NCD)
- Ndërhyrja dietike dhe ushqyese gjithashtu duhet të trajtojë në mënyrë të duhur kequshqyerjen, e përcaktuar si një gjendje që lind nga ngrënia e një diete në të cilën disa ushqyes mungojnë, në tepricë (në marrje shumë të lartë), ose në përmasa të gabuara
- Politikat ndërsektorale dhe ndërhyrjet e shërbimeve shëndetësore për të adresuar shëndetin mendor dhe abuzimin me substancat
- Strategjitë për promovimin e shëndetit seksual dhe riprodhues, përfshirë përmes edukimit shëndetësor dhe aksesit të shtuar në shëndetin seksual dhe riprodhues, dhe shërbimet e planifikimit familjar
- Strategjitë për të trajtuar dhunën në familje, përfshirë fushatat e ndërgjegjësimit publik; trajtimi dhe mbrojtja e viktimave; dhe lidhjen me zbatimin e ligjit dhe shërbimet sociale.

Mekanizmat mbështetës për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve

- Partneritete shumë sektoriale për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve
- Aktivitetet e edukimit dhe komunikimit social që synojnë promovimin e kushteve të shëndetshme, stileve të jetesës, sjelljes dhe mjediseve (shiko EPHO VII)
- Riorientimi i shërbimeve shëndetësore për zhvillimin e modeleve të kujdesit që inkurajojnë parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e shëndetit
- Komunikimi i rrezikut [1].

Figura 2-1

Promovimi shëndetësor mbi statusin e individit



Prevenimi i sëmundjeve kronike dhe promovimi shëndetësor [2]

Sëmundjet kronike përfshijnë gjendje të tilla si sëmundjet e zemrës, stroke, kanceri, diabeti, problemet e frymëmarrjes dhe artriti. Në vendet me të ardhura të larta, sëmundjet kronike kanë qenë prej kohësh shkaqet kryesore të vdekjes dhe paaftësisë. Sipas OBSH 2011 globalisht, më shumë se 70% e vdekjeve janë për shkak të sëmundjeve kronike, në Shtetet e Bashkuara, më shumë se 87%. Pothuajse një në dy amerikanë ka të paktën një gjendje kronike). Sipas CDC (Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve) 2012 përveç kostos në aspektin e mirëqënies njerëzore, trajtimi i sëmundjeve kronike llogaritet rreth tre të katërtat e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor në SHBA. Sëmundjet kronike ndikojnë drejtpërdrejt në buxhetet e përgjithshme të kujdesit shëndetësor, produktivitetin e punonjësve dhe ekonominë. Sipas Banka Botërore në vitin 2011 deklaroi se globalisht, sëmundjet jo të transmetueshme përbëjnë dy të tretat e barrës së përgjithshme të sëmundjeve në vendet me të ardhura të mesme dhe pritet të rriten në tre të katërtat deri në vitin 2030, paralelisht me zhvillimin ekonomik. OBSH në vitin 2012 evidentoi një shqetësim të veçantë për shumë vende me të ardhura të ulëta dhe të mesme është se kërcënimet për shëndetin e popullsisë ndodhin në dy fronte njëkohësisht: "*Në lagjet e varfra të sotme, ne po shohim sëmundje jo të transmetueshme të shkaktuara nga dieta dhe zakone të pashëndetshme, krah për krah me nënushqyerjen*".

CDC në vitin 2012 deklaroi se katër faktorë të ndryshueshëm të rrezikut janë kontribuesit kryesorë të sëmundjeve kronike, lidhjes me paaftësinë dhe vdekjes së parakohshme: mungesa e aktivitetit fizik, ushqimi i dobët, përdorimi i duhanit dhe konsumimi i tepërt i alkoolit. Jennifer Katz në një studim në vitin 2013 evidentoi se një në tre amerikanë të rritur janë mbipeshë, një e treta tjetër janë të shëndoshë, dhe pothuajse një e pesta e të rinjve midis 6 dhe 19 vjeç janë obezë, edhe pse normat nuk po rriten në nivelet e mëparshme. Edhe pse pirja e duhanit ka rënë ndjeshëm gjatë dekadave të fundit, rreth 20 % e amerikanëve ende pinë duhan [3].

Garrett dhe disa studiues të tjerë në vitin 2011 evidentuan në studim se normat e pirjes së duhanit janë dukshëm të ndryshme nëpër grupet socio -ekonomike, dhe shumë më e lartë te njerëzit e pafavorizuar ekonomikisht. Sipas OBSH në vitin 2012 ngitën një shqetësim shumë të madh se nëse nuk merren masa në nivel global, vdekjet nga pirja e duhanit pritet të rriten në mënyrë dramatike në vendet me të ardhura të ulëta. Në shekullin XX, përdorimi i duhanit vrau rreth 100 milionë njerëz në mbarë botën. Në shekullin e njëzet e një, rreth një miliard do të vdesin para kohe-një rritje dhjetëfish. Deri në vitin 2030, më shumë se 80 % e vdekjeve që i atribuohen duhanit do të jenë në vendet me të ardhura të ulëta.

Në parim, nëse një faktor rreziku mund të modifikohet, atëherë shumë sëmundje dhe vuajtje (sëmundshmëri) dhe vdekje të hershme (vdekshmëri) mund të shmangen ose parandalohen. Prandaj, politikat e parandalimit dhe promovimit të shëndetit kërkojnë mënyra në të cilat ndikimi i faktorëve të rrezikut të modifikueshëm mund të zvogëlohet. Si analizohen shkaqet që çojnë në zhvillimi i faktorëve të rrezikut mund të inkurajojë dikë që të eksplorojë një sërë ndërhyrjesh të ndryshme. Një pikë fillestare e dukshme është përqëndrimi në sjelljen ose stilin e jetës individuale, sepse ajo që bën një individ (ose nuk arrin të bëjë) zakonisht luan një rol kryesor në sëmundjet kronike [4].

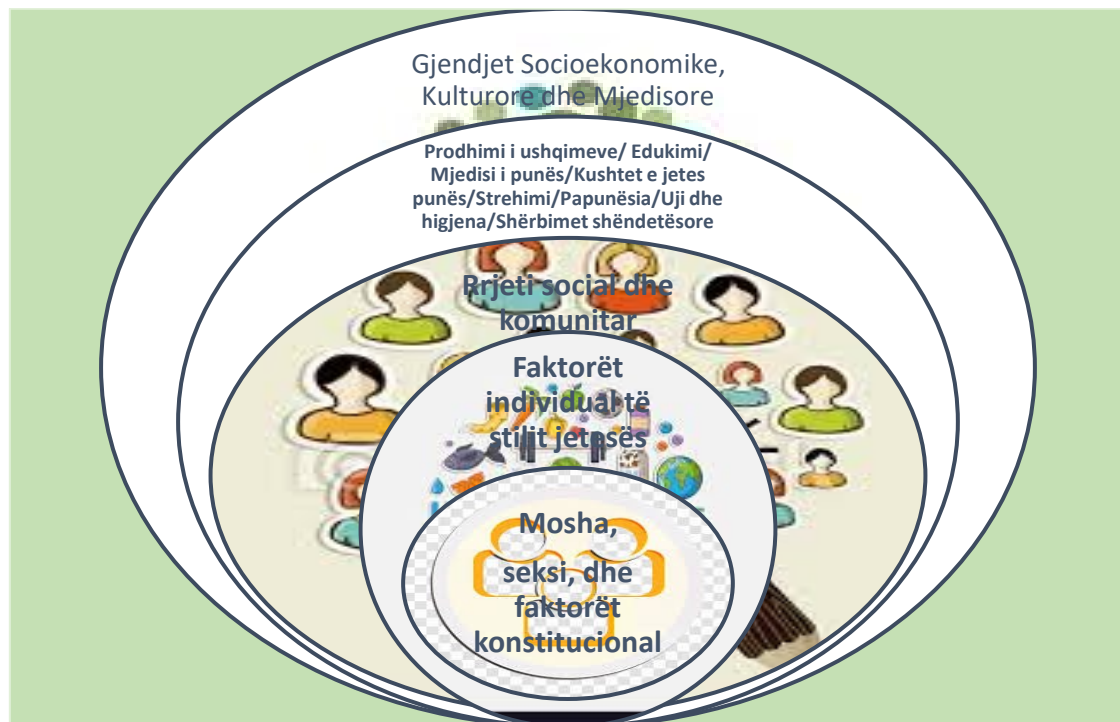
Sipas John H. Knowles, i cili është një kritik i hapur i sistemit amerikan të kujdesit shëndetësor në vitet 1970: *Parandalimi i sëmundjes nënkupton braktisjen e zakoneve të këqija të cilat i gëzojnë shumë njerëz - [por] koston e inaktivitetit fizik, abuzimit me konsumim të pijeve alkoolike (substancë narkotike), drejtimi automjetit jashtë rregullave rrugore, marrëdhëniet seksuale dhe pirjes së duhanit tani është një përgjegjësi kombëtare dhe jo individuale. Kjo justifikohet si liri individuale - por liria e një njeriu është kufizimi i një tjetri në taksë dhe çmimin e sigurimit. Unë besoj se ideja e një "të drejte" për shëndetin duhet të zëvendësohet me idenë e një morali individual detyrimi për të ruajtur shëndetin e dikujt - një detyrë publike nëse dëshironi. Individit atëherë ka 'të drejtën' të presë ndihmë me informacion, shërbime të arritshme me cilësi të mirë dhe barrierat financiare minimale (Knowles 1977).*

Knowles ka bërë një ndarje në disa pika. Së pari, nënvizon se edhe pse shëndeti i popullatës zakonisht shfaqet në mënyrë qendrore në promovimin e shëndetit, konsideratat e koston nuk largohen kurrë dhe janë njësoj të spikatura në debatet aktuale, veçanërisht në forumet politike.

Së dyti, në thirrjen e tre prej mëkateve vdekjeprurëse (ushqyerje jo e shëndetshme, vëset e jetës inaktiviteti fizik dhe marrëdhëniet seksuale të pakontrolluara), Knowles ilustron në mënyrë të sinqertë se diskutimet rreth promovimit të shëndetit nuk kufizohen në konceptet mjekësore ose të shëndetit publik. Në mënyrë të nënkuptuar ose të qartë, këto diskutime pothuajse gjithmonë përfshijnë koncepte morale (të tilla si përgjegjësia personale ose merita) që janë ngulitur në kornizat normative të mbajtura thellë. Figura 2-2 ku përcaktohen qartë determinantët e faktorëve shëndetësor dhe sëmundjet kronike.

Figura 2-2

Faktorët përcaktues të shëndetit të SJK [5]



Dhe së fundi - megjithëse Knowles në vitin 1997 ka deklaruar "*kostot e përgjegjshmërisë individuale në shëndetësi tani janë bërë të larta. Zgjedhja është përgjegjësia individuale ose dështimi shoqëror*". Ndërhyrjet e politikave që ai përmend synojnë njohjen më të gjerë të përgjegjësisë personale dhe për këtë arsye fokusohen në fushata edukimi dhe informacioni për të fuqizuar njerëzit që të sillen me përgjegjësi. Por kjo analizë është dritëshkurtër. Ai nuk merr parasysh përgjegjësinë e atyre që prodhojnë, tregtojnë dhe shesin produkte (p.sh. ushqime të pashëndetshme, pije ose duhan) dhe të atyre që rregullojnë tregjet ose vendosin standarde biznesi (p.sh., grupet tregtare ose hartuesit e politikave kombëtare ose rajonale). Pika e tij mund të thuhet më së miri nëse të gjithë njerëzit jetonin në mjedise dhe kushte të ngjashme, kishin mjaftueshëm të ardhura të disponueshme, kishin qasje të gatshme në ushqim të shëndetshëm dhe të përballueshëm, kishin mundësi të barabarta për të ushtruar dhe përjetuar kushte të tjera të favorshme për shëndetin. Por ky nuk është rasti. Njerëzit jetojnë në kontekste shumë të ndryshme, dhe shumë faktorë të ndryshëm përcaktojnë shëndetin (Fig. 2-2).

Edhe pse Figura 2-2 siguron një pasqyrë të dobishme të shumë faktorëve që ndikojnë në shëndetin, koncepti i "stilit të jetesës", i hasur zakonisht në debatin më të gjerë rreth sëmundjeve kronike është problematik. Mund të sugjerojë që njerëzit të zgjedhin, për shembull, pirjen e rrallë të duhanit ose pirjen e shpeshtë, pasi të tjerët mund të vendosin midis golfit ose tenisit si hobi. Çështja është se "stili i jetesës" nënkupton shkallën e lirisë dhe mundësinë e zgjedhjeve të vërteta.

Por supozoni se jeni rritur në një lagje brenda qytetit si fëmijë të prindërve obezë dhe duhanpirës me të ardhura të ulëta. Shumë në familjen tuaj dhe mjedisi shoqëror janë duhanpirës dhe të shëndoshë. Krahasuar me mesataren

kombëtare, ju jeni ndër më mbipeshët dhe nuk arrini të humbni peshë si adoleshent.

Ju mbeteni obezë. Thirrja e obezitetit tuaj një çështje jetese nuk ka kuptim. Tani supozoni se keni filluar pirjen e duhanit si i mitur (<18 vjeç) ashtu si 88 % e të rriturve amerikanë që pinë duhan çdo ditë (Departamenti Amerikan i Shëndetit dhe Shërbimeve Njerëzore 2012). Mund të jetë cinike ta trajtoni këtë "mënyrë jetese" si vullnetare dhe të zgjedhur lirisht nëse, për shembull, shumë nga modelet tuaja të duhanit pinë duhan dhe nëse pirja e duhanit në mjedisin tuaj shoqëror dhe sfidues funksionon si një mekanizëm përballues për të lehtësuar stresin. Prandaj, sferat e ndryshme në diagram duhet të kuptohen si shumë të ndërvarura.

Sa i përket terminologjisë, koncepti i faktorëve të jetesës duhet të zëvendësohet me atë të sjelljes personale. Duke vepruar kështu pranon se kufizimet e fuqishme mund të cenojnë rëndë zhvillimin e zakoneve dhe sjelljeve të shëndetshme. Në rastin më të keq, këto kufizime mund të pengojnë zhvillimin e zakoneve dhe sjelljeve të shëndetshme krejtësisht, edhe kur individët kanë qëllimet më të mira.

Përqendrimi vetëm tek individit është tepër i ngushtë kur identifikohen politikat për parandalimin e sëmundjeve kronike. Megjithatë, heqja e individit nga ekuacioni është gjithashtu e padobishme. Çështjet qendrore etike që lidhen me promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve kronike kanë të bëjnë me përgjegjësitë relative të të gjithëve agjentë veprimet e të cilëve ndikojnë në shëndetin e të tjerëve. Këta agjentë përfshijnë, përveç individëve, punonjës shëndetësorë, qeveri (në nivele të ndryshme) dhe entitete korporative (një strukturë biznesi e formuar posaçërisht për të kryer aktivitete, të tilla si drejtimi i një ndërmarrje ose mbajtja e aktiveve) [6].

Tabela 2-1. Nivelet e ndërhyrjes në parandalimin e sëmundjeve kronike [7]

Në parandalimin e sëmundjeve kronike dhe promovimin e shëndetit, qeveritë kanë një sërë opsionesh politike që ndryshojnë në arsyetim, kërkesa për evidenca dhe shtrirje të ndërhyrjes.

- Eliminoni zgjedhjen: Ndaloni substanca të tilla si transfatet. Aktivitete për fëmijët obezë.
- Kufizoni zgjedhjen: Ndaloni ushqimet jo të shëndetshme nga dyqanet ose restorantet. Shtoni fluor në ujë.
- Zgjedhja e udhëzuesit përmes stimujve: Taksat e cigareve.
- Eliminoni përdorimin e makinave në qytete përmes skemave të tarifimit ose duke kufizuar hapësirat e parkimit.
- Zgjedhja e udhëzuesit duke ndryshuar politikën e paracaktuar: Në restorante, në vend që të ofroni më pak mundësi shëndetësore dhe të përfshini patatet e skuqura si një pjatë standarde (me opsione më të shëndetshme në dispozicion) bëni opsione të shëndetshme tarifë standarde të menisë (me patate të skuqura sipas dëshirës).
- Rregulloni nivelet e kripës në ushqimet e shpejta sepse konsumatorët mund të shtojnë kripë më pas.
- Mundësoni zgjedhjen: Krijoni programe të ndalimit të pirjes së duhanit të financuara nga taksat, ndërtoni korsitë për biçikleta ose siguronit fruta falas në shkollë.
- Siguronit informacion: Zbatoni fushatë për të inkurajuar njerëzit të ecin më shumë ose të hanë sasi të caktuara të frutave dhe perimeve çdo ditë.
- Mos bëni asgjë ose thjesht monitoroni situatën aktuale.
- Drejtoni zgjedhjet përmes stimujve. Mund të ofrohen rregullore që drejtojnë zgjedhjet nga stimujt fiskalë dhe stimuj të tjerë, për shembull ofrimi i lehtësirave tatimore për blerjen e biçikletave që përdoren si mjet për të shkuar në punë.
- Kufizoni zgjedhjen. Rregulloni në mënyrë të tillë që të kufizoni opsionet në dispozicion të njerëzve me qëllim të mbrojtjes, për shembull heqja e përbërësve jo të shëndetshëm nga ushqimet, ose ushqimet e pashëndetshme nga dyqanet ose restorantet.

Qëllimi themelor i promovimit të shëndetit duhet të jetë në fund të fundit promovimi i zhvillimit të një personaliteti të shëndetshëm. Një personalitet i shëndetshëm mund të përshkruhet si një profil karakteri krijues ose i ndriçuar në modelin psikobiologjik të personalitetit, i cili përbëhet nga të qenit i vetë-drejtuar dhe bashkëpunues [8].

Prevenimi i sëmundjeve kronike nga dieta dhe ndryshimi i stilit të jetesës

OBSH në vitin 2002 deklaroi se sëmundja e arteries koronare (SAK), strok, diabeti dhe disa kancere specifike, të cilat deri vonë ishin të zakonshme vetëm në vendet me të ardhura të larta, tani po bëhen dominuese burimet e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në mbarë botën.

Për më tepër, normat e kancerit dhe sëmundjeve kardiovaskulare (SKV) në mesin e emigrantëve nga vendet me rrezik të ulët në vendet me rrezik të lartë pothuajse gjithnjë rritet në mënyrë dramatike. Në shoqëritë tradicionale afrikane, për shembull, SAK praktikisht nuk ekziston, por normat mes Afrikano -

Amerikanëve janë të ngjashëm me ata midis Kaukazianëve Amerikanë. Këto ndryshime të habitshme në normat brenda vendeve me kalimin e kohës dhe midis popullatave migruese tregojnë se përcaktuesit kryesorë të këtyre sëmundjeve nuk janë gjenetike, por faktorët mjedisorë, përfshirë dietën dhe stilin e jetës. Kështu, kërkime të konsiderueshme kanë synuar identifikimin e përcaktuesit të modifikueshëm të sëmundjeve kronike.

Studime të mundshme epidemiologjike, disa prova të rastësishme parandaluese dhe shumë studime afatshkurtra të ndërmjetme në pikat përfundimtare të tilla si presioni i gjakut dhe lipidet kanë zbuluar marrëveshje të mira në lidhje me përcaktuesit e veçantë të dietës dhe stilit të jetesës të sëmundjeve kryesore kronike. Shumica e këtyre studimeve janë kryer në vendet perëndimore, pjesërisht për shkak të historisë rëndësinë e këtyre sëmundjeve në Perëndim, por edhe sepse ato kanë infrastrukturën kërkimore më të zhvilluar. Pra, përfundimi është se reduktimi i dietës së identifikuar, të modifikueshme dhe faktorët e rrezikut të jetesës mund të parandalojnë shumicën e rasteve të SAK, stroke, diabeti, dhe shumë kancere në mesin e popullatave me të ardhura të larta (Willett 2002). Këto gjetje janë thellësisht të rëndësishme, sepse ato tregojnë se këto sëmundje nuk janë pasoja të pashmangshme të një shoqërie moderne. Për më tepër, norma të ulëta të këtyre sëmundjeve mund të arrihen pa ilaçe ose mjekime të shtrenjta objekteve, një rezultat që nuk është për t'u habitur, sepse normat e tyre kanë qenë historikisht jashtëzakonisht të ulëta në vendet në zhvillim me pak objekte mjekësore. Sidoqoftë, parandalimi i këtyre sëmundjeve do të kërkojë ndryshime në sjelljet që lidhen me pirjen e duhanit, aktiviteti fizik dhe dieta; investimet në arsim, politikat e ushqimit dhe infrastruktura fizike urbane është e nevojshme për të mbështetur dhe inkurajuar këto ndryshime (shih tabelën 2-2) [9].

Rekomandime për ndryshime në stilin e jetës

- *Shmangni Përdorimin e Duhanit.* Shmangia e pirjes së duhanit duke parandaluar fillimin ose me ndërprerjen për ata që tashmë pinë duhan është mënyra më e rëndësishme për të parandaluar SKV dhe kancerin. Shmangia e përdorimit të duhanit pa tym do të parandalojë gjithashtu një pjesë të mirë e kancerit oral.
- *Ruani një peshë të shëndetshme.* Obeziteti po rritet me shpejtësi në mbarë botën. Edhe pse obeziteti - një masë trupore indeksi (BMI) prej 30 ose më i madh - ka marrë më shumë vëmendje sesa mbipësia, mbipësia (BMI prej 25 deri në 30) është zakonisht e barabartë më e përhapur dhe gjithashtu jep rreziqe të larta të shumë sëmundjeve. Për shembull, njerëzit mbipeshë përfshijnë një nga dy në ngritje e trefishtë në rreziqet e SAK dhe hipertensionit dhe rritje më shumë se dhjetëfish në rrezikun e diabetit të tipit 2 në krahasim me individët e dobët (BMI më pak se 23) [10].

Tabela 2-2 Sindroma e Rezistencës së Insulinës

Sindroma e Rezistencës së Insulinës
--

Vitet e fundit, studiuesit kanë njohur sindroma e rezistencës së insulinës (e njohur edhe si sindroma metabolike) si një faktor kontribues i zakonshëm në zhvillimin e diabetit, SAK dhe disa kancereve.

Sindroma karakterizohet nga perimetri i rritur i belit, ulje e Kolesterolit HDL (lipoproteina me densitet të lartë), nivele të larta të triglicerideve, hipertensionit dhe intolerancës ndaj glukozës.

Shkaqet më të drejtpërdrejta janë mbipesha dhe pasiviteti, por faktorët dietikë kontribuojnë.

Faktorët gjenetikë, të cilët janë ndoshta të dobishme gjatë periudhave të mungesës së ushqimit, gjithashtu luajnë një rol.

Provat e fundit tregojnë se popullsia e Azisë, Amerikës Latine dhe ndoshta Afrikës janë veçanërisht të ndjeshëm.

Tabela 2-3. Lidhja e stilit të jetës dhe SJK

Marrëdhëniet bindëse dhe lidhja e mundshme midis faktorëve dietikë dhe stilit të jetesës dhe sëmundjeve kronike											
Dieta dhe faktorët e stilit të jetesës	CV D	Diabet Tipi 2	Kancer	Sëmundje Dentare	Fraktura	Katarakt	Defekt të Lindjes	Obezitet	Sindroma metabolik	Depresioni	Disfunksioni seksual
Shmangni pirjen e duhanit	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↑			↓
Ndihni aktivitetin fizik	↓	↓	↓		↓			↓	↓	↓	↓
Shmangni mbipeshën	↓	↓	↓		↑	↓			↓		↓
Dietë											
Konsumoni yndyrnat e shëndetshme	↓	↓									
Hani shumë fruta dhe perime	↓		↓	↓	↓	↓	↓	↓			

Zëvendësoni kokrrat e rafinuara me drithëra të plota	↓	↓						↓			
Kufizoni marrjen e sheqerit	↓	↓		↓				↓			
Kufizoni kaloritë e tepërta											
Kufizoni marrjen e natriumit	↓										

Burimi: [11] Shënim: **Bold** -bindëse; Standard- marrëdhënie e mundshme; ↑ Rritje e rrezikut; ↓ ulje e rrezikut.

Personat mbipeshë dhe obezë gjithashtu përjetojnë vdekshmëri të lartë nga kanceri i zorrës së trashë, gjirit (postmenopauzale), veshka, endometrium dhe organe dhe sisteme të tjera. Shumë njerëz me një BMI më të vogël se 25 kanë fituar peshë të konsiderueshme që kur ishin në moshë të re dhe janë gjithashtu në rrezik të shtuar të këtyre sëmundjeve, edhe pse ato nuk janë teknikisht mbipeshë [10].

OBSH në vitet 2000 nga studimet rezultoi se në Kinën rurale, ku BMI mesatare ishte më pak se 21 për burrat dhe gratë, dhe prevalenca e hipertensionit ishte gati pesë herë më e madhe për ata me BMI afërsisht 25 sesa për njerëzit më të dobët. Sepse shumë aziatikë po përjetojnë pasojat negative të yndyrës së tepërt të trupit me BMI më të vogël se 25, përkufizimi i mbipeshës për Azinë kohët e fundit është zgjeruar duke përfshirë një BMI prej 23 deri në 25. Për shumicën e njerëzve, përveç nëse është kequshqyer dukshëm si një adoleshent apo i ri i rritur, pesha trupore në mënyrë ideale nuk duhet të rritet me më shumë se 2 ose 3 kilogramë pas moshës 20 vjeç për të ruajtur shëndetin optimal. Kështu, një peshë e dëshirueshme për shumicën e njerëzve duhet të jenë brenda kufirit të BMI prej 18.5 në 25.0, dhe mundësisht më pak se 23 [10].

Informacion shtesë i vlefshëm mund të merret duke matur perimetrin e belit, i cili reflekton akumulimin e yndyrave në bark. Në shumë studime, perimetri i belit është parashikues i fortë i SAK, strok dhe diabetit të tipit 2, edhe pas kontrollit për BMI. Një perimetër beli prej përafërsisht 16 centimetra për meshkujt dhe 14 centimetra për gratë është përdorur si kriter për kufirin e sipërm të gamës së shëndetshme në Shtetet e Bashkuara, por për shumë njerëz kjo masë e yndyrave të barkut do të ishte shumë larg mbi optimalen. Sepse perimetri i barkut është vlerësuar lehtësisht, edhe aty ku peshoret mund të mos jenë të disponueshme, puna e mëtejshme mund të jetë e vlefshme për të zhvilluar kritere të përshtatshme vendore. Ndërkohë, një rritje prej më shumë se 5

centimetra përdoret si bazë për rekomandimin e ndryshimeve në modelet e aktivitetit dhe dietës [9-10].

Figura 2-3. Faktorët riskues për NCDs [12]

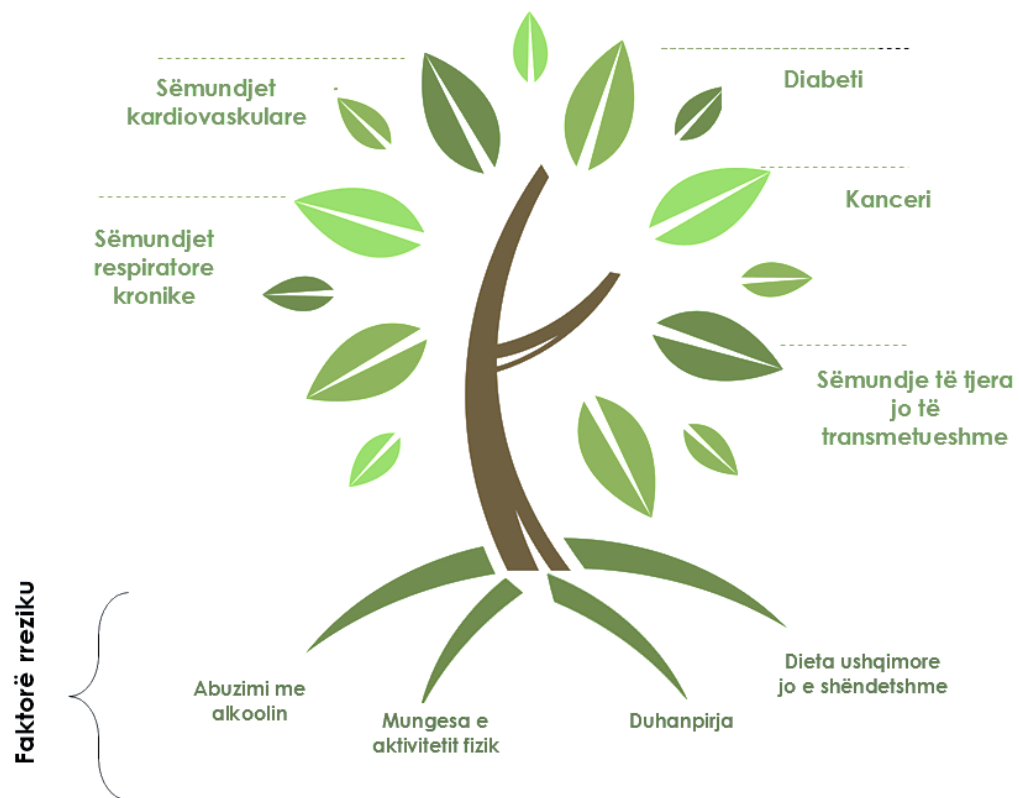


Figura 2-4. Shkaqet kryesore të SK sipas OBSH [13]



Situata në vendin tonë

Vlerësohet se faktorët e lidhur me stilin e jetesës janë përgjegjës për më shumë se 70% të barrës totale të sëmundjes në Shqipëri. Mbështetja e individëve për një jetë të shëndetshme, përmes rritjes së vetëdijes mbi rreziqet dhe organizimit të përshtatshëm të shoqërisë, do të ishte qasja më kosto-efektive në mbrojtje të shëndetit. Në Shqipëri tre faktorët e rrezikut të vlerësuar si më të rëndësishëm nga pikëpamja e proporcionit që kontribuojnë në barrën e sëmundjeve, janë dieta e pashëndetshme, presioni i lartë i gjakut dhe duhanpirja. Vetëm duhanpirja është përgjegjëse për rreth 1 në 4 vdekje nga sëmundjet kronike. Gjithashtu, 1 në 4 vdekje nga sëmundjet kardiovaskulare ka në bazë duhanpirjen. Për kanceret ky kontribut negativ është edhe më i lartë duke arritur në mbi 83% të vdekjeve nga kanceri i mushkërive. Një raport i Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) i botuar në vitin 2014 raporton prevalencën e duhanpirjes ditore në Shqipëri në personat mbi 15 vjeç, 48% te meshkujt dhe 5% te femrat (total 26%) duke reflektuar studimet kombëtare të viteve 2002 dhe 2009.[14] Ndërkohë studimi kombëtar i bazuar në popullatë (15-65 vjeç) i vitit 2014 konfirmon prirjen e dukshme për rritje të duhanpirjes mes femrave (mbi 10%), sidomos mes atyre më të arsimuara dhe që jetojnë në qytete, si dhe një frenim të epidemisë së duhanpirjes te meshkujt (43%) [15].

Në raportin e vitit 2014 të profilit të NCD-ve sipas vendeve, OBSH-ja vlerëson se obeziteti në personat adult në Shqipëri ka një prevalencë prej rreth 21.3% me ndryshim të vogël mes meshkujve (21.8%) dhe femrave (20.8%) [16].

Dieta e pashëndetshme shkakton rreth 22% të të gjitha viteve të shëndetshme të humbura nga vdekjet apo sëmundjet e lidhura me sëmundjet kronike, ose gjithsej rreth 4.400 vite të humbura per 100.000 banorë. Ky faktor rreziku përmbledh sjellje individuale që shkojnë nga marrja e kalorive të tepërta e deri tek komponentët me rrezik të dietës si kripa, yndyrnat e pasaturuara, mishi i përpunuar, mungesa e frutave, perimeve apo acideve transydyrore.

Studimi Demografik Shëndetësor i vitit 2008/09 raporton një prevalencë të mbipeshës me rreth 53% te meshkujt dhe 39% te femrat e moshës 15-49 vjeç,

me një prirje për rritje në zonat bregdetare e fushore (por jo në qytetin e Tiranës) krahasuar me ato malore, duke konfirmuar edhe për këtë faktor rreziku (sidomos te femrat) një ndikim kompleks të faktorëve social [17].

Figura 2-5. Disa të dhëna për vendin mbi NCD sipas OBSH 2018 [18]



Figura 2-6 Raporti i NCD në totalin e vdekjeve [18]

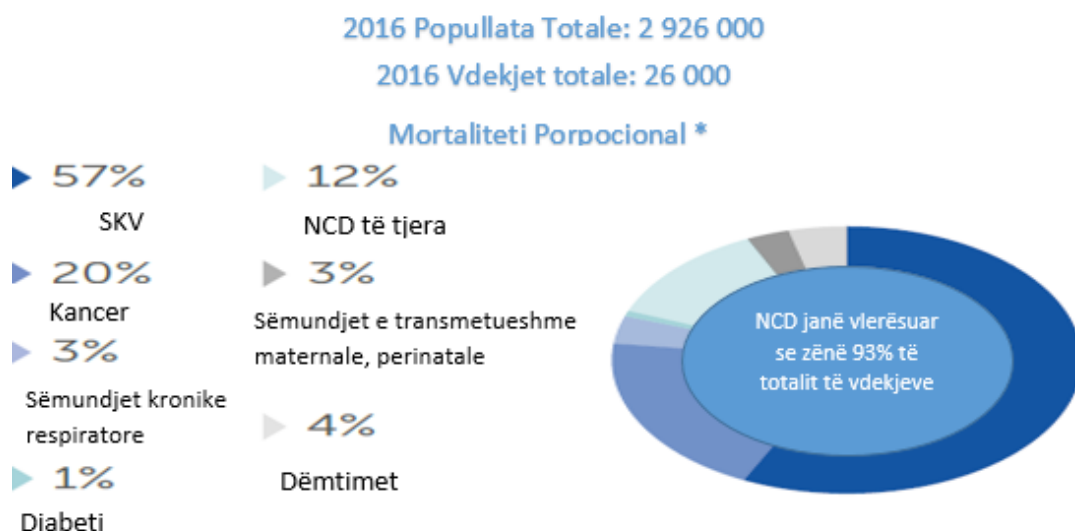


Tabela 2-4 Ndjekja e udhëzimeve sipas OBSH dhe benefitet e saj [18]

10100 jetë mund të shpëtohen deri në 2025 nëse implementohen të gjitha "Njohuritë dhe evidencat më të mira" sipas OBSH							
Raporti i Mortalitetit*							
	Vdekje e parakohshme nga NCD	√	Vdekje totale nga NCD	2016	13 300	10 900	24 300
			Risku i vdekjeve të parakohshme ndërmjet 30-70 vjeçarëve (%)	2016	21	13	17

	Vdekjet nga vetëvrasjet	-	Raporti i vdekjeve nga vetëvrasjet(për 100 000 popullatë)	2016	-	-	6
---	-------------------------	---	---	------	---	---	---

Tabela 2-5 Raporti mortalitetit në vend [18]

Mortaliteti Porpocional *

	Faktorët rikues						
	Alkoli	√	Totali i konsumimit të alkolit,adultët 15+(litra për alkol të pastër)	2016	13	3	7
	Inaktiviteti fizik	√	Inaktiviteti fizik, adultët 18+(%)	2016	-	-	-
	Marrja e Kripës / sodium	X	Mesatarja e marrjes së kripës në popullatë,adultët moshë 20+(g/ditë)	2010	10	9	9
	Përdorimi i cigares	√	Përdorimi aktual e cigares, adultët 15+ (%)	2016	51	8	29
	Ngritja e Presionit të gjakut	√	Ngritja e Presionit të gjakut, adultët moshë 18+ (%)	2015	35	29	32
	Diabeti	X	Ngritja e glukozës në gjak, adultët moshë 18+ (%)	2014	8	8	8
	Obeziteti	√	Obeziteti te adultët moshë 18+ (%)	2016	22	23	22
			Obeziteti, adoleshentët moshë 10-19(%)	2016	8	5	6
	Ndotja e ajrit të ambjentit	-	Tejkalimi nga nivelet e udhëzuesit të OBSH për vit PM 2.5 koncentrim(raport)	2016	-	-	2
	Ndotja e ajrit familjar	-	Mështetja primare në popullat për karburantet dhe teknologjitë ndotëse %	2016	-	-	23

Figura 2-7 Trendi i faktorëve riskues te adultët [18]

Selektimi i trendit të faktorëve riskues të adultëve

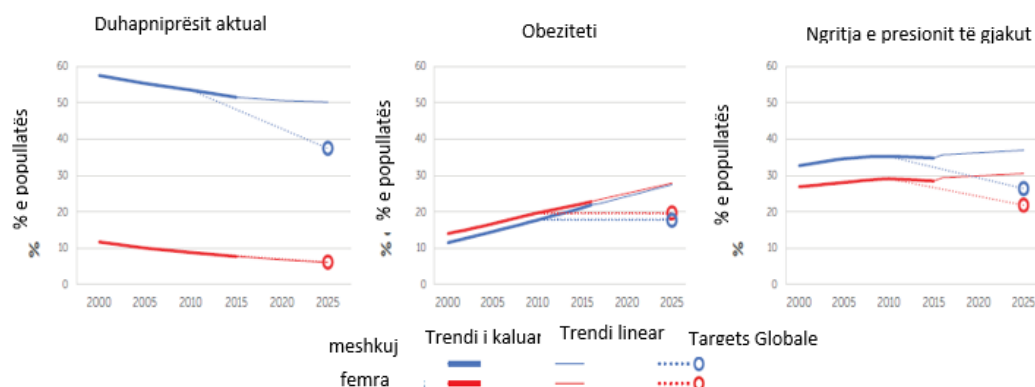


Tabela 2-6 Përgjigja e sistemit kombëtar [18]

Përgjigja e sistemit kombëtar			
	Përdorimi i preparateve për të prevenuar atakun kardiak ose stroke	✓ Raporti i presionit të gjakut te personat që marrin ndonjë terapi dhe këshillohen për të parandaluar atakun kardiak ose stroke (%)	Raporti i popullatës me risk të lartë për SKV ose me SKV ekzistuese (%)
			Raporti i kujdesit primar shëndetësor në qendër të raportuara si risk për SKV
			Raportimi i udhëzuesve për SKV që janëpërdorur në 50% të faciliteteve shëndetësore
			2017 25%-50%
			2017 po



**NCD
mjekësore
esenciale dhe
teknologjitë
bazike për të
trajtuar NCD
madhore**

√	Numri mjekimeve esenciale të NCD të raportuara si "përgjithësisht në dispozicion"	2017	10 nga 10
	Numri teknologjive të NCD të raportuara si "përgjithësisht në dispozicion"	2017	5 nga 6

* nuk ka të dhëna në dispozicion

* Vdekshmëria në këtë shtet ka një nivel të lartë paqartësie sepse ato nuk janë të bazuara në të dhënat e vdekshmërisë kombëtare të NCD

World Health Organization -Non communicable diseases(NCD) Country Profiles, 2018

Plani I Veprimit Të Promocionit Shëndetësor 2017-2021

Në Shqipëri strategjia e parë e Shëndetit Publik dhe Promocionit Shëndetësor ka skaduar që në vitin 2010. Plani i ri i Veprimit për Promocionin Shëndetësor thekson rolin vendimtar që luan promocioni shëndetësor në nxitjen e politikave publike të shëndetshme dhe zhvillimin e mjediseve shëndetësore mbështetëse, përmirësimin e kushteve sociale dhe aftësive personale, dhe promovimin e jetesës së shëndetshme duke përfshirë në veçanti një dietë të shëndetshme, promovimin e aktivitetit fizik, larg përdorimit të duhanit, konsumit të dëmshëm të alkoolit dhe përdorimit të drogës. Plani i Veprimit adreson sfidat aktuale të shëndetit publik dhe prioritetet e përcaktuara nga qeveria shqiptare duke u fokusuar veçanërisht në sëmundjet madhore jo të transmetueshme, të tilla si sëmundjet kardiovaskulare, kanceri dhe diabeti. Vëmendje e veçantë në Planin e Veprimit i kushtohet grupeve vulnerabël të popullsisë në Shqipëri, përfshirë komuniteti Rom, personat me aftësi të kufizuara, etj.

Qëllimi i përgjithshëm *Mbrojta dhe promovimi i shëndetit dhe mirëqenies së popullatës shqiptare përmes fuqizimit dhe përfshirjes së individëve, familjeve dhe komuniteteve në partneritet me ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe të gjithë aktorët e tjerë* [19].

Roli infermieror në promovimin shëndetësor në pacientët me sëmundje kronike

Infermierët luajnë një rol kyç në kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike dhe konsiderohen si bazë e mirëmbajtjes dhe promovimit shëndetësor në këta pacientë. Promovimi i shëndetit përkufizohet si proces i fuqizimit individëve për të rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe çon në rezultate pozitive në shëndet. Duhet të theksohet se secili klient ka karakteristikat e tij/saj dhe nuk është klasifikuar

në grupe të caktuara në bazë të moshës, racës, gjinisë, statusit socio - ekonomik, kulturës, dhe nivelet e arsimit sepse sëmundja kronike nuk ka gjithmonë një rrugë të ngjashme të procesit të sëmundjes.

Sipas kuptimit krejtësisht të ndryshëm të sëmundjeve dhe menaxhimi i tyre, për pacientë të ndryshëm, është e nevojshme të shqyrtohet pranimi, njohuria dhe kuptimi i pacientëve veç e veç. Prandaj, është thelbësore për të përdorur konsultime të përshtatshme për secilin pacient.

Një nga rolet e rëndësishme të infermierëve është roli i këshilluesit. Konsultimi infermior i referohet një koleksioni të aktiviteteve që u ofrohen pacientëve për të përmirësuar, mirëmbajtur ose rehabilituar problemet e tyre. Në 1999, Departamenti i Shëndetit në MB (Mbretërinë e Bashkuar) tha se qëllimi i krijimit të rolit të konsultimit infermior do të kontribuojë në rezultate më të mira në shëndet për pacientët, duke u përmirësuar shërbimet dhe cilësia. Roli i infermierit këshillues është themeluar për herë të parë në vitin 2000 në MB.

Kërkohet që Infermierët të ofrojnë konsultime infermiore për të inkurajuar individët, familjet dhe komunitetin në performancën e aktiviteteve të vetëkujdesit që rrisin vetëbesimin, përgjegjësinë e individëve, promovimin e shëndetit, dhe motivimin shëndetësor. Nga ana tjetër, ky rol ka një ndikim të madh në promovimin e shëndetit të pacientët me sëmundje kronike. Rezultatet e konsultimit infermior përfshijnë përmirësimin e cilësisë së jetës, kënaqësinë, ndërgjegjësimin tek pacientët; parandalimin dhe reduktimin e shqetësimit, stresit, ankthit dhe ndërlikimet; uljen e kostove; dhe gjithashtu parandalimin e përkeqësimit të sëmundjeve dhe vdekshmërive [20].

Tabela 2-7 Qasja e promocionit shëndetësor [21]

Qasja	Qëllimi i qasjes	Shembuj aktiviteteve
Mjekësi/Parandalim	Reduktimi i sëmundjeve dhe vdekjes së hershme nëpërmjet intervenimeve medikale të targetuara drejt gjithë popullatës ose grupeve në rrisht.	• Programe imunizimi • Skreening routine për sëmundje të tilla si kanceri • Kujdesi palativ
Zakonet	Motivojnë njerëzit që të adaptojnë zakone jetese të shëndetshme	• Fushatat sensibilizuese Masmedia • Seksioni këshillues një në një

Edukimi	Ofrojnë informacion të mjaftueshëm dhe njohuri kështu që njerëzit mund të informohen rreth zgjidhjeve për shëndetin e tyre.	• Fushatat sensibilizuese Masmedia • ofrimi i fletëpalosjeve, prezantimeve ose informacione online • aktivitete të cilat u mundësojnë pacientëve që të eksplorojnë opsionet e tyre
Fuqizimi	Lehtësimi individual dhe komunitar theksimi i prioritetëve të tyre shëndetësore dhe ofrimi i burimeve (p.sh. aftësi dhe konfidencë) për të mundësuar ndryshimin	
Ndryshimet Sociale	Bërja e ndryshimeve sociale dhe kushtet e zhvillimit që janë promovimi shëndetësor me njerëzit	• Lobimi për politika shëndetësore publike • Organizimi i ndryshimeve në shërbimet shëndetësore dhe shkollë

Figura 2-8 CDC Prevenimi i NCD dhe Promovimi shëndetësor



Referenca

1. WHO EMRO 16th of October 2021 | Health promotion and disease prevention.
2. Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
3. Katz, D.L. 2013. Childhood obesity trends in 2013: Mind, matter, and message. *Childhood Obesity* 9(1).
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2012. Chronic disease prevention and health promotion.
5. Factors determining health and chronic diseases (Originally published in Dahlgren and Whitehead (1991). Reproduced from Acheson (1998).
6. Knowles, J.H. 1977. The responsibility of the individual. *Daedalus* 106(1): 57–80.
7. The intervention ladder (Nuffield Council on Bioethics (2007) Public health ethical issues. - <https://www.nuffieldbioethics.org>

8. C. Robert Cloninger "Person-centered Health Promotion in Chronic Disease" Int J Pers Cent Med
9. Walter C. Willett, Jeffrey P. Koplan, Rachel Nugent, Courtenay Dusenbury, Pekka Puska, and Thomas A. Gaziano Prevention of Chronic Disease by Means of Diet and Lifestyle Changes
10. Willett, Dietz, dhe Colditz 1999" Guidelines for Healthy Weight"
11. WHO and FAO 2003; Bacon and others 2003; Fox 1999; IARC 2002.
12. Integrated chronic disease management: manual
13. WHO European National Health System Health And Wealth "Chronic disease management – care settings and providers"
14. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2014. Switzerland, 2014
15. Studim mbi përdorimin e substancave në popullatën e përgjithshme shqiptare; 2014
16. Institute of Statistics (INSTAT) (2014). Women and men in Albania, 2014. http://www.instat.gov.al/media/257796/femra_e_meshkuj_2014.pdf.
17. Raporti Shëndetësor Kombëtar. Gjendja shëndetësore e popullatës shqiptare. Tiranë: Instituti i Shëndetit Publik, UNICEF; 2014
18. World Health Organization -Non communicable diseases (NCD) Country Profiles, 2018
19. Plani I Veprimit Të Promocionit Shëndetësor 2017-2021
20. Yousefi H, Sadat Ziaee.S.Z Journal of Education and Health Promotion | Wolters Kluwer -Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases" Website: www.jehp.net DOI: 10.4103/jehp.jehp_146_19
21. Health promotion approaches (Naidoo and Wills, 2009) Published in Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain):1987) 2019 Effective approaches to health promotion in nursing practice.

Parandalimi primar sekondar, rehabilitimi kardiak. Kujdesi me në qendër personin. Koordinimi i kujdesit.

Objektivat e mësimi

- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi parandalimin primar dhe sekondar në sëmundjet kronike kardiovaskulare.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë sfidat e parandalimit primar dhe sekondar.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë rehabilitimin kardiak dhe të diskutojë mbi komponentët kryesor të tij.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë kujdesin me në qendër personin në sëmundjet kardiovaskulare.
- Studenti duhet të jetë i aftë të kuptojë koordinimin e kujdesit rolet dhe përgjegjësitë e profesionistëve të shëndetit lidhur me promovimin shëndetësor.

Parandalimi i sëmundjeve

Parandalimi i sëmundjeve, i kuptuar si ndërhyrje specifike, e bazuar te individi dhe në popullatë për parandalimin parësor dhe dytësor (zbulimi i hershëm), me qëllim minimizimin dhe barrën e sëmundjeve dhe faktorët e lidhur me rrezikun.

Parandalimi parësor i referohet veprimeve që synojnë shmangien e shfaqjes së një sëmundjeje (kjo mund të përfshijë veprime për të përmirësuar shëndetin përmes ndryshimit të ndikimit të përcaktuesve socialë dhe ekonomikë në shëndet; sigurimi i informacionit mbi rreziqet e sjelljes mbi shëndetin dhe kujdesin shëndetësor, krahas konsultimeve dhe masave për zvogëlimin e tyre në nivel personal dhe komunitar; shtesa ushqimore; edukimi i higjienës orale dhe dentare; dhe shërbimet parandaluese klinike të tilla si imunizimi dhe vaksinimi i fëmijëve, të rriturve dhe të moshuarve, si dhe vaksinimi ose profilaksia pas ekspozimit për njerëzit e ekspozuar ndaj një sëmundjeje ngjitëse).

Parandalimi sekondar merret me zbulimin e hershëm kur kjo përmirëson shanset për rezultate pozitive të shëndetit (kjo përfshin aktivitete të tilla si programet e shqyrtimit të bazuara në prova për zbulimin e hershëm të sëmundjeve ose për parandalimin e keqformimeve të lindura; dhe terapitë parandaluese të ilaçeve me efektivitet të provuar kur administrohen në një fazë të hershme).

Rishikimi dhe zbulimi i hershëm është me vlerë të kufizuar (dhe madje mund të jetë i dëmshëm për pacientin) nëse anomalitë nuk mund të korrigjohen ose trajtohen menjëherë përmes shërbimeve nga pjesë të tjera të sistemit të kujdesit shëndetësor. Për më tepër, një sistem i mirë i kujdesit shëndetësor parësor me një popullsi të regjistruar lehtëson organizimin optimal dhe ofrimin e programeve të observimit dhe duhet të promovohen fuqishëm në popullatë.

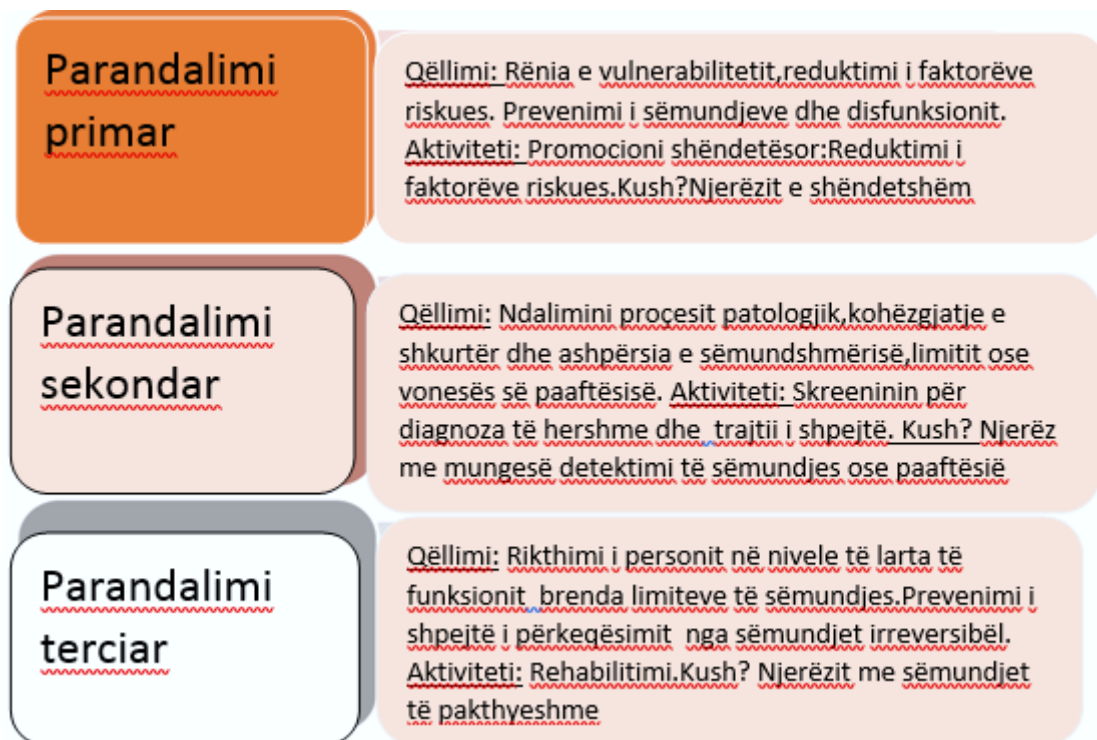
Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit ndajnë shumë qëllime, dhe ka mbivendosje të konsiderueshme midis funksioneve. Në nivel konceptual, është e dobishme të karakterizohen shërbimet e parandalimit të sëmundjeve si ato të përqendruara kryesisht në sektorin e kujdesit shëndetësor, dhe shërbimet e promovimit të shëndetit si ato që varen nga veprimet ndërsektoriale dhe/ose që kanë të bëjnë me përcaktuesit shoqërorë të shëndetit [1].

Tabela 3-1 Fusha e funksionit në Parandalimin e sëmundjeve

*Shërbimet dhe aktivitetet parandaluese parësore përfshijnë:
▪ Vaksinimi dhe profilaksia pas ekspozimit të fëmijëve, të rriturve dhe të moshuarve;
▪ Sigurimi i informacionit mbi rreziqet e sjelljes dhe shëndetit mjekësor, dhe masat për të zvogëluar rreziqet në nivel individual dhe të popullsisë;
▪ Përfshirja e programeve të parandalimit të sëmundjeve në nivelet e kujdesit shëndetësor parësor dhe të specializuar, siç është aksesimi në shërbimet parandaluese (p.sh. këshillimi);
▪ Shtesa ushqimore dhe ushqimore;
▪ Edukimi i higjienës dentare dhe shërbimet e shëndetit oral.
* Parandalimi dytësor përfshin aktivitete të tilla si:
▪ Programet e shqyrtimit të bazuara në popullatë për zbulimin e hershëm të sëmundjeve;
▪ Sigurimi i programeve të shëndetit të nënës dhe fëmijës, përfshirë shqyrtimin dhe parandalimin e keqformimeve të lindura;
▪ Sigurimi i agjentëve profilaktikë për të kontrolluar faktorët e rrezikut (p.sh., hipertensioni)

Nivelet e parandalimit

Figura 3-1 Nivelet e parandalimit



Promovimi i aktivitetit fizik në parandalimin primar dhe sekondar

Edhe pse pothuajse të gjitha shoqëritë kryesore kanë theksuar se aktiviteti fizik i pakët dhe pasiviteti fizik janë faktorë kryesorë të rrezikut të modifikueshëm për shumë sëmundje kronike, veçanërisht sëmundjet kardiovaskulare (SKV), një përqindje e konsiderueshme e popullsisë së botës vazhdon të kenë jetë sedentare/pasivitet fizik dhe nivele të ulëta të aktivitetit fizik. Në një studim të European Heart Journal, Jeong dhe studiues të tjerë analizuan një popullsi të konsiderueshme koreane prej afro 450 000 njerëz me dhe pa SKV të ndjekur për gati 6 vjet për të përcaktuar lidhjen e aktivitetit fizik të vetë-raportuar në kohën e lirë me mbijetesën.

Ata përcaktuan se një e katërta e popullsisë së tyre ishte plotësisht sedentare dhe gati 50% nuk i plotësonin nivelet e rekomanduara të aktivitetit fizik 150-300 min/javë me intensitet të moderuar ose 75-150 min. Në fakt, personi mesatar në studim grumbulloi pak më shumë se 150-300 min/javë aktivitet fizik në kohën e lirë, pak, por dukshëm, më i lartë tek ata pa se sa me SKV. Ata demonstuan një ndikim shumë të fortë aktiviteti fizik në kohën e lirë mbi vdekshmërinë nga të gjitha shkaqet në parandalimin parësor dhe, akoma më shumë, në sëmundjet kardiovaskulare.

Marrëdhënia dozë-përgjigje midis aktivitetit fizik dhe vdekshmërisë shtrihet përtej 150-300-min/javë [2].

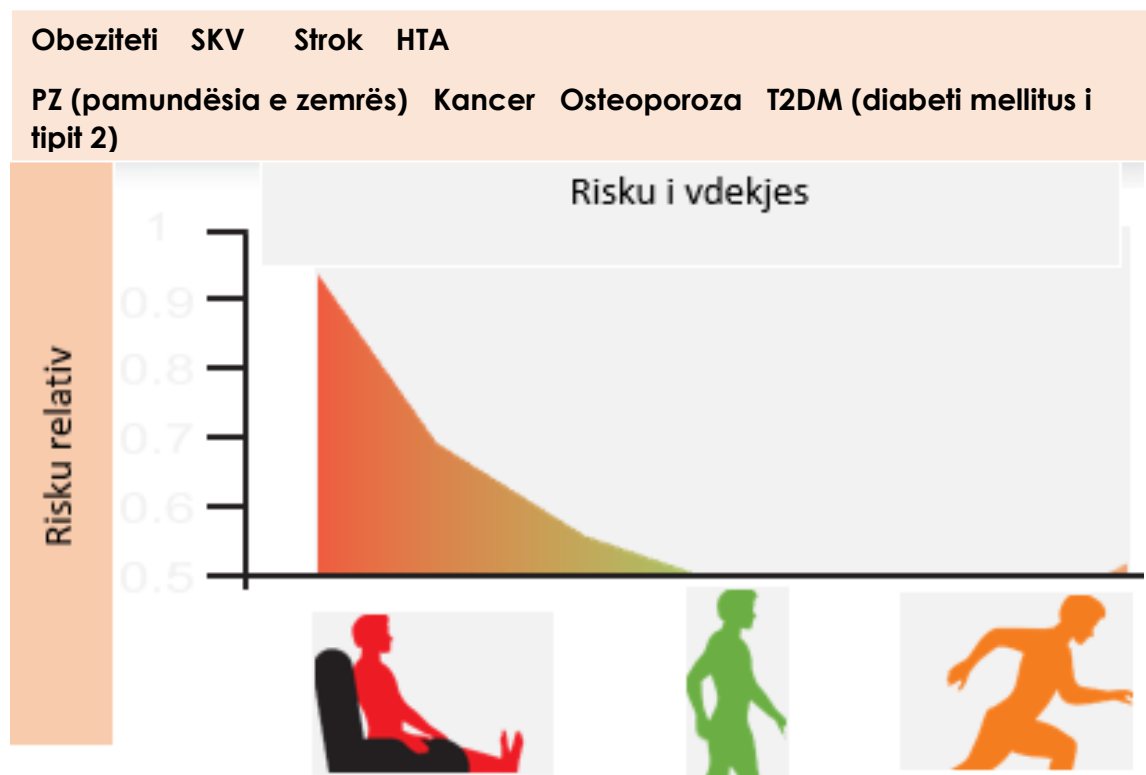
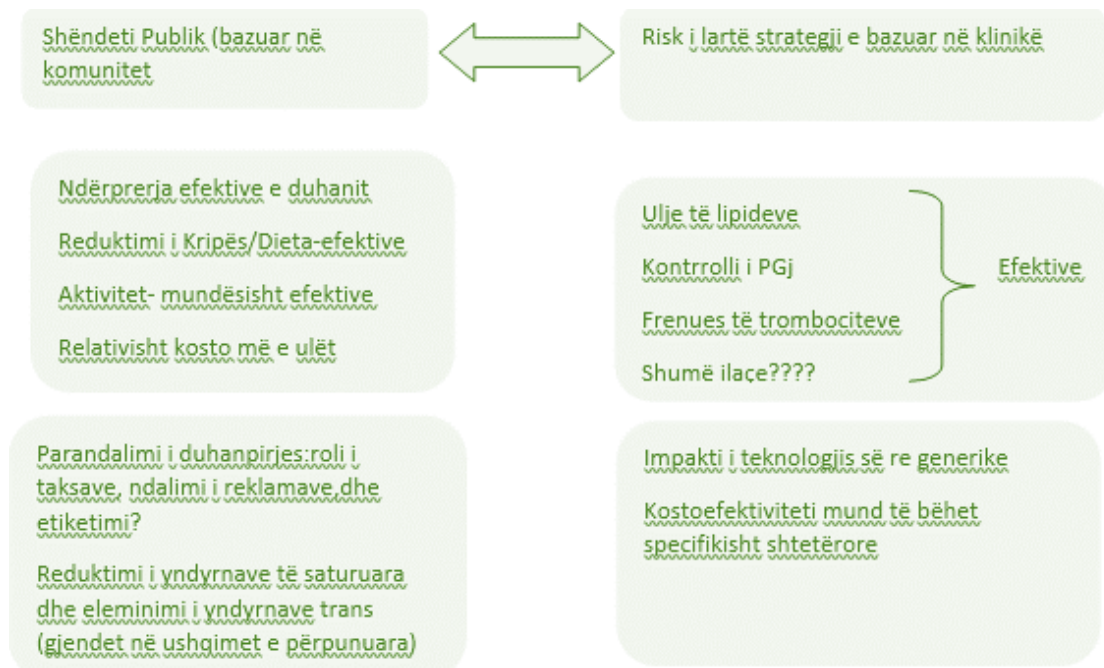


Figura 3-2 Rreziku i lidhur me sjelljen sedentare dhe pasivitetin fizik, dhe përfitimet që ndodhin me rritjen e niveleve të aktivitetit fizik, duke përfshirë edhe mbijetesën.

Sfidat për parandalimin parësor dhe dytësor

Nuk ka asnjë zgjidhje globale për problemin, dhe ka të ngjarë që epidemia do të përshkojë rrugë të ngjashme në vende të ndryshme, por në ritme të ndryshme, të përcaktuara nga ritmi i zhvillimit. Sidoqoftë, një qëllim universal është të përdorim bazën tonë aktuale të njohurive për të tentuar të 'observojmë ose të shkurtojmë' Fazën 3 të epidemiologjisë së tranzicionit si në vendet me epidemi të konstatuara ashtu edhe në ato në një fazë të hershme të tranzicionit. Një sfidë e madhe është mungesa e të dhënave dhe cilësia e dobët e informacionit mbi shkaqet e vdekjes në shumë por jo të gjitha rajonet e Botës [3].

Figura 3-3 Strategjitë për prevenimin e sëmundjeve kardiovaskulare [3]



Një pengesë e dytë lidhet me pamundësinë për të parashikuar më saktë cilat grupe pacientësh janë në rrezik më të lartë për SKV, në mënyrë që të devijojnë burime të pakta për zonat me nevojë më të madhe. Edhe pse parashikimi i modeleve janë vlerësuar tërësisht në SHBA dhe vende të tjera me të ardhura të larta, dhe mund të jenë me kosto efektive në botën në zhvillim, zhvillimi i algoritmeve parashikuese për stroke dhe infarkt miokardi në popullata të ndryshme me ambientet e kufizuara janë një prioritet.

Një analizë e 10 studimeve në të gjithë botën ku ka pasur një rënie të vdekshmërisë nga SKV, demonstroi se modifikimi i faktorit të rrezikut ishte i lidhur me 44% të rënies së vdekshmërisë në Holandë, 50–54% në SHBA, dhe 76% në Finlandë. Trajtimet e reja janë përgjegjëse për 23–47% të rënies së vdekshmërisë.

Objektivat (përkatësisht parandalimi parësor dhe dytësor) dhe zgjidhjet janë në shumë mënyra të qarta, por duke i përkthyer ato në vendet me burime të kufizuara dhe me adresimin e një sërë çështjesh shëndetësore është kompleks. Dy qasje kryesore (Figura 3-3) përfshijnë shëndetin publik/strategjitë e bazuara në komunitet të synuara ndaj faktorëve të rrezikut.

Këto janë me kosto relativisht të ulët, por kërkojnë programe të gjera edukuese ndoshta përveç masave rajonale dhe kombëtare, p.sh. tatimin mbi duhanin, ndalimin e reklamave dhe legjislaturën në lidhje me duhanpirjen pasive.

Një strategji alternative është e bazuar në klinikë me theksin në targetimin e nëngrupeve me rrezik të lartë me ulje të lipideve, antihipertensivë, dhe agjentët frenues të trombociteve. Në këtë aspekt, 'polipilula' ka tërhequr interes të kuptueshëm dhe provat klinike në shkallë të gjerë janë në fazën e planifikimit, edhe pse një provë e fundit multiqendrore nga India demonstroi fizibilitetin dhe sigurinë e kësaj qasjeje.

Për më tepër, kosto-dinamika e aplikimit të polipilulës padyshim ndryshojnë nga rajoni në rajon, por përgjithësisht konsiderohen të jenë të favorshme për vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme siç është përbërja e pilulave në varësi të profilit të faktorit të rrezikut në një rajon të veçantë. Një kombinim i strategjive për të gjithë popullsinë dhe me rrezik të lartë mund të jetë qasja më e mirë ndaj trajtimit dhe ndryshimit të rrezikut të popullsisë në përgjithësi. Për më tepër, me rëndësi kritike kostot e mbështetjes së profesionistëve shëndetësorë (p.sh. infermierët e komunitetit), infrastruktura (p.sh. monitorët e presionit të gjakut dhe pesha) dhe patologjia por duhet theksuar rëndësia e bërjes ekzaminimeve laboratorike dhe imazherike.

Është e konsiderueshme ndikimi i faktorëve kulturorë, logjistikë dhe ekonomikë rajonalë me zhvillimin e strategjive parandaluese. Pajtueshmëria është një çështje shtesë tek pacientët nga rajone të ndryshme dhe me nivele të ndryshme edukimi. Soweto evidentoi mungesën e ndërgjegjësimit për sëmundjet e zemrës dhe rëndësinë e faktorëve të rrezikut gjatë ekzaminimit komunitar i pjesëmarrjes vullnetare të adultët përmes Ditëve të Ndërgjegjësimit të Zemrës. Prania e obezitetit ishte 43%, 70% ishin mbipeshë. Rëndësia themelore e kësaj gjetje nuk mund të mbivlerësohet. Në një kulturë ku pesha është e ulët ose të lidhura me mungesën historike të ushqimit ose, më keq, me epideminë moderne e HIV/AIDS-it, është e vështirë të edukohen individët dhe komuniteti më i gjerë për rreziqet e tepërimit të peshës. Këto pengesa për edukimin dhe për modifikimin e stilit të jetesës mund të mos jenë aq të vështira për t'u kapërcyer në pjesë të Amerikës Latine, rajon në të cilin obeziteti ka gjithashtu ndikim të madh mbi rreziqet e infarktit të miokardit.

Një sfidë e vazhdueshme për ofrimin e kujdesit shëndetësor në shumë rajone të pazhvilluara është mungesa e burimeve, prioriteti i ulët i sëmundjeve jotransmetuese në sistemet e orientuara drejt kujdesit akut dhe sëmundjeve infektive, dhe mungesa e një infrastrukture të integruar duke përfshirë komunitetet, shërbimet shëndetësore, institucionet lokale dhe rajonale.

Tre komponentët kryesorë të parandalimit janë:

1. Nivelet shoqërore dhe të politikave për të adresuar përcaktuesit socialë në rrjedhën e shëndetit, p.sh. duke ndryshuar duhanin, ushqimin, aktivitetin dhe mjedisin.
2. Zhvillimi i sistemeve shëndetësore gjithëpërfshirëse dhe të integruara që bazohen në filozofinë e kujdesit parësor shëndetësor.
3. Parandalimi në nivel individual, primar, dytësor dhe terciar parandalimin ose menaxhimin e menjëhershëm të objektivit të zhvillimit të mijëvjeçarit i cili mund të riformulohet në deklaratat se qëllimet janë "luftimi i sëmundjeve

infektive si p.sh HIV/AIDS dhe malaria së bashku me sëmundjet kronike si SKV, diabeti, mellitus dhe kanceri, duke përdorur një qasje të integruar” [3].

Rehabilitimi kardiak (RK)

Rehabilitimi kardiak është një ndërhyrje komplekse që i ofrohet pacientit të diagnostikuar me sëmundje të zemrës, e cila përfshin komponentët e edukimit shëndetësor, këshilla për reduktimin e rrezikut kardiovaskular, aktivitetin fizik dhe menaxhimin e stresit. Evidenca që RK redukton vdekshmërinë, sëmundshmërinë, pranimet e paplanifikuara në spital, përveç përmirësimeve në kapacitetin ushtrues, cilësinë e jetës dhe mirëqenien psikologjike është në rritje, dhe tani rekomandohet në udhëzime ndërkombëtare [4].

Historikisht, rehabilitimi kardiak në Mbretërinë e Bashkuar, SHBA dhe shumicën e vendeve evropiane u janë bërë grupeve të pacientëve në kujdesin shëndetësor ose qendrave komunitare. Udhëzimet e fundit nga Departamenti i Shëndetësisë në Mbretërinë e Bashkuar i referohet një rruge me shtatë faza të kujdesit që fillon me diagnostikimin e një ngjarjeje kardiake dhe ndiqet nga vlerësimi i përshtatshmërisë, referimi, vlerësimi klinik dhe ofrimi kryesor i RK përpara se të përparojë në një kohë të gjatë menaxhimi [5].

Figura 3-4 Modeli BACPR (Shoqata Britanike për Parandalimin dhe RK)
[4]



Programet formale të rehabilitimit ndryshojnë në intensitet dhe kohëzgjatje. Udhëzues evropian për pacientët me sëmundje kardiake ofrojnë një përmbledhje të plotë të ndikimit të mënyrës dhe dozës së rehabilitimi kardiak i bazuar në ushtrime. Në MB, rehabilitimi u ofrohet kryesisht grupeve të mbikëqyrura në klinikat spitalore ambulatorë ose qendrat komunitare, duke filluar nga 2–4 javë pas ndërhyrjes koronare perkutane ose infarktimit miokardit dhe zakonisht 4–6 javë pas operacionit kardiak.

Standardi BACPR rekomandon shpërndarjen e shtatë komponentëve kryesor të rehabilitimit kardiak pas vlerësimit klinik (fig 3-4¹). Programet zakonisht ofrohen nga infermiere specialiste ose fizioterapistë të mbështetur nga terapistë ushtrimesh, megjithëse në mënyrë ideale një ekip i integruar multidisiplinar i udhëhequr nga një klinikist me përvojë me një interes të veçantë në rehabilitimin kardiak duhet të ofrojë programin. Shumica e programeve përfshijnë pjesëmarrjen javore në seancat në grup për një mesatare prej 56 ditë ose afërsisht 8 javë. 16 seancat e bazuara në qendër përfshijnë trajnim për ushtrime, edukim (duke mbuluar faktorët e rrezikut dhe dietën), probleme të zakonshme kardiale, mjekimin parandalues dhe menaxhimin e stresit. Në mënyrë ideale, pacientit duhet të jepet informacion në lidhje me ngjarjen kardiale dhe këshilla për mënyrën e jetesës, duke përfshirë rëndësinë e ndërprerjes së duhanit (nëse është e përshtatshme), dietë të shëndetshme dhe aktivitet fizik për të nxitur progresivitetin e mobilizimit. Përpara daljes nga spitali, klinikistët duhet të sigurojnë pacientëve përshkrimin e barnave për parandalim sekondar dhe barna që janë të dobishme për ata me insuficiencë kardiale sistolike si p.sh Frenuesit e enzimës konvertuese të angiotenzinës (ACE) dhe beta-blokuesit. Komunikimi i mirë ndërmjet kujdesit parësor dhe sekondarit pas hospitalizimit mund të përmirësojë rehabilitimin kardiak dhe optimizimin e parandalimit dytësor [5]. Programet e rehabilitimit kardiak në SHBA dhe Evropë priren të jenë më intensive se ato në MB dhe jepen nga departamentet ambulatorë mbi 3-6 muaj. Disa vende evropiane ofrojnë programe rezidenciale që zgjasin 3-4 javë. Fokusi është kryesisht në “stërvitjen e monitoruar dhe reduktimin e faktorit rriskues agresiv” në seancat e mbikëqyrura nga personeli mjekësor.

Të dhëna mbi rehabilitimin kardiak (RK)

- Globalisht, prevalenca e sëmundjeve koronare të zemrës dhe PZ po rritet, dhe ka disa evidenca të përfitimeve shëndetësore të RK.
- Zbatimi efektiv i RK pas sindromës akute koronare, rivaskularizimit koronar dhe PZ ka mbetur jo optimale, me përqindje të përgjithshme pjesëmarrjeje <50% gjatë dekadave të fundit pavarësisht rekomandimeve ndërkombëtare.
- Udhëzimet ndërkombëtare tani rekomandojnë që programet e RK të përfshijnë edukimin shëndetësor dhe këshillimin psikologjik.
- Pacientëve duhet t'u ofrohet një zgjedhje e programeve të RK të bazuara në komunitet dhe në shtëpi për t'iu përshtatur nevojave dhe preferencave të tyre.
- Klinikistët duhet të mbështesin RK për pacientët me një diagnozë të fundit të sëmundjes koronare të zemrës ose PZ [5].

Tabela 3- 2: Grupet e pacientëve që përfitojnë nga rehabilitimi kardiak
*[6]

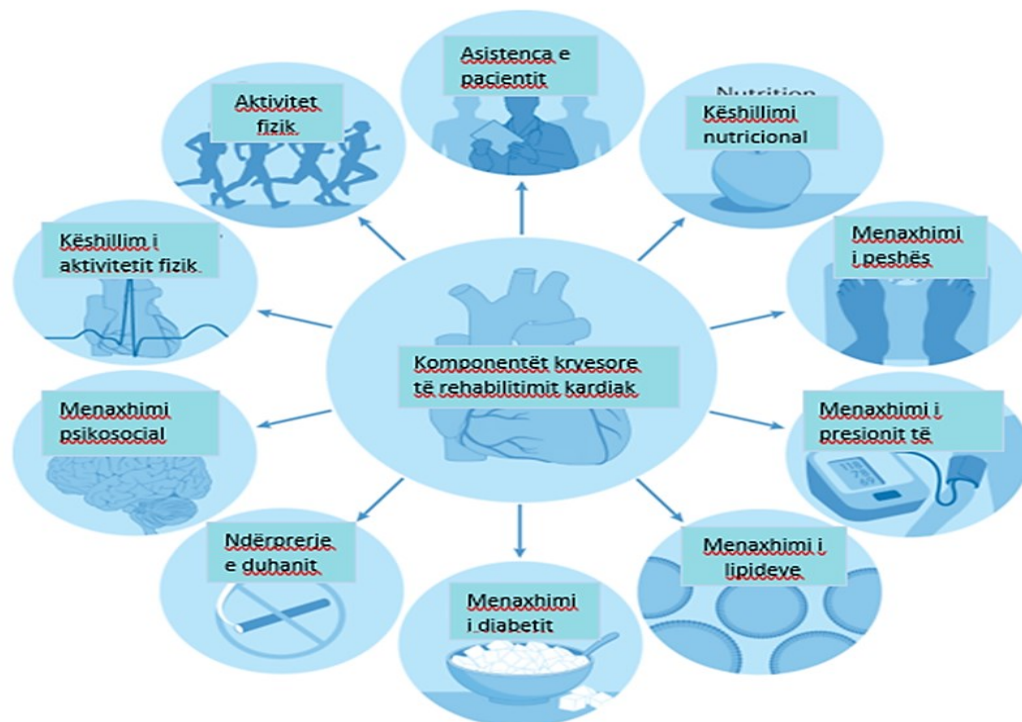
• Pacientët me sindromë koronare akute—përfshirë infarktin e miokardit, angina e paqëndrueshme - dhe të gjithë pacientët që i nënshtrohen (operacionit të bypass-it të arterieve koronare, ndërhyrja koronare perkutane parësore
• Pacientët me insuficiencë kronike të zemrës të sapo diagnostikuar
• Pacientët me transplant zemre dhe aparat ndihmës ventrikular

- Pacientët që i janë nënshtruar një operacioni për implantimin e defibrilatorit intra-kardiak ose terapisë së risinkronizimit kardiak për arsye të tjera përveç sindromës koronare akute dhe PZ
- Pacientët me zëvendësim të valvulave të zemrës për arsye të tjera përveç sindromës koronare akute dhe PZ
- Pacientët me diagnozë të konfirmuar të anginjës stërvitore

Cilat janë komponentët e rehabilitimit të zemrës?

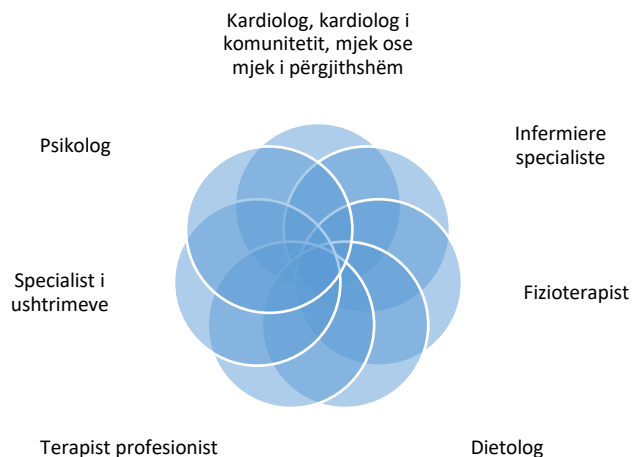
Figura 3-5

Një përmbledhje skematike e komponentëve kryesorë të rehabilitimit gjithëpërfshirës kardiak. Përshtatur nga BMJ [7]



Shpërndarja e komponentëve bazë kërkon ekspertizë nga një sërë profesionistësh të ndryshëm.

Figura 3-6 Përbërja e ekipit gjithëpërfshirës [8]



Qasja në rehabilitimin kardial

Për ata që kanë vështirësi për të hyrë në qendrën RK, ose ata që nuk i pëlqejnë grupet, kardial me bazë në shtëpi programet e rehabilitimit janë ndonjëherë të disponueshme. Programi më i përdorur në MB është Manuali Kardial një ndërhyrje gjashtëjavore që përdor material të shkruar dhe një CD dhe dorëzohet nga një profesionist i kujdesit shëndetësor i trajnuar që bën vizita në shtëpi dhe siguron mbështetje telefonike — e cila është treguar të jetë po aq efektive sa programe të bazuara në qendra.

Tejkalimi i barrierave për rehabilitimin kardial

Përthithja e dobët e RK i është atribuar disa faktorëve, duke përfshirë hezitimin e mjekëve për të referuar disa pacientë, veçanërisht gratë dhe personat nga pakicat etnike ose klasat më të ulëta socio-ekonomike, dhe mungesa e burimeve, kapaciteteve dhe financimit. Aderimi në programet e RK ndikohen nga faktorë të tillë si mirëqenia psikologjike, vendndodhja gjeografike, aksesit dhe mungesa e transportit dhe mospëlqimi i seancave rehabilituese të bazuara në grup. Mënyra më efektive për të rritur marrjen dhe optimizimin aderimin dhe parandalimin dytësor është për mjekët klinikist për të miratuar RK duke ftuar pacientët në spital pas një diagnoze të sëmundjes koronare të zemrës ose mosfunksionimit të zemrës për të marrë pjesë në klinikat parandaluese të udhëhequra nga infermierët i cili të jetë i lidhur me kujdesin parësor dhe shërbimet e RK. Po shfaqen mënyra të reja për të ofruar RK duke përdorur internetin dhe telefonat celularë. Vetëmenaxhimi dhe bashkëpunimi me dhënësit e kujdesit mund të përmirësojnë rezultatet [5].

Tabela 3-3: Barrierat për pjesëmarrjen në rehabilitimin kardial. Burimi [9]

• Norma të dobëta të referimit, veçanërisht për grupe të caktuara:
▪ Gratë
▪ Njerëz nga grupet e pakicave etnike
▪ Të moshuarit
▪ Njerëzit që jetojnë në mjedise rurale

▪ Njerëz të klasave të ulëta socio-ekonomike
○ Aderimi i dobët i pacientëve, duke çuar në regjistrime të ulëta dhe shkallë të lartë braktisjeje
○ Mungesa e miratimit nga një mjek
○ Obeziteti (indeks i lartë i masës trupore)
○ Sëmundje të shumta, që çojnë në kapacitet të dobët funksional
○ Zakonet e dobëta të ushtrimeve
○ Pirja e duhanit
○ Depresioni
○ Probleme me transportin
○ Mbështetje e dobët sociale
○ Mungesa e lejes nga puna për të marrë pjesë në seancat e qendrës

Figura 3-6 Standartet e BACPR, që tregon rrugëtimin e një pacienti përmes *RK [4]



Kujdesi me në qendër personin

OBSH dhe Instituti i Mjekësisë në Akademinë Kombëtare të Shkencave të SHBA-së kanë identifikuar kujdesin e përqendruar të personi (KPP) si një përbërës thelbësor të kujdesit cilësor për pacientin me sëmundje kronike [9-10]. Komponenti qendror i KPP është që profesionisti dhe pacienti së bashku të zhvillojnë një plan kujdesi dhe trajtimi duke përdorur burimet e identifikuar në historinë e sëmundjes së çdo pacienti por edhe duke përcaktuar barrierat e mundshme [11].

Njohja e një sëmundjeje kronike synon të promovojë kujdesin e përqendruar te personi dhe të përmirësojë koordinimin dhe bashkëpunimin midis mjekëve dhe specialistëve të kujdesit parësor. Promovimi i shëndetit publik ka filluar gjithashtu të kuptojë se është thelbësore të monitorohet dhe të promovohet shëndeti dhe mirëqenia pozitive, sepse fokusi në sëmundje dhe simptoma të sëmundjes është vërtetuar të jetë joefektive.

OBSH dhe sistemet kombëtare të shëndetit publik po promovojnë kujdesin shëndetësor të përqendruar te njerëzit për të reduktuar barrën e sëmundjeve kronike. Këto qasje të përqendruara te njerëzit e tejkalojnë mbështetjen në vetë-menaxhimin nga pacientët duke marrë parasysh ndikimet kontekstuale në zhvillimin dhe rezultatin e sëmundjeve kronike, të tilla si kushtet materiale

(disponueshmëria e ushqimit të shëndetshëm, prania e pikave të ushqimit të shpejtë, objektet sportive dhe të kohës së lirë), ligjet dhe rregulloret (taksat mbi cigaret, kufizimet në reklamimin e ushqimeve të padëshiruara, reklamat direkte të konsumatorëve), privimi i zonës (varfëria, papunësia, mbipopullimi, strehimi i varfër, statusi i ulët social), normat dhe pritshmëritë kulturore (për dietën, pirjen e duhanit, ushtrimet fizike, respektimin e fesë, ndikimet e mediave dhe modelet e rolit), morali i komunitetit (krimi dhe frika nga krimi, solidariteti i lagjeve, rrjetet mbështetëse lokale) dhe kushtet e punës (kontrolli mbi natyrën dhe ritmin e punës, diskriminimi ose shfrytëzimi në punë, çështjet gjinore si diferencat e pagave, leja e lehonisë) [12].

Promovimi i një personaliteti të shëndetshëm është themeli kryesor për parandalimin, trajtimin dhe rehabilitimin e sëmundjeve kronike: një personalitet jo i shëndetshëm është një kontribues kryesor në cënueshmërinë ndaj sëmundjeve kronike, pajtueshmërinë e ulët me trajtimin dhe rezultatet e dobëta, ndërsa një personalitet i shëndetshëm është baza kryesore e përqendruar te personi për qëndrueshmëri dhe shërim nga sëmundja.

Qëllimi themelor i promovimit të shëndetit duhet të jetë në fund të fundit promovimi i zhvillimit të një personaliteti të shëndetshëm. Një personalitet i shëndetshëm mund të përshkruhet si një profil karakteri krijues në modelin psikobiologjik të personalitetit, i cili përbëhet nga të qenit i vetë-drejtuar dhe bashkëpunues.

Aspektet fizike, mendore, sociale dhe shpirtërore të shëndetit janë aq të ndërthurura sa nuk mund të ndahen plotësisht. Njerëzit me çrregullime mendore janë në rrezik të shtuar për çrregullime fizike dhe anasjelltas. Zhvillimi i shëndetit fizik përmirëson shëndetin mendor, dhe anasjelltas. Meditimi dhe ndërhyrjet e tjera mendje-trup mund të kontribuojnë në mënyrë sinergjike në përmirësimin e mirëqenies fizike, mendore dhe sociale. Shkenca e avancuar e mirëqenies ka zbuluar se trajtimet psikobiologjike të përqendruara te personi që lehtësojnë zhvillimin e personalitetit janë thelbësore për parandalimin, trajtimin dhe rehabilitimin efektiv të sëmundjeve kronike mjekësore [12].

Promovimi efektiv i shëndetit të sëmundjeve kronike varet nga disa kushte.

Së pari, personi që është në rrezik ose tashmë i sëmurë duhet të mësojë të kuptojë se kush është ai si person dhe në këtë mënyrë të bëhet më i vetëdijshëm për pasojat e mënyrës së jetesës së tij për shëndetin dhe mirëqenien e shëndetit të tij. Rritja e vetëdijes dhe motivimi për ndryshim mund të lehtësohet me shpejtësi nga vlerësimi i personalitetit që njeh strukturën komplekse psikobiologjike të personalitetit njerëzor.

Së dyti, mjedisi për ndërhyrje efektive terapeutike duhet të jetë i përqendruar te personi, siç është përshkruar mirë nga mjekët dhe psikologët.

Së treti, dinamika e ndryshimit të personalitetit varet nga ndërveprimet dinamike jolineare midis aspekteve fizike, mendore dhe shpirtërore të një personi. Ndërhyrjet që prodhojnë veçmas efekte të dobëta dhe jokonsistente, siç është karakteristikë e efekteve terapeutike në sëmundjet kronike, mund të prodhojnë efekte të mëdha dhe të qëndrueshme kur përdoren në sinergji. Rrjedhimisht

nevojiten qasje holistike multiple për përqendrimin te personi në mjekësinë integruese.

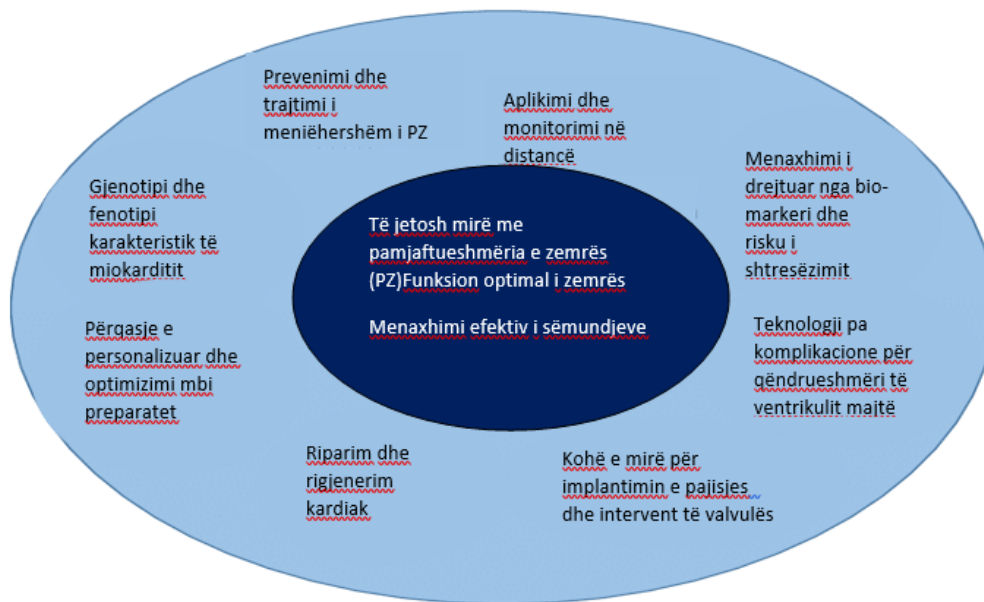
Së katërti, metodat statistikore jolineare të përqendruara te personi nevojiten për vlerësim rigoroz të studimeve gjatësore të shëndetit dhe promovimin në sëmundjet kronike. Krahësimi i dallimeve mesatare midis grupeve të njerëzve nuk mund të informojë vendimet mjekësore në lidhje me promovimin e shëndetit të përqendruar te personi siç është e nevojshme për të reduktuar barrën e sëmundjeve kronike [12].

Koordinimi i kujdesit dhe roli infermieror

Ripranimi pas shtrimit në spital për PZ është një ngjarje negative e zakonshme, me kosto të lartë dhe potencialisht e shmangshme. Strategjitë specifike për të përmirësuar ripranimin, duke përfshirë ndjekjen e hershme pas daljes nga spitali dhe rritjen e vetë-efikasitetit të pacientit, kanë treguar premtime brenda programeve të Kolegjit Amerikan të Spitalit Kardiologjik në Shtëpi. Kjo qasje përmbledh zhvillimin, zbatimin, vlerësimin dhe shpërndarjen e një programi koordinator të kujdesit infermieror të PZ për të reduktuar normat e ripranimit pas shtrimit në spital të PZ drejt arritjes së shëndetit dhe kënaqësisë më të mirë të pacientit [14]. Kardiologët në spitale filluan një përpjekje për të reduktuar ripranimet 30-ditore të PZ. Në qendër të kësaj përpjekjeje ishte krijimi i rolit të koordinatorit të kujdesit të infermierit për PZ. Infermieri koordinator i kujdesit për PZ kishte për detyrë të shihte pacientët me PZ gjatë shtrimit të tyre në spital, të kuptonte planet e tyre të kujdesit dhe të sigurohej që plani i kujdesit të ndiqej pas daljes. Në këtë mënyrë, koordinatori i kujdesit shërbeu si urë për të ndihmuar në menaxhimin e kujdesit pas daljes nga spitali dhe për të siguruar respektimin e protokolleve të zhvilluara nga programi i menaxhimit të PZ. Infermieri koordinator i kujdesit ndihmon në lehtësimin e ndjekjes së hershme ambulatorë midis pacientëve me të dhëna të shenjave dhe simptomave të përsëritura të PZ. Kjo qasje bazohet në premisën se pacienti tipik me PZ është kompleks, me gjendje të shumta shoqëruese dhe ofrues të shumtë, të tillë që udhëzimet standarde për ofruesit e pacientëve ambulatorë nuk mund të arrijnë të kapnin rëndësinë për një kalim të suksesshëm nga spitali në shtëpi dhe të lehtësonin komunikimin ndërmjet ofruesve të shumtë.

Figura 3-7

Përmbledhje e gjendjes ideale të ardhshme të kujdesit të personalizuar dhe të përqendruar te pacienti për PZ dhe përparësinë e kërkuar për të arritur këtë qëllim [13].



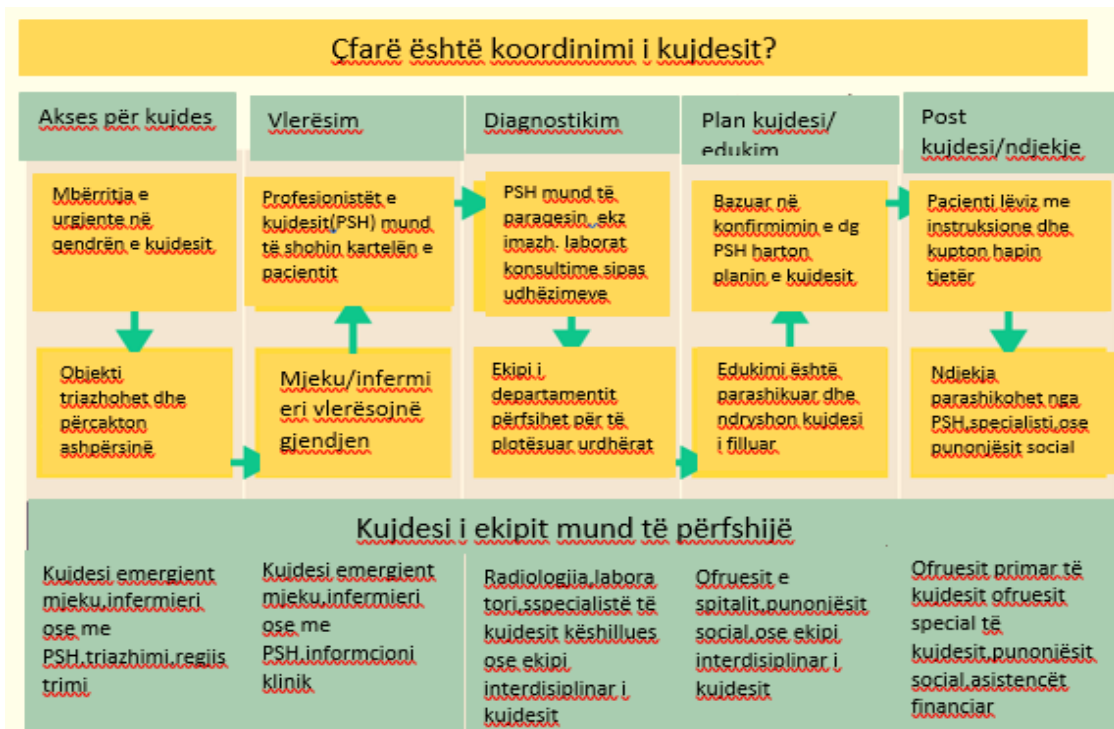
Koordinatorët e kujdesit për PZ ishin përgjegjës për shqyrtimin e kodeve të diagnostikimit të pranimit brenda karteles elektronike mjekësore për të identifikuar pacientët e shtruar me një diagnozë primare të PZ kongjестive. Pacientët me një diagnozë të konfirmuar të PZ më pas u panë dhe u vlerësuan nga koordinatorët e kujdesit për PZ në spital. Në këto takime, koordinatori i kujdesit për PZ ofroi edukimin, vlerësoi aftësitë e vetë-menaxhimit, zhvilloi qëllimet e kujdesit me në qendër të pacientin, koordinoi terapinë optimale të mjekimit, caktoi takime pasuese, koordinoi vizitat në specialitete, identifikoi dhe filloi të trajtojë shqetësimet e daljes nga spitali. Pas daljes nga spitali, koordinatorët e kujdesit për PZ thirrën pacientët brenda 24 deri në 48 orëve nga dalja të paktën çdo javë [14].

Koordinimi i kujdesit sinkronizon dhënien e kujdesit shëndetësor të pacientit nga ofrues dhe specialistë të shumtë. Qëllimet e kujdesit të koordinuar janë të përmirësojë rezultatet shëndetësore duke siguruar që kujdesi nga ofruesit e ndryshëm të ndihmojë në uljen e kostove të kujdesit shëndetësor duke eliminuar testet dhe procedurat e tepërta.

Koordinimi i suksesshëm i kujdesit kërkon disa elementë:

- Qasje e lehtë në një sërë shërbimesh dhe ofruesish të kujdesit shëndetësor
- Komunikime të mira dhe kalime efektive të planit të kujdesit ndërmjet ofruesve
- Një fokus në nevojat e përgjithshme të kujdesit shëndetësor të pacientit
- Informacion i qartë dhe i thjeshtë që pacientët mund të kuptojnë [15].

Figura 3-8 Koordinimi i kujdesit dhe ekipi [15]



Shembujt të koordinimi të kujdesit

1. Koordinimi i Kujdesit Parësor

Për t'u kujdesur për pacientët me sëmundje kronike si diabeti dhe dislipidemia, disa ofrues kanë miratuar një qasje të "Udhëzues të kujdesit parësor". Modeli i Kujdesit të Drejtuar u zhvillua nga një ekip studiuesish në Universitetin Johns Hopkins, për t'u përgjigjur sfidës në rritje të kujdesit në Amerikë që popullata po plakët me shpejtësi. Këtu infermierja e specializuar është përgjegjëse për pacientët me sëmundje kronike. Ajo kryen një vlerësim fillestar me pacientin, punon drejtpërdrejt me ofruesit e kujdesit parësor për të zhvilluar një plan kujdesi dhe koordinon kujdesin e specializuar me ofruesit e tjerë për të siguruar që asgjë të mos mungojë dhe plani të ndiqet.

2. Koordinimi i Menjëhershëm i Kujdesit

Pacientët me probleme akute shëndetësore si strok ose infarkt kardiak kërkojnë një nivel më kompleks të kujdesit për shkak të natyrës kritike dhe emergjente të gjendjes së tyre. Koordinimi i Menjëhershëm i Kujdesit vazhdon kur urgjenca ka kaluar dhe pacienti del nga spitali. Koordinatorët e kujdesit akut konfirmojnë kalimin e duhur të kujdesit duke planifikuar vizitat pasuese, duke u siguruar që medikamentet në recetë të merren nga pacienti dhe duke rishikuar udhëzimet vijuese me pacientin dhe familjen. Qëllimi i këtyre përpjekjeve është të ndihmojë në uljen e niveleve të ripranimeve në spital, parandalimin e vizitave të shpërndara dhe në uljen e shkallës së vdekshmërisë.

3. Koordinimi i Kujdesit Post-Akut/Afatgjatë

Pacientët që banojnë në ambiente rehabilitimi, kujdesi afatgjatë (KA) ose kujdesi post akut (KPA) mund të kenë nevojë të lëvizin ndërmjet spitalit - ose në nivele të ndryshme të kujdesit brenda spitalit - ndërsa shëndeti i tyre ndryshon. Ata kërkojnë kujdes të koordinuar për të menaxhuar barnat dhe për të përditësuar planet e kujdesit. Me modele të suksesshme, koordinatorët e kujdesit - në shumë raste punonjës socialë të licencuar - punojnë me pacientët e tyre për të siguruar që të gjithë të kuptojnë planin e kujdesit dhe pritshmëritë përkatëse. Ata gjithashtu veprojnë si avokatë të pacientëve, duke ofruar referime për shërbimet mbështetëse të disponueshme përmes qendrës spitalore ose shëndetësore, për të ndihmuar që pacienti të ketë cilësinë më të mirë të jetës [15].

Referenca

1. WHO EMRO 16th of October 2021 | Health promotion and disease prevention.
2. Lavie.J.C, Ozemek .C, Kachur.S "Promoting physical activity in primary and secondary prevention"
3. Gersh.J. B, Sliwa.K, Mayosi.M.B, Yusuf.S The epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications.

4. The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012.
5. Dalal.M.H, Doherty.P, Taylor.S.R"Cardiac rehabilitation "BMJ 2015;351:h5000 doi: 10.1136/bmj.h5000 (Published 29 September 2015)
6. NICE, Department of Health, BACPR, and European guidelines.
7. Advances in rehabilitation for chronic diseases: improving health outcomes and function. Richardson C.R., Franklin B., Moy M.L., Jackson E.A., 365, I2191, 2019.
8. British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (BACPR).
9. Committee on Quality of Health Care in America IoM. Crossing the Quality Chasm:A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2001.
- 10.Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004;13:299–305.
- 11.Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000;51:1087–1110.
- 12.C. Robert Cloninger "Person-centered Health Promotion in Chronic Disease" Int J Pers Cent Med. 2013 July ; 3(1): 5–12. doi:10.5750/ijpcm.v3i1.379.
- 13.Elsevier Mind the Gap: Current Challenges and Future State of Heart Failure Care.
- 14.Improving Value Through Heart Failure Care Coordination: The Allina Health Experience.
- 15.Marzoug.M.NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) Massachusetts Medical Society.

Impakti i kancerit te pacienti dhe Kontrolli i tyre: një sëmundje, disa tipe

Objektivat e mësimimit

- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë kancerin si një gjendje kronike.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë faktorët riskues dhe llojet e kancerit.
- Studenti duhet të jetë i aftë të diskutojë mbi impaktin e kancerit mbi pacientin, familjen, komunitetin
- Studenti duhet të jetë i aftë të diskutojë mbi kontrollin e pacientit me kancer
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë tipet e kancerit

Kanceri vështrim i përgjithshëm

Kanceri është një term i përgjithshëm për një grup të madh sëmundjesh që mund të prekin çdo pjesë të trupit. Është shkaktari i dytë i vdekjeve pas sëmundjeve kardiovaskulare. Terma të tjerë të përdorur janë tumoret malinje dhe neoplazitë. Një tipar përcaktues i kancerit është krijimi i shpejtë i qelizave anormale që rriten përtej kufijve të tyre të zakonshëm dhe që më pas mund të pushtojnë pjesët e tjera të trupit dhe të përhapen në organe të tjera; procesi i fundit quhet metastazë. Metastazat janë shkaku kryesor i vdekjes nga kanceri. Kanceri është shkaku kryesor i vdekjeve në mbarë botën, duke llogaritur rreth 10 milionë vdekje në vitin 2020 [1].

Tabela 4-1 Vdekjet nga kanceri

Vdekjet nga kanceri në vitin 2020 ishin:
○ mushkëri (1.80 milionë vdekje);
○ zorrës së trashë dhe rektumit (935 000 vdekje);
○ mëlçia (830 000 vdekje);
○ stomaku (769 000 vdekje);
○ gjirit (685 000 vdekje).

Shkaktarët e kancerit

Kanceri lind nga transformimi i qelizave normale në qeliza tumorale në një proces me shumë faza që përgjithësisht përparon nga një lezion para-kanceroz në një tumor malinj. Këto ndryshime janë rezultat i ndërveprimit midis faktorëve gjenetikë të një personi dhe tre kategorive të agjentëve të jashtëm, duke përfshirë:

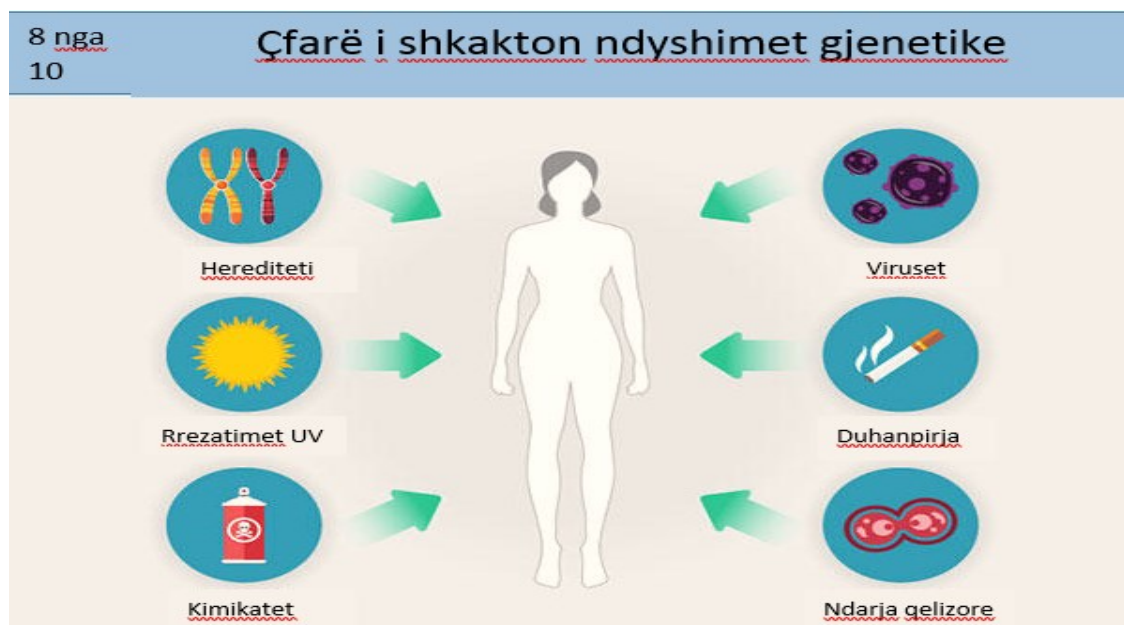
- kancerogjene fizik, si: rrezatimi ultravjollcë dhe jonizues;
- kancerogjenët kimik, si: azbesti, përbërësit e tymit të duhanit, aflatoksinë (një ndotës ushqimor) dhe arseniku (ndotës i ujit të pijshëm);
- kancerogjene biologjik, të tilla si: infeksionet nga disa viruse, baktere ose parazitë.

Incidenca e kancerit rritet në mënyrë dramatike me moshën, për shkak të rritjes së rreziqeve për kancere specifike që rriten me moshën. Akumulimi i përgjithshëm i rrezikut kombinohet me tendencën që mekanizmat e riparimit qelizor të jenë më pak efektivë ndërsa një person rritet [2].

Faktorët e rrezikut për kancerin

Përdorimi i duhanit, përdorimi i alkoolit, dieta e pashëndetshme, pasiviteti fizik dhe ndotja e ajrit janë faktorë rreziku për kancerin (dhe sëmundje të tjera jo të transmetueshme). Disa infeksione kronike janë faktorë rreziku për kancerin; kjo është një çështje e veçantë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Përafërsisht 13% e kancereve të diagnostikuara në 2018 në nivel global i atribuohen infeksioneve kancerogjene, duke përfshirë *Helicobacter pylori*, papillomavirusin njerëzor (HPV), virusin e hepatitit B, virusin e hepatitit C dhe virusin Epstein-Barr [3]. Viruset e hepatitit B dhe C dhe disa lloje të HPV rrisin rrezikun për kancer të mëlçisë dhe qafës së mitrës. Infeksioni me HIV rrit ndjeshëm rrezikun e kancerit si kanceri i qafës së mitrës [4].

Figura 4-1 Shkaktarët e ndryshimeve gjenetike [5]



Përkufizimi i Kancerit sipas National Cancer Institute at the National Institutes of Health

Kanceri është një sëmundje në të cilën disa nga qelizat e trupit rriten në mënyrë të pakontrolluar dhe përhapen në pjesë të tjera të trupit.

Kanceri mund të fillojë pothuajse kudo në trupin e njeriut, i cili përbëhet nga trilionat e qelizave. Normalisht, qelizat njerëzore rriten dhe shumohen (përmes një procesi të quajtur ndarja qelizore) për të formuar qeliza të reja sipas nevojës së trupit për to. Kur qelizat plaken ose dëmtohen, ato vdesin dhe qelizat e reja zënë vendin e tyre. Ndonjëherë ky proces i rregullt prishet dhe qelizat anormale ose të dëmtuara rriten dhe shumohen kur nuk duhet. Këto qeliza mund të formojnë tumore, të cilat janë gunga të indeve. Tumoret mund të jenë kancerogjene ose jo kanceroze (beninje).

Tumoret kanceroze përhapen ose pushtojnë indet e afërta dhe mund të udhëtojnë në vende të largëta të trupit për të formuar tumore të reja (një proces i quajtur metastazë). Tumoret kanceroze mund të quhen edhe tumore malinje [5].

Parimet Bazë të fispatologjisë së kancerit

Në përgjithësi, qelizat e kancerit dallohen nga qelizat normale me dy vetitë themelore.

Së pari, kanceret kanë anomali në rregullimin e ndarjes dhe mbijetesës së qelizave. Shumica e qelizave në trupin e njeriut nuk ndahen në mënyrë aktive në asnjë moment të caktuar. Megjithatë, shumë kancere kanë ndryshime në një ose më shumë proteina që rregullojnë aktivitetin mitotik. Qelizat normale gjithashtu do t'i nënshtrohen apoptozës - vdekjes së programuar të qelizave - si rezultat i një sërë kushtesh duke përfshirë dëmtimin e gjerë të gjenomit. Sidoqoftë, qelizat e kancerit shpesh kanë ndryshime në gjenet që kontrollojnë apoptozën dhe, për rrjedhojë, mbijetojnë në kushte që normalisht do të ishin vdekjeprurëse.

Karakteristika e dytë e qelizave kancerogjene që i dallon ato nga qelizat normale është aftësia për të dhënë metastaza. Metastaza i referohet kancerit ku qelizat fitojnë aftësinë për t'u shkëputur nga qelizat fqinje, për të kapërcyer kufijtë e indeve, për të hyrë dhe për të udhëtuar nëpër enët limfatike dhe enët e gjakut, dhe më pas rriten në mjedise të indeve të huaja.

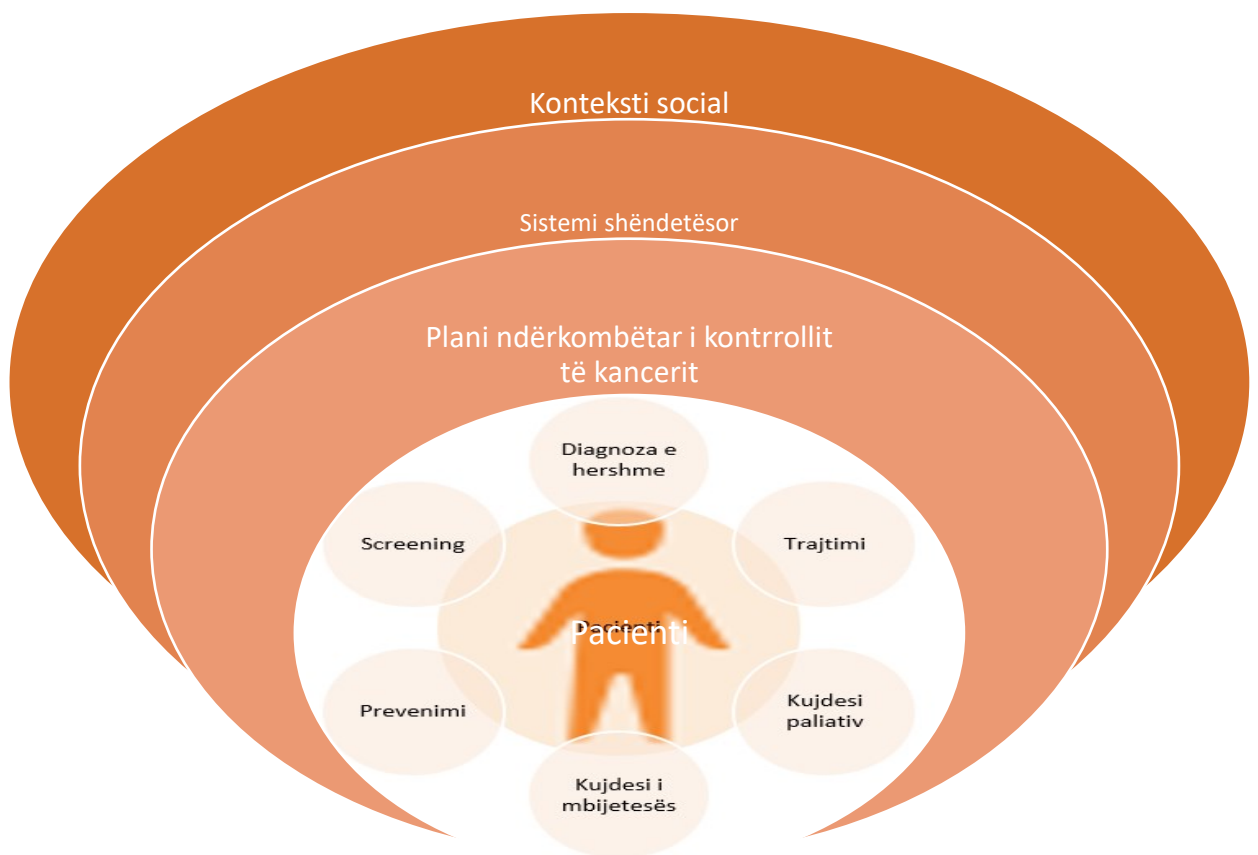
Është e rëndësishme të vlerësohet se kanceri nuk është një sëmundje, por një kategori e shumëqelizore, të cilat ndajnë tipare anormale të qelizave. Shumë kancere kanë një model të metastazave. Për shembull, tumoret që zakonisht japin metastaza në tru përfshijnë kancerin e gjirit, melanoma, karcinoma të qelizave renale (kanceri i veshkave) dhe kanceri i mushkërive. Në të kundërt, kanceret që zakonisht japin metastaza në kockë përfshijnë veshkat, tiroidet, mushkëritë, prostatën dhe gjirin [6].

Vetëm parandalimi nuk mjafton. Miliona njerëz në mbarë botën do të zhvillojnë ende kancer sepse jo të gjitha kanceret janë të parandalueshme, shkaqet e kancerit janë multifaktoriale dhe strategjitë ekzistuese të parandalimit nuk arrijnë të gjitha popullatat. Prandaj, diagnoza dhe trajtimi duhet të jenë të disponueshme dhe identifikimi i hershëm i kancerit duhet të jetë me prioritet. Zbulimi i kancerit në fazat e tij të hershme mundëson trajtimin që në përgjithësi është më efektive, më pak komplekse dhe më pak të kushtueshme.

Kujdesi paliativ dhe mbështetës është thelbësor në kontrollin gjithëpërfshirës të kancerit dhe sigurimin e aksesit në lehtësimin e dhimbjeve është një detyrim ligjor ndërkombëtar. Programet e mbijetesës duhet të ofrohen gjithashtu dhe të përfshijnë menaxhimin e toksiciteve afatgjata, vazhdimin e shërbimeve mbështetëse dhe monitorimin për përsëritje në vazhdimësi. Kur merret parasysh kontrolli gjithëpërfshirës i kancerit, është e rëndësishme të theksohen se strategjitë ndryshojnë midis llojeve të kancerit. Prandaj, kërkesat e sistemit shëndetësor, ndikimi dhe kostot ndryshojnë ndjeshëm në varësi të kancerit të veçantë dhe shërbimeve të ofruara.

Diagnoza e hershme, për shembull, është më efektive për kanceret që mund të identifikohen në një fazë të hershme dhe trajtohet në mënyrë efektive. Të kuptuarit e efektivitetit dhe kostos së ndërhyrjeve për llojet e zakonshme të kancerit është kritike kur jepet përparësi strategjive në një plan kombëtar i kontrollit të kancerit. Plani Global i Veprimit për Parandalimin dhe Kontrollin e NCD-ve 2013–2020 parashikon një listë të politikave dhe ndërhyrjeve të sugjeruara me kosto efektive për parandalimin dhe kontrollin e kancerit që mund të zbatohen në të gjitha nivelet e burimeve [7].

Figura 4-2 Kontrolli gjithëpërfshirës i kancerit [8]



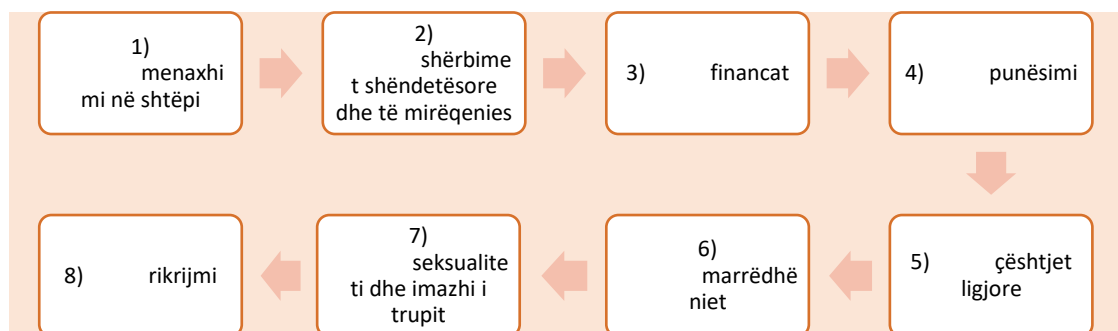
Trajtime të reja me zhvillim të shpejtë në onkologji, veçanërisht në sëmundjet e avancuara, do të thotë se më shumë pacientë jetojnë më gjatë; për ata që nuk mund të kurohen, qëllimi i terapisë është zgjatja e mbijetesës duke ruajtur ose përmirësuar cilësinë për jetën. Matja e përvojës subjektive të një pacienti si

simptomat e sëmundjes ashtu edhe toksiciteti i lidhur me trajtimin brenda provave klinike është rritur. Kjo praktikë është duke u zgjeruar në kujdesin rutinë dhe ndjekjen mbi Konceptin e Shëndetit dhe Cilësisë së Jetës (KSHCJ) i përmbledhur nën termin më të gjerë të rezultateve të raportuara nga pacientët. Shumë lista kontrolli dhe nënshkallët janë të disponueshme që mundësojnë matjen e efekteve anësore të lidhura me trajtimin, si dhe simptomat e sëmundjes [9].

Rishikimi e literaturave nga studiues të ndryshëm identifikoi një instrument, atë social të nivelit të vështirësive, i cili përfshinte një nënshkallë të 'jetesës së përditshme' që shqyrtonte kujdesin, pavarësinë dhe një nënshkallë 'çështjet e parave' me zërat në punë, financa dhe përfitime të mirëqenies. Problemet sociale për pacientët me kancer janë në/ose për punësim, për të menaxhuar çdo ditë jetesën, financat dhe sigurimet.

Studimet cilësore tregojnë se rolet dhe përgjegjësitë jashtë punës (d.m.th. të qenit një prind ose kujdestar për të tjerët) janë gjithashtu një pjesë e rëndësishme e jetës së pacientëve dhe se kanceri ka ndërveprim dhe rrjedhimisht ndikim në këto. Sipas një studimi të Wright me pacientë duke përdorur fokus grupe dhe intervista për të përshkruar dhe kategorizuar vështirësitë sociale të pacientëve me kancer janë evidentuar gjithsej 32 probleme sociale të cilat ishin në gjendje të kategorizoheshin në tetë situata [9]:

Figura 4-2 Kategorizimi i situatave të problemeve sociale që hasen te pacientët me kancer [9]



Tashmë dihet se çështjet psikosociale prekin pacientët në të gjitha fazat e kancerit. Sipas Holland në 2002 nxori në pah se përgjigja emocionale mund të ndikojë si në sëmundshmëri ashtu edhe në vdekshmëri. Rritja e theksit në onkologjinë psikosociale në vitet e fundit ka çuar në më shumë programe kërkimi, edukimi dhe trajnimi pasi më shumë profesionistë e vlerësojnë rëndësinë e këtij aspekti të kujdesit. Kujdesi psikosocial i pacientëve është i nevojshëm në të gjitha fazat e përjetimit të kancerit. Holland identifikoi tre faktorë që kontribuojnë në përshtatjen psikologjike:

- lloji i kancerit,
- aftësitë personale të përballimit
- qëndrimet mbizotëruese të shoqërisë ndaj kancerit [10].

Diagnoza

Ankthi dhe pasiguria e një diagnoze të kancerit mund të krijojë përçarje ekstreme në jetën e pothuajse çdo individi. Një diagnozë e kancerit mund të krijojë një kërcënim për ndjenjën e përgjithshme të sigurisë dhe rregullit në jetë. Edhe pse shumica dërrmuese e kancereve janë të shërueshme, shumë njerëz kanë frikë të rrënjosur thellë se çdo kancer përfaqëson dhimbje, vuajtje dhe vdekje. Holland në sudimet e tij vuri në dukje se asnjë sëmundje nuk ka pasur një stigmë kaq të fortë negative sa kanceri. Këto frikëra mund të kontribuojnë në reagimin e një personi ndaj një diagnoze të re të kancerit. Sido që të jetë lloji i kancerit, njerëzit përballen me pasiguri të vazhdueshme për të ardhmen e tyre ndërsa merren me potencialin për një kurs të paparashikueshëm. Një diagnozë e kancerit çon në një grup kompleks çështjesh, duke përfshirë trajtimin e simptomave fizike nga sëmundja, përballjen me dimensionin ekzistencial të sëmundjes dhe kërkimin e një strukture ose vlerash ngushëlluese filozofike, shpirtërore ose fetare, besimi ose vlerash që i japin kuptim jetës dhe vdekjes.

Ndërgjegjësimi

Përpara diagnozës, individi mund të jetë i vetëdijshëm për ndryshimet e trupit që mund të tregojnë kancer (p.sh., një gungë, gjakderdhje jonormale). Nail në studimin e tij në 2001 e quajti këtë *Faza e Njohjes*. Ky ndërgjegjësim krijon një gjendje hiper vigjilence që përfundimisht çon në veprim në shumicën e njerëzve. Sa shpejt ndodh ky veprim varet nga shumë variabla, duke përfshirë përvojën e kaluar me kancerin vet te pacienti ose në familjen e dikujt. Një përvojë me kancerin mund të inkurajojë disa që të kërkojnë kujdes të shpejtë mjekësor. Përvoja e të tjerëve mund bëjnë që ata të shmangin kujdesin mjekësor sepse kanë frikë se çfarë mund të nënkuptojnë simptomat. Dhimbja ose shqetësimi i krijuar nga simptomat priren të motivojnë njerëzit të kërkojnë kujdes mjekësor. Faktorë të tjerë mund të kontribuojnë në vonesa, si p.sh si ndjenja e parehatshme rreth ofruesve të kujdesit shëndetësor, konsiderata financiare, frika nga varësia dhe frika nga shpërftyrimi. Frika nga trajtimi i kancerit mund të kontribuojë në njohjen e simptomave nga një individ. Anëtarët e familjes me vlera të ngjashme mund të nxisin pa dashje të njëjtat sjellje vonuese që po përdor pacienti. Mungesa e njohurive për simptomat gjithashtu mund të shkaktojë një vonesë [10].

Stigma e kancerit

Kanceri si diagnozë dhe shkak i vdekjes mund të mos njihet në disa mjedise. Ku kanceri është i njohur, besimet e frikshme dhe fataliste janë të zakonshme. Stigma e kancerit është një ndjenjë e zhvlerësimit nga individë ose komunitete të lidhura me pacientët me kancer. Norma të tjera shoqërore – që janë sociale, kulturore, të bazuara në gjini ose të lidhura me ligjin dhe mjedisin – gjithashtu ndikojnë në sjelljen dhe shëndet. Pacientët mund të jenë në siklet rreth simptomave ose frikës nga ndikimi financiar ose personal i marrjes së kujdesit për kancerin [7].

Përmirësimi i edukimit shëndetësor dhe zvogëlimi i stigmës ndaj kancerit

Strategjitë specifike për të përmirësuar edukimin shëndetësor dhe për të reduktuar stigmën varen nga burimet mbizotëruese të informacionit dhe mund të përfshijnë median e shkruar, radion, televizionin, mediat sociale dhe mjete të tjera në internet. Ndërhyrjet e përdorura për të nxitur ndërgjegjësimin e publikut

rreth kancerit duhet të jetë kulturalisht i përshtatshëm dhe konsistent në të gjitha nivelet e sistemit shëndetësor. Mesazhet kryesore përfshijnë ndërgjegjësimin për simptomat e "alarmit" ose "flamurit të kuq" që mund të përfaqësojnë kancerin, si të kërkon vlerësimin për këto simptoma dhe ndërgjegjësimin mbi vlerësimin dhe trajtimin në kohë mund të rrisë gjasat për një kurë. Ndërgjegjësimi për simptomat parashikuese të kancerit përfshin njohuritë se si të vetëidentifikohen ndryshimet dhe të kuptojnë se simptomat specifike mund të përfaqësojnë kancerin pa frikë ose mohim (Tabela 4-4) [7].

Tabela 4-2 Simptomat dhe shenjat e zakonshme që mund të jenë për shkak të kancerit	
Vendi i kancerit	Simptoma të zakonshme
Gjiri	Gungë në gji, asimetri, tërheqje e lëkurës, retraksion i thithkës gjirit, rrjedhje gjaku, ndryshime ekzematoze në areolë
Qafa e mitrës	Gjakderdhje pas koitale, rrjedhje e tepërt vaginale
Zorrë e trashë dhe rektumi	Ndryshim në zakonet e zorrëve, humbje peshe e pashpjegueshme, anemi, prezenca e gjakut në jashtëqitje (kanceri rektal)
Kaviteti oral	Lezione të bardha (leukoplakia) ose lezione të kuqe (eritroplakia), rritje ose ulçerë në gojë
Nazofaringu	Gjakderdhje nga hunda, hundë e bllokuar përherë, ulje të dëgjimit, noduse në pjesën e sipërme të qafës
Laringu	Ngjirje e vazhdueshme e zërit
Stomak	Dhimbje stomaku në pjesën e sipërme të barkut, fillimi i fundit i dispepsisë, humbje peshe
Melanoma e lëkurës	Lezioni kafe që po rritet me kufij të parregullt ose zona me ngjyrë të kuqëremtë që mund të kruhet ose rrjedh gjak
Kancere të tjera të lëkurës	Lezione ose plagë në lëkurë që nuk shërohet
Fshikëza urinare	Dhimbje, urinim i shpeshtë dhe i pakëndshëm, gjak në urinë
Prostata	Vështirësi (për një kohë të gjatë) në urinim, urinim i shpeshtë gjatë natës
Retinoblastoma	Njolla e bardhë në bebezën e syrit, strabizëm konvergjent (tek një fëmijë)
Testitis	Ënjtje e njërës testikuj (asimetri)

* Këto simptoma të zakonshme mund të jenë për shkak të kancerit ose për shkak të një gjendjeje të ndryshme mjekësore. Njerëzit me këto simptoma duhet të kërkojnë kujdes mjekësor të menjëhershëm [11].

Ofroni këshillim mbështetës dhe kujdes të përqendruar te njerëzit

Një diagnozë paraprake e kancerit mund të jetë dërmuese për pacientin. Prandaj, kur diskutohen planet e diagnostikimit të kancerit, duhet të bëhen përpjekje për të përfshirë sistemin e mbështetjes sociale të pacientit, si të afërmit dhe miqtë, sipas preferencave të pacientit. Komunikimi gjatë intervalit diagnostik duhet të përfshijë një vlerësim të saktë të gjasave për kancer dhe, në disa mjedise, opsionet e trajtimit dhe rezultatet e mundshme. Duhet të jenë hapa të qartë drejt nivelit tjetër të kujdesit i cili sigurohet për të minimizuar humbjet për ndjekjen për shkak të informacionit të pamjaftueshëm për rrugën përpara. Për të reduktuar më tej këtë rrezik, stafi mund të kontaktojë pacientët me kancer në intervale të paracaktuara. Në mënyrë të ngjashme, duhet të ekzistojë një mekanizëm që pacientët të komunikojnë me një punonjës shëndetësor nëse ata kanë vështirësi në sistemin e referimit.

Rezultatet e biopsisë duhet t'u përcillen pacientëve në kohën e duhur dhe në një mënyrë sa më të kuptueshme dhe me dhembshuri, pavarësisht nga diagnoza. Kur këshillon pacientët në lidhje me rezultatet e biopsisë së tyre, ofruesi duhet të shpjegojë se çfarë ishte bërë dhe pse, të përshkruajë çdo anomali nëse është e pranishme dhe bini dakord për hapat e ardhshëm dhe një vizitë pasuese. Pacienti (dhe anëtarët e familjes) duhet të inkurajohen të bëjnë pyetje; nëse praktikuesi nuk i di përgjigjet, atëherë duhet të sigurohet dikush që i njeh ato. Së fundi, pacientët duhet të ftohen të kthehen nëse lindin pyetje ose ndonjë shqetësim. Ky lloj takimi ka potencialin për të përmirësuar ndjeshëm respektimin e rekomandimeve të trajtimit [7].

Dhënia e lajmit lidhur me diagnozën e kancerit

Në SHBA, respektimi i parimit etik të autonomisë ka rezultuar që mjekët t'u tregojnë drejtpërdrejt pacientëve për diagnozën e kancerit. Parimi i autonomisë dikton që individi ka të drejtë të përcaktojë kurs veprimi të tijën me një plan të vetë-përcaktuar. Në fushën e kujdesit shëndetësor, kjo do të thotë se dikush ka të drejtë të dijë dhe të marrë pjesë në të gjitha vendimet e kujdesit shëndetësor. Në 1977, më shumë se 90% e mjekëve favorizonin ndarjen e një informacioni të tillë me pacientët. Qasja tek specialistët e onkologjisë që kishin përvojë në ndarjen e lajmeve të këqija u bë gjerësisht e disponueshme gjatë asaj kohe. Zhvillimi i protokolleve kërkimore që theksonin pëlqimin e informuar ishte një faktor tjetër. Ndonjëherë, familjet ende kërkojnë që pacientëve të mos u thuhet diagnoza. Kjo krijon dilema etike për ofruesit e kujdesit shëndetësor në lidhje me marrjen e pëlqimit të informuar për trajtim nga pacientët e tyre. Duke qenë nën presion për të përdorur fjalë si "ritje" për kancerin ose "ilaç special" për kimioterapinë e bën më të vështirë ofrimin e kujdesit për këta pacientë. Dunn dhe studiues të tjerë 1993 vunë në dukje se të qenit jo i hapur për diagnozën ende bën që pacientët ta dyshojnë atë dhe të mendojnë se kanceri duhet të jetë i tillë i tmerrshëm që as mjekët apo infermierët nuk do ta pranojnë atë. Shmangia e përdorimit të fjalës "kancer" përforcon frikën e lidhur me fjalën.

Nëse mjekët nuk u tregojnë pacientëve diagnozën, ekziston gjithmonë rreziku që dikush të ndajë pa dashje informacionin me pacientin, duke bërë që pacienti të mos besojë shumë te ekipi i kujdesit shëndetësor dhe familja. Në studimet e tij Dunn identifikoi tendencën e profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe anëtarëve të familjes për të shmangur pacientët të cilëve nuk u është thënë e vërteta për shkak të frikës së mosfoljes së gabuar. Të qëniti i "Hapur" në lidhje me diagnozën dhe prognozën u mundëson pacientëve të mendojnë më realisht për gjendjen e tyre dhe të marrin pjesë aktive në planifikimin e trajtimit. Shumica e individëve janë në gjendje të përshtaten me diagnozën me kalimin e kohës. Është e rëndësishme të theksohet se autonomia nuk praktikohet në mbarë botën.

Pacientët dhe familjet nga kulturat e tjera mund të jenë të papërgatitur për të marrë diagnozën direkt. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të adresojnë frikën e familjes për ndarjen e lajmeve dhe të ofrojnë sugjerime për të ndihmuar pacientin. Krijimi i një ekuilibri midis dhënies së informacionit pa e tjetërsuar për pacientin dhe familjen mund të jetë i vështirë. Profesionistët e kujdesit shëndetësor, duke përfshirë infermierët onkologë, duhet të zhvillojnë aftësi në paraqitjen e informacionit me saktësi, por me butësi, duke ruajtur kështu shpresën pavarësisht nga prognoza.

Megjithëse infermierët mund të mos japin diagnozën fillestare, ata shpesh janë në gjendje të përforcojnë informacionin, të ofrojnë mbështetje dhe të konsultohen me mjekët për ndarjen e lajmeve. Sipas studimit të Schofi dhe të tjerë studiues në 2003 raportuan se pacientët përjetojnë më pak ankth të lidhur me stilin e mëposhtëm të komunikimit se si jepen lajmet: Mjeku përgatit pacientin para kohe për një diagnozë të mundshme të kancerit, jep informacion me shkrim, dhe diskuton hapur jetëgjatësinë dhe ashpërsinë e kancerit; pacienti ka dikë prezent kur jepet informacioni; pyetjet adresohen në të njëjtën ditë si diskutim fillestar; dhe pacienti është i përfshirë në vendimet e trajtimit [7].

Tabela 4- 3. Udhëzime për dhënien e një diagnoze të kancerit[7]

- Siguroni privatësi dhe kohë të mjaftueshme për të ndarë informacionin dhe për të ofruar mbështetje.
- Pyete pacientin se sa informacion ai ose ajo dëshiron të dijë.
- Inkurajon pacientin që të sjellë një anëtar të familjes në takim.
- Merrni parasysh regjistrimin e takimit ose ofrimin e një përmbledhjeje me shkrim të informacionit.
- Monitoroni për shenja të shqetësimit emocional dhe përgjigjuni sipas nevojës.
- Jepni informacionin gradualisht në vend që të filloni me diagnozën.
- Dëgjoni shqetësimet e pacientit dhe të familjes.
- Vlerësoni të kuptuarit e tyre për atë që është ndarë gjatë gjithë procesit.
- Zhvilloni një aleancë me pacientin për planin e trajtimit.

- Nëse është e nevojshme, sigurohuni që profesionistë ndihmës të jenë në dispozicion.
- Nëse prognoza është shumë e keqe, shmangni dhënien e një afati kohor të caktuar.
- Përforconi informacionin e dhënë në vizitat e mëvonshme dhe kur pacienti dhe familja takohen me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor.
- Siguroni burime për mbështetjen e mëtjeshme.

Llojet e trajtimit të kancerit

Kirurgjia: Menaxhimi kirurgjik i tumoreve malinje kryhet në shumicën e vendeve nga kirurgët e përgjithshëm. Megjithatë, shumë punonjës me përvojë në këtë fushë kanë arritur të besojnë se trajtimi i kancerit ka probleme të veçanta dhe se kirurgët, si mjekët e tjerë, kërkojnë trajnim të veçantë për t'u marrë me to. Kanceri, nuk respekton kufijtë anatomikë, dhe për këtë arsye menaxhimi i duhur i tij duhet të varet ose nga bashkëpunimi i kirurgëve në fusha të veçanta, ose nga kirurgu i përgjithshëm me trajnim të veçantë në onkologji.

Parimet udhëzuese për menaxhimin e kancerit

Kirurgji diagnostike do të kuptohet çdo veprim operativ i kryer për vendosjen e një diagnoze të saktë. Mund të përmenden dy lloje të kirurgjisë diagnostike: biopsia dhe operacioni eksplorues. Biopsia është ekzaminimi i indit të hequr nga një lezion, dhe në vazhdim termi nënkupton edhe heqjen e indit. Përveçse ndihmon në vendosjen e diagnozës së saktë, mund të japë informacion të vlefshëm në prognozë. Në përgjithësi, ajo duhet t'i paraprijë çdo mase terapeutike.

Kanceri ka më shumë gjasa t'i përgjigjet trajtimit efektiv kur identifikohet herët, duke rezultuar në një probabilitet më të madh për të mbijetuar, si dhe më pak sëmundshmëri dhe trajtim më pak të kushtueshëm [12].

Opsionet e trajtimit përfshijnë kirurgji, ilaçe kundër kancerit dhe/ose radioterapi, të administruara vetëm ose të kombinuara. Një ekip multidisciplinar i profesionistëve të kancerit rekomandon planin më të mirë të mundshëm të trajtimit bazuar në llojin e tumorit, fazën e kancerit, faktorët klinik dhe faktorë të tjerë. Zgjedhja e trajtimit duhet të jetë e informuar nga preferencat e pacientëve dhe të merret parasysh kapaciteti i sistemit shëndetësor.

Kujdesi paliativ, i cili fokusohet në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve dhe familjeve të tyre, është një komponent thelbësor i kujdesit ndaj kancerit. Kujdesi për mbijetesën përfshin një plan të detajuar për monitorimin e përsëritjes së kancerit dhe zbulimin e kancereve të reja, vlerësimin dhe menaxhimin e efekteve afatgjata që lidhen me kancerin dhe/ose trajtimin e tij, si dhe shërbime për të siguruar që nevojat e të mbijetuarve nga kanceri janë plotësuar [12].

Ndërhyrjet farmakologjike dhe radioterapeutike janë shtylla kryesore e trajtimit të dhimbjes së kancerit. Këto udhëzime fokusohen në menaxhimin mjekësor të dhimbjes së kancerit dhe bëjnë rekomandime mbi metodat

farmakologjike dhe radioterapeutike të menaxhimit të dhimbjes nga kancerit. Mënyrat anestetike, psikologjike, sociale, shpirtërore, fizioterapeutike dhe kirurgjikale të menaxhimit të dhimbjes së kancerit janë pjesë përbërëse e menaxhimit gjithëpërfshirës të dhimbjes nga kanceri [13].

Vdekjet nga kanceri

Në vitin 2017 grupi i kancerit të trakesë, bronkeve dhe mushkërive mori numrin më të madh të jetëve – 1.9 milionë në vitin 2017. Më pas vijon kanceri i zorrës së trashë dhe rektumit, stomakut dhe mëlçisë, të gjithë duke pretenduar midis 800,000 dhe 900,000 globalisht në 2017. Në eksplorimin e modeleve nëpër vende të ndryshme, ne shohim se kanceri i trakesë, i bronkeve dhe i mushkërive është forma kryesore e vdekjeve nga kanceri në shumicën e vendeve me të ardhura të larta dhe të mesme. Megjithatë, forma kryesore në vendet me të ardhura më të ulëta ndryshon: zorra e trashë dhe rektumi; mëlçisë; qafës së mitrës; stomaku; gjinjtë hasen më shpesh në këto vende [14].

Figura 4-3 Tipet e kancerit [14]



▪ ***Kanceri i fshikëzës***

Kanceri i fshikëzës fillon kur qelizat e shëndetshme në fshikëzës ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një masë të quajtur tumor. Qelizat uroteliale gjithashtu rreshtojnë legenin renal dhe ureterët. Kanceri që zhvillohet në veshka dhe ureterët konsiderohet gjithashtu një lloj kanceri urotelial dhe shpesh quhet kancer urotelial i traktit të sipërm. Në shumicën e rasteve, ai trajtohet në të njëjtën mënyrë si kanceri i fshikëzës. Një tumor mund të jetë kanceroz ose beninj. Një tumor kanceroz është malinj, që do të thotë se mund të rritet dhe të përhapet në pjesë të tjera të trupit. Një tumor beninj do të thotë se tumori mund të rritet, por nuk do të përhapet. Tumoret beninje të fshikëzës janë shumë të rralla [15]. Në vendin tonë sipas ISHP zë 2.1% të totalit të kancereve.

▪ ***Kancerit të gjirit***

Kanceri fillon kur qelizat e shëndetshme në gjë ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një masë ose fletë qelizash të quajtur tumor. Një tumor mund të jetë kanceroz ose beninj. Një tumor kanceroz është malinj, që do të

thotë se mund të rritet dhe të përhapet në pjesë të tjera të trupit. Një tumor benign do të thotë se tumori mund të rritet, por nuk do të përhapet.

Kanceri i gjirit përhapet kur kanceri rritet në organet ngjitur ose pjesë të tjera të trupit ose kur qelizat e kancerit të gjirit lëvizin në pjesë të tjera të trupit përmes enëve të gjakut dhe/ose enëve limfatike. Kjo quhet metastazë. Kanceri mund të jetë invaziv dhe jo-invaziv (faza 0) ashtu edhe kancerin invaziv të gjirit në fazën e hershme dhe të avancuar lokal, i cili përfshin fazat I, II dhe III. Faza e kancerit të gjirit përshkruan se sa është rritur kanceri dhe nëse ose ku është përhapur. Megjithatë kanceri i gjirit përhapet më së shpeshti në nyjet limfatike aty pranë, ai gjithashtu mund të përhapet më tej përmes trupit në zona të tilla si kockat, mushkëritë, mëlçia dhe truri. Ky quhet kanceri i gjirit metastatik ose i fazës IV dhe është lloji më i avancuar i kancerit të gjirit. Nëse kanceri i gjirit kthehet pas trajtimit fillestar, ai mund të përsëritet lokalisht, që do të thotë në të njëjtin gjë dhe/ose nyjet limfatike rajonale. Mund të përsëritet edhe diku tjetër në trup, i quajtur përsëritje e largët ose përsëritje metastatike.[16] Në vitin 2020 në botë incidenca e kancerit në gjoks (2.26 milionë raste) [1]. Në vendin tonë zë 12% të totalit të kancerit sipas ISHP.

▪ **Kanceri kolorektal**

Kanceri kolorektal mund të fillojë ose në zorrën e trashë ose në rektum dhe emërtohet kancer i zorrës së trashë ose kancer rektal. Shumica e kancereve të zorrës së trashë dhe rektal janë një lloj tumori i quajtur adenokarcinoma, i cili është kanceri i qelizave që rreshtojnë indin e brendshëm të zorrës së trashë dhe rektumit [17]. Në vitin 2020 në botë incidenca e kancerit të zorrës së trashë dhe rektumit (1.93 milionë raste);[1]. Studimet në vendin tonë janë të pakta sepse ka një mungesë të theksuar të dokumentacionit dhe për të dhënat klinike të pacientëve kjo ka rezultuar në një studim që ka bërë F.Kamberi dhe studiues të tjerë në qytetin e Vlorës [27]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 4.3% të totalit të rasteve me kancer.

▪ **Kanceri i veshkave**

Kanceri i veshkave fillon kur qelizat e shëndetshme në 1 ose të dyja veshkat ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një masë të quajtur një tumor kortikal i veshkave. Një tumor mund të jetë malinj, indolent ose benign. Një tumor malinj është kanceroz, që do të thotë se mund të rritet dhe të përhapet në pjesë të tjera të trupit. Një tumor indolent është gjithashtu kanceroz, por ky lloj tumori përhapet rrallë në pjesë të tjera të trupit. Një tumor benign do të thotë se tumori mund të rritet, por nuk do të përhapet [18].

▪ **Kanceri i mushkërive**

Një tumor i mushkërive mund të fillojë kudo në mushkëri. Një tumor mund të jetë kanceroz ose benign. Sapo të rritet një tumor kanceroz i mushkërive, ai mund të hedhë qelizat e kancerit. Këto qeliza mund të largohen në gjak ose të notojnë në lëngun, i quajtur limfë, që rrethon indin e mushkërive. Limfa rrjedh nëpër tuba

të quajtura enë limfatike që derdhen në stacionet grumbulluese të quajtura nyje limfatike. Kur një qelizë kanceroze lëviz në një nyje limfatike ose në një pjesë të largët të trupit përmes qarkullimit të gjakut, quhet metastazë [19]. Në vitin 2020 në botë incidenca e kancerit në mushkëri ishte (2.21 milionë raste) [1]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 14.2% të totalit të rasteve.

▪ ***Limfoma jo-Hodgkiniane***

Limfoma është një kancer i sistemit limfatik. Limfoma fillon kur qelizat e shëndetshme B, qelizat T ose qelizat NK në sistemin limfatik ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, gjë që mund të formojë një tumor. Limfoma jo-Hodgkin (LJH) është një term që i referohet një grupi kanceresh të sistemit limfatik. Këto kancere mund të kenë simptoma dhe shenja të ndryshme, gjetje në një ekzaminim fizik dhe trajtime. Për shkak se indi limfatik gjendet në shumicën e pjesëve të trupit, NHL mund të fillojë pothuajse kudo dhe mund të përhapet, ose të japë metastaza, pothuajse në çdo organ. Shpesh fillon në nyjet limfatike, mëlçinë, shpretkën ose palcën e kockave. Megjithatë, mund të përfshijë edhe stomakun, zorrët, lëkurën, gjëndrën tiroide, trurin ose çdo pjesë tjetër të trupit. Është shumë e rëndësishme të dihet se cili lloj dhe nëntipi i limfomës është diagnostikuar. Ky informacion mund ta ndihmojë mjekun të gjejë trajtimin më të mirë, si dhe prognozën e pacientit, që është mundësia e shërimit [20]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 3.5%.

▪ ***Melanoma***

Shtresa më e thellë e epidermës, e vendosur pikërisht mbi dermë, përmban qeliza të quajtura melanocyte. Melanocitet prodhojnë pigmentin ose ngjyrën e lëkurës. Melanoma fillon kur melanocitet e shëndetshme ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një tumor kanceroz. Një tumor kanceroz është malinj, që do të thotë se mund të rritet dhe të përhapet në pjesë të tjera të trupit. Ndonjëherë, melanoma zhvillohet nga një nishan normal që një person ka tashmë në lëkurën e tij. Kur kjo të ndodhë, nishani do të pësojë ndryshime që zakonisht mund të shihen, të tilla si ndryshime në formë, madhësi, ngjyrë ose kufirin e nishanit.

Melanoma mund të zhvillohet kudo në trup, duke përfshirë kokën dhe qafën, lëkurën poshtë thonjve, organet gjenitale, madje edhe shputat e këmbëve ose pëllëmbët e duarve. Melanoma mund të mos jetë e ngjyrosur si nishani. Mund të mos ketë ngjyrë ose të jetë paksa e kuqe, e cila quhet melanoma amelanotike. Kur zbulohet herët, melanoma shpesh mund të kurohet me kirurgji. Megjithatë, melanoma është një nga format më serioze të kancerit të lëkurës. Mund të rritet thellë në lëkurë; kjo quhet melanoma invazive. Ai gjithashtu mund të pushtojë enët e gjakut dhe të përhapet në nyjet limfatike dhe pjesët e largëta të trupit; kjo quhet melanoma metastatike. Më rrallë, melanoma mund të zhvillohet në membranat mukoze që veshin gojën, traktin gastrointestinal, vaginën e një gruaje dhe vende të tjera përreth trupit [21]. Sipas ISHP në vendin tonë ka rezultuar me 1.1%

▪ ***Kanceri oral dhe orofaringeal***

Kanceri i zgavrës me gojë dhe kanceri i orofaringut janë 2 nga llojet më të zakonshme të kancerit që zhvillohen në rajonin e kokës dhe qafës. Më shumë se 90% e kancereve orale dhe orofaringeale janë karcinoma skuamoze. Kjo do të thotë se ato fillojnë në qelizat e sheshta, skuamoze që gjenden në mukozën e gojës dhe të fytit. Vendndodhjet më të zakonshme të kancerit në zgavrën e gojës janë: gjuha, bajamet, oropharynx, mishrat e dhëmbëve, goja. Megjithatë kanceri oral dhe kanceri orofaringeal zakonisht përshkruhen duke përdorur 1 frazë, është e rëndësishme të identifikohet saktësisht se ku filloi kanceri. Kjo për shkak se mund të ketë dallime në trajtim midis 2 vendndodhjeve [14]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 1.9%.

▪ **Kanceri i pankreasit**

Ekzistojnë disa lloje të kancerit të pankreasit, në varësi të faktit nëse kanceri filloi në komponentin ekzokrin ose endokrin. Tumoret ekzokrine janë lloji më i zakonshëm i kancerit të pankreasit adenokarcinoma. Këto tumore zakonisht fillojnë në kanalet e pankreasit, të quajtur adenokarcinoma duktale. Tumoret endokrine. Këto quhen gjithashtu tumore neuroendokrine pankreatike ose tumore të qelizave ishullore. Ato janë shumë më pak të zakonshme se tumoret ekzokrine, duke përbërë rreth 7% të të gjithë kancereve të pankreasit. Një tumor neuroendokrin pankreatik mund të jetë funksional ose jofunksional [21].

▪ **Kanceri i prostatës**

Kanceri fillon kur qelizat e shëndetshme në prostatë ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një tumor. Disa lloje të kancerit të prostatës rriten shumë ngadalë dhe mund të mos shkaktojnë simptoma ose probleme për vite ose kurrë. Edhe kur kanceri i prostatës është përhapur në pjesë të tjera të trupit, ai shpesh mund të menaxhohet për një kohë të gjatë. Pra, njerëzit me kancer të prostatës, madje edhe ata me kancer të avancuar të prostatës, mund të jetojnë me shëndet të mirë dhe cilësi të jetës për shumë vite. Megjithatë, nëse kanceri nuk mund të kontrollohet mirë me trajtimet ekzistuese, ai mund të shkaktojë simptoma si dhimbje dhe lodhje dhe ndonjëherë mund të çojë në vdekje. Një pjesë e rëndësishme e menaxhimit të kancerit të prostatës është monitorimi i tij për rritjen me kalimin e kohës, në mënyrë që të zbulohet nëse po rritet ngadalë apo shpejt. Bazuar në modelin e rritjes, mjeku juaj mund të vendosë opsionet më të mira të mundshme të trajtimit dhe kur t'i japë ato [16]. Në vitin 2020 në botë incidenca e kancerit të prostatës ishte (1.41 milion raste) [1]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 1.6%

▪ **Kanceri i tiroides**

Ekzistojnë 5 lloje kryesore të kancerit të tiroides:

- Kanceri papilar i tiroides. Kanceri papilar i tiroides zhvillohet nga qelizat folikulare dhe zakonisht rritet ngadalë. Është një kancer i diferencuar i tiroides, që do të thotë se tumori duket i ngjashëm me indin normal të tiroides nën një mikroskop. Kanceri papilar i tiroides shpesh mund të përhapet në nyjet limfatike.

- Kanceri folikular i tiroides zhvillohet nga qelizat folikulare dhe zakonisht rritet ngadalë dhe rrallë përhapet në nyjet limfatike. Së bashku, kanceret folikulare dhe papilare të tiroides përbëjnë rreth 95% të të gjithë kancerit të tiroides.
- Kanceri i qelizave hurthle, i quajtur edhe karcinoma e qelizave Hurthle, është kancer që lind nga një lloj i caktuar qelize folikulare. Kanceri i qelizave hurthle ka më shumë gjasa të përhapet në nyjet limfatike sesa kanceret e tjera folikulare të tiroides.
- Kanceri medular i tiroides MTC zhvillohet në qelizat C dhe ndonjëherë është rezultat i një sindromi gjenetik të quajtur neoplazi endokrine multiple tip 2. Ky tumor ka shumë pak, nëse ka, ngjashmëri me indin normal të tiroides. MTC shpesh mund të kontrollohet nëse diagnostikohet dhe trajtohet përpara se të përhapet në pjesë të tjera të trupit. MTC përbën rreth 3% të të gjithë kancereve të tiroides.
- Kanceri anaplastik i tiroides. Ky lloj është i rrallë dhe përbën rreth 1% të kancerit të tiroides. Është një kancer i tiroides me rritje të shpejtë, i diferencuar dobët, që mund të fillojë nga kanceri i diferencuar i tiroides ose një tumor beninj i tiroides. Për shkak se ky lloj kanceri i tiroides rritet shumë shpejt, është më e vështirë të trajtohet me sukses [22].

▪ **Kanceri i mitrës**

Kanceri i mitrës është kanceri më i zakonshëm që shfaqet në sistemin riprodhues të një gruaje. Kanceri i mitrës fillon kur qelizat e shëndetshme në mitër ndryshojnë dhe rriten jashtë kontrollit, duke formuar një masë të quajtur tumor. Një tumor mund të jetë kanceroz ose beninj. Një tumor kanceroz është malinj, që do të thotë se mund të rritet dhe të përhapet në pjesë të tjera të trupit. Një tumor beninj mund të rritet, por në përgjithësi nuk do të përhapet në pjesë të tjera të trupit.

Ekzistojnë 2 lloje kryesore të kancerit të mitrës:

- **Adenokarcinoma.** Ky lloj përbën më shumë se 80% të kancereve të mitrës. Zhvillohet nga qelizat në endometrium. Ky kancer zakonisht quhet kancer endometrial. Një nëntip i zakonshëm i adenokarcinomës endometriale quhet karcinoma endometrioid. Trajtimi për këtë lloj kanceri ndryshon në varësi të shkallës së tumorit, sa larg shkon në mitër dhe fazës ose shtrirjes së sëmundjes. Nëntipet më pak të zakonshme të adenokarcinomave të mitrës përfshijnë seroze, qeliza të qarta dhe karcinosarkoma.
 - **Kanceri i kufizuar në qafën e mitrës** trajtohet ndryshe nga kanceri i mitrës [24]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 kanceri i endometriumit ka rezultuar me 4.8% kanceri cervikal me 2.4% [28].
- #### ▪ **Kanceri i stomakut**

Megjithëse incidenca është në rënie të vazhdueshme, kanceri i stomakut (i njohur edhe si kanceri i stomakut) mbetet një nga neoplazmat më të zakonshme dhe vdekjeprurëse në botë. Adenokarcinomat e stomakut klasifikohen kryesisht si kardiake dhe jo-kardiake bazuar në vendndodhjen e tyre anatomike. Mbi një milion raste të reja të kancerit të stomakut diagnostikohen, në mbarë botën, çdo vit. Kanceri i stomakut është gjithashtu një nga kanceret më të ndikuar në sjellje, dhe në këtë mënyrë më të parandalueshme Histologjikisht dy llojet kryesore të kancerit të stomakut janë tipi difuz dhe ai intestinal [25]. Sipas ISHP në vendin tonë në një studim të periudhës 2012-2017 ka rezultuar me 3.7% [28].

Referenca

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>, accessed February 2021).
2. GBD results tool. Seattle (WA): Institute for Health Metrics, University of Washington; 2020 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed February 2021).
3. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. Global Initiative for Cancer Registry Development. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (<https://gicr.iarc.fr/about-the-gicr/the-value-of-cancer-data/>, accessed February 2021).
5. National Cancer Institute at the National Institutes of Health

6. FitzGerald.J.TH "Cancer concepts: a guidebook for the non-oncologist"
Guidebook DOI: 10.7191/cancer_concepts
7. The World Health Report 2002"Reducing Risks,Promoting Healthy Life"
8. WHO GUIDE TO CANCER EARLY DIAGNOSIS.
9. Patient-reported outcome measures of the impact of cancer on patients' everyday lives: a systematic review Susan Catt¹ & Rachel Starkings¹ & Valerie Shilling¹ & Lesley Fallowfield J Cancer Surviv (2017) 11:211–232
DOI 10.1007/s11764-016-0580-1
- 10.The Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family, and Society
LINDA M. GORMAN, RN, MN, APRN, BC, OCN®, CHPN.
- 11.The world health report 2007 "Global Public Health Security in the 21st Century A safer future"
- 12.WHO Expert Committee on Cancer Treatment & World Health Organization. (1966). Cancer treatment: report of a WHO Expert Committee [meeting held in Geneva from 9 to 15 March 1965]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39818>.
- 13.Who Guidelines For The Pharmacological And Radiotherapeutic Management Of Cancer Pain In Adults And Adolescents.
- 14.American Society of Clinical Oncology (ASCO). All rights reserved worldwide.
- 15.Hindawi Publishing Corporation Disease Markers Volume 2016, Article ID 2425091, 2 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2425091>"Diagnostic and Prognostic Markers in Bladder Cancer".
- 16.Division of Cancer Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- 17.Colorectal Cancer: Advances in Prevention and Early Detection.
- 18.National Cancer Institute at the National Institutes of Health.
- 19.Epidemiology and Survival Outcomes of Lung Cancer: A Population-Based Study <https://doi.org/10.1155/2019/8148156>.
- 20.Armitage JO, Coiffier B, Dalla-Favera R. Non-Hodgkin Lymphomas. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 21.WHO 2017.
- 22.Epidemiology of Pancreatic Cancer: Global Trends, Etiology and Risk Factors.
- 23.Global Burden of Thyroid Cancer From 1990 to 2017.

24. Anthropometric factors and endometrial cancer risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. Aune D, Navarro Rosenblatt D, Chan DS, Vingeliene S, Abar L, Vieira AR, Greenwood DC, Bandera EV & Norat T. Ann Oncol. 2015; 26(8): 1635-8.
25. Rawla.P, Barsouk.A "Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention" 10.5114/pg.2018.80001.
26. Kamberi F, Çelaj J. Evidence of gastric cancer cases, year survival rate and frequent symptoms – A retrospective study at Vlora regional hospital, Albania. Cancer Reports and Reviews. 2018; 2: 1-4.
27. Kamberi F, Jaho J. A retrospective study for Colorectal Cancer in Vlore, Albania-suggestions for further implications. Arch Cancer Sci Ther. 2020; 4: 003-006.
28. Ylli. A, Dedja.B "Vdekshëria, Sëmundshmëria dhe Faktorët e Riskut Tiranë 2018"

Prevalenca dhe mbijetesa në Shqipëri e llojeve më të zakonshme të kancerit. Përcaktimi i fazës dhe gradës dhe rruga e mundshme e kujdesit

Objektivat e mësimi

- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi prevalencën e kancerit në Shqipëri.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë mbijetesën prej kancerit.
- Studenti duhet të jetë i aftë të diskutojë mbi llojet më të shpeshta të kancerit
- Studenti duhet të jetë i aftë të përcaktojë fazën e kancerit.
- Studenti duhet të jetë i aftë të kuptojë rolet dhe përgjegjësitë e profesionistëve të shëndetit lidhur me ndjekjen e një pacienti me kancer.

Kanceri në botë

Pothuajse 10 milion njerëz vdesin nga kanceri çdo vit. Kanceri është një nga problemet më të mëdha shëndetësore në botë. Barra Globale e Sëmundjeve vlerëson se 9.56 milionë njerëz vdiqën para kohe si pasojë e kancerit në vitin 2017. Një në gjashtë vdekje në botë është për shkak të kancerit.

Kanceri është një shkak veçanërisht i zakonshëm i vdekjeve në vendet më të pasura ku njerëzit kanë më pak gjasa të vdesin nga sëmundjet infektive dhe shkaqet e vdekjeve që çojnë në vdekje shumë të hershme për njerëzit në varfëri. Për shkak se kanceri është një nga shkaqet kryesore të vdekjes, është një nga problemet më urgjente në botë për të bërë përparim kundër kësaj sëmundjeje.

Në Evropë: afërsisht 3 milion pacientë të rinj/vit diagnostikohen me kancer dhe afërsisht 1.3 milion vdekje prej kancerit/vit [1].

Burrat janë 20% më shumë të prirur se gratë në shfaqjen e kancerit

Epidemiologjia

Tabela 5-1 Të dhëna në rang botëror [2]

Lloji më i shpeshtë i kancerit	Incidenca	Përqindja e vdekshmërisë	Vdekjet te meshkujt	Vdekjet te femrat
Kanceri i mushkërisë	11.6% e rasteve të reja	18.4% e vdekjeve		
Kanceri i gjirit	11.6% e rasteve të reja	6.6% e vdekjeve		15.0%
Kanceri kolorektal	10.2% e rasteve të reja	9.2% e vdekjeve		
Kanceri i prostatës	7.1% e rasteve të reja	3.8% e vdekjeve	6.7%	

Studimet mbi kancerin në Shqipëri

Studimet mbi kancerin në vendin tonë janë të pakta, dhe këto studime që janë realizuar konkludojnë në mungesë dokumentacioni të të dhënave të detajuara të kartelës së pacientit apo regjistra dokumentacionesh. Kjo ndikon shumë në ecurinë e kujdesit në çdo hap të tij nga profesionistët e kujdesit shëndetësor për të ndjekur pacientin dhe për të patur të dhëna të cilat të krahasohen me vonë për të arritur rezultate të pacienti dhe për të rritur cilësinë e shërbimit shëndetësor [3-4].

Në një studim të bërë për vlerësimin e prevalencës së kancerit të gjirit tek gratë në vitin 2007-2008 në Tiranë nga A.Kopeci dhe studiues të tjerë rezultoi se kishte një rritje të shkallës së kancerit të gjirit në Shqipëri. Kjo kërkon rritjen e përpjekjeve në shumë drejtime për të parandalimin e hershëm, diagnostikimin dhe kontrollimin e kësaj sëmundje. Shqipëria po përjeton probleme të mëdha politike, socio-ekonomike dhe ndryshimet e stilit të jetesës. Këto kushte janë përgjegjëse për tranzicionin epidemiologjik që janë vërejtur në vendin tonë.

Krahas reduktimit të sëmundjeve infektive sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, të dhënat sugjerojnë se ka një rritje të konsiderueshme të incidencës së sëmundjeve jo të transmetueshme dhe sëmundjeve tumorale gjatë dekadave të fundit. Gjithashtu që të kemi një shërbim cilësor dhe pacient të kënaqur duhet të bëhet përmirësimi i aftësive komunikuese të mjekëve në mënyra të ndryshme si futja e temës në kurrikulat e Fakultetit të Mjekësisë ose nëpërmjet trajnimeve të vazhdueshme në vendin e punës. Prevalenca e përgjithshme e kancerit të gjirit që u zbulua nga ekzaminimi mamografik në këtë grup femrash ishte 1.9% (101 raste nga 5224 ekzaminime mamografike) [5].

Disa fakte mbi prirjet e kancerit të gjirit në sistemin shëndetësor në Shqipëri sipas ISHP 2013

Sipas ISHP në vendin tonë kanceri i gjirit është kanceri që haset më shpesh, sidomos te femrat mbi 50 vjeç. Por ka një tendencë të uljes së moshës. Çdo vit, në Qendrën Spitalore Universitare Tiranë (QSUT) konstatohen rreth 350 raste të reja me kancer gjiri në vitin 2013. ISHP nxori në pah se gratë me kancer gjiri paraqiten në faza të avancuara kur trajtimi bëhet shumë i vështirë dhe në disa raste i pamundur; dhe për pasojë edhe vdekshmëria është e lartë. Nga 1980-2013, evidentohet një rritje e kancerit i gjirit është rritur më shumë se 3 herë.

Bazuar në të dhënat e Agjensisë Ndërkombëtare mbi Kërkimet mbi Kancerin, është vërejtur një rritje e shpejtë në numrin e kancerit të gjirit gjatë 25 viteve të fundit në Shqipëri. Por, ka një dallim mes këtyre të dhënave dhe statistikave kombëtare për Shqipërinë. Sipas GLOBOCAN vlerësohet se duhet të kemi më tepër raste të reja në vit me kancer gjiri, ku kanceri i gjirit pozicionohet në krye të listës së incidencës dhe vdekshmërisë nga kanceri, krahasuar me llojet e tjera të kancerit te gratë në Shqipëri.

Edhe shtrimet e ndërhyrjet kirurgjike duket se kanë ardhur duke u rritur, dhe ky është një tjetër tregues specifik i shpeshtësisë së kancerit të gjirit dhe i volumit të shërbimeve të ofruara.

Diametri i kancerit të gjirit në momentin e diagnozës është një tregues i rëndësishëm i lidhur me kapjen herët të këtij kanceri. Analiza e të dhënave për periudhën 2011-2013 dëshmon se ende nuk ka filluar të vërehet përmirësim në kapjen e kancerit të gjirit në kohën e duhur (niveli i kancerit të kapur me diametër deri 2 cm ka ngelur i njëjtë). Megjithatë duket se fushatat e ndërgjegjësimit dhe forcimi i kapaciteteve në kujdesin parësor kanë filluar të japin efekt duke pakësuar në minimum proporcionin e kancerit të gjirit të lënë shumë pasdore dhe të identifikuar në madhësinë mbi 5 cm [6].

Incidenca e regjistruar

Në vendin tonë sipas studimit të ISHP, vendosja e diagnozës dhe trajtimi i kancerit të gjirit bëhej në QSUT “Nënë Tereza”. Spitalet rajonale dhe spitalet private kapin vetëm një përqindje të ulët të rasteve të reja të këtij kanceri.

Viti 2015 është viti i parë kur ka filluar raportimi nga të gjithë spitalet në të gjithë vendin dhe është ndërtuar database i detajuar kombëtar. Për vitin 2014 ekzistojnë vetëm rastet e diagnostikuara në QSUT “Nënë Tereza”. Në 2014 nuk kishte filluar ende raportimi nga spitalet rajonale dhe ato private. Para vitit 2014 ekzistojnë gjithashtu edhe të dhëna të agreguara historike të grumbulluara nga regjistri spitalor i QSUT “Nënë Tereza”

Baza e të dhënave në këtë studim ishte regjistri i kancerit në popullatë në vitin 2015 ka arritur të identifikojë 653 (45.3/100 000 gra) raste të reja të diagnostikuara me kancer gjiri në Shqipëri. Kjo shifër është mbi 60% më e lartë se mesatarja e rasteve të identifikuar nga QSUT “Nënë Tereza” gjatë dekadës 2003-2013, dhe më shumë se 20% më e lartë se shifra e raportuar në vitin 2014 kur ende nuk ishin përfshirë në regjistrim spitalet private dhe ato rajonale. Për vitin 2015, numri i rasteve të reja të raportuara nga QSUT “Nënë Tereza” është

568, çka dëshmon se shtesa në numrin total të rasteve të reja në të gjithë vendin, e kontribuar nga spitalet rajonale dhe ato private, është rreth 14%.

Bazuar në një rënie të fortë të incidencës së raportuar për moshat e vjetra, si dhe të faktit se qarku i Tiranës (ku efektiviteti i identifikimit të rasteve të reja pritet të jetë më i lartë) ka një nivel incidence pak më të lartë se mesatarja e gjithë vendit, vlerësohet se incidenca reale e kancerit të gjirit në popullatë duhet të jetë ende më e lartë, sidomos në moshat mbi 80 vjeç. Është e vështirë të bëhet një përlllogaritje e saktë e shifrës së rasteve që nuk janë kapur nga sistemi shëndetësor, pasi ndërgjegjësimi në popullatë për këtë kancer dhe aksesit në sistemin shëndetësor kanë ndryshuar shumë me kalimin e kohës.

Risku për kancerin e gjirit rritet në mënyrë graduale me moshën, deri në moshën 70 vjeç, për t'u ulur më pas. Risku është i rëndësishëm duke filluar nga mosha 20 vjeç, por shumica dërrmuese e rasteve hasen mbi moshën 45 vjeç (80%). Nuk përjashtohen rastet në grup-moshat nën 20 vjeç, por për vitin 2015 dhe 2014 nuk janë vërejtur të tillë. Mosha mesatare e rasteve me kancer gjiri në momentin e diagnozës është 55 vjeç.

Sipas qarqeve ka një incidencë më të ulët në qarqet Kukës, Dibër e Durrës dhe më e lartë në Fier, Tiranë dhe Korçë. Niveli i incidencës në qarkun e Tiranës është pak më i lartë se mesatarja e vendit dhe rastet e reja për Tiranën përbëjnë 29% dhe 35% të totalit të rasteve të raportuara nga gjithë vendi, përkatësisht për vitin 2014 dhe vitin 2015.

Nga studimi ISHP është vërejtur se ka një tendencë në rritje të kancerit të gjirit kur mblidhet i gjithë infaormacioni dhe të dhënat e gjithë spitaleve të vendit për periudhën 2003--2014 në QSUT"Nënë Tereza" [7].

Tabela 5-2 Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë (2014) [7]

Lloji i kancerit	Numri i rasteve të reja	Proporcioni ndaj totalit	Incidenca e regjistruar (/100 000)
Mushkëri	503	12.5%	17.4
Gjiri	537	13.4%	37.2
Endometri	189	4.7%	13.1
Zorra e trashë	187	4.7%	6.5
Stomaku	158	3.9%	5.5
Ezofagu dhe fyt	110	2.7%	3.8
Sistemi nervor	180	4.5%	6.2
Leukozat	160	4.0%	5.5
Limfomat	110	2.7%	3.8
Fshikëza e urinës	130	3.2%	4.5

Qafa e mitrës	107	2.7%	7.4
Vezoret	74	1.8%	5.1
Melanoma	50	1.2%	1.7
Prostata	50	1.2%	3.5
Lëkura (jo melanoma)	596	14.8%	20.6
Të tjerë	403	10.0%	13.9
Padiferencuar	473	11.8%	16.4
Totali	4017	100.0%	---

Tabela 5-3 Shpërndarja e incidencës së regjistruar të kancereve më të shpeshtë (2015) [7]

Lloji i kancerit	Numri i rasteve të reja	Proporcioni ndaj totalit	Incidenca e regjistruar (/100 000)
Mushkëri	777	14.2%	26.9
Gjiri	653	12.0%	45.2
Endometri	262	4.8%	18.1
Zorra e trashë	233	4.3%	8.1
Sistemi nervor	225	4.1%	7.8
Stomaku	200	3.7%	6.9
Limfomat	190	3.5%	6.6
Leukozat	176	3.2%	6.1
Vezoret	153	2.8%	10.6
Qafa e mitrës	133	2.4%	9.2
Ezofagu dhe fyt	106	1.9%	3.7
Fshikëza e urinës	114	2.1%	3.9
Prostata	87	1.6%	6.0
Melanoma	60	1.1%	2.1
Lëkura (jo melanoma)	552	10.1%	19.1
Të tjerë	917	16.8%	31.7
Padiferencuar	634	11.6%	21.9
Total	5472	100.0%	---

Tabela 5-4 Situata në vendin tonë sipas [8] në vitin 2017

Tipi i kancerit	Numri	Raporti i barrës së sëmundjeve nga tipet e Ca	Prevalenca e Ca	Grupmosha 1990-2017	Prevalenca e Ca për grupmoshe 1990-2017	Vdekjet nga Ca për grupmoshe 1990-2017
Trake bronke mushkri	1039	540.56	0.03%	70+	23.71%	49.13%
Stomak	446	242.61	0.02%	50-69	42.72%	41.34%
Prostat	339	126.16	0.1%	15-49	26.99%	8.71%
Mëlçi	308	163.31	<0.01%	5-14	3.11%	0.48%
Kolon dhe rektum	293	158.98	0.05%	nën 5 vjeç	3.47%	0.34%
Pankreas	234	122.45	<0.01%			
Gjiri	224	182.27	0.18%			
Truri dhe sistemi nervor	214	222.76	0.05%			
Leuçemi	145					
Laring	88	49.34	0.02%			
Veshka	83	50.12	0.03%			
Ezofag	59	31.85	<0.01%			
Cervikal	56	47	0.03%			
Kaviteti oral	52	28.58	<0.01%			
Kanceri ovarial	49	38.05	0.01%			
Vezika biliare	49	23.82	<0.001 %			
Jo-Melanoma e lëkurës	46	19.08	0.01%			
Vezika urinare	43	19.06				
Kanceri uterin	34	25.99	0.05%			
Mieloma multiple	30					
Kancer të tjerë faringeal	28					
Melanoma malinje e lëkurës	27					
Kancera të tjerë	24					
Kanceri tiroid	17	11.71	0.03%			

Kanceri Nazofaringeal	14	9.34	<0.01%			
Kanceri testikular	8	12.86				
Totali	3949					

Sipas ISHP numri i rasteve prevalente vjetore të regjistruara pranë Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri për të gjitha grup-sëmundjet jo të transmetueshme përgjatë periudhës 2010-2017.

Tabela 5-5 Prevalenca 2010-2017 e kancerit [7]

Grup-sëmundjet	ICD-9	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kanceret	140-239	12 403	12 351	14 608	14 755	14 902	16 106	17 652	17 480

Prevalenca e përgjithshme e regjistruar janë 17 480 persona me një diagnozë kanceri të regjistruar pranë mjekëve përkatës të familjes në Shqipëri në vitin 2017. Këtu përfshihen edhe një përqindje rastesh me diagnozë të kancerit të papërcaktuar mirë apo kanceresh me natyrë beninje. Prevalencë të lartë ka dhe kanceri i gjiri te femrat me 26.8, ku 1 në 4 gra preken por evidentohet dhe rritja e jetëgjatësisë të femrat e cila i atribuohet diganozës së hershme dhe trajtimit dhe kanceri i cerviksit me 1.3%. Sipas qarqeve në 2017 për kancer gjiri predominon Shkodra dhe Berati. Prevalenca vjetore e regjistruar (/100 000) e kancerit të gjirit përgjatë periudhës 2010-2017 në vitin 2017 ka qënë 327.1 dhe 16.5 kanceri i cerviksit. Prevalencë të lartë ka kanceri i mushkrive 6.9% dhe i prostatës 7.4% që zënë mbi 6% të totalit të kancerit të regjistruar te meshkujt. Prevalenca e regjistruar (/100 000) e kancerit të mushkërisë dhe prostatës përgjatë periudhës 2010-2017 e ka në 2017 më të lartë me 42.0 dhe 89.5 [7].

Sfidat demografike dhe shëndetësore me të cilat përballlet Shqipëria në shek. 21

Sipas INSTAT në vitin 2018 ka evidentuar në sëmundjet më të shpeshta përse i përket incidencës për 100000 banorë mes moshave 30-69 vjeç evidentoi sipas regjistrave kombëtarë se ka rritje të lartë të kancerit. Te meshkujt evidentohet shtim i kancerit të mushkrive dhe te femrat shtim i kancerit të gjirit dhe kancerit cervical [9].

Tabela 5-6. Sëmundjet dhe kushtet më të shpeshta 2018 (incidenca: për 100 000 raste të popullsisë) mes individëve të moshave 30-69 vjeç; regjistrat kombëtare SJK [9]

Sëmundjet	Meshkuj	Femra	Totali
Kancer	278.6	263.2	280.8
Kanceri i mushkrive	57.4	15.4	36.3
Kanceri i gjirit	0.4	85.5	43.3

Kanceri kolorektal	24.5	15.6	20
Kanceri Cervical	0	14.3	7.2
Infarkti miokardit	219.9	59.7	139.2
Strok	167.8	97.3	132.2
Diabeti*	140.2	123.1	131.6

Sipas studimit të INSTAT 2020 evidentoi se vdekjet nga grupsëmundjet tumore zënë 13,0 % të vdekjeve gjithsej, duke u renditur si grupi i tretë kryesor referuar shkakut të vdekjes. Tumoret zënë vendin e tretë pas sëmundjeve kardiovaskulare dhe sëmundjet e papërcaktuara. Nëse e krahasojmë me vitin 2019, janë regjistruar 0,2 % më shumë humbje jete pra na paraqitet një tendencë në rritje nga kjo grupsëmundje. Në grupin “Tumore” përqindjen më të lartë e zë nëngrupi i “tumore të aparatit të tretjes”, me 35,1 % dhe “tumore të aparatit të frymëmarrjes” me 24,5 % [10].

Shkaqet kryesore të vdekjeve sipas grupsëmundjes, në vitin 2020 janë tumoret 3.589 ose 13,0% . Norma e vdekshmërisë për grupsëmundjen “Tumore” është 158,8 vdekje për meshkujt dhe 94,3 vdekje për femrat për 100 mijë banorë. Nga studimi i INSTAT 2020 u evidentua se vdekshmëria sipas grupsëmundjes dhe 12 qarqeve në vendin tonë predominon Gjirokastra me 16% të vdekshmërisë së totalit të vdekjeve, e ndjekur nga Kukësi dhe Vlora me 15% të vdekshmërisë dhe Lezha është me përqindjen më të vogël 11% të vdekshmërisë nga kanceri, dhe Tirana 14%. Evidentohet një trend i uljes së moshës në këtë vit me 26.6% grupmosha 45-64 vjeç [10].

Tabela 5-7 Tumoret sipas grupmoshës 2020 në vendin tonë [10]

Grup-sëmundjet	Grupmosha				
	0-19 vjeç	20-44 vjeç	45-64 vjeç	65-79 vjeç	80+ vjeç
Tumore	3,6 %	19,1 %	26,6%	16,6%	5,7%

Në 2020 OBSH nëpërmjet GLOBACAN evidentoi për vendin tonë një rritje të numrit të kancereve duke e pasqyruar nëpërmjet incidencës, prevalencës gjinive dhe grupmoshës të cilat paraqiten në figurat 5-1,5-2,5-3 [11].

Figura 5-1 Incidenca për dy gjinitë dhe gjithë moshat [11]

Numri i rasteve të reja 2020, të gjitha moshat, të dy gjinitë

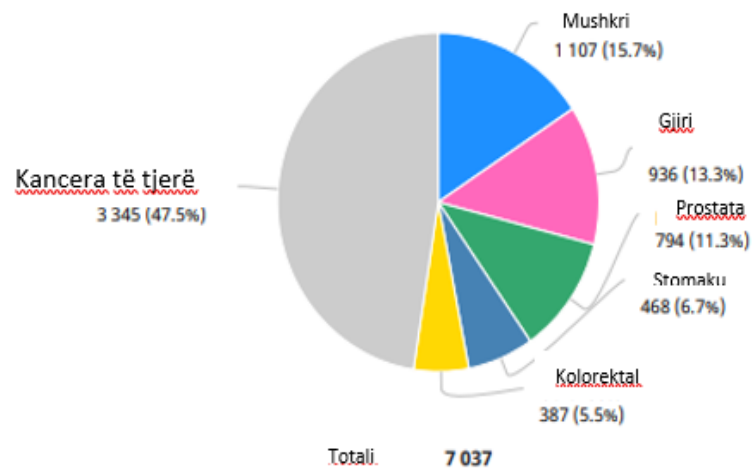


Figura 5-2 Incidenca për meshkujt në të gjithë moshat [11]

Numri i rasteve të reja 2020, të gjitha moshat, meshkujt

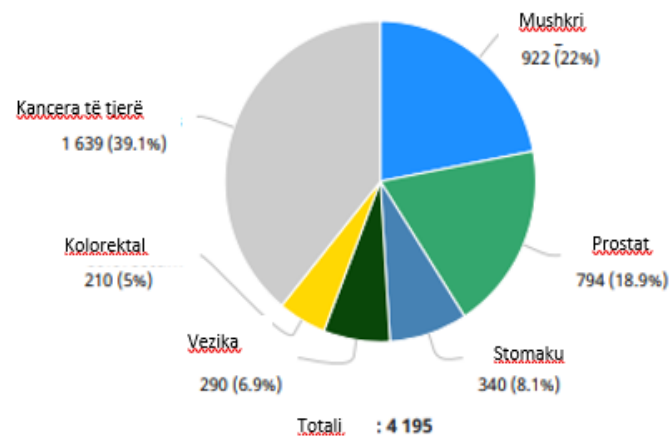


Figura 5-3 Incidenca për femrat në të gjithë moshat [11]

Numri i rasteve të reja 2020, të gjitha moshat, femrat

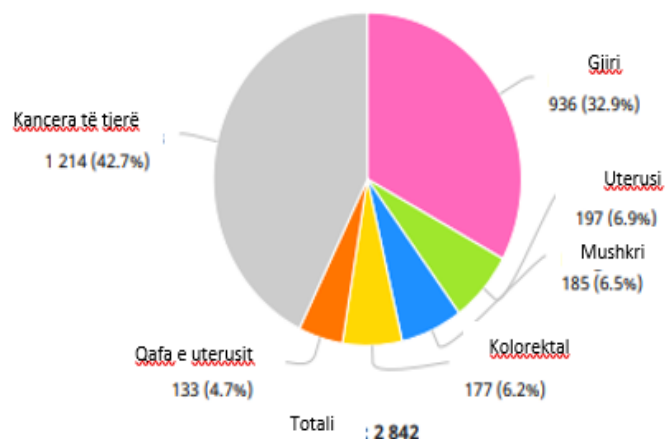


Tabela 5-8 Statistika përmblledhëse në vitin 2020 sipas OBSH [11]

	Meshkuj	Femra	Të dy gjinitë
Popullata	1 464 714	1 413 086	2 877 800
Incidenca e rasteve të kancerit	4 195	2 842	7 037
Raporti incidencës së moshës në (Botë)	170.6	128.1	148.1
Risku i zhvillimit të kancerit përpara moshës 75 vjeç (%)	17.7	12.7	15.1
Numri i vdekjeve nga kanceri	2659	1319	3978
Raporti i moshës me vdekshmërinë (Botë)	101.0	50.9	74.9
Risku i vdekshmërisë përpara moshës 75 vjeç (%)	10.7	5.4	8.0
Prevalenca e rasteve 5 vjeçare	9 844	8 128	17 972

5 kanceret më frekvente(të renditura sipas rasteve)	Mushkri	Gjiri	Mushkri
	Prostat	Korpusi uterin	Gjiri
	Stomak	Mushkrit	Prostat
	Vezik	Kolorektumi	Stomak
	urinare	Cerviks uteri	Kolorektumi
	Kolorektum		

Sipas një pasqyrimi që ka bërë "Shadow" ku praqesin situatën e vendit tonë evidentoi disa arritje dhe problematika të cilat paraqiten më poshtë:

Situata aktuale dhe problemet e identifikuar nga OJF-të

- Disa nga arritjet janë: miratimi nga Këshilli i Ministrave i fondit për blerjen e një përsheptuesi linear, i cili do të sigurojë një trajtim bashkëkohor dhe më pak rrezik për pacientët me sëmundje tumorale; funksionimin dhe menaxhimin nga ISHP të dy aparateve të lëvizshme mamografike për të mbështetur programin e depistimit të kancerit të gjirit në zonat dhe grupet e popullsisë me akses të ulët në shërbimet shëndetësore; ofrimi i mbështetjes financiare nga programi i UNFPA për zbulimin e hershëm të kancerit të qafës së mitrës.
- Shqetësimet për përhapjen: Të dhënat nga burimet kombëtare tregojnë se kanceri i gjirit dhe i qafës së mitrës janë sot dy nga kanceret më të përhapur tek gratë në Shqipëri. Numri i femrave të prekura është rritur çdo vit. Përveç kësaj, ka një tendencë që femrat më të reja të preken nga këto sëmundje. Këtë situatë shqetësuese e vërtetojnë edhe të dhënat nga burimet ndërkombëtare.
- Në vitin 2012 në Shqipëri, incidenca (për 100,000 raste) dhe vdekshmëria (vdekjet për 100,000) për kancerin e gjirit u vlerësua të ishte 69.4 dhe 21.8, dhe për kancerin e qafës së mitrës, përkatësisht 6.2 dhe 2.4.⁸²
- Regjistrimi jo i plotë i rasteve: Ndërkohë, incidenca e (regjistruar) e kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës në Shqipëri është më e ulët se në vendet e tjera evropiane. Mendohet se kjo për shkak të problemeve që lidhen me regjistrimin jo të plotë nga shërbimi onkologjik, duke mos pasqyruar faktet e situatës së vendit.
- Ndërgjegjësimi për praktikën parandaluese si testet e testeve dhe mamografite raportohen përkatësisht në 49% dhe 77%.⁸⁴ Sipas OJF-ve, 75% e grave të prekura nga kanceri i gjirit dhe më shumë se gjysma e rasteve të diagnostikuara me kancer të qafës së mitrës janë në një stad të avancuar të sëmundjes.⁸⁵
- Parandalimi evidenton probleme të caktuara si: vonesa në zbatimin e programit kombëtar për zbulimin e hershëm të kancerit të gjirit dhe kancerit të qafës së mitrës; akses i kufizuar në qafën e mitrës

Skriningu i kancerit si Test Smear kryhet vetëm nga specialistë në maternitet dhe ekzaminimi citologjik ofrohet vetëm në QSUT dhe klinika të specializuara private; mungesa e një regjistri kombëtar të tumoreve, duke shkaktuar probleme

në planifikimin, monitorimin dhe vlerësimin e ndërhyrjeve si dhe në arritjen e objektivave [12].

- **Studim në vendin tonë për kancerin ovarial dhe faktorët e rrishtit**

Në një studim rast-kontrolli të realizuar në 200-2005 nga E.Pejanga dhe studiues të tjerë mbi vlerësimin e ndikimit të faktorëve të rrishtit në Shqipëri dhe për të përcaktuar nëse faktorët në këtë zonë me incidencë më të ulët ndryshojnë nga ata të vlerësuar në vendet e tjera perëndimore.

Nga studimet e mëparshme është evidentuar se kanceri i vezores është ndër kanceret më të zakonshme të traktit gjenital femëror dhe ka prognozën më të keqe. Kjo kryesisht shkaktohet nga fakti se këto kancere zbulohen në fazën e vonë të sëmundjes, për shkak të mungesës së simptomave klinike të hershme. Rrjedhimisht, ngjarjet e hershme në kancerogjenezën ovariane mbeten jashtëzakonisht të panjohura. Shumica e faktorëve të rrishtit të vendosur të lidhur me hormonet si barazia, përdorimi i kontraktivëve oralë dhe histerektomia janë të lidhur vetëm me një efekt mbrojtës modest deri në mesatar në rrishtin e kancerit ovarian, ndërsa të tjerët (p.sh. mosha në lindjen e parë) nuk tregojnë asnjë lidhje të qëndrueshme.

Në disa studime, mosha e hershme e menarkës dhe mosha e vonshme në menopauzë rrit rrishtin. Në disa studime është evidentuar për rritje të rrishtit për kancer ovarial nëse ka prezente në historinë familjare persona me kancer.

Gratë shqiptare kanë një sërë përvojash riprodhuese dhe zakone të ndryshme të jetesës në krahasim me ato të popullatave të tjera. Një normë e fertilitetit në vitin 1950 prej 6.1 fëmijë për grua në moshën e lindjes ka ndryshuar në 3 fëmijë në 1990. Ndërsa natyra e mbiushqyerjes në banorët e qytetit nuk duket shumë e ndryshme nga situata në vendet më të pasura evropiane, ku ajo është e rrënjësuar në një mënyrë jetese në rritje të ulur, së bashku me një "dietë të pasurisë".

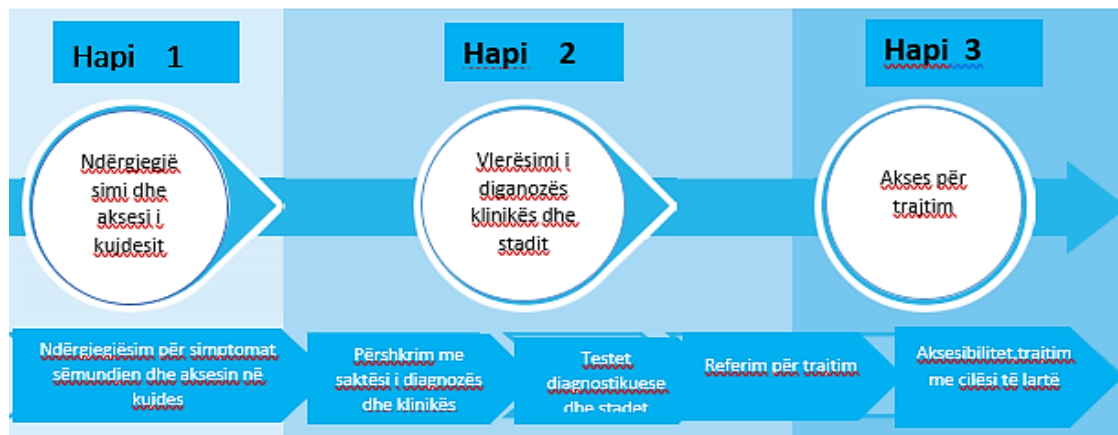
Në Shqipëri, incidenca e kancerit ovarian është më e ulët se në vendet perëndimore, me shkallën e incidencës për 100 000 gra në 7.2 në 2008 krahasuar me 9.7 në vendet e Bashkimit Perëndimor. Megjithatë, shkalla e incidencës është në rritje, dhe epidemiologjia e kancerit ovarian në Shqipëri, mbetet e papërcaktuar, pa kryer ndonjë hetim më parë.

Në studim u evidentua se barazia, mosha e vonshme në menarkë, mosha më e re në menopauzë dhe histerektomia reduktuan rrishtin ndaj kancerit ovarian, ndërsa mosha në lindjen e parë dhe historia familjare nuk kishin ndikim në rrishtin e kancerit ovarian. Këto të dhëna tregojnë se faktorët e rrishtit për femrat shqiptare janë të ngjashëm me ata që gjenden në vendet perëndimore, megjithëse dallime të mëdha në shkallën e incidencës mes tyre [13].

- **Përcaktimi i fazës dhe gradës së kancerit dhe rruga e mundshme e kujdesit**

Për të përcaktuar fazën dhe gradën e kancerit ka një rëndësi shumë të madhe diagnoza e hershme. Ekzistojnë tre hapa kyç për diagnostikimin e hershëm të kancerit (Figura 5-4). Këta hapa korrespondojnë me rrugën standarde të kërkimit të shëndetit të iniciuar nga pacientët në të gjithë sëmundjet: ndërgjegjësimi mbi shëndetin, diagnostikimin dhe fillimin e trajtimit [14].

Figura 5-4 Elementët esencial të diagnostikimit të hershëm të kancerit
[14]



Sipas qëndrës së kujdesit ndaj kancerit duhet të kuptojmë fazat e kancerit. Ekzistojnë lloje të ndryshme të sistemeve të stadifikimit për kancere të ndryshme, por më i zakonshmi është sistemi i fazës së kancerit të numëruar, i cili identifikon 5 faza të mundshme:

- Faza 0 - Qelizat e kancerit që janë ende në vendin ku kanë filluar dhe nuk janë përhapur.
- Faza 1 - Kanceri i lokalizuar që është përhapur në indet e afërta. Nuk është përhapur ende në nyjet limfatike ose zona të tjera.
- Faza 2 - Kanceri është përhapur në një zonë rajonale ose në indet e afërta ose nyjet limfatike.
- Faza 3 - Përhapja rajonale më e avancuar se Faza 2.
- Faza 4 - Kanceri është përhapur në pjesë të largëta të trupit. Kjo fazë shpesh quhet kancer metastatik, ose kancer që është përhapur në zona të tjera të trupit.

Ky sistem u jep mjekëve një gjuhë të përbashkët për të përshkruar madhësinë dhe përhapjen e kancerit. Është gjithashtu e dobishme kur krahasohen studimet kërkimore dhe përcaktimi i udhëzimeve të standardizuara të trajtimit për spitalet dhe klinikat. Identifikimi i fazës së kancerit ka një rëndësi shumë të madhe sepse vepron si një udhërrëfyes për ekipin kirurgjik dhe ndihmon në identifikimin e planeve të trajtimit ose opsioneve të provës klinike. Nëse një kancer lokalizohet në një zonë të trupit, atëherë operacioni ose radioterapia mund të jenë të mjaftueshme për ta hequr atë plotësisht. Nëse kanceri është përhapur, kërkohet kimioterapi, terapi hormonale ose terapi biologjike që qarkullojnë në të gjithë qarkullimin e gjakut.

Fazat përcaktohen vetëm nëpërmjet metodave diagnostikuese të tilla si:

- Rrezet X
- Testet laboratorike
- CT, MRI, PET
- Ekografitë
- Biopsi

Stadi i kancerit përshkruan shtrirjen e një kanceri bazuar në madhësinë e kancerit dhe nëse ai është përhapur apo jo në pjesë të tjera të trupit. Stadifikimi i ndihmon mjekët të përcaktojnë trajtimet e duhura dhe të identifikojnë provat klinike të përshtatshme. P.sh., nëse ndjekim një paciente me kancer atëherë hapi i parë është diagnostikimi i kancerit. Mund të identifikohet nga testet e shqyrtimit si kolonoskopia dhe Pap testi, ose kur pacienti gjen një anomali, siç është një gungë gjiri, nga një vetë-ekzaminim. Mjekët kryejnë teste të ndryshme për të diagnostikuar një kancer, të tilla si studime imazherike si rrezet X dhe skanimet CT ose marrja e një biopsie. Rezultatet e testit i mundësojnë mjekut të vendosë me saktësi kancerin dhe të formulojë planin më të mirë të trajtimit për pacientin.

Stadifikimi i kancerit mund t'u japë personelit shëndetësor informacion mbi agresivitetin e kancerit, gjë që mund të ndihmojë në parashikimin e shanset e pacientit me kancer për të mbijetuar. Stadifikimi gjithashtu ndihmon në identifikimin e qasjes më të mirë të trajtimit. Për shembull, një kancer kolorektal i fazës 1 zakonisht trajtohet ndryshe nga kanceri kolorektal i fazës 3 ose 4. Stadifikimi gjithashtu identifikon se cilët pacientë mund të përfshihen në provat klinike që zakonisht janë të hapura vetëm për njerëzit me kancer të fazës 4.

Një rëndësi të madhe në stadin e kancerit ka dhe sistemi i fazës TNM i cili përshkruan sasinë dhe përhapjen e kancerit në trupin e një pacienti. Mund të përshkruajë kancerin në detaje. Mjekët e përdorin atë për të përshkruar shumicën e llojeve të kancerit.

Në sistemin TNM: T përshkruan madhësinë dhe shtrirjen e tumorit kryesor dhe çdo përhapje të kancerit në indet e afërta. N përshkruan përhapjen e kancerit në nyjet limfatike aty pranë. M përshkruan metastazën, e cila është përhapja e kancerit në pjesë të tjera të trupit. Kur një praktikues përdor sistemin e fazës TNM për të përshkruar një kancer, ata përdorin numra pas çdo shkronje për të dhënë detaje rreth kancerit. Për shembull, një individ me kancer kolorektal të fazës 1 mund t'i caktohet një shkallë T1, N0, M0. Kjo tregon se tumori mund të jetë rritur në një shtresë muskulore në traktin gastrointestinal, por nuk është përhapur në nyjet limfatike ose pjesë të tjera të trupit.

Ndryshimi midis stadimit klinik dhe stadimit patologjik

Stadifikimi i kancerit mund të jetë "klinik" ose "patologjik". Stadifikimi klinik do të thotë se është bërë në bazë të rezultateve të testeve të kryera para operacionit, si skanimet imazherike dhe ekzaminimet fizike. Stadifikimi patologjik bazohet në atë që zbulohet gjatë operacionit. *Faza klinike* zakonisht tregohet me një "c" përpara klasifikimit TNM, dhe *faza patologjike* tregohet me një "p". Stadifikimi patologjik zakonisht ofron më shumë informacion për mjekët në përcaktimin e prognozës së pacientit. Stadifikimi mund të bëhet gjithashtu pasi një individ të ketë marrë trajtime të tjera para operacionit, të tilla si kimioterapia, terapia me rrezatim ose imunoterapia. Ky lloj stadimi, i njohur si faza pas terapisë, mund të bëhet për disa lloje kanceri, sepse trajtimi para operacionit ndihmon në turrjen e tumorit në mënyrë që të mund të hiqet. Faza pas terapisë tregohet me një "y" përpara klasifikimit TNM [15]. Në vendin tonë nuk ekzistojnë shumë studime lidhur me fazën gradën e kancerit dhe diagnostikimin e tij. Sipas një studimi lidhur me adenokarcinoma e stomakut që është ndër kanceret më të shpeshta

në Shqipëri pasqyrohet rëndësia e zbulimit dhe stadifikimit të hershëm i cili ndihmohet nga metodat imazherike, duke përfshirë CT dhe MRI. Stadifikimi i saktë i adenokarcinomës gastrike ndihmon në vendosjen e opsioneve të ardhshme të trajtimit [16].

Ekzistojnë dy strategji të dallueshme që nxisin zbulimin e hershëm:

Diagnoza e hershme identifikon rastet simptomatike të kancerit në fazën më të hershme të mundshme. Depistimi synon të identifikojë individët me anomali që sugjerojnë një kancer specifik ose parakancerogjen të cilët nuk kanë zhvilluar asnjë simptomë dhe t'i referojë ata menjëherë për diagnozë dhe trajtim.

Fusha e udhëzimeve dhe protokolleve

Ndërhyrjet farmakologjike dhe radioterapeutike janë shtylla kryesore e trajtimit të dhimbjes së kancerit. Këto udhëzime fokusohen në menaxhimin mjekësor të dhimbjes së kancerit dhe bëjnë rekomandime mbi metodat farmakologjike dhe radioterapeutike të menaxhimit të dhimbjes nga kancerit sipas stadi të kancerit. Mënyrat anestetike, psikologjike, sociale, shpirtërore, fizioterapeutike dhe kirurgjikale të menaxhimit të dhimbjes së kancerit janë pjesë përbërëse e menaxhimit gjithëpërfshirës të dhimbjes nga kanceri. Këto udhëzime mbulojnë menaxhimin e dhimbjes së kancerit tek të rriturit (duke përfshirë personat e moshuar të moshës 60 vjeç e lart) dhe adoleshentët (të moshës 10-19 vjeç) menaxhimi i dhimbjes së kancerit të të cilëve ofrohet brenda sistemit shëndetësor në çdo nivel, nga qendrat e kancerit në qendrat e kujdesit parësor në komunitet dhe shtëpitë e pacientëve.

Kujdesi i duhur të pacientët me kancer, siguria e pacientëve, e ofruesve të kujdesit shëndetësor, komuniteteve dhe shoqërisë

Sigurimi i kujdesit të pacientët me kancer do të varet në rradhë të parë nga moshë që ka, stadi i sëmundjes gjendja që ka ku hartohet dhe përshtatet plani i kujdesit.

Përdorimi i analgjezisë për menaxhimin e dhimbjes së kancerit mund të sjellë rreziqe për sigurinë e pacientëve, familjeve të tyre dhe shoqërisë më gjerësisht. Rrjedhimisht, administrimi i duhur dhe efektiv i analgjezikëve opioidë në mjedisin e trajtimit të kancerit është thelbësor për të garantuar sigurinë e pacientëve dhe për të zvogëluar rrezikun e devijimit të ilaçeve në shoqëri. Siguria e ofruesve të kujdesit shëndetësor mund të jetë gjithashtu në rrezik nëse ata detyrohen të kryejnë aktivitete diversionale, kërcënohen për akses në ilaçe ose rrezikohen nga vetëabuzimi. Vlerësimi i pacientit nga personeli shëndetësor i cili duhet t'i kushtojë vëmendje historisë psikologjike të pacientëve, modeleve të tyre të konsumit të opioideve dhe çdo historie të përdorimit të substancave, për të identifikuar faktorët e rrezikut për përdorim jo të duhur dhe shenjat e çrregullimeve të përdorimit të substancave që duhet të ndikojnë në vendimmarrjen klinike. Prania e opioideve në familje paraqet rrezik të keqpërdorimit ose mbidozimit të paqëllimshëm nga fëmijët, adoleshentët dhe anëtarët e tjerë të familjes. Ruajtja e sigurt e analgjezikëve opioidë duhet të optimizohet në nivel shtëpiak dhe të sigurohet dispozita për asgjësimin ose kthimin e sigurt të barnave opioidale të papërdorura në një farmaci në fund të jetës ose kur nuk nevojiten më.

Plani i menaxhimit të dhimbjes përfshi trajtimet farmakologjike dhe mundësia të përfshijes së kujdesit psikosocial dhe shpirtëror

Dhimbja është rezultat i rrethanave biologjike, psikologjike, sociale, kulturore dhe shpirtërore të një personi. Ndërsa ndërhyrjet farmakologjike janë shtylla kryesore e menaxhimit të dhimbjes së kancerit, kujdesi psikosocial është gjithashtu një komponent thelbësor i një plani gjithëpërfshirës të kujdesit. Ekipet e kujdesit shëndetësor duhet të përfshijnë këtë aspekt të kujdesit kur hartojnë plane për kujdesin ndaj pacientit, duke mundësuar këshillim mbështetës dhe të përshtatshëm nga ana kulturore për pacientët dhe familjet e tyre. Planet e kujdesit duhet të lejojnë këshillim shpirtëror të përshtatshëm për bindjet e pacientit dhe familjes. Pacientët me kancer mund të përjetojnë depresion, frikë dhe ankth. Pacientët me ankth ose depresion duhet të marrin terapi të përshtatshme për nevojat e tyre psikologjike, e cila mund të jetë farmakologjike ose me analgjëzik. Nëse aspektet psikologjike dhe fiziologjike të dhimbjes nuk trajtohen, dhimbja mund të mbetet e pazgjidhshme [17].

Sipas një udhëzues i ESMOS përshkruhet rëndësia e trajtimit të kancerit të mushkrive

- Kur kanceri është i lokalizuar vetëm tek mushkëritë dhe konsiderohet i kurueshëm, trajtimi kryesor është heqja kirurgjikale.
- Në kancer të avancuar-lokalisht, zakonisht zbatohet terapia multimodale për të ndihmuar në zvogëlimin ose në disa raste heqjen totale të kancerit.
- Kur kemi metastaza, kanceri është përhapur në pjesë të tjera të trupit rekomandohen trajtime-sistemike të ndryshme për tu ngadalësuar rritjen e tumorit dhe të përmirësoje cilësinë e jetës – ky quhet kujdes-suportues ose kujdes-lehtësues (kujdes paliativ).

Përmbledhje e tipeve të trajtimeve përfshijnë kirurgjinë, radioterapinë, kimioterapinë dhe terapitë e targetuara. Trajtimi varet nga stadi, tipi i kancerit, si dhe nga shëndeti i përgjithshëm dhe preferencat për trajtimet, që do të disuktohen bashke me mjekun. Mund të jepet një kombinim të trajtimeve. Rekomandohen Kirurgjia, Kimioterapia vetëm ose bashkë me radioterapi. Kimioterapia aplikohet si një perpjekje për të kuruar kancerin ose për të zgjatur jetën dhe për të kontrolluar simptomat (kujdesi paliativ). Mjeku dhe infermierja e specializuar mund të diskutojnë të gjitha mundësitë e mundshme të trajtimit që janë në dispozicion, për të ndihmuar pacientin të marrë një vendim të informuar për mënyrën më të mirë. Përgjigja ndaj çdo trajtimi që pacienti merr, do të vlerësohet rregullisht për të parë se sa efektiv është trajtimi dhe për të kontrolluar nëse përfitimet janë më të mëdha se çdo efekt anësor që mund të përjetoni. Vlerësimi i përgjigjes rekomandohet pas 2-3 muajve të trajtimit sistematik anti-tumoral për fazën IV. Kjo mbështetet në përsëritjen e testeve fillestare të grafisë që tregoi tumorin [18].

Referenca

1. American Society of Clinical Oncology (ASCO). All rights reserved worldwide.
2. Bray, Ferlay, Soerjomataram, Siegel, Torre, & Jemal (2018). CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394-424.

3. Kamberi F, Çelaj J. Evidence of gastric cancer cases, year survival rate and frequent symptoms – A retrospective study at Vlora regional hospital, Albania. Cancer Reports and Reviews. 2018; 2: 1-4.
4. Kamberi F, Jaho J. A retrospective study for Colorectal Cancer in Vlore, Albania-suggestions for further implications. Arch Cancer Sci Ther. 2020; 4: 003-006.
5. Kopeci.A, Çanaku.D, Muja.H et.al" Breast Cancer Screening in Albania During 2007-2008" DOI: 10.5455/msm.2013.25.270-272.
6. ISHP 2015 <http://ishp.gov.al/muaji-i-ndergjegjesimit-per-kancerin-e-gjirit-tetor-2015>
7. ISHP Ylli.A,Dedja.B"Vdekshëria,Sëmundshmëria dhe Faktorët e Riskut Tiranë 2018"
8. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018.
9. Demographic And Health Challenges Facing Albania In The 21st Century Instat
10. Instituti i Statistikave info@instat.gov.al, www.instat.gov.al
11. International Agency for Research and Cancer WHO Albania Albania Source: Globocan 2020.
12. Submitted to the United Nation's Committee on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women"Shadow" Report Healthcare Field -Case Of Albania.
13. Pajenga.E, Rexha.E, et.al "Hormonal risk factors for ovarian cancer in the Albanian case-control study" 10.17305/bjbms.2013.2371.
14. The World Health Report 2002"Reducing Risks,Promoting Healthy Life"
15. National Cancer Institut at the National Institutes of Health
16. Malaj.A, Bilaj.F, et.al CT/MRI accuracy in detecting and determining preoperative stage of gastric adenocarcinoma in Albania doi: 10.5114/wo.2017.68626
17. Who Guidelines For The Pharmacological And Radiotherapeutic Management Of Cancer Pain In Adults And Adolescents.
18. Bazuar në Praktikat Klinike të ESMO esmo.org.

Shëndeti i popullatës dhe prevenimi i kancerit. Promovimi i ndryshimit të zakoneve. Observimi dhe ndërhyrja.

Objektivat e mësimit

- Studenti duhet të jetë i aftë të njohi përkufizimin e shëndetit të individit, popullata dhe përcaktuesit që ndikojnë në shëndet.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë prevenimin e kancerit.
- Studenti duhet të jetë i aftë të përshkruajë promovimin me fokus ndryshimin e zakoneve në lidhje me kancerin.
- Studenti duhet të jetë i aftë të bëjë observimin e duhur të pacienti dhe të dijë cila është ndërhyrja e duhur.

Shëndeti i popullatës

Shëndeti i popullatës është një fushë studimi ose një qasje kërkimore e fokusuar te përcaktuesit social të individit, familjes dhe komunitetit. Sipas përkufizimit të Komitetit Këshillimor Federal/Provincial/Territorial Kanadez për Shëndetin e Popullsisë “Shëndeti i popullsisë i referohet shëndetit të një popullsie të matur nga treguesit e gjendjes shëndetësore dhe të ndikuar nga mjediset sociale, ekonomike dhe fizike, praktikat e shëndetit personal, kapaciteti individual dhe aftësitë përballuese, biologjia njerëzore, zhvillimi i fëmijërisë së hershme dhe shërbimet shëndetësore. Si një qasje, shëndeti i popullsisë përqendrohet në kushtet dhe faktorët e ndërlidhur që ndikojnë në shëndetin e popullatës gjatë gjithë jetës, identifikon variacione sistematike në modelet e shfaqjes së tyre dhe zbaton njohuritë që rezultojnë për të zhvilluar dhe zbatuar politika dhe veprime për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e popullatave” [1].

Kindig ka sugjeruar një përkufizim të tillë: Shëndeti i popullsisë është “Rezultati i përgjithshëm shëndetësor i jetëgjatësisë të shëndetit të rregulluar (sasia dhe cilësia) e një grupi individësh, në një kuadër ekonomik që balancon relativisht kthimet marxhinale nga përcaktuesit e shumtë të shëndetit.” Ky përkufizim propozon një njësi specifike matëse të shëndetit të popullsisë dhe gjithashtu përfshin shqyrtimin e efektivitetit relativ të kostos së shpërndarjes së burimeve për përcaktuesit e shumtë [2].

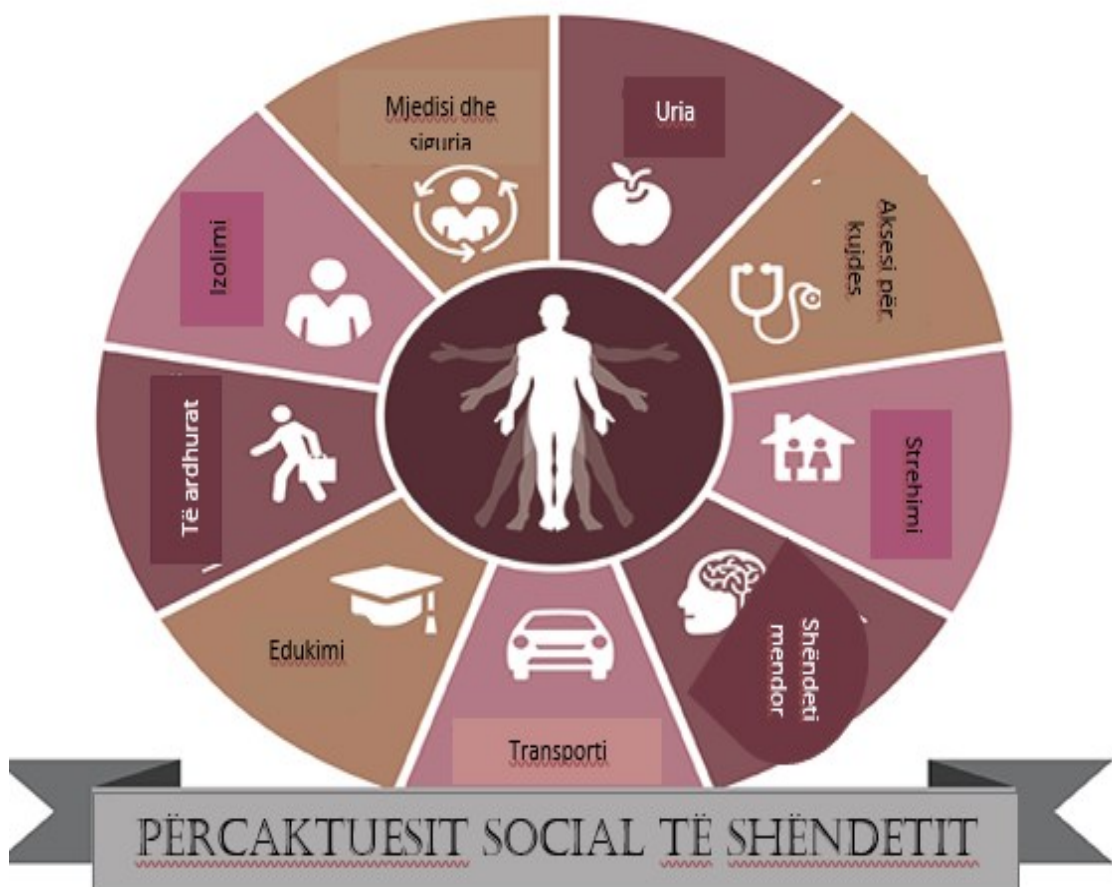
Shëndeti individual ose në mbarë popullatën ndikohet nga shumë faktorë/përcaktues. Këto përcaktues mund të jenë: social, ekonomik, mjedisor dhe të zakoneve (p.sh., përdorimi i duhanit ose dietës), biomjekësor (presioni i gjakut ose obeziteti) ose faktorët gjenetikë disa prej tyre paraqiten në figurën 6-1 [3]. Përcaktuesit socialë të shëndetit janë faktorë ku njerëzit jetojnë, punojnë,

mësojnë dhe luajnë të cilët ndikojnë në gjendjen shëndetësore përmes të gjitha aspekteve të jetës si:

- të ardhurat dhe statusi social;
- rrjetet e mbështetjes sociale;
- arsimimi dhe edukimi;
- kushtet e punësimit dhe punës;
- strehimi, transporti, siguria e banesës apo në komunitet dhe mjedisi fizik;
- akses në shërbimet shëndetësore, praktikat personale shëndetësore dhe aftësitë e përballimit;
- kultura.

Megjithëse nevojat e një individi shpesh referohen si përcaktues socialë të shëndetit, ato do të quheshin më mirë si nevoja sociale. Përcaktuesit socialë të shëndetit janë infrastruktura që shkaktojnë pabarazitë që krijojnë nevojat sociale. Infermierët identifikojnë dhe trajtojnë nevojat sociale dhe avokojnë për ndryshime në infrastrukturë që shkaktojnë pabarazitë që krijojnë nevojat sociale [3].

Figura 6-1 Përcaktuesit social të shëndetit [3]



▪ **Shëndeti mjedisor**

Sipas një përcaktimi të CDC shëndeti mjedisor është një fokus që ka të bëjë me të gjitha aspektet e mjedisit natyror dhe të ndërtuar (p.sh., ajri, uji, ushqimi, ndotja, kimikatet, agjentët biologjikë, ndikimet psikologjike). Është një përcaktues themelor i shëndetit të individit dhe komunitetit. Në mjedisin e shkollës, shëndeti mjedisor ka të bëjë, por pa u kufizuar në ndërtesën, vendndodhjen, banorët, furnizimet dhe materialet e përdorura në mirëmbajtjen e klasave, menaxhimin e dëmtuesve, ngrohjen, ftohjen dhe hapësirat e jashtme. Infermierët e shkollës vlerësojnë faktorët që ndikojnë negativisht në shëndetin në mjedisin shkollor dhe promovojnë politika dhe praktika që të reduktojnë rreziqet e shëndetit mjedisor dhe promovojnë komunitete shkollore të shëndetshme emocionalisht dhe fizikisht [4,7].

▪ **Barazia shëndetësore**

Sipas Akademisë Kombëtare të Shkencave, Inxhinierisë dhe Mjekësisë , 2017 përkufizoi se Barazia shëndetësore është "një "status" në të cilin secili ka mundësinë të arrijë potencialin e tij të plotë shëndetësor dhe askush nuk është në disavantazh në arritjen e këtij potenciali për shkak të pozitës shoqërore ose ndonjë rrethane tjetër të përcaktuar shoqërisht". Pabarazitë shëndetësore janë shpesh matje që përdoren për të parë progresin drejt arritjes së barazisë shëndetësore. Këto pabarazi janë ndryshimet në rezultatet shëndetësore dhe statusin shëndetësor midis grupeve të njerëzve. Pabarazitë shëndetësore ndikojnë negativisht në grupet e njerëzve që kanë përjetuar në mënyrë sistematike pengesa më të mëdha sociale ose ekonomike për shëndetin bazuar në:

- grupin e tyre racor ose etnik, fenë, statusin socio-ekonomik;
- gjinia;
- mosha;
- shëndeti mendor;
- paaftësi njohëse, shqisore ose fizike;
- orientimi seksual ose identiteti gjinor;
- vendndodhjen gjeografike;
- karakteristika të tjera.

Nisma kombëtare që përcakton dhe ndjek një axhendë për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve quhet " Njerëzit e shëndetshëm". Ai siguron një grup gjithëpërfshirës të synimeve dhe objektivave kombëtare 10-vjeçare për përmirësimin e shëndetit të të gjithë popullatës. Qëllimet dhe objektivat i ndihmojnë infermierët t'u japin përparësi vlerësimeve dhe ndërhyrjeve dhe ofrojnë udhëzime të matshme që janë të zbatueshme në nivel lokal, komunitar dhe kombëtar.

Ndërhyrjet në promovimin e shëndetit synojnë:

- të përmirësojnë shëndetin e një personi ose të popullsisë,

- t'u mundësojnë njerëzve të rrisin kontrollin dhe të përmirësojnë shëndetin e tyre,
- të lëvizin përtej fokusit në sjelljen individuale drejt një game të gjerë ndërhyrjesh sociale dhe mjedisore,
- të përfshijë popullsinë në tërësi në kontekstin e jetës së tyre të përditshme, në vend që të fokusohet tek njerëzit në rrezik për sëmundje specifike
- veprim i drejtpërdrejtë mbi përcaktuesit ose shkaqet e shëndetit [5].

Promovimi i shëndetit përfshin më shumë sesa thjesht ofrimin e edukimit.

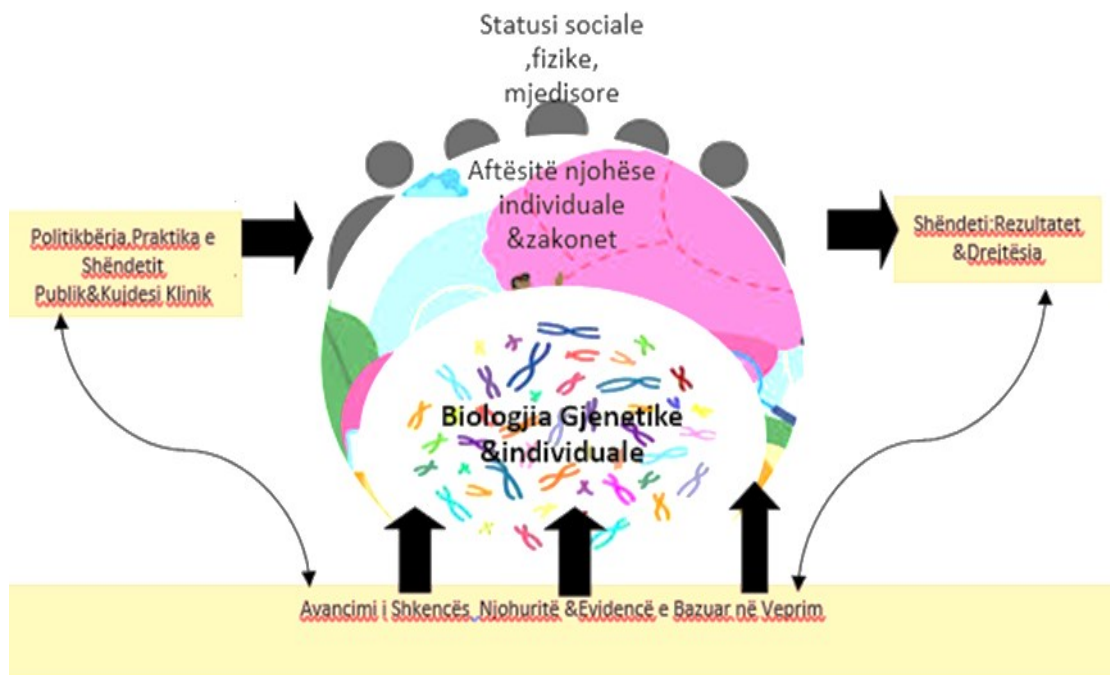
Informimi nënkupton gjetjen në mënyrë proaktive të personave me interes ose personave në rrezik brenda një popullsie dhe ofrimin e informacionit dhe lidhjeve me shërbimet brenda komunitetit. Infermierët u drejtohen individëve në rrezik për një sërë shqetësimesh, duke përfshirë kushtet mendore dhe fizike, çështjet sociale.

Kujdesi i bazuar në popullatë janë ndërhyrje që:

- a) fokusohen në një popullsi të tërë (p.sh., popullata me interes, si fëmijët e moshës shkollore, mosha aktive),
- b) udhëhiqen nga një vlerësim i popullsisë,
- c) marrin në konsideratë të gjerë përcaktuesit e shëndetit për popullatën,
- d) merr parasysh të gjitha nivelet e parandalimit ,
- e) merr parasysh të gjitha nivelet e praktikës (dmth., komuniteti, sistemet, niveli individual/familjar.
- f) Theksi vihet në komunikimin, bashkëpunimin dhe avokimin.

Kujdesi i bazuar në popullatë është një pjesë kritike e praktikës infermierore. Reduktimi i rrezikut janë strategji ndërhyrjeje që synojnë zvogëlimin e probabilitetit të një rezultati të pafavorshëm shëndetësor ose zvogëlimin e ndikimit të faktorëve të konsideruar si rrezik për një sëmundje specifike.

Figura 6-2 Përmirësimi i shëndetit dhe reduktimi i pabarazive shëndetësore përmes qasjes shëndetësore të popullsisë në shumë nivele sipas OBSH [8]



▪ ***Shqyrtimi/referimi i rastit***

Ekzaminimet janë strategji parandaluese dytësore që synojnë zbulimin dhe trajtimin e gjendjeve shëndetësore në fazat e hershme, shpesh përpara shfaqjes së shenjave dhe simptomave. Ato bëhen për gjendje shëndetësore me prevalencë të lartë, që janë relativisht serioze, mund të trajtohen në mënyrë efektive nëse zbulohen herët dhe ku ka ofrues adekuat në dispozicion për të adresuar rastin. Referimi dhe ndjekja përfshin lidhjen e pacientëve me burimet dhe ofruesit që mund të modifikojnë, heqin ose trajtojnë shqetësimet shëndetësore përpara se të ndodhin komplikimet [6].

Mbikëqyrja është mbledhja, analiza dhe interpretimi i vazhdueshëm, sistematik i të dhënave të lidhura me shëndetin thelbësor për planifikimin, zbatimin dhe vlerësimin e praktikës së shëndetit publik. Mbikëqyrja është e integruar ngushtë me shpërndarjen në kohë të këtyre të dhënave tek ata që janë përgjegjës për parandalimin dhe kontrollin. Infermierët janë sytë dhe veshët e shëndetit publik, duke mbledhur të dhëna të mbikëqyrjes që mund të identifikojnë shpërthimet dhe tendencat në shëndetin e popullatës [5].

▪ ***Raporti i OBSH mbi Fushat e Shëndetit***

Raporti i OBSH në vitin 2000 propozoi një kornizë që përcakton synimet e brendshme në të cilat duhet të kontribuojnë sistemet shëndetësore. Qëllimi i parë i brendshëm konsiderohet si synimi përcaktues i një sistemi shëndetësor, pra përmirësimi i shëndetit, si niveli mesatar i shëndetit të popullsisë dhe shpërndarja e tij brenda një popullate. OBSH ka bërë përpjekje të konsiderueshme në të kaluarën për të rritur përmbajtjen e informacionit dhe

krahasueshmërinë e mbulimit shëndetësor të popullsisë vdekshmërinë dhe faktorët e rrezikut.

Gjatë dekadës së fundit, vendndodhja e këtyre përpjekjeve është shtrirë në përmirësimin dhe standardizimin e metodave për vlerësimin e shëndetit jo fatal (mbulimi, vlerësimet epidemiologjike të sëmundshmërisë dhe paaftësisë, dhe vlerësimi i gjendjes shëndetësore nga sondazhet e bazuara në popullatë), duke reflektuar në konkluzionin se vetëm vdekshmëria nuk jep panoramën e plotë të shëndetit të popullsisë.

▪ Fushat e Shëndetit

Përkufizimi i OBSH-së për shëndetin thekson se shëndeti është një koncept shumëdimensional. Ka potencialisht tre grupe fushash që mund të specifikohen për të përshkruar shëndetin dhe kontribuojnë në matjen e tij operacionale:

1. fushat kryesore të shëndetit për të cilat pajtohen pothuajse të gjithë njerëzit;
2. fusha shtesë të shëndetit që disa njerëz i konsiderojnë si fusha thelbësore;
3. fusha të tjera që lidhen me shëndetin dhe shërbejnë si matës të mirë të përafërt të përvojës së fushave të lidhura me shëndetin.

Bazuar në një përmbledhje të gjerë të shëndetit ekzistues instrumentet e matjes dhe literatura e matjes së shëndetit, afërsisht 18 fusha përshkruajnë drejtpërdrejt aspekte të ndryshme të gjendjes shëndetësore, të tilla si ndikimi, dhimbja, shkathtësia ose fertiliteti (p.sh., domenet në kutinë me hije gri), ndërsa gjashtë të tjerat janë fusha të afërta që vlerësojnë në mënyrë indirekte shëndetin.

Bazuar në rishikimet, diskutimet teknike dhe lidhjen me ICF-në, gjashtë domene u zgjodhën si fusha për të cilat pothuajse të gjithë njerëzit bien dakord për përfshirje në të gjitha mënyrat e anketimit. Këto përfshijnë ndikimin, njohjen, lëvizshmërinë, dhimbjen, kujdesin për veten dhe aktivitetet e zakonshme [8].

Tabela 6-1 Fushat bazë të vlerësuara për të përshkruar shëndetin e populates [8]

Fushat që vlerësojnë në mënyrë indirekte shëndetin	Fushat që përshkruajnë drejtpërdrejt shëndetin	
	Shëndeti përgjithshëm i	Aktiviteti seksual
Diskriminimi/stigma	Ndikimi*	Fertiliteti
Barrierat e pjesëmarrjes	Njohja*	Dëgjimi
Kujdesi për veten*	Komunikimi	E folura
Turpi / siklet i	Shkathtësi	Vizioni
Funksionimi social	Lëvizshmëria*	Frymëmarrja
Aktivitetet e zakonshme*	Dhimbje*	Ushqimi

Lëkura dhe Tretja shpërftyrimi trupor	
Energji/vitalitet	Ekskretim trupor

* Fushat e zgjedhura për modulin e standardizuar të gjendjes shëndetësore

Parandalimi i sëmundjeve

Parandalimi i sëmundjeve përfshin një qasje të bazuar në popullatë me tre nivele:

1. parandalimi parësor - aktivitete që promovojnë shëndetin, mbrojnë nga kërcënimet ndaj shëndetit dhe rezultojnë në parandalimin e shfaqjes së çështjeve shëndetësore;
2. parandalimi dytësor - aktivitetet që zbulojnë dhe trajtojnë problemet në fazat e tyre të hershme përpara se të shfaqen shenjat dhe simptomat; identifikon rreziqet ose i modifikon, i largon ose i trajton ato përpara se një problem të bëhet serioz; përfshin aktivitetet e shqyrtimit;
3. parandalimi terciar-aktivitete që kufizojnë efektet e mëtejshme negative nga një problem që ka ndodhur; promovon nivelin optimal të funksionimit. Infermierët i trajtojnë të tre nivelet e parandalimit të sëmundjeve, por vënë theksin shtesë në parandalimin parësor [8].

▪ Promovimi i ndryshimit të zakoneve në Parandalimin e kancerit

Sipas Agjencisë Ndërkombëtare të Kërkimit të Kancerit në vitin 2018 deklaroi se 1 në 5 burra dhe 1 në 6 gra në mbarë botën zhvillojnë një lloj kanceri gjatë jetës së tyre, ata të diagnostikuar jetojnë më gjatë, falë ekzaminimit dhe zbulimit të hershëm, vaksinimeve dhe përmirësimeve në trajtim. Megjithatë, edhe për kanceret me opsione efektive trajtimi, parandalimi ka potencialin më të madh për të reduktuar barrën e kancerit në popullatën e përgjithshme [9].

Për shkak se çdo person është i ekspozuar ndaj faktorëve mjedisorë dhe të stilit të jetesës, rreziku i kancerit mund të ndryshojë. Edhe pse disa faktorë nuk mund të kontrollohen (siç janë mutacionet gjenetike të trashëguara), ka një sërë faktorësh mjedisorë dhe të stilit të jetesës që mund të ndihmojnë në uljen e rrezikut të zhvillimit të kancerit. Sipas OBSH, një barrë 30-40% e kancerit mund t'i atribuohet faktorëve të rrezikut të stilit të jetesës si pirja e duhanit, konsumi i alkoolit, një dietë e ulët në fruta dhe perime, mbipesha dhe obeziteti dhe pasiviteti fizik [10].

Në një raport të vitit 2018 nga Fondi Botëror i Kërkimit të Kancerit dhe Instituti Amerikan i Kërkimeve të Kancerit, organizata jofitimprurëse që mbështesin inisiativa për parandalimin e kancerit me një shtrirje globale, 10 rekomandime për parandalimin e kancerit u zhvilluan mbi dietën dhe ushqimin. Rekomandimet promovojnë një mënyrë jetese të përbërë nga një model i shëndetshëm ushqimor, aktivitet fizik dhe menaxhim i peshës. Kjo jo vetëm që mund të ndihmojë në uljen e rrezikut të kancerit, por gjithashtu mund të kontribuojë në parandalimin e obezitetit dhe sëmundjeve të tjera kronike si diabeti i tipit 2 dhe sëmundjet kardiovaskulare [11].

▪ **Mbajtja e një peshë të shëndetshme**

Ka studime të shumta [12-13] të cilat e kanë evidentuar se obeziteti dhe mbipesha rrisin rrishtun e disa kancereve. Një BMI midis 18.5-25 klasifikohet si normale, 25.1-29.9 mbipeshë dhe 30 ose më e lartë obez. Çdo rritje prej 5 pikësh në BMI lidhet me një rrezik 50% të kancerit endometrial, 48% kancer të ezofagut, 30% të kancerit të veshkave, 30% të kancerit të mëlçisë, 12% kancerin për gjirin pas menopauzës, 10% për kancer pankreatik dhe 5% rrezik më i lartë i kancerit kolorektal.

Çdo rritje prej 4 inç në perimetrin e belit u tregua se rrit rrezikun e kancerit të ezofagut me 34%, kancerit të pankreasit me 11%, kancerit të gjirit pas menopauzës me 11%, kancerit të veshkave me 11%, kancerit endometrial me 5% dhe kancerit kolorektal 2%.

Sipas OBSH rritja e konsiderueshme e peshës te gratë është një shkak bindës i kancerit të gjirit pas menopauzës dhe kancerit të endometrit. Çdo rritje prej 11 kilogramësh në shtimin e peshës gjatë moshës madhore lidhet ndjeshëm me një rrezik 16% më të lartë të kancerit endometrial dhe 6% rrezik më të lartë të kancerit të gjirit pas menopauzës.

Incidenca e kancerit i lidhur me obezitetin është gjithashtu në rritje tek të rinjtë. Sipas studimeve të Shoqatës Amerikane të Kancerit të studimit për moshën 25-84 vjeç të diagnostikuar me ndonjë kancer nga viti 1995 deri në vitin 2014. Gjatë kësaj periudhe kohore, shkalla e incidencës së disa kancereve të lidhura me obezitetin, duke përfshirë kolorektalin, veshkat, dhe pankreatik - u rrit ndjeshëm në grupmoshën më të re, 25-49 vjeç [13].

▪ **Aktiviteti fizik**

Aktiviteti fizik përkufizohet si çdo lëvizje që përdor muskujt skeletorë dhe kërkon më shumë energji sesa pushimi. Aktiviteti fizik mund të përfshijë punën, ushtrimet, kryerjen e punëve të shtëpisë dhe aktivitetet e kohës së lirë si ecja, vrapimi, joga, çiklizmi dhe noti. Studime të shumta kanë evidentuar se individët më aktivë fizikisht kishin një rrezik 24% më të ulët të kancerit të zorrës së trashë sesa ata që ishin fizikisht më pak aktivë, kancerit të gjirit te gratë [14]. Sjelljet e ulura, të tilla si kalimi i një kohe të gjatë ulur, shtrirë, mund të rrisin gjithashtu rrezikun e kancerit të endometrit, zorrës së trashë dhe mushkërive prej 20-35% [15].

▪ **Dietë e shëndetshme**

Sipas Fondi Botëror i Kërkimit të Kancerit dhe Instituti Amerikan i Kërkimeve të Kancerit renditën rekomandimet e mëposhtme dietike për mbrojtjen kundër kancerit:

- ✓ Kufizimi i konsumimit të alkoolit. Nga studimet është vërejtur se konsumimi i pijeve alkoolike është shkaktar i kancerit të gojës, faringut dhe laringut, ezofagut (karcinoma e qelizave skuamoze), mëlçisë, kolorektumit dhe gjirit (veçanërisht pas menopauzës) [16].
- ✓ Konsumimi i një dietë të pasur me drithëra, perime, fruta dhe fasule. Drithërat, perimet, frutat dhe bishtajat si fasulet dhe thjerrëzat rekomandohet

të jenë një pjesë kryesore të dietës ditore (mbrojnë nga kanceri kolorektal, mbipeshja dhe obeziteti) [17].

- ✓ Kufizimi i ushqimeve "të shpejta". Ato janë ushqime lehtësisht të disponueshme kanë shumë energji dhe shpesh konsumohen në pjesë të mëdha, janë shkaktarë të mbipeshës dhe obezitetit, të cilët janë një faktor rreziku për shumë lloje kanceri [18].
- ✓ Kufizimi i mishit të kuq dhe të përpunuar sepse rrisnin rrezikun për kancerin kolorektal me 16% me çdo 50 g/ditë të marrjes së mishit të përpunuar dhe me 12% me çdo 100g/ditë të marrjes së mishit të kuq [19].
- ✓ Kufizimi i pijeve të ëmbla me sheqer, janë shkaktarë të shtimit të peshës, dhe obezitetit si tek fëmijët ashtu edhe tek të rriturit.
- ✓ Shmangia e duhanit dhe ekspozimit të tepërt në diell janë gjithashtu të rëndësishme në uljen e rrezikut të kancerit [20].

Sipas Institutit të Mjekësisë në 2005 identifikoi gjashtë faza kryesore në vazhdimësinë e kujdesit ndaj pacienti me kancer: parandalimi, zbulimi i hershëm, diagnoza, trajtimi, mbijetesa dhe kujdesi për jetën. Ofruesit, pacientët dhe familjet duhet të kuptojnë se tani kujdesi është afatgjatë dhe shtrihet përtej një faze akute. Ky lloj planifikimi afatgjatë kërkon një marrëdhënie të vazhdueshme bashkëpunimi midis pacientëve dhe ofruesve.

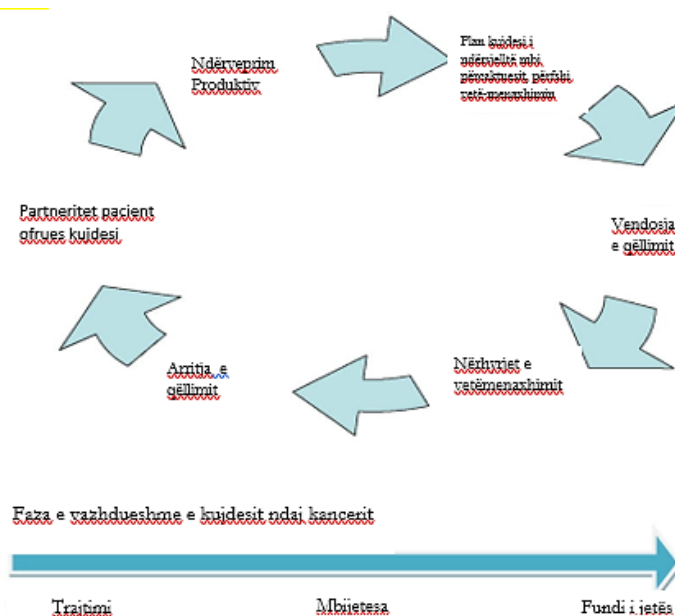
Studimet në dekada kanë treguar se duke përdorur ndërhyrjet vetëmenaxhimit, ofruesit e kujdesit shëndetësor mund t'i mundësojnë dhe fuqizojnë pacientët dhe familjet që të kujdesen për veten e tyre, në partneritet me ofruesit e tyre, në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit ndaj kancerit në mënyrën se si ata përcaktojnë reciprokisht. Vetëmenaxhimi është aftësia e një personi për të menaxhuar simptomat dhe pasojat e të jetuarit me një gjendje kronike, duke përfshirë trajtimin, ndryshimet fizike, sociale dhe të stilit të jetesës.

Infermierët kanë rol shumë të madh në promovimin e vetëkujdesit në menaxhimin e zakoneve të njerëzimit me kancer, Në secilën fazë që kalon pacienti me kancer infermierja harton një plan kujdesi për vetëmenaxhim [22].

Figura 6-3 Promovimi i zakoneve të shëndetshme për reduktimin e kancerit [21]



Figura 6-4 Cikli i vetë-menaxhimit në modelin e kujdesit kronik [22]



Gjendja shëndetësore e popullatës në vendin tonë

Në vendin tonë sipas të dhënave që pasqyron INSTAT barra totale e sëmundjes për meshkujt dhe femrat shqiptare është më e larta në rajonin e Evropës

Juglindore. Vdekshmëria për shkaqe të NCDs në Shqipëri ishte rreth 88% (86% te meshkujt dhe 90% te femrat).

Përcaktorët e shëndetit dhe mirëqënies

Të dhënat më të fundit mbi ndikimin e faktorëve të rrezikut të sëmundshmërisë në Shqipëri identifikojnë tre faktorë kryesorë të rrezikut për barrën e sëmundshmërisë:

- rreziqet e lidhura me dietën ushqimore;
- hipertensioni arterial
- duhanpirja

Gjatë 20 viteve të fundit ka patur një rritje të ndjeshme në barrën e sëmundshmërisë, që i atribuohet karakteristikave të mënyrës së jetesës në Shqipëri. Aktualisht, faktorët e stilit të jetesës përbëjnë mbi 70% të barrës totale të sëmundshmërisë. Gjatë dy dekadave të fundit, niveli i vdekshmërisë për shkak të mbipeshës dhe obezitetit është rritur më shumë se dy herë. Në veçanti, niveli i vdekjeve nga sëmundja ishemike të zemrës është rritur 2.5 herë, ndërsa niveli i vdekjeve nga diabeti është trefishuar.

Në vitin 2010, duhanpirja ishte shkaktare e 22% të të gjitha vdekjeve në Shqipëri. Megjithatë, evidencat tregojnë se shëndeti dhe mirëqenia nuk varen vetëm nga performanca e sistemit shëndetësor. Faktorë të tjerë ekonomikë dhe socialë, si të ardhurat, arsimimi, strehimi dhe mjedisi, kanë ndikim të fortë në shëndetin dhe mirëqenien e popullsisë. Gjatë gjithë periudhës së tranzicionit shqiptarët kanë pasur nivel të ulët të ardhurash. Për më tepër, shpërndarja e pabarabartë e rritjes ekonomike dhe e pasurisë ndërmjet rajoneve ka çuar në rritje të pabarazive në shëndetin e popullatës, veçanërisht midis asaj të zonave urbane e rurale. Këta përcaktorë, të kombinuar me mungesën e aksesit në shërbimet shëndetësore dhe pagesat e mëdha nga xhepi për shërbimet shëndetësore, kanë cënuar shëndetin dhe cilësinë e jetës, veçanërisht për grupet vulnerabel si fëmijët, pensionistët, të pasiguruarit, shtresat në nevojë etj. Arsimi është një tjetër përcaktor i rëndësishëm shoqëror për shëndetin. Korelacioni midis arsimit dhe varfërisë është i zhdrejtë: sa më të arsimuar, aq më pak të varfër janë njerëzit dhe anasjelltas.

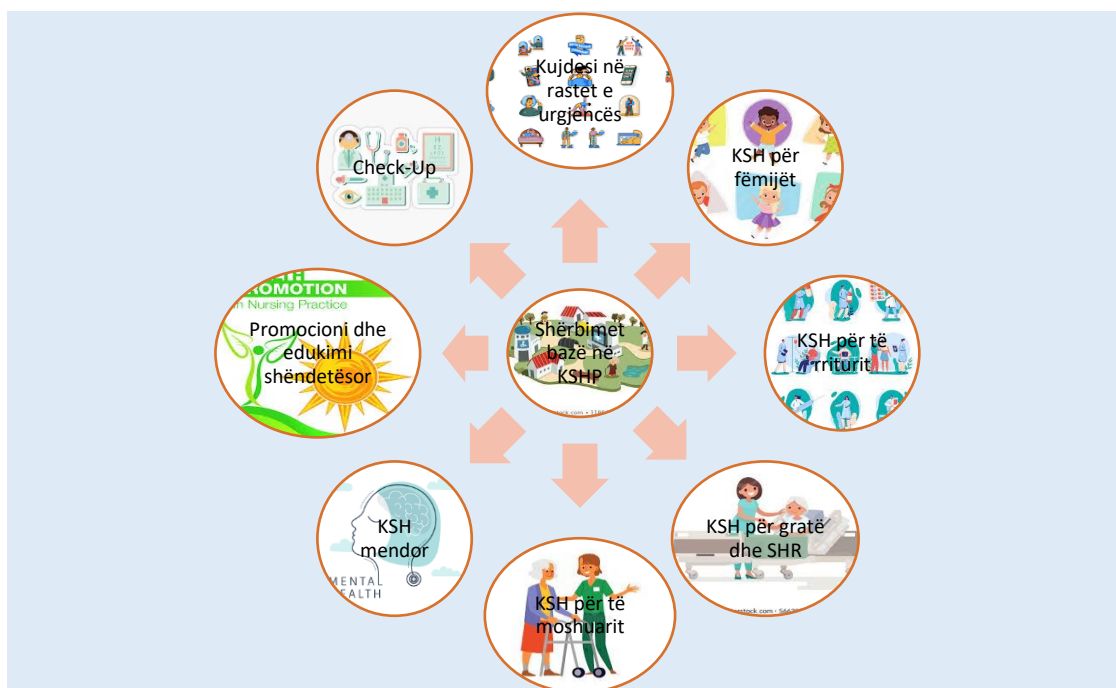
Formimi, arsimimi dhe shprehiti profesionale si dhe arsimimi universitar shërbejnë si nxitës për të hyrë në tregun e punës, për të dalë nga varfëria dhe për të rritur përfshirjen sociale, dhe në perspektivë afatgjatë kontribuojnë në përmirësimin e shëndetit, veçanërisht duke ulur vdekshmërinë neonatale dhe atë amtare. Mjedisi është një nga faktorët kryesorë që influencojnë shëndetin dhe mirëqenien. Evidencat globale dhe rajonale tregojnë që përcaktorët mjedisorë, së bashku me faktorët e stilit të jetës: cilësia e ujit dhe e ajrit, rrezatimet, shëndeti në punë dhe aktiviteti fizik, kanë një ndikim të qenësishëm në shëndetin e popullatës. Prandaj për shmangien e rreziqeve dhe adresimin e përcaktuesve të shëndetit kërkohen qasje të integruara dhe gjithëpërfshirëse [9].

Funksioni i Shërbimit Parësor në ndjekjen e pacientëve dhe promocionin shëndetësor

Në vendin tonë shërbimi parësor dhe roli i profesionistëve të shëndetit në parandalimin dhe identifikimin dhe menaxhimin e SJK është shumë i madh. Paketa bazë ku përshkruhen të gjitha shërbimet dhe detyrat e profesionistëve të shëndetit në shërbimin parësor përfshin të gjitha detyrat dhe nevojat e profesionistëve të shëndetit (mjek dhe infermierë) që ofrojnë shërbimin në qendrat shëndetësore parësore [24].

QSH ka një mision i cili është t'i ofrojë komunitetit shërbim shëndetësor të cilësisë së lartë, të plotë, të vazhdueshëm, të integruar dhe të arritshëm nga të gjithë. Personeli i QSH i përgjigjet nevojave shëndetësore të pacientëve në kuadër të Mjekësisë Familjare, kryesisht nëpërmjet promocionit shëndetësor, parandalimit të sëmundjeve, si dhe kujdesit kurativ e paliativ. Në të gjitha shërbimet që ofrohen roli i infermierit është kryesor në dhënien e shërbimit, kujdesin, informimin e pacientëve dhe ndjekjen në vazhdimësi. Një rëndësi të madhe kanë edhe SJK dhe menaxhimi i këtyre pacientëve. Sipas studimeve të ISHP [25] ku në vendin tonë evidentohet një tendencë në rritje të SJK dhe pikërisht kujdesi ndaj pacientit fokusohet dhe i atribuohet shërbimit parësor. Një ndër detyrat kryesore të personelit që ofron kujdes në shërbimin parësor janë problemet kronike (diagnostikimi, trajtimi, parandalimi, referimi i këtyre gjendjeve i cili bëhet në përputhje me udhëzuesit e praktikës klinike ose protokollet në fuqi) ku përparësi kanë SJK. Shërbimet bazë në KSHP: Kujdesi në rastet e urgjencës, KSH për fëmijët, KSH për të rriturit, KSH për gratë dhe SHR, KSH për të moshuarit, KSH mendor, Promocioni dhe edukimi shëndetësor, Check-Up [23].

Figura 6-5 Shërbimet bazë në KSHP [23] *KSH (Kujdesi Shëndetësor), *KSHP (Kujdesi Shëndetësor Parësor), *ShR (Shëndeti Riprodhues)



Një vëmendje të madhe nga profesionistët e shëndetit në paketën e shërbimeve bazë zë dhe promocioni shëndetësor i cili mund të jetë një shërbim i cili i bashkangjitet shërbimeve të tjera në shërbimin parësor. Promocioni shëndetësor është procesi që ndihmon njerëzit të ndryshojnë stilin e tyre të jetesës për të arritur gjendjen më të mirë shëndetësore. Promocioni ka si qëllim komunikimin efektiv të informacionit shëndetësor tek individët, grupet dhe publikun në përgjithësi; rritja e ndërgjegjësimit të publikut për shërbimet e Promocionin dhe Edukimin Shëndetësor dhe ndihmesa e individëve dhe komunitetit për të zhvilluar aftësitë e nevojshme për përmirësimin ose ruajtjen e gjendjes së tyre shëndetësore.

Tabela 6-2 Përshkrimi i detyrave që Infermierja e familjes duhet të aplikojë në shërbimin parësor [23]

Të hartojë dhe zbatojë programet e PESH në nivel QSH dhe komuniteti për shërbimet shëndetësore të paketës bazë në KSHP;

Të përdorë teknikat e Promocionin dhe Edukimin Shëndetësor;

Të përdorë teknikat e komunikimit me popullatën në varësi të specifikave;

Të krijojë marrëdhënie besimi me grupet e popullatës, duke inkurajuar komunikim të ndërsjellë dhe bashkëpunim ndërmjet individit-/komunitetit dhe personelit të KSHP;

Të vlerësojë faktorët, që përcaktojnë shëndetin dhe faktorët e riskut për të promovuar sjellje të shëndetshme në nivel individ, familjeje dhe komuniteti;

Të kujdeset për mbarëvajtjen e PESH në QSH dhe komunitet duke:

- krijuar një mjedis mikpritës e të ngrohtë në QSH;
- organizuar këndin e Informim Edukim Komunikim për shërbimet në paketën bazë.
- kryer regjistrimin dhe raportimin e veprimtarive.

Të ofrojë këshillim dhe mbështetje në nivel individ, familje apo komuniteti për çështje të ndryshme të shëndetit;

Të bashkëpunojë me komunitetin (përfshirje dhe fuqizim i komunitetit) në planifikimin, zbatimin, vlerësimin e veprimtarive të Promocionin dhe Edukimin Shëndetësor

Të bashkëpunojë me personelin infermieror të shkollave që ushtron aktivitetin e tij në këto institucione për edukimin e fëmijëve me teknikat bazë të kujdesit të shëndetit oral;

Të vendosë dhe zhvillojë bashkëpunim ndër-sektorial (drejtuesit e komunitetit, pushteti lokal, shkollat, komuniteti fetar, sektori privat, OJF, etj.);

Të plotësojë dhe kryejë saktë raportimin e sëmundjeve infektive dhe dokumentacionin në QSH;

Paketa e shërbimeve bazë nuk përfshin specifikisht kujdesin paliativ të pacientit por që sigurisht është mjeku i familjes dhe infermierja e familjes që kujdesen për këta të sëmurë në vazhdimësi dhe për familjen e tyre. Po cilat do të ishin disa nga ndërhyrjet e rekomanduara dhe prevenimin në kontrollin e SJK nga OBSH në shërbimin parësor?

Tabela 6-3 Ndërhyrjet e rekomanduara [26]

Ndërhyrjet efektive dhe analiza kostoefektive sipas udhëzimeve të OBSH	• Vaksinimi kundër human papillomavirus (2 doza) të vajzave 9-13 vjeç. • Parandalimi i kancerit të qafës së mitrës duke kontrolluar gratë e moshës 30-49 vjeç, ose nëpërmjet: ○ Inspektimi vizual me acid acetik i lidhur me trajtimin në kohë të lezioneve parakanceroze. ○ Pap testi (citologjia e qafës së mitrës) çdo 3-5 vjet i lidhur me trajtimin në kohë të lezioneve parakanceroze. ○ Testi i papillomavirusit njerëzor çdo 5 vjet i lidhur me trajtimin në kohë të lezioneve parakanceroze. • Depistimi me mamografi (një herë në 2 vjet për gratë e moshës 50-69 vjeç) i lidhur me diagnostikimin dhe trajtimin në kohë të kancerit të gjirit. • Trajtimi i stadit I dhe II të kancerit kolorektal me kirurgji +/- kimioterapi dhe radioterapi. ○ Kujdesi bazë paliativ për kancerin: kujdesi në shtëpi dhe spitalor me ekip multidisciplinar dhe akses në opiate dhe ilaçe esenciale mbështetëse. • Parandalimi i kancerit të mëlçisë nëpërmjet imunizimit të hepatitit B • Ekzaminimi i kancerit oral në grupet me rrezik të lartë (për shembull, përdoruesit e duhanit) i lidhur me trajtimin në kohë.
--	---

	• Ekzaminimi i kancerit kolorektal i bazuar në popullatë, duke përfshirë një test gjaku okult fekal, sipas rastit, në moshën >50 vjeç, i lidhur me trajtimin në kohë.
--	--

Në shërbimin parësor për ngritjen e kapaciteteve të personelit shëndetësor zhvillohen trajnime të vazhdueshme për stafin lidhur me: parandalimin, identifikimin në kohë diagnostikimin, trajtimin dhe ndjekjen në vazhdimësi të pacientit për diagnoza të ndryshme.

Për organizimin e veprimtarive (edukim pacienti) në QSH:

- Mjedis i veçantë për këshillim vetjak/në grup dhe për aktivitetet e promovim dhe edukim në QSH;
- Kalendarët e promocionit shëndetësor nga Ministri e Shëndetësisë dhe ISHP;
- Kalendari kombëtar i vaksinimit
- Materiale këshillimi sipas grupit të informacioneve standarde të paketës;
- Postera;
- Fletushka informuese për pacientët;

Për organizimin e veprimtarive të Promovim Edukim Shëndeti në nivel komuniteti:

- Manualët e edukatorëve të shëndetit;
- Kartat e këshillimit në grup;
- Fletushka informuese.
- Udhëzues të kontrollit të sëmundjeve infektive me skedat përkatëse.
- Udhëzues të vaksinimit [24].

Referenca

1. Dunn JR, Hayes MV. Toward a lexicon of population health. Can J Public Health. 1999;90 (suppl 1):S7–S10. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
2. Kindig DA. Purchasing Population Health: Paying for Results. Ann Arbor: University of Michigan Press; 199.
3. DeMillo, L., & Nakashian, M. (2016). Using Social Determinants of Health Data to Improve Health Care and Health: A Learning Report. Retrieved from Robert WoodJohnson Foundation:<https://www.rwjf.org/en/library/research/2016/04/using-social-determinants-of-health-data-to-improve-health-care-.html>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018a). Multiple cause of death 1999–2019. CDC WONDER.
5. National Policy and Strategic Plan on Health Promotion 2016.
6. Framework for 21st Century School Nursing Practice™: Clarifications and Updated Definitions

7. Online Database. Retrieved February 18, 2019 from <http://wonder.cdc.gov/mcd-icd10.html>.
8. Describing Population Health In Six Domains: Comparable Results From 66 Household Surveys Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 43 World Health Organization March 2002.
9. Strategjia Kombëtare E Shëndetësisë 2016-2020.
10. WHO – International Agency for Research on Cancer. “Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018.” <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>
11. Ullrich A. Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes. World Health Organization, 2007.
12. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. “Recommendations and public health and policy implications.”
13. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. “Body fatness and weight gain and the risk of cancer.”
14. Sung H, Siegel RL, Rosenberg PS, Jemal A. Emerging cancer trends among young adults in the USA: analysis of a population-based cancer registry. *The Lancet Public Health*. 2019 Mar 1;4(3):e137-47.
15. Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *British journal of cancer*. 2009 Feb;100(4):611-6.
16. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.
17. Ervik M, Lam F, Ferley J, et al. Cancer Today. 2016. International Agency for Research on Cancer. Available from <http://gco.iarc.fr/taody>. Accessed on 2019/4/15.
18. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. “Diet, nutrition, physical activity and breast cancer survivors.”
19. Strongman H, Gadd S, Matthews A, Mansfield KE, Stanway S, Lyon AR, dos-Santos-Silva I, Smeeth L, Bhaskaran K. Medium and long-term risks of specific cardiovascular diseases in survivors of 20 adult cancers: a population-based cohort study using multiple linked UK electronic health records databases. *The Lancet*. 2019 Sep 21;394(10203):1041-54.
20. Bowles EJ, Wellman R, Feigelson HS, Onitilo AA, Freedman AN, Delate T, Allen LA, Nekhlyudov L, Goddard KA, Davis RL, Habel LA. Risk of heart failure in breast cancer patients after anthracycline and

- trastuzumab treatment: a retrospective cohort study. Journal of the National Cancer Institute. 2012 Sep 5;104(17):1293-305.
21. American Association for Cancer Research, American Institute for Cancer Research (AICR)
 22. Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness
 23. Paketa Bazë E Shërbimeve Në Kujdesin Shëndetësor Parësor
 24. The Role of Primary Health Care in Prevention, Early Detection, and Control of Cancer
 25. Ylli.A, Dedja.B "Vdekshëria, Sëmundshmëria dhe Faktorët e Riskut Tiranë 2018"
 26. Who ' Best Buys' And Other Recommended Interventions For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases Updated (2017) Appendix 3 Of The Global Action Plan For The Prevention And Control Of Noncommunicable Diseases 2013-2020

Kujdesi për personin me sëmundje shoqëruese. Përkufizimi i sëmundjeve shoqëruese

Objektivat e mësimi

- Njohja me konceptet bazë dhe përkufizime të sëmundjeve shoqëruese/multimorbiditeti
- Njohja me elementët bazë të kujdesit infermieror për personin me sëmundje shoqëruese
- Njohja dhe përshkrimi i komponentëve të modelit kronik të kujdesit për multimorbiditetin
- Reagime dhe implikime për kujdesin infermieror në personat me sëmundje shoqëruese

Sëmundjet bashkëshoqëruese-koncepte bazë dhe përkufizime

Multimorbiditeti zakonisht kuptohet të jetë bashkëjetesa e gjendjeve të shumta shëndetësore në një individ [1]. Një term i lidhur, komorbiditeti/ sëmundje shoqëruese, përshkruan barrën e sëmundjes që bashkëjeton me sëmundjen e veçantë të interesit [2]. Multimorbiditeti shoqërohet me rezultate më të dobëta dhe rritje të përdorimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe social dhe rritje të kostove të lidhura me menaxhimin e tyre [3]. Multimorbiditeti gjithashtu vendos një barrë për individët të cilët përballen me cilësi më të dobët të jetës dhe rritje të aftësisë së kufizuar [4]. Pavarësisht nga problematikat dhe sfidat me të cilat përballen një pacient me sëmundje shoqëruese, nuk ka konsensus ndërkombëtar në lidhje me mënyrën më të mirë për të përkufizuar dhe vlerësuar multimorbiditetin [5]. Një studim rishikim literature evidentoi përkufizimet më të përdorura të multimorbiditetit të cilat janë të paraqitura në Tabelën 7-1 [6].

Tabela 7-1

Përkufizimet e multimorbiditetit/sëmundjeve shoqëruese

Përkufizimi
"Bashkë-shfaqja e sëmundjeve të shumta kronike ose akute dhe gjendjeve mjekësore në një person" [7].
"Multimorbiditeti përshkruan" bashkëjetesën e dy ose më shumë sëmundjeve kronike në të njëjtin individ" [8].
"Bashkë-shfaqja e sëmundjeve të shumta ose gjendjeve mjekësore brenda një personi" [9].
'Multimorbiditeti përkufizohet si çdo kombinim i sëmundjeve kronike me të paktën një sëmundje tjetër (akute ose kronike) ose faktor biopsikosocial (i

lidhur ose jo) ose faktor rreziku somatik. Çdo faktor biopsikosocial, çdo faktor rreziku somatik, rrjeti social, barra e sëmundjeve, konsumi i kujdesit shëndetësor dhe strategjitë e përballimit të pacientit mund të funksionojnë si modifikues (të efekteve të multimorbiditetit). Multimorbiditeti mund të modifikojë rezultatet shëndetësore dhe të çojë në një paaftësi në rritje ose në një ulje të cilësisë së jetës ose dobësi' [10].

"Komorbiditeti mund të përkufizohet si barra totale e sëmundjeve që nuk lidhen me diagnozën kryesore" [11].

Konsensusi midis studiuesve ishte se multimorbiditeti është shfaqja e sëmundjeve ose gjendjeve të shumta.

Ndërkohë që përkufizimi më i rëndësishëm klinikisht i multimorbiditetit në dispozicion është : "...

çdo kombinim i sëmundjeve kronike me të paktën një sëmundje tjetër (akute ose kronike) ose faktor biopsikosocial (i lidhur ose jo) ose faktor rreziku somatik" [12].

Pacientët me sëmundje shoqëruese janë shfrytëzues të lartë të burimeve të kujdesit shëndetësor dhe janë disa nga pacientët më të kushtueshëm dhe më të vështirë për t'u trajtuar. Parandalimi dhe përmirësimi i mënyrës se si menaxhohet multimorbiditeti është aktualisht një përparësi kryesore për shumë vende, dhe po punohet për të zhvilluar modele më të qëndrueshme të kujdesit [13]. Pavarësisht prevalencës së lartë të individëve me sëmundje bashkëshoqëruese në nivel global, faktorët e rrezikut për multimorbiditetin nuk janë studiuar mirë. Plakja është faktori më i qëndrueshëm dhe më i fuqishëm i rrezikut, dhe kohët e fundit është propozuar që multimorbiditeti mund të jetë rezultat i një humbjeje të shumë sistemeve të rezervës dhe funksionit që çon në një gjendje pro-inflamatore të shkallës së ulët, prishje të shumëfishtë të rregullit hormonal dhe një ndjeshmëri të shtuar ndaj sëmundjeve kronike [14]. Gratë dhe personat me status më të ulët socio -ekonomik duken veçanërisht të prirura për zhvillimin e sëmundjeve shoqëruese [15]. Pasojat e multimorbiditetit janë të shumta. Njerëzit me multimorbiditet vdesin para kohe; ata kanë shtrime më të shpeshta dhe qëndrime më të gjata në spital; dhe gjatë një viti shohin një numër të madh specialistësh të ndryshëm mjekësorë [16-17].

Kujdesi infermieror për pacientin me sëmundje bashkëshoqëruese

Për infermierët, multimorbiditeti paraqet sfida të shumta si në mjediset spitalore ashtu edhe në mjediset e komunitetit. Vazhdimësia dhe koordinimi i kujdesit mund të jetë problematik për njerëzit me sëmundje shoqëruese [18]. Gabimet në kujdes mund të bëhen kur dokumentohen të dhënat klinike, apo gjatë komunikimit me ekipet multidisciplinare [19-20]. Përveç kësaj, pak kërkime klinike ose udhëzime të publikuara, jashtë atyre të ofruara nga NICE [21], ekzistojnë në lidhje me sëmundjet shoqëruese që mund të informojnë edukimin dhe praktikën e infermierisë [22]. Meqenëse e ardhmja e infermierisë do të përfshijë në mënyrë të pashmangshme mbështetjen e më shumë pacientëve kronikë me sëmundje shoqëruese në një sërë mjedisesh, është jetike që profesioni

infirmieror të përgatitet për këtë [18]. Multimorbiditeti ka një ndikim të thellë në jetën e individëve të prekur në aspektin e mirëqenies së tyre fizike, psikologjike dhe sociale. Multimorbiditeti gjithashtu paraqet një sfidë të madhe për sistemet e kujdesit shëndetësor, me nevoja komplekse mjekësore që kërkojnë kontribut nga ofrues të shumtë si brenda dhe jashtë mjediseve të kujdesit shëndetësor. Sistemet aktuale të kujdesit shëndetësor zakonisht ndërtohen rreth specialiteteve mjekësore individuale, dhe mungesa e koordinimit në këto specialitete shpesh çon në kujdes të fragmentuar, jo të plotë dhe joefektiv për pacientët me multimorbiditet. Programet e integruara të kujdesit, të cilat janë të përqendruara te pacientët, proaktive që ofrojnë kujdes multidisiplinar të mirëkoordinuar, po njihen gjithnjë e më shumë si modele më efektive të kujdesit për njerëzit me nevoja komplekse mjekësore nga të cilat ka shumë të ngjarë të përfitojnë edhe njerëzit me sëmundje shoqëruese [23].

Më poshtë do të përshkruhen ndërhyrje të quajtura ndryshe dhe 'modele të kujdesit' për të përmirësuar kujdesin për njerëzit me multimorbiditet. Në Tabelën 7-2 janë paraqitur modelet e kujdesit që përmirësojnë rezultatet te njerëzit me sëmundje shoqëruese [24].

Tabela 7-2

Popullata	Të rriturit (18 vjeç e lart) me multimorbiditet
Ndërhyrjet	Ndërhyrjet që synojnë përmirësimin e rezultateve dhe vazhdimësinë e kujdesit për njerëzit me multimorbiditet. Shembujt mund të përfshijnë: • Kujdesi bashkëpunues (Një ndërhyrje komplekse me 4 komponentë kryesorë: një qasje multidisiplinare për kujdesin ndaj pacientit (përfshirë përdorimin e menaxherëve të rasteve jo-mjekësore); plane të strukturuar të kujdesit ndaj pacientit; ndjekje të planifikuara; komunikim i zgjeruar ndër-profesional). • Kujdesi i integruar • Menaxhimin e rastit • Vazhdimësia e ofruesit • Plani i kujdesit (Një plan kujdesi është një marrëveshje midis pacientit dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor ose social për të mbështetur menaxhimin e shëndetit të përditshëm dhe simptomave nga pacienti dhe profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor dhe/ose për të organizuar kujdesin. Mund të jetë një dokument i shkruar dhe/ose diçka e regjistruar në shënimet e pacientit). • Pacienti mbante rekorde • Punë shumë profesionale • Ndërhyrje për të përmirësuar vazhdimësinë e informacionit • Menaxhimi i ilaçeve • Një kombinim i sa më sipër
Krahasimi	Kujdes standard

Rezultatet	Kritike • Cilësia e jetës që lidhet me shëndetin • Vdekshmëria • Rezultatet funksionale • Kënaqësia e pacientit dhe e kujdestarit • Kohëzgjatja e qëndrimit në spital • Kujdes i paplanifikuar • Pranimi në institucionin e kujdesit E rëndësishme • Vazhdimësia e kujdesit • Barra e trajtimit të pacientit/kujdestarit
-------------------	---

Komponentët e modeleve të kujdesit për personat me sëmundje shoqëruese përfshijnë : kujdes multidisciplinar; vlerësim holistik; plane kujdesi; koordinim të kujdesit; ndjekje telefonike; ndjekje në shtëpi; mënyra për promovimin e vetë-menaxhimit dhe forma të menaxhimit të ilaçeve [23].

Kujdes multidisciplinar

Kujdesi shumëdisiplinor është kur profesionistë nga një sërë disiplinash punojnë së bashku për të ofruar kujdes gjithëpërfshirës që adreson sa më shumë nevojat e pacientit. Kjo mund të jepet nga një sërë profesionistësh që funksionojnë si një ekip nën një ombrellë organizative ose nga profesionistë nga një sërë organizatash, përfshirë praktikën private, të mbledhura si një ekip unik. Ndërsa gjendja e një personi ndryshon me kalimin e kohës, përbërja e ekipit mund të ndryshojë për të pasqyruar ndryshimin e nevojave klinike dhe psikosociale të personit. Madhësia dhe përbërja e ekipeve ndryshon shumë midis ndërhyrjeve.

Vlerësimi holistik

Një profesionist i trajnuar i kujdesit shëndetësor kryen një vlerësim gjithëpërfshirës të shëndetit fizik të një personi, shëndetit mendor, situatës sociale dhe aftësisë funksionale. Ky vlerësim përdoret për të krijuar një plan trajtimi të individualizuar i cili mund të pasurohet në kujdesin e mëvonshëm përmes kanaleve të shumta.

Vetë-menaxhim

Një ndërhyrje që synon rritjen e aftësisë së një personi për të menaxhuar gjendjen e tij pa pasur nevojë për mbështetje intensive nga profesionistët e shëndetit. Kjo mund të marrë shumë forma, duke përfshirë por pa u kufizuar në edukimin në lidhje me kontrollin e simptomave, mbështetjen e identifikimit nga pacienti ose kujdestari të përkeqësimeve të sëmundjeve kronike dhe sigurimin e ilaçeve të ndihmës së shpejtë në shtëpi ose opsionet e trajtimit që pacienti mund të fillojë vetë në kohë të përshtatshme.

Plani i kujdesit

Një plan kujdesi është një marrëveshje midis pacientit dhe profesionistit të kujdesit shëndetësor ose social për të mbështetur menaxhimin e shëndetit të përditshëm dhe simptomave nga pacienti dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor ose për të organizuar kujdesin. Mund të jetë një dokument i shkruar ose diçka e regjistruar në shënimet e pacientit.

Koordinimi i kujdesit

Ose 1 individ (menaxhimi i rastit nga një punonjës kryesor) ose 1 organizatë (menaxhimi i kujdesit) merr drejtimin në organizimin e kujdesit dhe mbështetjes së një personi. Kjo mund të përfshijë lidhjen me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor (për shembull, mjekë të përgjithshëm ose shërbime të specializuara) dhe, në përgjithësi, fokusohet në vazhdimësinë e kujdesit. Punëtori kryesor ose organizata mund të mos jetë domosdoshmërisht përgjegjëse për kryerjen e ndonjë ndërhyrjeje shtesë.

Ndjekje telefonike

Ndjekja telefonike përcaktohet si një telefonatë e paracaktuar me një pacient (ose kujdestar) nga një profesionist i kujdesit shëndetësor. Kjo mund të jetë një telefonatë e vetme ose e shumëfishtë në varësi të qëllimit të ndjekjes. Qëllimi i mbështetjes telefonike do të jetë specifik për nevojat dhe kontekstin e personit. Për shembull, ndjekja telefonike mund të përdoret për të rishikuar përparimin e një pacienti, për të parashikuar probleme, për të ofruar mbështetje ose këshilla, ose në disa raste mund të përdoret për të ofruar një ndërhyrje.

Ndjekje në shtëpi

Ashtu si me ndjekjen telefonike, ndjekja në shtëpi përkufizohet si vizita të paracaktuara nga një profesionist i kujdesit shëndetësor në shtëpinë e një pacienti (ose kujdestari), një herë ose në raste të shumta. Qëllimi i ndjekjes do të ndryshojë sipas nevojave dhe kontekstit të personit.

Menaxhimi i ilaçeve

Një profesionist i kujdesit shëndetësor punon në bashkëpunim me pacientin, dhe nëse është e nevojshme me anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit, për të optimizuar terapi të sigurt, efektive dhe të përshtatshme me ilaçe. Kjo mund të përfshijë profesionistin e kujdesit shëndetësor që kontrollon sjelljen e pacientit në marrjen e ilaçeve, shqetësimet për efektet anësore dhe rishikimin e indikacioneve për ilaçe.

Kujdesi bashkëpunues

Një ndërhyrje komplekse me 4 përbërës kryesorë:

- Një qasje multidisiplinare për kujdesin ndaj pacientit (përfshirë përdorimin e menaxherëve të rasteve jo-mjekësore)
- Planet e strukturuar të kujdesit ndaj pacientit
- Vazhdimësia e planifikuar në kujdes
- Komunikim i zgjeruar ndër-profesional

Kujdesi i integruar

Kujdesi i integruar është një integrim i shërbimeve mjekësore dhe sociale në një vazhdimësi të kujdesit me programet e menaxhimit të rasteve. Kujdesi i integruar përfshihet si kujdes i përqendruar te personi dhe të koordinuar brenda mjediseve të kujdesit shëndetësor, në të gjithë shëndetin mendor dhe fizik dhe në të gjithë kujdesin shëndetësor dhe social. Që kujdesi të integrohet, organizatat dhe profesionistët e kujdesit duhet të bashkojnë të gjithë elementët e ndryshëm të kujdesit që i nevojiten një personi. Integrimi mund të jetë brenda një bashkë-lokacioni të vetëm fizik ose mund të jetë më virtual në nivel organizativ.

Kujdesi shtesë

Kujdesi shtesë siguron një kornizë në të cilën organizohet ofrimi i shërbimeve që mbështesin pacientët, kujdestarët dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor në identifikimin dhe qasjen në ndërhyrjet më efektive. Kujdesi shtesë është një sistem për ofrimin dhe monitorimin e trajtimit me qëllimin e qartë për të siguruar trajtimin më efektiv, por më pak të rëndë, së pari për një person, i cili ka një mekanizëm vetë-korrigjues të ndërtuar në mënyrë të tillë që nëse një person nuk përfiton nga ndërhyrja fillestare ata 'kalojnë' në një ndërhyrje më komplekse. Në mënyrë tipike, kujdesi i shtuar fillon duke ofruar ndërhyrje me intensitet të ulët. Në disa sisteme të kujdesit të shtuar, të gjithë individët marrin kujdes me intensitet të ulët, megjithëse në sisteme të tjera pacientët rriten në një ndërhyrje me intensitet më të lartë në kontaktin e menjëhershëm me shërbimin [23].

Modeli i kujdesit për multimorbiditetin

Aksioni i përbashkët për sëmundjet kronike dhe promovimi i plakjes së shëndetshme përgjatë ciklit të jetës (JA-CHRODIS), Figura 7-1, një projekt i financuar nga komisioni evropian, krijuan modelin e kujdesit për multimorbiditetin. Në këtë model kujdesi u identifikuan gjashtëmbëdhjetë komponentë në pesë fusha (Ofrimi i Kujdesit; Mbështetja në Vendime; Mbështetja e Vetë Menaxhimit; Sistemet dhe Teknologjia e Informacionit; dhe Burimet Sociale dhe Komunitare) me ndikim në kujdesin për një person me sëmundje shoqëruese, Tabela 7-3. Për shkak të mungesës së rekomandimeve të bazuara në dëshmi specifike për pacientët me multimorbiditet, ky model i kujdesit duhet të vlerësohet dhe vërtetohet në mjedise të ndryshme evropiane për të ekzaminuar në mënyrë specifike se si pacientët me sëmundje shoqëruese do të përfitojnë nga ky model kujdesi dhe nëse komponentë të caktuar kanë më shumë rëndësi se të tjerët [24].

Figura 7-1



Figura 7-3

16 komponentët e Modelit të Kujdesit të IntegrUAR të Multimorbiditetit

SEKSIONI 1: SHPËRNDARJA E KUJDESIT

Komponenti 1. Vlerësimi i rregullt gjithëpërfshirës i pacientëve.

Komponenti 2: Ekip i koordinuar multidisiplinar.

Komponenti 3: Profesionisti i emëruar si koordinator i planit të individualizuar të kujdesit dhe personi i kontaktit për pacientin dhe familjen ("Menaxheri i rastit").

Komponenti 4: Planet e Kujdesit të Individualizuar.

SEKSIONI 2: MBËSHTETJA E VENDIMIT

Komponenti 5. Zbatimi i praktikës së bazuar në evidencë.

Komponenti 6. Trajnimi i anëtarëve të ekipit multidisiplinar.

Komponenti 7. Zhvillimi i një sistemi konsultimi për të konsultuar ekspertë profesionistë.

SEKSIONI 3: MBËSHTETJE PËR VETË-MENAXHIM

Komponenti 8. Trajnimi i ofruesve të kujdesit për të përshtatur mbështetjen për vetë-menaxhimin bazuar në preferencat dhe kompetencat e pacientit.

Komponenti 9. Sigurimi i opsioneve për pacientët dhe familjet që të përmirësojnë vetë-menaxhimin e tyre.

Komponenti 10. Marrja e vendimeve të përbashkëta (ofruesi i kujdesit dhe pacientët).

SEKSIONI 4: SISTEMET E INFORMACIONIT DHE TEKNOLOGJIA

Komponenti 11. Të dhënat elektronike të pacientëve dhe kartelat klinike të kompjuterizuara.

Komponenti 12. Shkëmbimi i informacionit për pacientin (me lejen e pacientit) ndërmjet ofruesve të kujdesit dhe sektorëve të pajtueshme me sistemet klinike të informacionit.

Komponenti 13. Kodimi uniform i problemeve shëndetësore të pacientëve nëse është e mundshme.

Komponenti 14. Teknologjia e operuar nga pacientët që lejon pacientët të dërgojnë informacion tek siguruesit e tyre të kujdesit.

SEKSIONI 5: BURIMET E KOMUNITETIT

Komponenti 15. Mbështetja e aksesit në burimet e komunitetit dhe ato sociale.

Komponenti 16. Përfshirja e rrjetit social (informal), përfshirë miqtë, shoqatat e pacientëve, familja, fqinjët.

Identifikimi dhe reagimi ndaj multimorbiditetit- Implikime për kujdesin infermieror

Si mund t'i përgjigjeni në praktikën klinike nevojave të njerëzve me sëmundje bashkëshoqëruese?

- I gjithë personeli shëndetësor ka një rol të përbashkët në identifikimin dhe reagimin ndaj multimorbiditetit tek pacientët.

Për të siguruar kujdesin më të mirë:

- Sigurohuni që historia mjekësore e pacientit është e plotë dhe se sistemet e sigurisë dhe cilësisë së ilaçeve janë vendosur për të monitoruar menaxhimin e multimorbiditetit.
- Kontrolloni që çështjet e shëndetit mendor të tilla si depresioni dhe çështjet njohëse të tilla si demenca të njihen si multimorbiditet.
- Konsultohuni me pacientin dhe familjen dhe kujdestarët e tij për të përcaktuar se cilat janë shqetësimet kryesore të pacientit.
- Angazhoni një ekip ndërdisiplinor për të menaxhuar multimorbiditetin e pacientit.

Përfshini pacientët, familjen dhe kujdestarët e tyre në menaxhimin e multimorbiditetit:

- Gjeni se çfarë është më e rëndësishme për pacientin, familjen dhe kujdestarët e tyre në përcaktimin e planit të trajtimit ose kujdesit.
- Pyesni pacientin për përvojën e tyre në lidhje me sëmundjet shoqëruese dhe çfarë duan nga trajtimi i tyre.
- Konsideroni nivelin e kulturës shëndetësore të pacientit dhe të kuptuarit e tyre të multimorbiditetit.
- Inkurajoni vendimmarrjen e përbashkët në mënyrë që pacienti dhe familja ose kujdestari i tyre të angazhohen në menaxhimin e gjendjeve të tyre.
- Inkurajoni diskutimin e planifikimit të kujdesit paraprak me pacientin dhe familjen ose kujdestarin e tyre.

Vlerësoni sigurinë e ilaçeve tek njerëzit e moshuar me multimorbiditet

- Diskutoni nevojën për një rishikim të ilaçeve me pacientin, familjen ose kujdestarin e tyre, ekipin multidisciplinar dhe mjekun e përgjithshëm të pacientit.
- Kontrolloni kuptimin e pacientit për nevojat e tyre për ilaçe.
- Minimizoni rreziqet për pacientin që lidhen me polifarmacinë dhe mos-respektimin e ilaçeve.

Siguroni vazhdimësinë e kujdesit për pacientët me multimorbiditet

- Angazhoni ofruesit e tjerë të kujdesit të pacientit siç janë farmacistët, specialistët, menaxherët e rasteve dhe mjekët e përgjithshëm për të ofruar një shërbim të koordinuar.
- Sigurohuni që pacienti dhe familja ose kujdestarët e tyre të përfshihen në menaxhimin e proceseve të planit të kujdesit dhe multimorbiditetit.
- Sigurohuni që ekzistojnë mekanizma për të monitoruar pacientët e moshuar me multimorbiditet dhe për të përshkallëzuar kujdesin e tyre kur kërkohet.
- Rishikimi dhe vlerësimi i vazhdueshëm i planit të rishikuar të kujdesit kërkohet kur ndryshojnë rrethanat dhe qëllimet e kujdesit të pacientit. Idealisht kjo duhet të koordinohet përmes një klinicisti të vetëm i cili e njeh nga afër pacientin, çështjet dhe qëllimet e kujdesit [26].

Referenca

1. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract.* 2008;14 Suppl 1:28-32.
2. Leal JR, Laupland KB. Validity of ascertainment of co-morbid illness using administrative databases: a systematic review. *Clin Microbiol Infect* 2010;16:715–21.
3. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37–43.
4. McDaid O, Normand C, Kelly A, Smith S. Prevalence, patterns and healthcare burden of multimorbidity in the older irish population. *Ir J Med Sci* 2013;182:S229.
5. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *J Comorb* 2013;3:4–9.

6. Marjorie C Johnston, Michael Crilly, Corri Black, Gordon J Prescott, Stewart W Mercer, Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews, *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue 1, February 2019, Pages 182–189.
7. De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003;56:221–9.
8. Diederichs C, Berger K, Bartels DB. The measurement of multiple chronic diseases- a systematic review on existing multimorbidity indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011;66A:301–11.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
10. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:319–25.
11. Yurkovich M, Avina-Zubieta JA, Thomas J, et al. A systematic review identifies valid comorbidity indices derived from administrative health data. *J Clin Epidemiol* 2015;68:3–14.
12. Willadsen TG, Bebe A, Koster-Rasmussen R, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity—a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:112–21.
13. Navickas R, Petric VK, Feigl AB, Seychell M. Multimorbidity: What do we know? What should we do?. *J Comorb*. 2016;6(1):4-11. Published 2016 Feb 17.
14. Fabbri E, An Y, Zoli M, Simonsick EM, Guralnik JM, Bandinelli S, et al. Aging and the burden of multimorbidity: associations with inflammatory and anabolic hormonal biomarkers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(1):63–70.
15. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014 Jul 21;9(7):e102149.
16. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Giampaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol*. 2001 Jul;54(7):680-6.
17. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, Blumenthal D. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007 Dec;22 Suppl 3(Suppl 3):391-5.
18. O'Connor, S., Deaton, C., Nolan, F. *et al.* Nursing in an age of multimorbidity. *BMC Nurs* **17**, 49 (2018).

19. Jencks S, Williams D, Kay T. Assessing hospital-associated deaths from discharge data; the role of length of stay and comorbidities. *JAMA*. 1988;260(15):2240–6.
20. Williams A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *J Adv Nurs*. 2004;46(1):13–22.
21. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline [NG56]. 2016.
22. Williams A, Botti M. Issues concerning the on-going care of patients with comorbidities in acute care and post discharge in Australia: a literature review. *J Adv Nurs*. 2002;40(2):131–40.
23. Albrecht T, Dyakova M, Schellevis FG, Van den Broucke S. Many diseases, one model of care? *J Comorb*. 2016 Feb 17;6(1):12-20.
24. National Guideline Centre (UK). Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016 Sep. (NICE Guideline, No. 56.) 10, Interventions to improve care for people with multimorbidity.
25. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J, Onder G; Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. 2018 Jan;122(1):4-11.
26. <https://www2.health.vic.gov.au/hospitals-and-health-services/patient-care/older-people/resources/improving-access/ia-multimorbidity>

Ndikimi i sëmundjeve shoqëruese në vlerësim, planifikim të kujdesit dhe vlerësim

Objektivat e mësimit

- Njohja me ndikimin e sëmundjeve shoqëruese në kujdesin kronik
- Njohja dhe përvetësimi i vlerësimit klinik, menaxhimit dhe planifikimit të kujdesit në pacientë me sëmundje shoqëruese
- Njohja me parimet e një qasjeje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin

Sëmundjet bashkëshoqëruese/multimorbiditeti dhe efekti i tyre në kujdesin kronik

Multimorbiditeti përcaktohet si prania e dy ose më shumë gjendjeve kronike afatgjata dhe është gjithnjë e më e zakonshme me rritjen e moshës. [1]. Është vlerësuar se rreth dy të tretat e njerëzve të moshës > 65 vjeç do të kenë multimorbiditet apo sëmundje shoqëruese, i cili shoqërohet me ulje të cilësisë së jetës dhe vdekshmëri më të lartë [2]. Vlerësimet aktuale të kujdesit priren të përqëndrohen në një sëmundje të vetme dhe nuk përfshijnë proceset komplekse që kërkojnë për të siguruar kujdesin për njerëzit me sëmundje bashkëshoqëruese. Ndërkohë që, njerëzit me multimorbiditet të çrregullt mund të jenë në disavantazh nga qasjet aktuale për vlerësimin e cilësisë së kujdesit, pasi indikatorët e cilësisë së kujdesit duhet të jenë në përputhje me modelet e kujdesit, proceset e tyre dhe rezultatet e tyre përkatëse [3]. Sëmundjet bashkëshoqëruese vazhdimisht parashikojnë varësinë nga kujdesi, ku multimorbiditeti fizik jep një rrezik më të ulët sesa multimorbiditeti me çrregullime mendore dhe njohëse. Dhe për këtë, vlerësimi gjithëpërfshirës dhe holistik i çrregullimeve të trupit, trurit dhe mendjes mund të ndihmojë në identifikimin e njerëzve që kanë rrezik më të lartë të varësisë nga kujdesi [4]. Identifikimi dhe standardizimi i modeleve të multimorbiditetit mund të ndihmojë në organizimin e strategjive specifike të trajtimit dhe iniciativave në të gjithë sistemin për të përmirësuar kujdesin e njerëzve me lloje dhe shkallë të ndryshme të multimorbiditetit [5]. Pasi shumica e planeve të trajtimit dhe udhëzimeve klinike synojnë një sëmundje të vetme [6] dhe një ndërhyrje efektive për një sëmundje mund të jetë më pak efektive ose e dëmshme me praninë e sëmundjeve bashkëshoqëruese [7]. Ndërkohë që, multimorbiditeti është i zakonshëm në popullatë dhe shumica e konsultimeve në kujdesin parësor përfshijnë njerëz me sëmundje bashkëshoqëruese. Këta njerëz kanë më pak gjasa të marrin kujdes në vazhdimësi, megjithëse mund të kenë më shumë gjasa të përfitojnë prej tij

[8]. Gjithashtu, në vendet me zhvillim të mesëm dhe të ulët ekonomik, multimorbiditeti shoqërohet me një kapacitet funksional të dëmtuar, rritje të përdorimit të kujdesit shëndetësor, shpenzime më të larta të kujdesit shëndetësor, cilësi të ulët të jetës, shëndet mendor jo të mirë dhe një rrezik më të lartë për vdekshmëri të parakohshme [9]. Duke pasur parasysh shfaqjen e tij të zakonshme dhe ndikimin e konsiderueshëm negativ tek individët dhe sistemet shëndetësore, multimorbiditeti është padyshim një nga sfidat më të mëdha aktuale të shëndetit publik me të cilin përballen pacientët, ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe shoqëria në përgjithësi në të gjithë vendet me zhvillim të ulët dhe të mesëm ekonomik [10].

Vlerësimi klinik dhe menaxhimi i multimorbiditetit: udhëzuesi NICE

Instituti Kombëtar për Ekscelencë në Shëndet dhe Kujdes /National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ka publikuar një udhëzues mbi vlerësimin dhe menaxhimin e pacientëve me multimorbiditet [11]. Udhëzuesi thekson se multimorbiditeti përfshin kushte të tilla si problemet shqisore dhe dhimbjet, si dhe kushtet e përcaktuara të shëndetit fizik dhe mendor, siç është diabeti ose skizofrenia; kushte të vazhdueshme të tilla si aftësia e kufizuar në të mësuar; komplekset e simptomave të tilla si dobësia ose dhimbja kronike; dëmtim ndijor siç është shikimi ose humbja e dëgjimit; dhe keqpërdorimi i alkoolit dhe substancave. Qëllimi i këtij udhëzuesi është të mbështesë pacientët dhe profesionistët e kujdesit në optimizimin e kujdesit për njerëzit me multimorbiditet, veçanërisht kur ekziston mundësia që kujdesi të bëhet i vështirë ose i pakoordinuar.

Udhëzuesi

Ndikimi i multimorbiditetit: Disa pacientë me dy ose më shumë gjendje mund t'i menaxhojnë ato sëmundje dhe trajtimet e lidhura në përputhje me udhëzimet e vetme të sëmundjes. Ky udhëzues sugjeron që profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të marrin parasysh një qasje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin, për pacientë të tillë si ata që:

- e kanë të vështirë të menaxhojnë trajtimet e tyre për aktivitetet e përditshme;
- kanë të përshkruara marrjen rregullisht të ilaçeve të shumta;
- shpesh kërkojnë kujdes të paplanifikuar ose urgjent; dhe kanë dobësi (domethënë, zvogëlim të elasticitetit ose rezervës biologjike/fiziologjike).

Udhëzimi sugjeron që njerëz të tillë mund të identifikohen në mënyrë proaktive duke përdorur të dhënat elektronike të shëndetit. Sugjerohet që të gjithë pacientët që u janë përshkruar më shumë se 15 medikamente duhet të merren parasysh për një qasje që merr parasysh multimorbiditetin. Pacientët me përshkrim të më pak se 15 medikamenteve, gjithashtu mund të përfitojnë, veçanërisht kur ka të ngjarë të kenë një rrezik më të lartë të efekteve anësore ose ndërveprimeve të ilaçeve/medikamenteve. Udhëzuesi sugjeron përdorimin e mjeteve të vlefshme (të validizuara) për të identifikuar pacientët të cilët mund të përfitojnë nga një qasje multimorbiditeti ndaj kujdesit dhe të cilët mund të jenë në rrezik të shtrimeve të paplanifikuara në spital ose në shtëpi, edhe pse nuk rekomandon ndonjë ndërhyrje specifike për të zvogëluar pranimet e paplanifikuara në spital. Si një mjet i dobishëm rekomandohet instrumenti i

Pranimet QA (një algoritëm për të përcaktuar sasinë e rrezikut absolut të pranimit urgjent në spital, i cili përfshin faktorë të vendosur të rrezikut, dhe i projektuar për të punuar në kujdesin parësor) [12].

Vlerësimi i dobësisë/ brishtësisë: "Brishtësia" është një gjendje e veçantë shëndetësore e lidhur me procesin e plakjes, në të cilin sistemet e shumta të trupit gradualisht humbasin rezervat e tyre të kompozimit [13]. Rreth 10% e njerëzve të moshës > 65 vjeç kanë dobësi, përqindje kjo në rritje në mesin e njerëzve të moshës > 85 vjeç. Njerëzit që jetojnë me dobësi janë në rrezik të rezultateve të pafavorshme shëndetësore, siç janë ndryshimet dramatike në mirëqenien e tyre fizike dhe mendore, pas një ngjarje në dukje të vogël, të tilla si një infeksion ose marrja e medikamenteve të reja. Udhëzimi për multimorbiditetin sugjeron që njerëzit me multimorbiditet duhet të vlerësohen për dobësi, dhe ofron disa qasje të dobishme pragmatike të vlerësimit por është i kujdessëm kundër vlerësimit të dobësisë në një person me problem akut të rëndë shëndetësor, Korniza 8-1 [11]. Indeksi elektronik i dobësisë (eFI) përdor të dhëna rutinë për të identifikuar njerëzit e moshuar me dobësi të ulët, të moderuar dhe të rëndë, me vlefshmëri të fortë parashikuese për rezultatet e vdekshmërisë, shtrimit në spital dhe pranimit në shtëpi kujdesi. Zbatimi rutinë i eFI mund të mundësojë ofrimin e ndërhyrjeve të bazuara në dëshmi për të përmirësuar rezultatet për grup popullatat vulnerabël, sic janë të moshuarit me sëmundje bashkëshoqëruese [14].

Korniza 8-1

Vlerësimet pragmatike të dobësisë që mund të përdoren nga profesionistët e shëndetit

- Një vlerësim joformal i shpejtësisë së ecjes (për shembull, koha e marrë për t'iu përgjigjur derës, koha e marrë për të ecur nga dhoma e pritjes).
- Statusi shëndetësor i vetë-raportuar (domethënë, 'si do ta vlerësonit gjendjen tuaj shëndetësore në një shkallë nga 0 në 10?', Me rezultatet ≤ 6 që tregojnë dobësi).
- Një vlerësim formal i shpejtësisë së ecjes, me > 5 sekonda për të ecur 4 metra që tregon dobësi.

Parimet e menaxhimit të njerëzve me sëmundje shoqëruese: Për këtë udhëzuesi sugjeron vlerësimin e barrës së trajtimit duke diskutuar me njerëzit se si problemet dhe trajtimet e tyre shëndetësore ndikojnë në jetën e tyre të përditshme. Pasi, pacientët me sëmundje shoqëruese, familjet e tyre dhe rrjetet e tyre të zgjeruara sociale përjetojnë jo vetëm barrën e simptomave, por edhe barrën e trajtimit [15]. Korniza 8- 2 sugjeron disa zona që profesionistët e shëndetit mund të eksplorojnë në këtë drejtim. Udhëzuesi gjithashtu i kujton

profesionistëve të shëndetit që të marrin në konsideratë problemet e lidhura me shëndetin mendor dhe praninë e dhimbjes, të cilat të dyja janë të zakonshme tek njerëzit me sëmundje kronike.

Korniza 8-2

Vlerësimi i ndikimit të multimorbiditetit tek pacienti

- Si ndikojnë problemet shëndetësore në cilësinë e jetës ose mirëqenien.
- Si ndërveprojnë problemet shëndetësore, ose trajtimet.
- Numri dhe lloji i takimeve që ka një pacient për secilin nga problemet e tyre shëndetësore, ku ndodhin, dhe nëse jepen këshilla kontradiktore nga klinikistë të ndryshëm.
- Ndryshimet të nevojshme në stilin e jetesës për shkak të problemeve shëndetësore (për shembull, dieta).
- Trajtime jo-farmakologjike si dieta, programe stërvitore dhe trajtime psikologjike.
- Numri dhe lloji i ilaçeve që po merr një pacient, dhe çdo efekt anësor që vjen nga ilaçet.

Korniza 8- 3 tregon disa elementë të rëndësishëm të një plani të tillë, i cili duhet të synojë të përmirësojë cilësinë e jetës duke zvogëluar barrën e trajtimit, ngjarjet e padëshiruara dhe kujdesin e paplanifikuar ose të pakoordinuar, dhe të përmirësojë koordinimin e kujdesit në të gjithë shërbimet, veçanërisht nëse ky është i fragmentuar. Një rezultat i rëndësishëm është se si regjistrohen vendimet për të ndaluar ose ndryshuar trajtimin dhe se si një plan i tillë ndahet midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor.

Korniza 8-3

Elementet e një plani menaxhimi për pacientët me multimorbiditet

- Qëllimet dhe planet për kujdesin e ardhshëm (përfshirë planifikimin e kujdesit paraprak).
- Marrëveshje se kush është përgjegjës për koordinimin e kujdesit.
- Planifikimi se si i komunikohet të gjithë profesionistëve dhe shërbimeve të përfshira plani i individualizuar i menaxhimit dhe përgjegjësia për koordinimin e kujdesit.

- Marrëveshje për kohën e përcjelljes dhe mënyrën e qasjes në kujdes urgjent.
- Një përmbledhje e ilaçeve dhe trajtimeve të tjera, duke marrë parasysh dëshmitë e përfitimeve dhe dëmtimeve të mundshme për pacientin individual dhe rezultatet e rëndësishme për personin.

Me rëndësi të veçantë është barra e trajtimit të polifarmacisë, veçanërisht në pacientët që janë të dobët ose që kanë jetëgjatësi të kufizuar. Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të kenë parasysh se shumica e trajtimeve të rekomanduara bazohen në udhëzimet që rrjedhin nga provat në të cilat pjesëmarrësit kanë një gjendje të vetme shëndetësore dhe janë më të rinj dhe më të aftë se njerëzit me multimorbiditet. Rezultatet e provës mund të jenë më pak të rëndësishme dhe trajtimet mund të ofrojnë përfitime të kufizuara të përgjithshme për pacientët që kanë multimorbiditet. Udhëzuesi ofron një bazë të dhënash mbi trajtimet parandaluese për t'i mundësuar praktikuesit të vlerësojë rëndësinë e efekteve të trajtimit, përfshirë informacionin mbi kohëzgjatjen e provave të trajtimit dhe popullatat e përfshira në to. Praktikuesve u rekomandohet që të rishikojnë trajtimet simptomatike për të kontrolluar nëse njerëzit po përfitojnë nga këto apo jo. Megjithatë udhëzuesi NICE mund të kritikohet si thjesht artikulum i sensit të përbashkët pragmatik, rëndësia e tij është që të afirmojë një qasje të përqendruar te pacienti, duke marrë parasysh dëshirat e pacientëve dhe të konsolidojë menaxhimin tek pacientët me sëmundje shoqëruese ku mund të jetë regjimi (et) aktual i trajtimit bazuar në udhëzimet për një sëmundje të vetme dhe në linjë me qëllimet më të rëndësishme të pacientit [11].

Parimet e një qasjeje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin-udhëzuesi NICE

Kur ofroni një qasje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin, fokusi i profesionistëve të shëndetit duhet të jetë në:

- si ndërveprojnë kushtet shëndetësore të personit dhe trajtimet e tyre dhe si ndikon kjo në cilësinë e jetës
- nevojat individuale të personit, preferencat për trajtimet, përparësitë shëndetësore, stilin e jetës dhe qëllimet
- përfitimet dhe rreziqet e ndjekjes së rekomandimeve nga udhëzimet për një sëmundje të vetme shëndetësore
- përmirësimi i cilësisë së jetës duke zvogëluar barrën e trajtimit, ngjarjet negative dhe kujdesin e paplanifikuar
- përmirësimi i koordinimit të kujdesit në të gjithë shërbimet

Profesionisti i shëndetit duhet të ndjekë hapat e mëposhtme kur ndjek një qasje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin:

- diskutoj qëllimin e një qasjeje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin
- vendos barrën e sëmundjeve dhe trajtimit
- vendosni qëllimet, vlerat dhe përparësitë e pacientit

- rishikoni ilaçet dhe trajtimet e tjera duke marrë parasysh dëshmitë e përfitimeve dhe dëmtimeve të mundshme për pacientin individual dhe rezultatet e rëndësishme për personin
- bien dakord për një plan menaxhimi të individualizuar me personin që përfshin elementet e një plani menaxhimi për pacientët me multimorbiditet, Korniza 8-3.

Ofrimi i një qasjeje për kujdesin që merr parasysh multimorbiditetin

- Ndiqni rekomandimet në udhëzuesin NICE mbi përvojën e pacientit në shërbimet shëndetësor të të rriturve, i cili ofron udhëzime për njohjen e pacientit si një individ, përshtatjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor për secilin pacient, vazhdimësinë e kujdesit dhe marrëdhënieve, dhe aftësimin e pacientëve për të marrë pjesë aktive në kujdesin e tyre

Diskutimi i qëllimit të një qasjeje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin

- Diskutoni me personin qëllimin e qasjes ndaj kujdesit, domethënë përmirësimin e cilësisë së jetës. Kjo mund të përfshijë zvogëlimin e barrës së trajtimit dhe optimizimin e kujdesit dhe mbështetjes duke identifikuar:
 - mënyra për të maksimizuar përfitimin nga trajtimet ekzistuese
 - trajtimet që mund të ndërpriten për shkak të përfitimit të kufizuar
 - trajtimet dhe aranzhimet përcjellëse me një barrë të madhe
 - ilaçe me një rrezik më të lartë të efekteve anësore (për shembull, rënie, gjakderdhje gastrointestinale, dëmtim akut i veshkave)
 - trajtimet jo-farmakologjike si alternativa të mundshme për disa ilaçe
 - aranzhime alternative për vazhdimësinë për të koordinuar ose optimizuar numrin e takimeve

Vendosja e barrës së sëmundjeve dhe trajtimit

- Vendosni barrën e sëmundjes duke folur me njerëzit se si problemet e tyre shëndetësore ndikojnë në jetën e tyre të përditshme. Përfshini një diskutim për:
 - shëndetin mendor
 - si ndikon barra e sëmundjes në mirëqenien e tyre
 - si ndërveprojnë problemet e tyre shëndetësore dhe si ndikon kjo në cilësinë e jetës
- Vendosni barrën e trajtimit duke folur me njerëzit se si trajtimet për problemet e tyre shëndetësore ndikojnë në jetën e tyre të përditshme. Përfshini në diskutim të gjithë elementët e Kornizës 8-2.
- Jini vigjilentë për mundësinë e:
 - depresionit dhe ankthit (merrni parasysh identifikimin, vlerësimin dhe menaxhimin e këtyre kushteve në përputhje me udhëzimin NICE për problemet e zakonshme të shëndetit mendor)
 - dhimbja kronike dhe nevoja për të vlerësuar këtë dhe përshtatshmërinë e menaxhimit të dhimbjes

Përcaktimi i qëllimeve, vlerave dhe përparësive të pacientit me sëmundje bashkëshoqëruese

- Sqaroni me pacientin nëse dhe si do të donin që partneri i tyre, anëtarët e familjes dhe/ose kujdestarët të përfshiheshin në vendimet kryesore në lidhje me menaxhimin e sëmundjeve të tyre. Rishikoni këtë rregullisht. Nëse pacienti pajtohet, ndani informacionin me partnerin, anëtarët e familjes dhe/ose kujdestarët
- Inkurajoni njerëzit me sëmundje bashkëshoqëruese të qartësojnë atë që është e rëndësishme për ta, përfshirë qëllimet, vlerat dhe përparësitë e tyre personale. Këto mund të përfshijnë:
 - ruajtjen e pavarësisë së tyre
 - ndërmarrja e punës me pagesë ose vullnetare, pjesëmarrja në aktivitete shoqërore dhe luajtja e një roli aktiv në jetën familjare
 - parandalimi i rezultateve specifike negative (për shembull, goditje në tru)
 - zvogëlim i dëmeve nga ilaçet
 - zvogëlim i barrës së trajtimit
 - zgjatjen e jetës
- Qëllimi është të përmirësohet cilësia e jetës duke zvogëluar barrën e trajtimit, ngjarjet negative dhe kujdesin e paplanifikuar ose të pakoordinuar. Qasja merr parasysh nevojat individuale të një personi, preferencat për trajtimet, përparësitë shëndetësore dhe stilin e jetës. Qasja synon të përmirësojë koordinimin e kujdesit në të gjithë shërbimet, veçanërisht nëse kjo është bërë e fragmentuar.

Plani i individualizuar i menaxhimit:

- Një plan menaxhimi i individualizuar është një plan menaxhimi që mbulon aspektet klinike të kujdesit të një personi, siç janë ilaçet që ata po marrin dhe shërbimet që ata po ndjekin. Ai përfshin informacione se cilat fusha të kujdesit janë më të rëndësishme për personin dhe nëse trajtimet janë ndaluar për të zvogëluar barrën e trajtimit.

Ilaçe/Medikamente:

- Ilaçet përfshijnë trajtime lokale si vajra, inhalatorë, kremra dhe pika, si dhe ilaçe të marra me gojë ose injeksion.

Vlerësim gjithëpërfshirës i të moshuarve me nevoja komplekse:

- Një vlerësim gjithëpërfshirës gjeriatrik është një proces diagnostik ndërdisiplinor për të përcaktuar aftësinë mjekësore, psikologjike dhe funksionale të dikujt që është i dobët dhe i moshuar. Qëllimi është të zhvillohet një plan i koordinuar, i integruar për trajtim dhe mbështetje afatgjatë [1]. Një kuadër i sugjeruar për aplikimin e elementeve të udhëzuesit është dhënë më poshtë. Eksploroni qëndrimet e personit ndaj trajtimeve të tyre dhe përfitimet dhe dëmet e mundshme të këtyre trajtimeve. Ndiqni rekomandimet për përfshirjen e pacientit në vendimet për ilaçet dhe kuptimin e njohurive, besimeve dhe shqetësimeve të pacientit në lidhje me ilaçet në udhëzuesin NICE për respektimin e ilaçeve

Rishikimi i ilaçeve dhe trajtimeve të tjera

Kur rishikoni ilaçe dhe trajtime të tjera, përdorni bazën e të dhënave të efekteve të trajtimit për të gjetur informacion mbi:

- efektivitetin e trajtimeve
- kohëzgjatja e provave të trajtimit
- popullatat e përfshira në provat e trajtimit
- Merrni parasysh përdorimin e një mjeti depistues (për shembull, mjeti STOPP/START të të moshuarit) për të identifikuar shqetësimet e sigurisë që lidhen me ilaçet dhe ilaçet nga të cilat personi mund të përfitojë, por që nuk po merr aktualisht.
- Kur optimizoni trajtimin, mendoni për çdo ilaç ose trajtim jo-farmakologjik që mund të fillojë, si dhe ato që mund të ndërpriten.
- Pyesni personin nëse trajtimet që synojnë lehtësimin e simptomave janë duke ofruar përfitime ose duke shkaktuar dëm. Nëse personi nuk është i sigurt për përfitimin ose po përjeton dëm nga një trajtim:
 - diskutoni zvogëlimin ose ndalimin e trajtimit
 - planifikoni një rishikim për të monitoruar efektet e çdo ndryshimi të bërë dhe vendosni nëse nevojiten ndryshime të tjera në trajtime (përfshirë rifillimin e një trajtimi)
- Merrni parasysh mundësinë e përfitimit më të ulët të përgjithshëm të trajtimeve të vazhdueshme që synojnë të ofrojnë përfitime prognostike, veçanërisht në njerëzit me jetëgjatësi të kufizuar ose dobësi.
- Diskutoni me njerëzit që kanë sëmundjebashkëshoqëruese dhe jetëgjatësi të kufizuar ose dobësi nëse dëshirojnë të vazhdojnë trajtimet e rekomanduara në udhëzimet për një sëmundje të vetme të cilat mund t'u ofrojnë përfitime të përgjithshme të kufizuara.
- Diskutoni çdo ndryshim në trajtimet që synojnë të ofrojnë përfitime prognostike me personin, duke marrë parasysh:
 - pikëpamjet e tyre mbi përfitimet dhe dëmet e mundshme nga trajtimet individuale
 - çfarë është e rëndësishme për ta në drejtim të qëllimeve, vlerave dhe prioriteteve personale
- Tregojini një personi që ka marrë bisfosfonat për osteoporozën për të paktën 3 vjet që nuk ka dëshmi të qëndrueshme të:
 - përfitimit të mëtejshëm nga vazhdimi i bisfosfonatit për 3 vjet të tjerë
 - dëmet nga ndalimi i bisfosfonatit pas 3 vitesh trajtim
 - Diskutoni ndalimin e bisfosfonatit pas 3 vjetësh dhe përfshini në diskutim zgjedhjen e pacientit, rrezikun e frakturave dhe jetëgjatësinë

Pajtimi me planin e individualizuar të menaxhimit-

- Pas një diskutimi të barrës së sëmundjes dhe trajtimit dhe qëllimeve, vlerave dhe përparësive personale të personit, zhvilloni dhe bini dakord me një plan të individualizuar menaxhimi me personin. Pajtohuni se çfarë

do të regjistrohet dhe çfarë veprimesh do të ndërmerren. Këto mund të përfshijnë:

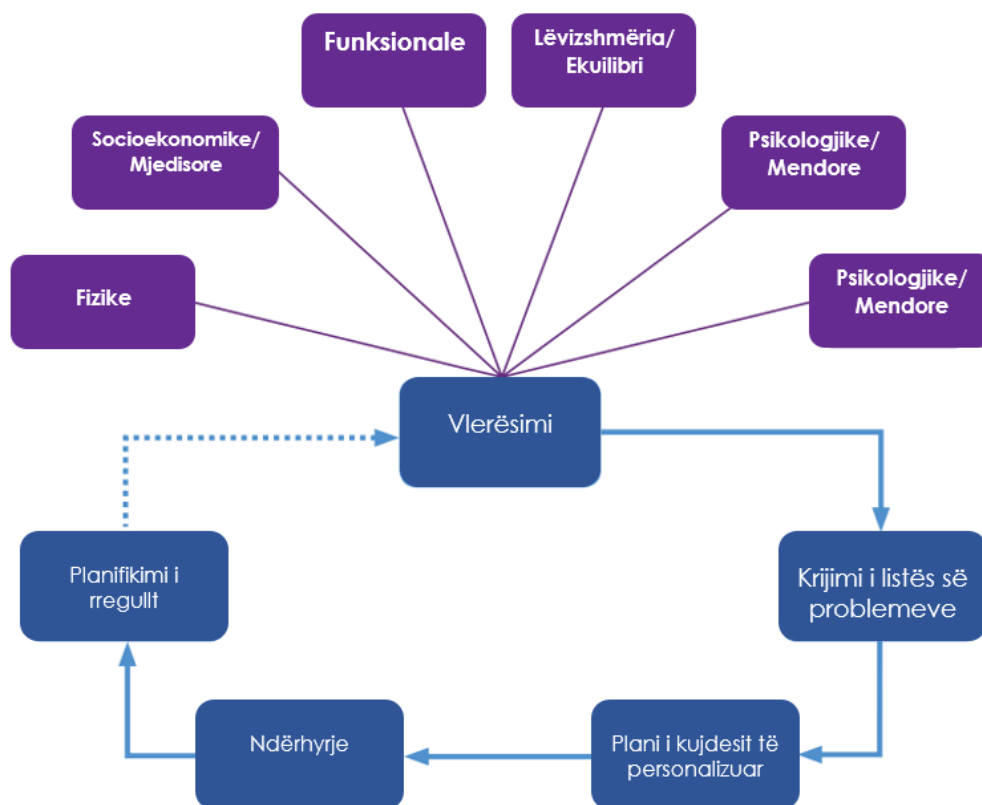
- fillimi, ndalimi ose ndryshimi i ilaçeve dhe trajtimeve jo-farmakologjike
- duke i dhënë përparësi konsultave të kujdesit shëndetësor
- duke parashikuar ndryshimet e mundshme në shëndet dhe mirëqenie
- caktimin e përgjegjësisë për koordinimin e kujdesit dhe sigurimin se kjo u komunikohet profesionistëve dhe shërbimeve të tjera të kujdesit shëndetësor
- fusha të tjera që personi i konsideron të rëndësishme për ta
- aranzhimi i një vazhdimi dhe rishikimi të vendimeve të marra
- Ndani kopjet e planit të menaxhimit në një format të arritshëm me personin dhe (me lejen e personit) personat e tjerë të përfshirë në kujdes (përfshirë profesionistët e kujdesit shëndetësor, një partner, anëtarët e familjes dhe/ose kujdestarët)

Termat e përdorur në udhëzuesin NICE për Multimorbiditetin

- **Multimorbiditeti** i referohet pranisë së 2 ose më shumë gjendjeve shëndetësore afatgjata, të cilat mund të përfshijnë:
 - gjendje të përcaktuara të shëndetit fizik dhe mendor të tilla si diabeti ose skizofrenia
 - gjendje të vazhdueshme të tilla si aftësia e kufizuar në të mësuar
 - komplekset e simptomave të tilla si dobësia ose dhimbja kronike
 - dëmtim ndijor siç është shikimi ose humbja e dëgjimit
 - abuzimi me alkoolin dhe substancat
- Menaxhimi i faktorëve të rrezikut për sëmundjet e ardhshme mund të jetë një barrë e madhe trajtimi për njerëzit me multimorbiditet dhe duhet të merret parasysh me kujdes kur zgjedhet modeli i kujdesit.
- Udhëzuesi mbulon optimizimin e kujdesit për:
 - të rriturit me dy ose më shumë sëmundje kronike bashkëshoqëruese
 - të rriturit me një ose më shumë gjendje të shëndetit mendor dhe të paktën një gjendje të shëndetit fizik

Një qasje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin:

- Një qasje ndaj kujdesit që merr parasysh multimorbiditetin përfshin vlerësimin e personalizuar dhe zhvillimin e një plani të individualizuar të menaxhimit.
- :



Referenca

1. Multimorbidity: clinical assessment and management NICE guideline [NG56] Published: 21 September 2016.
2. Nunes, Bruno Pereira, et al. "Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis." *Archives of gerontology and geriatrics* 67 (2016): 130-138.
3. Valderas JM, Gangannagaripalli J, Nolte E, Boyd CM, Roland M, Sarria-Santamera A, Jones E, Rijken M. Quality of care assessment for people with multimorbidity. *J Intern Med*. 2019 Mar;285(3):289-300.
4. Bao, J., Chua, KC., Prina, M. *et al*. Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health* **19**, 585 (2019).
5. Walker V, Perret-Guillaume C, Kesse-Guyot E, et al. Effect of Multimorbidity on Health-Related Quality of Life in Adults Aged 55 Years or Older: Results from the SU.VI.MAX 2 Cohort. *PLoS One*. 2016;11(12):e0169282. Published 2016 Dec 29.
6. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 Aug 10;294(6):716-24.
7. Tinetti ME, Studenski SA. Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions. *N Engl J Med*. 2011 Jun 30;364(26):2478-81.

8. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(582):e12-e21.
9. Lee JT, Hamid F, Pati S, Atun R, Millett C. Impact of noncommunicable disease multimorbidity on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures in middle-income countries: cross sectional analysis. *PLoS ONE*. (2015) 10:e0127199.
10. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F, et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med*. (2015) 13:178.
11. Kernick D, Chew-Graham CA, O'Flynn N. Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. *Br J Gen Pract*. 2017 May;67(658):235-236.
12. Hippisley-Cox J, Coupland C. Predicting risk of emergency admission to hospital using primary care data: derivation and validation of QAdmissions score *BMJ Open* 2013;3:e003482.
13. British Geriatrics Society Fit for Frailty, http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf
14. Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Nichols L, Ann Teale E, Mohammed MA, Parry J, Marshall T. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing*. 2016 May;45(3):353-60.
15. Mair F S, May C R. Thinking about the burden of treatment *BMJ* 2014; 349:g6680.

Vlerësimi i pacientit me sëmundje shoqëruese në mjedisin e kujdesit komunitar

Objektivat e mësimit

- Të njohim parimet e menaxhimit të kujdesit të një personi me sëmundje shoqëruese në mjedisin komunitar
- Të njohim modelin e Kujdesit Bashkëpunues të Multimorbiditetit
- Studim rasti – të mësojmë si të identifikojmë prioritetet në kujdes të pacientët me sëmundje shoqëruese

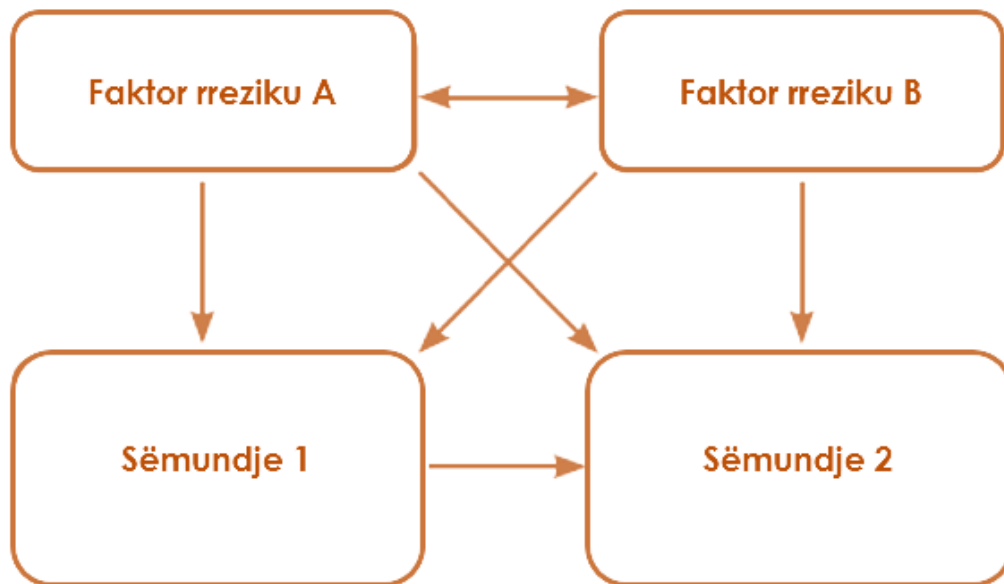
Pacienti me sëmundje shoqëruese-parimet e menaxhimit të kujdesit

Multimorbiditeti mund të paraqitet si një koleksion i sëmundjeve afatgjata që ndajnë faktorët e përbashkët të rrezikut (p.sh. sëmundjet kronike obstruktive të mushkërive dhe sëmundjet kardiovaskulare si rezultat i pirjes së duhanit) ose kur një gjendje çon në një tjetër si një ndërlikim (p.sh. diabeti dhe sëmundjet kardiovaskulare; Figura 9-1). Për disa, sëmundje, shkaqet mund të jenë të palidhura dhe të ndodhin rastësisht thjesht për shkak të përhapjes në rritje të sëmundjeve kronike në popullsinë në plakje [1]. Sëmundjet shoqëruese kanë një efekt të rëndësishëm në jetën e pacientëve. Cilësia e jetës për njerëzit me multimorbiditet lidhet në mënyrë të kundërt me numrin e sëmundjeve shoqëruese që ata kanë dhe shtrirjen e çdo paaftësie [2-3]. Për shembull, sasia e kohës që njerëzit me disa sëmundje afatgjata duhet të shpenzojnë për të menaxhuar shëndetin e tyre mund të jetë 5-8 orë në ditë [4]. Sëmundjet shoqëruese ulin aftësinë e pacientëve për të modifikuar stilin e tyre të jetesës, aftësinë e tyre për të kërkuar ndihmë dhe për të menaxhuar ilaçet e shumta që marrin, e cila mund të komplikohet nga paaftësia e tyre për të punuar ndërsa sëmundjet përparojnë. Multimorbiditeti është gjithashtu sfidues për profesionistët e shëndetit në planifikimin e kujdesit me cilësi të mirë. Jo vetëm që vetë sëmundjet mund të ndikojnë te njëra -tjetrën, por trajtimet e tyre mund të ndërveprojnë dhe gjithashtu mund të ketë ndërveprime midis kushteve dhe trajtimit. Për shembull, ilaçet për epilepsinë mund të shkaktojnë oreks të shtuar dhe të zvogëlojnë tolerancën e stërvitjes, duke çuar në shtim në peshë dhe zhvillimin e obezitetit. Kjo krijon kohë shtesë nga ana e profesionistëve të shëndetit për vlerësim për shkak të nevojës për të identifikuar dhe negociuar përparësitë. Menaxhimi i një sëmundjeje kronike gjithashtu mund të ndodhë në kurriz të një sjelljeje tjetër të rëndësishme klinikisht; një shembull mund të jetë sigurimi i respektimit të ilaçeve për hipertensionin në kurriz të ndryshimit të stilit

të jetesës siç është zvogëlimi i peshës dhe stërvitja. Përcaktimi i përparësisë është kështu kritik si për pacientët ashtu edhe për ofruesit e kujdesit.

Figura 9-1

Lidhjet dhe ndërveprimet midis faktorëve të rrezikut dhe sëmundjeve



Parimet e menaxhimit dhe vlerësimit të sëmundjeve shoqëruese në praktikë

Pra, si duhet menaxhuar multimorbiditeti në praktikën e përgjithshme? Udhëzimet dhe algoritmet e trajtimit për sëmundjet e vetme kronike mund të mos jenë shumë të dobishme. Rekomandimet shpesh bazohen në kërkime që përfshijnë pacientë me një sëmundje të vetme kronike; në fakt personat me sëmundje shoqëruese shpesh përjashtohen nga studimet. Adresimi i sëmundjeve shoqëruese është i vështirë dhe kërkon kohë. Shumica e profesionistëve të kujdesit i shohin sëmundjet shoqëruese si rritje të barrës totale të kujdesit si për pacientin ashtu edhe për ofruesin e kujdesit shëndetësor [5]. Në rastin e një personi me sëmundje shoqëruese profesionistët e kujdesit duhet të vendosin se ku të përqëndrojnë vëmendjen e tyre së pari. Për shembull, a do të ndihmonte menaxhimi i depresionit të një pacienti në menaxhimin e diabetit të tipit 2 në një pacient me të dyja sëmundjet? Depresioni është i zakonshëm tek pacientët me diabet dhe ata me të dyja sëmundjet kanë kontroll më të dobët të glicemisë dhe kanë më shumë gjasa të zhvillojnë komplikime sesa njerëzit me diabet që nuk janë në depression [6]. Ndërkohë që trajtimi i depresionit nuk është gjetur të përmirësojë domosdoshmërisht vetë-menaxhimin ose kontrollin e diabetit (edhe pse mund të përmirësojë cilësinë e përgjithshme të jetës së pacientit) [7]. Ndërhyrjet duhet të veprojnë në mënyrë sinergjike për të përmirësuar rezultatet e një sëmundjeje të vetme. Përqendrimi në kontributin që jep secila sëmundje, i vetëm ose i kombinuar, në aftësinë e pacientit për aktivitetin e përditshëm jetësor mund të ndihmojë në këtë prioritizim. Ndërkohë që studimet tregojnë se prevalenca e multimorbiditetit

është shumë e lartë në mjediset komunitare veçanërisht për personat mbi moshën 65 vjeç, të cilët preken nga sëmundje të shumta kronike [8]. Përvec kësaj dëshmitë për kujdesin ndaj pacientëve me sëmundje shoqëruese janë të kufizuara, pavarësisht përhapjes së multimorbiditetit dhe ndikimit të tij tek pacientët dhe sistemet e kujdesit shëndetësor. Ndërhyrjet e deritanishme kanë pasur efekte të përziera, megjithëse ka të ngjarë të jenë më efektive nëse synohen ndaj faktorëve të rrezikut ose vështirësive specifike funksionale. Ekziston një nevojë për të identifikuar qartë pacientët me multimorbiditet dhe për të zhvilluar ndërhyrje me kosto efektive dhe të synuara në mënyrë specifike që mund të përmirësojnë rezultatet shëndetësore [9].

Parimet e menaxhimit të kujdesit të një personi me sëmundje shoqëruese përfshijnë: vlerësimin, negocimi me pacientët, menaxhimi i faktorëve të rrezikut, planet e kujdesit, balancimi i kujdesit të përgjithshëm dhe të specializuar, organizimi i kujdesit dhe monitorimi i progresit [10].

Vlerësimi

Një nga detyrat e para të një infermieri që menaxhon një pacient me sëmundje shoqëruese është të kuptoj sesi sëmundjet kontribuojnë dhe ndërveprojnë për të ndikuar në funksionimin fizik, psikologjik dhe shoqëror të pacientit. Është gjithashtu e rëndësishme të sigurohet një vlerësim holistik i rrezeve dhe përfitimeve të strategjive të ndryshme për të adresuar sëmundjet e shumta të pacientit. Kjo pastaj formon bazën e informacionit që i jepet pacientit dhe çon në negocimin e qëllimeve dhe përparësive të individualizuara të përshtatura me axhendën e tyre, që është thelbi i qasjes në kujdes me në qendër pacientin. Ekzistojnë gjithashtu dëshmi se numri i sëmundjeve shoqëruese mund të jetë një përcaktues më i madh i nevojës së pacientit dhe përdorimit të burimeve të shërbimit shëndetësor sesa prania e sëmundjeve specifike [11].

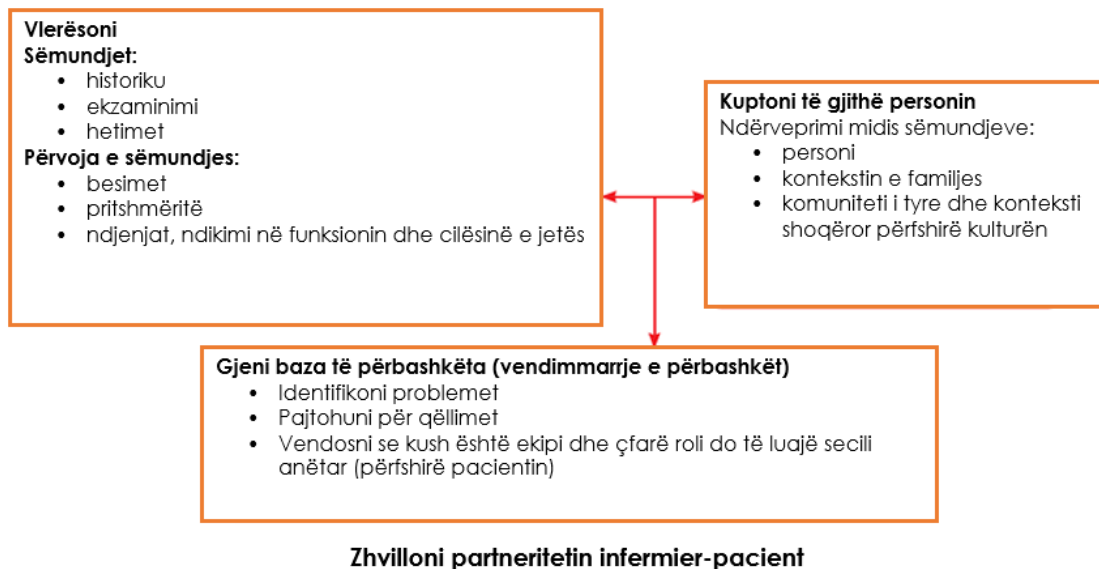
Negocimi me pacientët

Kujdesi për pacientët mesëmundje shoqëruese duhet të synojë të jetë i përgjegjshëm ndaj shqetësimeve të vetë pacientit, me pacientët që përfshihen në mënyrë aktive në përcaktimin e qëllimeve dhe përparësive të tyre shëndetësore [12]. Kjo përfshin përfshirjen në përcaktimin e agjendës për atë që trajtohet në konsultimet e tyre. "Metoda klinike e foluar te pacienti" (Figura 9-2) rekomandon që pacientët të pyeten se si ndihen për sëmundjen e tyre, për efektin e saj në funksionin e tyre dhe pritshmëritë e tyre nga kujdesi i ofruar. Duhet gjetur një bazë e përbashkët midis qasjes së synuar specifike për sëmundjen dhe shqetësimit të pacientit për aftësinë e tyre për të funksionuar në jetën e tyre të përditshme. Kjo nganjëherë shihet si një konflikt por nuk duhet të jetë kështu, veçanërisht në kontekstin e vazhdimësisë afatgjatë të kujdesit në praktikën e përgjithshme [13]. Ky partneritet midis ofruesve të shëndetit, pacientëve, kujdestarëve të tyre dhe rrjeteve sociale është më efektiv kur ofruesi i kujdesit pranon që personi mund të jetë ekspert në gjendjen e tij [14]. Pacienti mbështetet për të zhvilluar njohuritë dhe aftësitë për të marrë një rol aktiv në vete –menaxhimin e kujdesit dhe për të arritur qëllimet shëndetësore në partneritet me ekipin e tyre të kujdesit shëndetësor dhe familjet [15]. Por nëse ka shumë detyra të ndryshme, multimorbiditeti mund të mposhtë kapacitetin e pacientit për vetë-menaxhim. Shumë njerëz në ekipin multidisiplinar dhe komunikimi i dobët nënkupton që pacientët me gjendje kronike luftojnë për të

menaxhues shëndetin e tyre, veçanërisht nëse këshillat dhe informacionet që ata marrin janë konfliktuale dhe i lënë ata të hutuar [16]. Kjo paraqet një dilemë për infermierin dhe të gjithë profesionistët e shëndetit e cila mund të adresohet pjesërisht duke u përqëndruar në kushtet që nuk kontrollohen mirë ose ato që e vënë pacientin më shumë në rrezik [10].

Figura 9-2

Metoda klinike e përqendruar tek pacienti

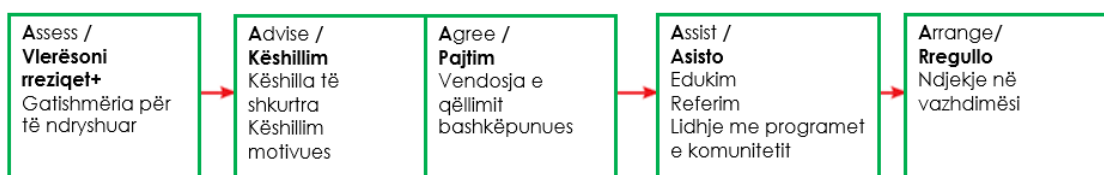


Menaxhimi i faktorëve të rrezikut

Për menaxhimin e faktorëve të zakonshëm të rrezikut nga ana e profesionistit shëndetësor duhet të përdoret një qasje e integruar. Duhanpirja, ushqyerja, alkooli, aktiviteti fizik dhe pesha janë faktorët e rrezikut më të zakonshëm për shumicën e sëmundjeve kronike dhe menaxhimi i tyre është një pjesë kyçe e parandalimit dhe kontrollit të procesit të sëmundjes [17]. Kuadri 5A siguron një rrugë të përbashkët për vlerësimin dhe menaxhimin e këtyre faktorëve të rrezikut në praktikën e përgjithshme (Figura 9-3). Kjo qasje siguron mbështetjen që pacientët kanë nevojë për të vetë-menaxhuar sjelljet e tyre të rrezikut dhe një bazë për përcaktimin e roleve të ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor në menaxhimin e tyre [18].

Figura 9-3

Qasja 5A për menaxhimin e faktorëve të rrezikut të sjelljes



Planet e kujdesit

Planet e kujdesit individual synojnë të koordinojnë dhe planifikojnë kujdesin e një pacienti në shumë ofrues kujdesi ose shërbime të shumta. Këto plane duhet të përshtaten për të adresuar gamën komplekse të nevojave dhe sëmundjeve të pacientit, të vendosin qëllime dhe përparësi, të parashikojnë probleme, të mbështesin vetë-menaxhimin dhe të planifikojnë procesin e kujdesit, përfshirë përdorimin e shërbimeve shëndetësore. Modelet për planet e kujdesit bazuar në një sëmundje të vetme mund të mos i arrijnë këto objektiva. Planifikimi i kujdesit multidisiplinar në praktikën e përgjithshme është shoqëruar me rezultate të përmirësuar për pacientët me sëmundje kronike, veçanërisht aty ku ka ndjekje në vazhdimësi [19]. Rishikimi i rregullt i planeve të kujdesit është veçanërisht i rëndësishëm për të kuptuar se çfarë funksionon ose nuk funksionon. Monitorimi i vazhdueshëm i të kuptuarit të pacientit është i rëndësishëm dhe teknika të tilla si "mëso përsëri" janë të dobishme për të vlerësuar sa ka kuptuar pacienti [20]. Në teknikën e mësipërme, pacientët shpjegojnë informacionin shëndetësor me fjalët e tyre [21]. Disa pacientë me rrezik të lartë me sëmundje shoqëruese mund të kërkojnë menaxhim më intensiv të rasteve, i cili zakonisht përfshin koordinim aktiv të kujdesit shëndetësor dhe social nga një infermier. Ky kujdes është një qasje e përqendruar te pacienti dhe përfshin vendimmarrje të përbashkët, por infermieri e udhëheq pacientin përmes sistemit. Kjo qasje është zbatuar me sukses për multimorbiditetin që përfshin depresionin dhe sëmundjet kronike fizike ku ka pasur përmirësim të kontrollit të sëmundjeve mjekësore bashkë-shoqëruese dhe depresionit [22].

Balancimi i kujdesit të përgjithshëm dhe të specializuar

Menaxhimi i multimorbiditetit shpesh përfshin një sërë shërbimesh dhe ofruesish të ndryshëm të specializuar. Programet e specializuara të menaxhimit të sëmundjeve janë krijuar për sëmundje individuale kronike: diabetin, artritin, SPOK, etj. Këto programe përfshijnë shtrirjen në spital dhe ekipet e specialistëve specifike për sëmundjet. Kjo qasje specifike për sëmundjen mund të fragmentojë kujdesin dhe pacientët mund ta kenë të vështirë dhe dërrmuese të menaxhohen në shërbime dhe ofrues të shumtë. Shërbimet e specializuara duhet të eksplorojnë sesi mund të punojnë së bashku dhe të gjejnë sinergji në programet e tyre për të mbështetur më mirë njerëzit me multimorbiditet në vend që të ofrojnë programe të shumta të mbivendosura. Një rol kyç për praktikën e përgjithshme është të veprojnë si koordinator dhe integruer i kujdesit special dhe shërbimeve të tjera referuese, duke punuar në partneritet me pacientin dhe personelin tjetër të kujdesit shëndetësor. Kjo kërkon një qasje të përgjithësuar holistike në kontekstin e një marrëdhënieje të vazhdueshme në kohë [23].

Organizimi i kujdesit

Shumë nga ndërhyrjet për të menaxhuar më mirë multimorbiditetin përfshijnë ndryshime në mënyrën në të cilën organizohet kujdesi. Modeli i kujdesit kronik siguron një kuadër se si duhet të organizohet kujdesi shëndetësor për të siguruar menaxhim afatgjatë proaktiv të pacientëve me sëmundje kronike të shumëfishta përmes organizimit të shërbimit shëndetësor. Ai gjithashtu merr

parasysh mënyrën e ofrimit të shërbimeve shëndetësore në të gjithë ekipin, mbështetjen për vetë-menaxhimin dhe përdorimin më të mirë të mbështetjes së vendimeve dhe sistemeve të informacionit [24]. Pacientët me multimorbiditet janë veçanërisht të prekshëm nga fragmentimi që mund të ndodhë midis kujdesit spitalor dhe komunitar. Pacientët që lëvizin për në spital ose nga spitali mund t'i nënshtrohen ndryshimeve të papërshtatshme në trajtimin e sëmundjeve afatgjata, komunikimit të gabuar dhe hetimeve të dyfishta. Sistemet e informacionit në veçanti duhet të mbështesin shkëmbimin e informacionit midis ofruesve të kujdesit parësor, sekondar dhe terciar [25-26].

Monitorimi i progresit

Në mënyrë tipike, tregues të tillë si HbA1c përdoren për të monitoruar cilësinë e kujdesit për pacientët me sëmundje kronike siç është diabeti. Këta janë tregues shumë të dobishëm të aspekteve specifike të kujdesit siç është kontrolli i glukozës. Sidoqoftë, këto janë të pamjaftueshme si tregues të cilësisë së kujdesit për kushte të shumta afatgjata sepse ato nuk arrijnë të përshtaten me efektet e trajtimit të një gjendjeje në një tjetër (p.sh. kontrollimi i glukozës në kurriz të kontrollit më të keq të depresionit). Sfidë për pacientët me multimorbiditet është të identifikojnë një sërë treguesish që janë të rëndësishëm në kombinimet e ndryshme të sëmundjeve. Këto mund të përfshijnë masa për arritjen e qëllimeve të negociuara me pacientët, pjesëmarrjen dhe përfshirjen e pacientëve në kujdesin dhe vetë-efikasitetin e tyre, zbatimin dhe rishikimin e planeve të kujdesit, respektimin e ilaçeve dhe frekuentimin e referimit [27].

Ndërhyrja: Kujdesi Bashkëpunues i Sëmundjeve Shoqëruese

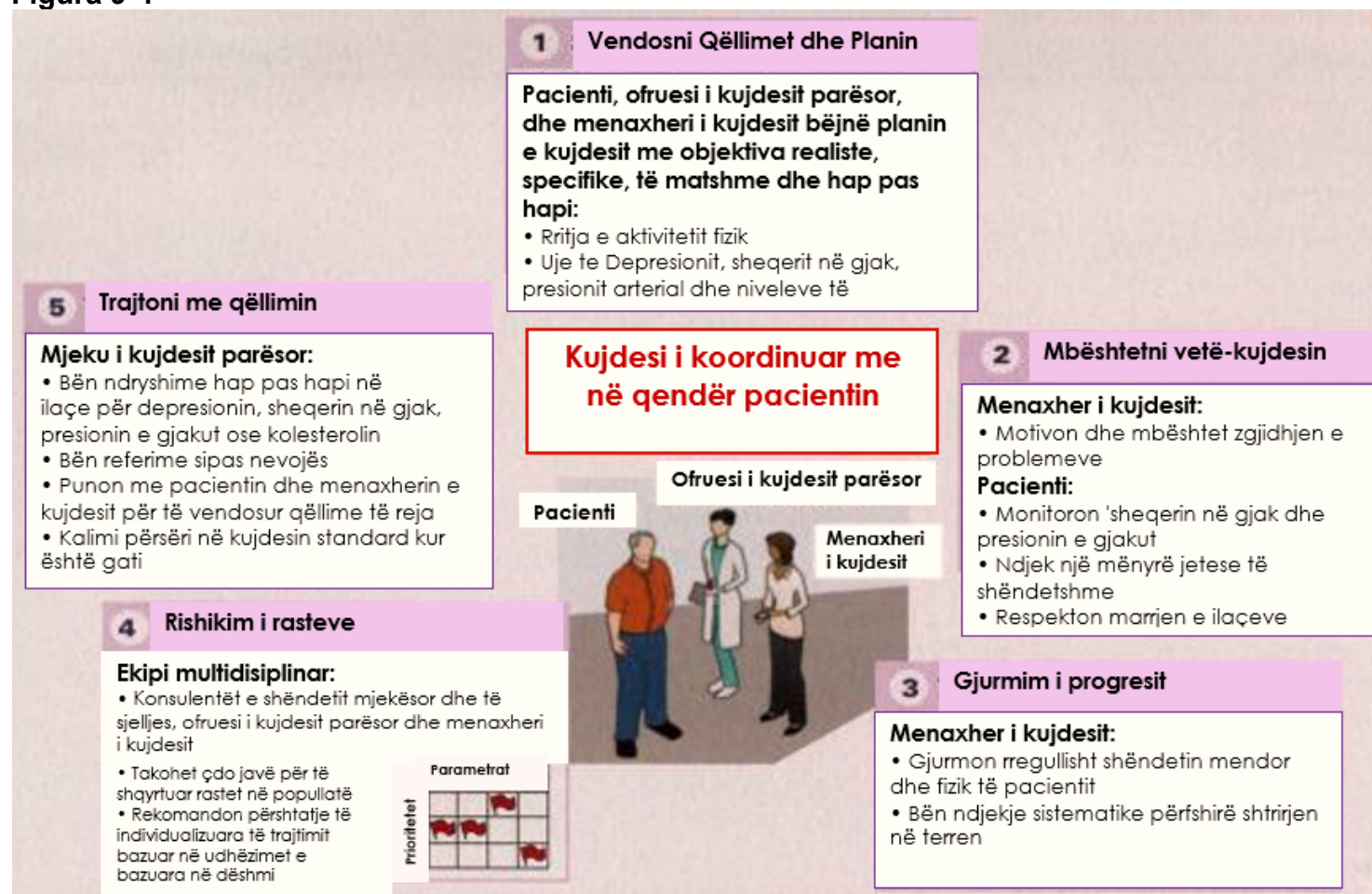
Kjo ndërhyrje distiloi elementë nga kujdesi bashkëpunues për depresionin, modeli i kujdesit kronik, dhe strategjitë e trajtimit të synuar të zhvilluara fillimisht për diabetin [28-32]. Ky program i integruar u aplikua në mënyrë sistematike në 3 sëmundje kronike (diabet, depresion dhe sëmundje kronike të zemrës) për 12 muaj, Figura 9-4. Elementet kryesore të një programi të kujdesit bashkëpunues të përqendruar te pacienti për pacientët me sëmundje të shumta kronike janë Trajtimi, Rritja, Aktivizimi dhe Kujdesi për Motivimin. Ndërhyrja filloi me një vlerësim biopsikosocial gjithëpërfshirës ballë për ballë dhe përfshinte përcaktimin e qëllimit dhe formulimin e "planit tim të shëndetit", mbështetjen e vetë-menaxhimit, monitorimin e treguesve të sëmundjeve dhe terapinë farmaceutike me rregullime të shpeshta të trajtimit për të kontrolluar depresionin, hipergliceminë, hipertensionin, dhe hiperlipideminë. Rezultatet treguan se përfitimet klinike të një programi të menaxhimit të kujdesit bashkëpunues në pacientët me sëmundje shoqëruese ndodhën herët dhe dhe vazhduan për 2 vjet [33].

Pacientët me kontroll të dobët të diabetit, sëmundje koronare të zemrës dhe depresion kanë një rrezik në rritje të rezultateve negative në shëndet. Në një provë të rastit, të kontrolluar, u testua ndërhyrja e kujdesit bashkëpunues i sëmundjeve shoqëruese e krijuar për të përmirësuar rezultatet e kontrollit të sëmundjes për diabetin dhe/ose sëmundjet e zemrës dhe depresionin bashkëjetues. Ndërhyrja tregoi përmirësim të cilësisë së kujdesit dhe rezultateve mjekësore dhe psikiatrike [34].

Studimet sugjerojnë se jo të gjithë pacientët me sëmundje shoqëruese kërkojnë të njëjtin lloj të ofrimit të kujdesit dhe se jo të gjitha aspektet e ofrimit të kujdesit me pacientin në qendër janë njësoj të rëndësishme për të gjithë pacientët [35].

Nga këndvështrimi i pacientëve me sëmundje shoqëruese, qasja holistike në kujdes ku mjeku dhe infermieri u kushtojnë më shumë vëmendje gjendjes së tyre të funksionimit, kufizimeve të tyre në jetën e përditshme dhe mirëqenies së tyre dhe më pak në përdorimin e udhëzimeve klinike që trajtojnë parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve do të ishte me shumë përfitim për shëndetin e tyre. Komunikimi midis profesionistit të shëndetit, shpjegimi bazuar në nivelin edukativ të pacientëve dhe koha në dispozicion janë element të rëndësishëm të vazhdimësisë dhe kujdesit të integruar në pacientët me sëmundje shoqëruese [36].

Figura 9-4



Studim rasti

Një grua, 81 vjeç, me osteoporozë, artrozë, dështim kardiak, fibrilacion atrial, depresion dhe hipertension merr tetë ilaçe të ndryshme çdo ditë. Ajo është e detyruar të kufizojë marrjen e lëngjeve, të peshohet çdo ditë, të marrë masa paraprake për të parandaluar rënien, të shmangë ushqime të caktuara dhe ilaçe pa recetë dhe të bëjë ushtrime për forcimin e muskujve. Ajo merr kujdes nga mjeku i saj i përgjithshëm, kardiologu, endokrinologu, reumatologu, fizioterapisti, podiatristi dhe infermierja, dhe ka ndihmë të kujdesit në shtëpi me blerjet. Megjithatë, barrierat kanë penguar komunikimin efektiv midis ofruesve dhe kjo ka kontribuar në fragmentimin e kujdesit të saj, informacion jokonsistent të dhënë për të dhe rezultate të dobëta.

Në vizitat e rregullta të kontrollit, mjeku i përgjithshëm dhe infermierja e praktikës punojnë me pacientin për të identifikuar përparësitë dhe qëllimet në bazë të asaj që do të kontribuojë më shumë në uljen e rrezikut dhe përmirësimin e funksionit në jetën e saj të përditshme. Ata bëjnë një përpjekje të vërtetë për t'i dhënë asaj një ndjenjë kontrolli mbi jetën e saj. Ata gjithashtu përpiqen të koordinojnë në grupin kompleks të ofruesve jo vetëm përmes planeve të dakorduara të kujdesit vjetor, por edhe tabelave të mbajtura nga pacientët (Figura 9-5) dhe kontaktit të rregullt telefonik [10].

Figura 9-5

Një sistem semafor pacienti për identifikimin e prioriteteve në sëmundje shoqëruese dhe faktorë rreziku në vizitat e kontrollit. Ngjyrat tregojnë shkallën e kontrollit (e kuqe = e dobët, portokalli = e drejtë, jeshile = e mirë)

Sëmundja	Janar	Prill	Qershor
Hipertension			
Depresion			
Diabet			
Mbipeshë			
Artrit			

Referenca

1. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7:357–63.
2. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:51.
3. Wolff JL, Boult C, Boyd C, Anderson G. Newly reported chronic conditions and onset of functional dependency. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:851–55.
4. Jowsey T, McRae IS, Valderas JM, et al. Time's Up. Descriptive Epidemiology of Multi-Morbidity and Time Spent on Health Related Activity by Older Australians: A Time Use Survey. *PlosOne* 2013;8:e59379.
5. Bower P, Macdonald W, Harkness E, et al. Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Fam Pract* 2011;28:579–87.
6. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23:934–42.
7. Lin EHB, Katon W, Rutter C, et al. Effects of Enhanced Depression Treatment on Diabetes Self-Care. *Ann Fam Med* 2006;4:46–53.
8. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb.* 2019;9:2235042X19870934. Published 2019 Aug 22.
9. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012 Sep 3;345:e5205.
10. V Mark F Harris, Sarah Dennis, Megan Pillay. Multimorbidity. Negotiating priorities and making progress. Volume 42, No.12, December 2013 Pages 850-854.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
12. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care--an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med.* 2012 Mar 1;366(9):777-9.
13. Stewart M, Belle Brown J, Western WW, et al. . Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd edn. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.

14. Shortus T, Kemp L, McKenzie S, Harris M. 'Managing patient involvement': provider perspectives on diabetes decision-making. *Health Expect.* 2013 Jun;16(2):189-98.
15. Powell Davies G, Dennis S, Walker C. Self-management with others: the role of partnerships in supporting self-management for people with long term conditions. In: Jon Glasby HD, editor. *International Health and Social Care: partnership working in action*. Oxford: Blackwell Publishing Limited; 2009.
16. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002 Nov 20;288(19):2469-75.
17. Bezerra de Souza DL, Oliveras-Fabregas A, Espelt A, Bosque-Prous M, de Camargo Cancela M, Teixidó-Compañó E, et al. (2021) Multimorbidity and its associated factors among adults aged 50 and over: A cross-sectional study in 17 European countries. *PLoS ONE* 16(2): e0246623.
18. The Royal Australian College of General Practitioners 2004. SNAP: a population health guide to behavioural risk factors for general practices. Available at www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/snap/
19. Zwar N, Hasan I, Hermiz O, Vagholkar S, Comino E, Harris M. Multidisciplinary care plans and diabetes--benefits for patients with poor glycaemic control. *Aust Fam Physician.* 2008 Nov;37(11):960-2.
20. Yen PH, Leasure AR. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Fed Pract.* 2019;36(6):284-289.
21. *Always Use Teach-back! [training toolkit]* [Accessed October 9, 2021]. <http://www.teachbacktraining.org>.
22. Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, Peterson D, Rutter CM, McGregor M, McCulloch D. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med.* 2010 Dec 30;363(27):2611-20.
23. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med.* 2005 May-Jun;3(3):215-22.
24. Boehmer KR, Abu Dabrh AM, Gionfriddo MR, Erwin P, Montori VM. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS One.* 2018 Feb 8;13(2):e0190852.
25. Schiøtz ML, Høst D, Frølich A. Involving patients with multimorbidity in service planning: perspectives on continuity and care coordination. *J Comorb.* 2016;6(2):95-102. Published 2016 Sep 16.
26. Sturmberg JP, Botelho RJ, Kissling B. Integrated multimorbidity management in primary care: why, what, how, and how to?. *J Comorb.* 2016;6(2):114-119. Published 2016 Nov 1.

27. Pillay M, Dennis S, Harris MF. Quality of care measures in multimorbidity. *Aust Fam Physician*. 2014 Mar;43(3):132-6.
28. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines, impact on depression in primary care. *JA/WA*. 1995;273(13):1026–1031.
29. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, et al. IMPACT Investigators Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(22):2836–2845.
30. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–544.
31. Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997;127(12):1097–11.
32. Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J, Insulin Glargine 4002 Study Investigators The treat-to-target trial: randomized addition of glargine Integrated Multimorbidity Collaborative Care or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*. 2003;26(11):3080–3086.
33. Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, et al. Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):6–14.
34. McGregor M, Lin EH, Katon WJ. TEAMcare: an integrated multicondition collaborative care program for chronic illnesses and depression. *J Ambul Care Manage*. 2011 Apr-Jun;34(2):152-62.
35. Kuipers, S.J., Nieboer, A.P. & Cramm, J.M. Views of patients with multimorbidity on what is important for patient-centered care in the primary care setting. *BMC Fam Pract* **21**, 71 (2020)..
36. Rimmelzwaan LM, Bogerd MJL, Schumacher BMA, Slottje P, Van Hout HPJ, Reinders ME. Multimorbidity in General Practice: Unmet Care Needs From a Patient Perspective. *Front Med (Lausanne)*. 2020 Dec 22;7:530085.

Zhvillimi dhe vlerësimi i planit të kujdesit

Objektivat e mësimit

- Të njohim dhe përshkruajmë hapat e shkrimit të një plani kujdesi
- Njohja e elementëve të zhvillimit dhe vlerësimit të planit të kujdesit për të sëmurët kronik
- Të njohim rolin që kanë planet e kujdesit në praktikën infermiere
- Shembull plan kujdesi për sëmundje kronike-aftësim praktik

Zhvillimi dhe vlerësimi i planit të kujdesit- panoramë e përgjithshme

Zhvillimi i planit më të mirë të kujdesit infermior kërkon një qasje hap pas hapi për të përfunduar në mënyrë korrekte pjesët e nevojshme për një plan të kujdesit. Një plan i kujdesit infermior është një proces formal që përfshin identifikimin e saktë të nevojave ekzistuese, si dhe njohjen e nevojave ose rreziqeve të mundshme. Planet e kujdesit gjithashtu sigurojnë një mjet komunikimi midis infermierëve, pacientëve të tyre dhe ofruesve të tjerë të kujdesit shëndetësor për të arritur rezultate të kujdesit shëndetësor. Pa procesin e planifikimit të kujdesit infermior, cilësia dhe qëndrueshmëria në kujdesin ndaj pacientit nuk është e mundur. Planifikimi i kujdesit infermior fillon që në kontaktin e parë të infermierit me pacientin me sëmundje shoqëruese. Ky plan kujdesi duhet të përditësohet vazhdimisht gjatë gjithë kohës në përgjigje të ndryshimeve të gjendjes shëndetësore të klientit dhe vlerësimit të arritjes së qëllimit. Planifikimi dhe dhënia e kujdesit të individualizuar ose të përqendruar te pacienti është baza për përsosmëri në praktikën infermiere. Planet e kujdesit mund të jenë joformale ose formale: Plani informal i kujdesit infermior është një strategji veprimi që ekziston në mendjen e infermierit. Një plan formal i kujdesit infermior është një udhëzues i shkruar ose i kompjuterizuar që organizon informacion në lidhje me kujdesin e klientit. Planet formale të kujdesit ndahen më tej në planin e standardizuar të kujdesit dhe planin e kujdesit të individualizuar: Planet e kujdesit të standardizuar specifikojnë kujdesin infermior për grupe klientësh me nevoja të përditshme. Planet e kujdesit të individualizuar janë përshtatur për të përmbushur nevojat unike të një klienti specifik ose nevojat që nuk adresohen nga plani i standardizuar i kujdesit.

Qëllimet dhe objektivat e zhvillimit të një plani të kujdesit infermior përfshijnë:

- Promovimi i kujdesit infermior të bazuar në evidencë dhe krijimi i kushteve sa më të kënaqshme të pacientit në spital, qendra shëndetësore dhe familje.

- Mbështetin kujdesin holistik që përfshin të gjithë personin përfshirë fizik, psikologjik, social dhe shpirtëror në lidhje me menaxhimin dhe parandalimin e sëmundjes.
- Vendorsje të programeve të tilla si rrugët e kujdesit dhe paketat e kujdesit. Rrugët e kujdesit përfshijnë një përpjekje ekipore për të arritur një konsensus në lidhje me standardet e kujdesit dhe rezultatet e pritshme, ndërsa paketat e kujdesit lidhen me praktikën më të mira në lidhje me kujdesin e dhënë për një sëmundje specifike.
 - Identifikimi dhe dallimi i qëllimeve dhe rezultateve të pritshme.
 - Rishikimi, komunikimi dhe dokumentimi i planit të kujdesit.
 - Matja e kujdesit infermieror.

Qëllimet e një Plani të Kujdesit Infermieror janë:

Përcakton rolin e infermierit. Ndhmon për të identifikuar rolin unik të infermierëve në marrjen pjesë në shëndetin e përgjithshëm dhe mirëqenien e klientëve pa pasur nevojë të mbështetemi plotësisht në porositë ose ndërhyrjet e mjekut.

Siguron drejtim për kujdesin individual të klientit. Ai lejon infermierin të mendojë në mënyrë kritike për secilin klient dhe të zhvillojë ndërhyrje që i përshtaten drejtpërdrejt individit.

Vazhdimësia e kujdesit. Përdorimi i të gjitha të dhënave të mbledhura për të dhënë të njëjtën cilësi dhe llojin e ndërhyrjeve për t'u kujdesur për klientët, duke lejuar kështu që klientët të marrin sa më shumë përfitime nga trajtimi.

Dokumentimi. Duhet të përshkruajë me saktësi se cilat vëzhgime duhet të bëhen, çfarë veprimesh infermierie duhet të kryejnë dhe çfarë udhëzimesh kërkojnë klienti ose anëtarët e familjes. Nëse kujdesi infermieror nuk është i dokumentuar si duhet në planin e kujdesit, nuk ka prova që kujdesi është ofruar.

Shërben si udhëzues për caktimin e një stafi specifik për një klient specifik. Ka raste kur kujdesi i klientit duhet t'i caktohet një stafi me aftësi të veçanta dhe precize.

Shërben si udhëzues për rimbursimin. Regjistrat mjekësor përdoren nga kompanitë e sigurimeve për të përcaktuar se çfarë do të paguajnë në lidhje me kujdesin e marrë nga klienti.

Përcakton qëllimet e klientit. Duke i përfshirë ata në trajtimin dhe kujdesin e tyre. Një plan i kujdesit infermieror zakonisht përfshin diagnozat infermiore, problemet e klientit, rezultatet e pritshme dhe ndërhyrjet infermiore dhe arsyet pse këto ndërhyrje kryhen [1].

Shkrimi i një plani të kujdesit infermieror përfshin hapat e mëposhtme:

Hapi 1: Mbledhja ose Vlerësimi i të Dhënave

Hapi i parë në hartimin e një plani të kujdesit infermieror është krijimi i një baze të të dhënave të klientit duke përdorur teknikat e vlerësimit dhe metodat e mbledhjes së të dhënave (vlerësimi fizik, historia shëndetësore, intervista, rishikimi i të dhënave mjekësore, studimet diagnostike). Një bazë e të dhënave të klientit përfshin të gjitha informacionet shëndetësore të mbledhura. Në këtë hap, infermieri mund të identifikojë faktorët e lidhur ose të rrezikut dhe

karakteristikat përcaktuese që mund të përdoren për të formuluar një diagnozë infermierie.

Hapi 2: Analiza dhe Organizimi i të Dhënave

Pas mbledhjes së informacionit në lidhje me shëndetin e klientit, për të formuluar diagnozën infermierore duhet që këto të dhëna të analizohen, grumbullohen dhe organizohen bashkë me përcaktimin e përparësive dhe rezultatet e pritshme [1].

Hapi 3: Formulimi i diagnozave infermierore

Diagnozat infermierore të NANDA-I janë një mënyrë uniforme për të identifikuar, fokusuar dhe trajtuar nevojat specifike të klientit dhe përgjigjet ndaj problemeve aktuale dhe me rrezik të lartë. Problemet aktuale ose potenciale shëndetësore që mund të parandalohen ose zgjidhen nga ndërhyrja e pavarur e infermierisë quhen diagnoza infermierore [2]. Çdo diagnozë infermierore duhet të përmbajë elementët e mëposhtëm:

- ☐ Përkufizimin: që është baraz me një diagnozë infermierore të aprovuar nga NANDA-I.
- ☐ Karakteristikat përcaktuese: gjetjet klinike që konfirmojnë diagnozën. Për diagnozat që shprehin mundësinë për probleme si rrezik për dëmtime, seksioni emërtohet faktorë rreziku.
- ☐ Vlerësimi sugjeron parametrat që duhen përdorur kur mblidhen të dhënat për të siguruar një diagnozë të kujdesshme. Lista e parametrave: bazuar në Taksonominë e praktikës infermierore (unifikimi i gjuhës infermierore) si klasa - të dhënat objektive (inspeksion, palpacion, auskultacion, perkusion) - të dhënat subjektive.
- ☐ Rezultatet e pritshme: objektiva real për të zgjidhur problemet e pacientëve, të shkruara në terma të matshëm të sjelljes. Rezultatet në përputhje me gjendjen e pacientit.
- ☐ Ndërhyrjet dhe arsyet: veprimet që kryen për të arritur rezultatet e pritshme. Organizimi i ndërhyrjeve do të bëhet duke përdorur përcaktime, veprime, informim, trajtim dhe menaxhim. Çdo ndërhyrje ka dhe një arsye të caktuar. Të kuptuarit e kryerjes së çdo veprimi ndihmon infermierin në kryerjen e ndërhyrjeve të vështira në praktikë, ndihmon mendimin kritik dhe shmang gabimet [3].

Hapi 4: Përcaktimi i Prioriteteve

Përcaktimi i Prioriteteve është procesi i krijimit të një sekuence preferenciale për adresimin e diagnozave dhe ndërhyrjeve infermierore. Në këtë hap, infermierja dhe klienti fillojnë të planifikojnë se cila diagnozë e infermierisë kërkon vëmendje së pari. Diagnostikimet mund të renditen dhe grupohen për të pasur një përparësi të lartë, të mesme ose të ulët. Problemeve kërcënuese për jetën duhet t'u jepet përparësi e madhe.

Vlerat dhe besimet shëndetësore të klientit, përparësitë e vetë klientit, burimet e disponueshme dhe urgjenca janë disa nga faktorët që infermieri duhet të marrë parasysh kur cakton përparësitë. Për të rritur bashkëpunimin në proces nevojitet dhe përfshirja e klientit

Hapi 5: Vendosja e qëllimeve të klientit dhe rezultatet e pritshme

Qëllimet ose rezultatet e pritshme përshkruajnë ato që infermieri shpreson të arrijë duke zbatuar ndërhyrjet infermierore që rrjedhin nga diagnozat infermierore të klientit. Qëllimet ofrojnë drejtim për planifikimin e ndërhyrjeve, shërbejnë si kritere për vlerësimin e progresit të klientit, i japin mundësi klientit dhe infermierit të përcaktojnë se cilat probleme janë zgjidhur dhe ndihmojnë në motivimin e klientit dhe infermierit duke siguruar një sens të arritjes. Qëllimet dhe rezultatet e pritshme duhet të jenë të matshme dhe me në qendër klientin. Qëllimet përcaktohen duke u përqëndruar në parandalimin, zgjidhjen e problemit dhe / ose rehabilitimin. Qëllimet mund të jenë afatshkurtra ose afatgjata. Qëllimet afatgjata përdoren shpesh për klientët që kanë probleme shëndetësore kronike ose që jetojnë në shtëpi, në shtëpi pleqsh ose në ambiente të kujdesit të zgjatur. Qëllimi afatshkurtër - një ndryshim në sjellje që mund të përfundojë menjëherë, zakonisht brenda disa orësh ose ditësh. Qëllimi afatgjatë - tregon një objektivi që duhet të përmbushet për një periudhë më të gjatë, zakonisht gjatë javëve ose muajve. Qëllimet ose rezultatet e pritshme zakonisht kanë katër përbërës: një kryefjalë, një folje, kushtet ose modifikuesit dhe kriteri i performancës së dëshiruar psh,

Pacienti do të ketë mungesë të shenjave dhe simptomave të konstipacionit.

Hapi 6: Përzgjedhja e ndërhyrjeve infermierore. Ndërhyrjet infermierore janë aktivitete ose veprime që një infermier kryen për të arritur qëllimet e klientit. Ndërhyrjet e zgjedhura duhet të përqendrohen në eliminimin ose zvogëlimin e etiologjisë së diagnozës infermierore. Te diagnozat infermierore të rrezikut, ndërhyrjet duhet të përqendrohen në uljen e faktorëve të rrezikut të klientit. Ndërhyrjet infermierore mund të jenë të pavarura, të varura ose bashkëpunuese, Figura 10-1:

Figura 10-1

NDËRHYRJET E PAVARURA	<i>Vlerësimi i vazhdueshëm, mbështetja emocionale, sigurimi i rehatisë, mësimdhënies, kujdesit fizik dhe referimi tek profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor.</i>
NDËRHYRJET E VARURA	<i>Janë aktivitete të kryera nën urdhrat ose mbikëqyrjen e mjekut. Përfshin urdhra për të drejtuar infermieren për të administruar ilaçe, terapi intravenoze, teste diagnostikuese, trajtime, dietë dhe aktivitete ose pushim.</i>
NDËRHYRJET BASHKËPUNUESE	<i>Janë veprime që kryen në bashkëpunim me anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit, siç janë mjekët, punonjësit socialë, dietologët dhe terapistët. Kryhen në konsultim me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor.</i>

Hapi 7: Sigurimi i arsyes.

Arsyet, të njohura gjithashtu si shpjegime shkencore, janë arsyet themelore për të cilat u zgjedh ndërhyrja infermierore.

Hapi 8: Vlerësimi

Vlerësimi është një aktivitet i planifikuar, i vazhdueshëm, i qëllimshëm në të cilin shikohet përparimi i klientit drejt arritjes së qëllimeve ose rezultateve të pritshme dhe efektiviteti i planit të kujdesit infermieror. Vlerësimi është një aspekt i rëndësishëm i procesit infermieror, sepse konkluzionet e nxjerra nga ky hap përcaktojnë nëse ndërhyrja infermierore duhet të ndërpritet, vazhdohet ose ndryshohet.

Hapi 9: Dokumentimi. Format i me gjashtë kolona është formati që përdoret më shumë [4].

Vlerësimi	Diagnoza	Rezultate	Ndërhyrjet	Arsyet	Rivlerësimi
-----------	----------	-----------	------------	--------	-------------

Zhvillimi dhe vlerësimi i planit të kujdesit për të sëmurët kronik

Planifikimi i kujdesit për njerëzit me sëmundje kronike ka qenë një përparësi e politikës për menaxhimin e sëmundjes kronike në një numër të sistemeve të kujdesit shëndetësor.

Në këtë proces duhet të dallohen dy koncepte të rëndësishme “planifikimi i kujdesit” dhe “plani i kujdesit”. **“Planifikimi i kujdesit”** është **folje**: procesi me të cilin profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët diskutojnë, bien dakord dhe rishikojnë një plan veprimi për të arritur qëllimet ose ndryshimin e sjelljes që kanë më shumë rëndësi dhe shqetësim për pacientin dhe një **“plan kujdesi”** (**emër**: një dokument i shkruar që regjistron rezultatin e një procesi të planifikimit të kujdesit) [5].

Të dhënat nga një studim evidentuan se 84% e pacientëve pjesëmarrës në studim me një sëmundje kronike afatgjatë raportojnë një diskutim të planifikimit të kujdesit gjatë 12 muajve të fundit, ndërkohë që vetëm 12% e pacientëve raportuan se kanë pasur një plan kujdesi [6]. Planet e kujdesit mund të funksionojnë si zgjerime të regjistrimit mjekësor, si një udhëzues për veprim dhe/ose si një kontratë midis pacientëve, ofruesve dhe sistemit të kujdesit shëndetësor. Si një shtrirje e të dhënave mjekësore konvencionale, ato mund të përdoren për të regjistruar detaje shitesë përkatëse për kujdesin afatgjatë të gjendjes [5]. Si udhëzues për veprim, ato mund të stimulojnë të menduarit përpara dhe një fokus në qëllimet për pacientët dhe profesionistët. Si kontratë, ato mund të përfshijnë mekanizma për të siguruar që veprimet janë ndërmarrë, për shembull duke siguruar stimuj për të vepruar. Shembujt përfshijnë vendimet paraprake brenda kujdesit për jetën, të cilat mund të jenë ligjërues të detyrueshme, dhe planet e kujdesit që mundësojnë qasje në burime p.sh. buxhetet e shëndetit personal në Mbretërinë e Bashkuar [7]. Procesi i planifikimit të kujdesit nuk mund të rezultojë domosdoshmërisht në një plan të shkruar të kujdesit. Nga perspektiva e politikave, dallimi midis 'planeve të kujdesit' dhe 'planifikimit të kujdesit' mund të përfaqësohet në një tipologji 2 × 2 (Figura 10-2).

Figura 10-2

Planet e kujdesit dhe planifikimi i kujdesit

		"PLANIFIKIMI I KUJDESIT"	
		PO	JO
"PLAN KUJDESIT"	PO	A 'standardi i artë'	B 'rezultat i mundshëm i nxitur nga objektivi'
	JO	C 'plani formal aktual i kujdesit për sëmundjet kronike'	D 'kujdes me cilësi të dobët pa plan kujdesi'

Kuadranti D përfaqëson kujdes me cilësi të dobët, pa planifikim të kujdesit dhe pa plan kujdesi. Në Kuadrantin C, planifikimi i kujdesit është zhvilluar, por nuk ka një 'plan të kujdesit' formal. Kjo ndoshta përfaqëson shumicën e kujdesit për sëmundjet kronik afatgjata që përdoret aktualisht. Kuadranti A përfaqëson 'standardin e artë'; planifikimi i kujdesit mbështet prodhimin e një plani të shkruar të kujdesit, i cili nga ana tjetër kthehet në planifikimin e kujdesit. Kutia B mund të pasqyrojë 'rezultat i mundshëm i nxitur nga objektivi': prodhohet një 'plan kujdesi', por pa një proces të plotë të planifikimit të kujdesit. Kjo sjellje mund të ndodhë nëse planet e kujdesit janë të përcaktuara dobët, nëse atyre u mungon qartësia e qëllimit ose nëse zbatimi i tyre nuk mbështetet nga trajnimi dhe udhëzimi i përshtatshëm [6]. Nëse planet e kujdesit janë të mandatuara ose stimuluara (qoftë financiarisht ose përmes qasjes në burime të tjera), por perceptohen në mënyrë të pafavorshme nga profesionistët, planet e kujdesit mund të hartohen pa planifikim të kujdesit. Një ndikim i mëtejshëm mund të jetë përdorimi i modeleve të standardizuara të planeve të kujdesit, të cilat mund të kufizojnë regjistrimin e një diskutimi gjithëpërfshirës dhe të personalizuar të planifikimit të kujdesit [8].

Përdorimi i planeve të kujdesit në praktikën klinike për sëmundjet kronike

"Planet e kujdesit" ose "planet e veprimit" janë përshkruar në një numër kontekstesh. Në çrregullimet e frymëmarrjes, planet e kujdesit të mbajtura nga pacientët përqendrohen në përgjigjet ndaj përkeqësimeve dhe japin udhëzime specifike për trajtimin e përditshëm, trajtim të shtuar në rast të përkeqësimit dhe kërkimin e konsultës urgjente mjekësore. Gjithashtu është parë se përdorimi i këtyre planeve të kujdesit përmirësojnë rezultatet e shëndetit të astmës. Ndryshimet e tjera duken më pak përfituese ose kërkojnë studime të mëtejshme [9]. Në sëmundjet e rënda mendore, planet e kujdesit kombinojnë si udhëzimin ashtu edhe vlerësimin e nevojave, duke u fokusuar veçanërisht në parashikimin e situatave të krizës [10]. Në diabetin tipi 2, përdorimi i planeve të kujdesit ka një qëllim më të hapur për të inkurajuar krijimin e partneritetit, duke theksuar rëndësinë e perspektivës profesionale mbi 'sëmundjen' dhe idetë dhe shqetësimet e pacientit [11]. Planet e kujdesit kanë një përdorim të gjerë në modele të ndryshme të kujdesit shëndetësor, por nga një studim i kryer në Shqipëri, ku u përfshin infermierë që operonin në praktikën spitalor u evidentuan mungesa në njohuri në lidhje me planet e kujdesit infermior dhe aq më tepër

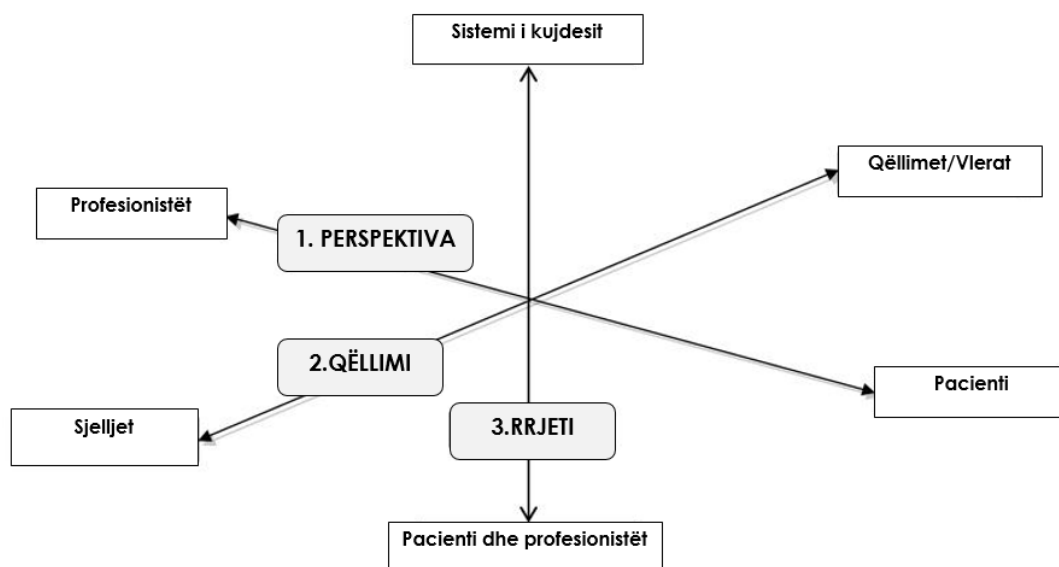
në përdorimin e tyre në praktikën klinike [12]. Në rastin e sëmundjeve kronike një tipologji e planifikimit të kujdesit dhe planeve të kujdesit që sugjerohet për përdorim në praktikën klinike është ajo tipologjia tredimensionale në të cilën përfshihen tre dimensione: 1) perspektiva; 2) qëllimi; dhe 3) rrjeti, Figura 10-3 [5]. Dimension i parë (perspektiva) përfaqëson shkallën në të cilën procesi i zhvillimit dhe përmbajtja e planit të kujdesit pasqyron perspektivën e profesionistit (me pacientin si "objektiv") ose perspektivën e pacientit (me profesionistin si 'objektiv'). Dimension i dytë (qëllimi) pasqyron shkallën në të cilën plani është përqendruar në sjellje dhe pika të veçanta (p.sh. hapa për të ndërmarrë në një përqendrim), ose në qëllime më të gjera (të tilla si një reduktim i HbA1C në rishikimin e ardhshëm të diabetit). Përmbajtja e modeleve të planeve të kujdesit mund të jetë një shtytës kryesor i fushëveprimit të tyre. Ndërkohë që kombinimi i këtyre dy dimensioneve krijon katër lloje të planeve të kujdesit:

- Profesionale të përqendruara/të fokusuar në sjellje: p.sh. planet e shkruara të vetë-menaxhimit të astmës
- E përqendruar në profesion/e fokusuar në qëllime: p.sh. qëllimet e trajtimit të depresionit në kujdesin e shtuar
- Pacienti në qendër/objektivi i fokusuar: p.sh. udhëzime të avancuara në kujdesin për jetën, duke marrë pjesë në një ngjarje kryesore shoqërore
- Pacienti i përqendruar/i fokusuar në sjellje: p.sh. planet e të ushqyerit të shëndetshëm, duke folur me familjen për ndikimin e një gjendjeje

Dimension i tretë (rrjeti) wshtw pjesw e kësaj tipologjie. Kjo përshkruan nëse planet e kujdesit janë të përqendruara në dyshen kryesore të profesionistëve-pacientëve (p.sh. pacienti dhe mjeku i përgjithshëm/infermieri), ose një rrjet më të gjerë të kujdesit (p.sh. një ekip multi-disiplinor, dhe/ose rrjete sociale) [13].

Figura 10-3

Tipologjia tre-dimensionale e planeve të kujdesit dhe planifikimit të kujdesit



Ndërkohë që në këtë model konceptual të planifikimit të kujdesit për sëmundjet kronike sugjerohen tre ndërmjetësues kryesorë të rëndësisë për planifikimin e kujdesit: pjesëmarrja dhe vendimmarrja e përbashkët, mbështetja e ndryshimit të sjelljes së vetë-menaxhimit dhe koordinimi i trajtimit [13]. Ka shumë mjete dhe modele të dobishme që ndihmojnë në planifikimin e kujdesit infermieror dhe rrjedhimisht në hartimin e planeve të kujdesit kontekstual me pacientin në qendër. Zhvillimi i planeve të standardizuara të kujdesit për diagnoza individuale tinfermiore ose gjendje të caktura shëndetësore ka qenë hapi pasues në procesin e planifikimit të kujdesit. Jo çdo model apo mjet klinik do të përdoret në secilin plan të kujdesit pasiçdo pacient është i ndryshëm. Për këtë arsye, kur hartohet një plan kujdesi që duhet të zbatohet në praktikë, nga ana e infermierëve duhet t përdoren gjithmonë aftësitë e të menduarit kritik, për të siguruar që infermierët të mos bëjnë supozime ose të punojnë pa baza dyshimi. Të menduarit kritik është një proces në të cilin informacioni mblidhet, analizohet, sintetizohet dhe vlerësohet, për të kuptuar një temë ose çështje. Të menduarit kritik i mundëson infermierit të funksionojë si "një bërës i ditur, dikush që zgjedh, kombinon, gjykon dhe përdor informacionin për të vazhduar në mënyrë profesionale". Infermierët nuk mund të zbatojnë plane standarde të kujdesit për të gjithë pacientët dhe, për këtë arsye, të menduarit kritik siguron që kujdesi të jetë i përqendruar te pacienti dhe i përshtatur sipas nevojës [14].

Roli i planeve të kujdesit infermieror

Kur një infermier aplikon të menduarit kritik në planet e kujdesit infermieror nuk duhet supozuar se planet e kujdesit janë gjithmonë të dobishme thjesht për faktin sepse kanë qenë për vite me radhë pjesë e praktikës infermiore. Planet e kujdesit infermieror janë si gjuha e përbashkët e infermiereve, duke treguar një familjaritet të qartë me ta dhe mbështetjen e mundshme në to [15]. Megjithatë, kjo nuk duhet ti bëj infermierët që të vënë në dyshim përdorimin e planeve të kujdesit infermieror dhe roli i tyre në praktikën klinike. Roli i përdorimit të planeve të kujdesit infermieror në praktikë është i trefishtë: 1) Për të lehtësuar standardizimin, dhe kujdes holistic bazuar në dëshmi; 2) Për të regjistruar kujdesin; dhe 3) Për të matur kujdesin. Një plan i kujdesit infermieror mund të lehtësojë kujdesin holistic për pacientët, kur përdoret nga infermierët gjatë gjithë kohës në praktikën klinike. Plani për kujdesin infermieror mund të përdoret edhe nga infermierët fillestar, të cilët mund të mbështeten në një plan të tillë për të udhëzuar praktikën e tyre [15]. Disa faktorë që mund të kufizojë sasinë e kohës në dispozicion për t'u kujdesur për pacientët dhe për rrjedhojë dhe hartimin e një plani të mirëfilltë kujdesi janë kohëzgjatja më e shkurtër e qëndrimit të pacientit në kushte spitalore, mprehtësia e lartë e pacientit dhe përparimet teknologjike [16]. Çështje të tjera që mund të ndikojnë në kujdesin ndaj pacientit përfshijnë nivelin e personelit dhe një numër në rritje i pacientëve kompleksë me sëmundje të shumta shoqëruese. Një plan i dobishëm dhe i përshtatshëm i kujdesit infermieror mund të ndihmojë një anëtar të ekipit të kujdesit infermieror që të pranojë këto barrierë dhe të punoj për eliminimin e tyre në praktikën klinike. Një plan i dokumentuar i kujdesit mund të ofrojë udhëzim dhe qartësi dhe gjithashtu mund të ofrojë justifikim për përdorimin e kohës së infermierit për të siguruar vlerësimin e plotë të pacientit [17]. Planet e kujdesit infermieror mund të përdoren gjithashtu për të regjistroni kujdesin që i është

dhënë një pacienti. Kjo lejon stafin infermieror të pranojë kujdesin e dhënë, ta ndajë atë për të siguruar vazhdimësinë dhe sipas nevojës të rivlerësoj efektet e tij dhe nevojat e pacientit. Ky dokumentacion u mundëson infermierëve për të demonstruar se ata janë duke punuar brenda standardeve të kërkuara profesionale të praktikës [18-19]. Së fundmi, plani i kujdesit infermieror lejon që kujdesi infermieror i dhënë të matet. Kërkesa për të matur kujdesin dhe të sigurojë që i plotëson standardet thelbësore dhe standardet në përgjithësi mund të shihen nga disa infermierë si humbje kohe. Historikisht, infermiera është parë si një akt profesional, fisnik dhe vetëmohues (psh, rasti i pandemisë COVID-19). Kërkesa për të vlerësuar kujdesin e dhënë ndonjëherë mund të shihet si një fyerje ndaj përvojës, ekspertizës, aftësive dhe personalitetit të një infermieri. Por, matja e kujdesit është thelbësore për të siguruar që pacientët të marrin të njëjtin nivel kujdesi, pavarësisht se për ta kujdesen infermierë të të ndryshëm me nivele të ndryshme të edukimit dhe përvojës, dhe prioritete dhe modele pune të ndryshme [17]. Një kritikë e rëndësishme e planeve të kujdesit infermieror është vështirësia në ruajtjen e tyre pasi gjendja e pacientit është dinamike dhe vazhdimisht ka nevojë për ndryshim. Raporti përfundimtar i projektit CAPITOL, Planifikimi i Kujdesit në Trajtimin Afatgjatë ofroi të dhëna interesante në lidhje me planet e kujdesit. Sipas këtij raporti *'Planet e kujdesit janë hartuar për të siguruar një regjistër të marrëveshjeve midis pacientit dhe profesionistit të shëndetit në lidhje me qëllimet dhe preferencat, dhe për të ndihmuar në organizimin e shërbimeve rreth nevojave individuale të pacientëve dhe të sigurohet që këto nevoja rishikohen rregullisht'* [20]. Ky raport zbuloi gjithashtu se planet e kujdesit përdoren shumë pak në praktikën klinike duke zhvendosur kështu dhe fokusin e projektit në identifikimin e barrierave dhe lehtësuesve të zhvillimit dhe zbatimit të planeve të kujdesit nga vlerësimi i dobisë së përdorimit të planeve të kujdesit në praktikë. Raporti evidentoi gjithashtu ambivalencë në lidhje me efektivitetin dhe rëndësinë e planeve të kujdesit dhe mungesën e qartësisë se si duhet të strukturohet plani i kujdesit, veçanërisht në lidhje me sëmundjet shoqëruese dhe në kontributet e stafit multidisiplinar. Edhe realiteti i kujdesit infermieror shqiptar në lidhje me planet e kujdesit nuk ishte shumë i ndryshëm nga rezultatet e projektit CAPITOL [12]. Megjithatë, në rastin e pacientëve kronikë, planet e kujdesit infermieror mund të përdoren si mjet për të promovuar kujdesin holistik. Procesi i planifikimit të kujdesit është qendror për kujdesin me pacientin në qendër, duke i mundësuar stafin infermieror që të planifikojë ndërhyrjet dhe, aty ku është e mundur, ti diskutoj ato me pacientin. Kujdesi kronik është kompleks dhe grupe të ndryshme pacientësh kërkojnë ndërhyrje të ndryshme edhe pse mund të kenë të njëjtat nevoja. Prandaj, planet e kujdesit duhet të përdoren në konsideratë nga infermierët, të cilët duhet të vënë në dyshim vazhdimisht kujdesin që ofrojnë dhe të vlerësojnë planin e tyre të kujdesit [17]. Megjithatë hulumtimi i literaturës shkencore identifikoi tema për kërkime të mëtejshme dhe zbatim në praktikë në lidhje me zhvillimin dhe vlerësimin e planeve të kujdesit kronik. Së pari, nevojiten studime më empirike me cilësi të mirë. Këto studime duhet të fokusohen në zhvillimin, përdorimin dhe vlerësimin e efekteve të planeve të përbashkëta të kujdesit. Së dyti, ndërhyrjet mund të zhvillohen për të siguruar rolin e pacientit dhe perspektivën e tij/saj në zhvillimin e planeve të përbashkëta të kujdesit. Ndërhyrjet interesante për t'u eksploruar përfshijnë trajnimin e profesionistëve, duke u mundësuar pacientëve

të kenë qasje në regjistrat e tyre elektronikë të shëndetit dhe përkthimin e qëllimeve dhe shqetësimeve të pacientëve në veprime dhe ndërhyrje konkrete në planin e kujdesit. Së treti, ekipet që marrin parasysh përdorimin e planeve të përbashkëta të kujdesit duhet t'i kushtojnë vëmendje procesit themelor të bashkëpunimit ndërprofesional. Kjo përfshin bashkëpunimin ndërpersonal (p.sh. gjuhën, ndërveprimin, kompetencat, besimin dhe respektin) dhe aspektet organizative (p.sh. strukturën, logjistikën dhe rolin e një koordinatori / udhëheqësi qendror) [21]. Plani gjithëpërfshirës i kujdesit për menaxhimin e sëmundjeve kronike është thelbësor për mbylljen e boshllëqeve në kujdes, veçanërisht kur ka shumë kushte dhe ofrues të përfshirë në kujdesin e pacientit. Të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor të përfshirë në rrjetin e një pacienti duhet të ndërgjegjësohen për ndryshimet e reja në informacionin shëndetësor të pacientit, pavarësisht nëse ai është një ofrues i kujdesit parësor, specialist ose ekipi i kujdesit kronik që ofron shërbime të koordinimit të kujdesit. Për më tepër, planet dhe qëllimet e kujdesit specifik të gjendjes të përfshira në dokumentin e planit të kujdesit kronik luajnë një rol kryesor në përmirësimin e rezultateve të pacientëve. Vendosja e qëllimeve realiste përmes shërbimeve të menaxhimit të kujdesit kronik ndihmon pacientin me vetë-menaxhimin e gjendjeve të tyre kronike. Pa këtë udhëzim dhe kujdes parandalues, pacientët ka shumë të ngjarë të largohen nga zakonet e shëndetshme dhe nga ana tjetër, të përkeqësojnë shëndetin e tyre të përgjithshëm [22].

Plani i Kujdesit Infermieror për Diabetin Mellitus-shembull

Diagnoza infermiere – Mungesë në njohuri [23].	
Fokusi i edukimit të diabetit duhet të jetë fuqizimi i pacientit për të adresuar ndryshimet në sjelljen shëndetësore dhe kujdesin ndaj vetes. Sigurimi i informacionit të plotë dhe edukimi i duhur për pacientët me diabet mund të rrisë në mënyrë dramatike respektimin e regjimit të trajtimit.	
Mund të lidhet me (faktorët e lidhur)	Mosnjohja me injeksionin e insulinës Ndryshimet në dietë Ushtrimi për normogliceminë Mosnjohja me informacionin Interpretimi
Mund të dëshmohej nga (karakteristikat përcaktuese)	Kërkesat për informacion Deklarata shqetësuese Ndjekje joadekuate e udhëzimeve Zhvillimi i komplikimeve të parandalueshme
Rezultatet e dëshiruara	Pacienti do të demonstrojë njohuri për injeksionin e insulinës, simptomat dhe trajtimin e hipoglikemisë dhe dietës.
Vlerësimi infermieror (fokusi i vlerësimit)	Arsyet

1. Vlerësoni gatishmërinë e pacientit dhe familjes për të mësuar para se të filloni një plan edukativ.	Pacientët të cilët kohët e fundit janë diagnostikuar me diabet shpesh kalojnë nëpër faza të ndryshme të procesit të mërzitjes. Jepini siguri pacientit dhe familjes se këto ndjenja janë normale.
2. Vlerësoni frikën dhe shqetësimet kryesore të pacientit në lidhje me diabetin.	Inkurajoni pacientin të diskutojë ndjenjat dhe frikën që lidhen me ndërlikimet e diabetit. Sigurimi i informacionit të thjeshtë dhe të drejtpërdrejtë mund të ndihmojë në sqarimin e çdo ideje të gabuar në lidhje me diabetin që mund të kontribuojë në ankthin e tyre.
3. Vlerësoni situatën sociale të pacientit për faktorët që mund të ndikojnë në trajtimin dhe planin e edukimit të diabetit.	Faktorët kontribues mund të përfshijnë nivelin e kulturës së pacientit, burimet financiare, mungesën e sigurimit shëndetësor, orarin e përditshëm të pacientit, praninë ose mungesën e mbështetjes së familjes, aftësitë e kufizuara në të mësuar, ose deficitet ose kushtet neurologjike.
4. Vlerësoni aftësitë dhe sjelljet e vetë-kujdesit të pacientëve që kanë pasur diabet për shumë vite.	Shumë pacientë me diabet bëjnë gabime në kujdesin për veten, dhe rivlerësimi është një domosdoshmëri për të përcaktuar kompetencën e tyre në kujdesin ndaj vetes dhe masa të tjera parandaluese për të parandaluar komplikimet. Vlerësimi duhet të përfshijë vëzhgimin e drejtpërdrejtë të aftësive (përmes demonstrimit) dhe jo vetëm të bazohet në vetë-raportimin e pacientit.
5. Verifikoni që pacienti të kuptojë dhe demonstrojë teknikën dhe kohën e monitorimit të glukozës në shtëpi.	Monitorimi siguron të dhëna për shkallën e kontrollit të glukozës dhe identifikon nevojën për ndryshime në dozën e insulinës.
Ndërhyrjet infermierore	Arsyet
1. Shpjegoni se insulina me veprim të gjatë (Lantus) duhet të injektohet vetëm një ose dy herë në ditë.	Insulina me veprim të gjatë nuk ka kulmin e veprimit. Insulina glargine është efektive për më shumë se 24 orë.

2. Shpjegoni se insulina e zakonshme prandiale (Humulin) duhet të injektohet 30 minuta para ngrënies. Insulina me veprim të shpejtë (Novolog, Humalog) mund të injektohet para ose pas ngrënies.	Doza mund të rregullohet bazuar në sasinë e ushqimit të gëlltitur sepse insulina me veprim të shpejtë mund të jepet pas një vakti.
3. Shpjegoni se dozat e insulinës mund të kenë nevojë të rregullohen.	Doza e insulinës duhet të zvogëlohet kur agjëroni për ndërhyrje kirurgjikale, kur nuk hani ose kur shfaqet hipoglicemia. Sëmundja ose infeksioni mund të rrisin kërkesat për insulinë.
4. Mësojeni pacientin të rrotullojë vendet e injektimit të insulinës.	Rrotullimi sistematik i vendeve të injektimit rekomandohet për të parandaluar lipodistrofinë.
5. Shpjegoni rëndësinë e futjes së gjilpërës pingul në lëkurë.	Një kënd 90 gradë është këndi më i mirë i futjes sepse kjo siguron administrim të thellë nënllëkuror të insulinës. Një injeksion që është shumë i thellë ose shumë i cekët mund të ndikojë në shkallën e absorbimit të insulinës.
6. Përdorni mjete të ndryshme për të plotësuar mësimdhënien dhe për të ruajtur fleksibilitetin në lidhje me metodën e mësimdhënies.	Duke përdorur materiale të ndryshme mësimore, sigurohuni që ato përputhen me nevojat e të mësuarit të pacientit, gjuhën dhe nivelin. Këshillë: Përdorni burimet falas nga Shoqata Amerikane e Diabetit (ADA) për të plotësuar ose përshkruar planin tuaj të mësimit të diabetit.
7. Mësojeni pacientin të ndjekë një dietë me sasi të ulët të sheqernave të thjeshtë, të ulët në yndyrë dhe të lartë në fibra dhe drithëra.	Një dietë e ulët në yndyrë dhe e lartë në fibër ndihmon në kontrollin e kolesterolit dhe triglicerideve. Rekomandohen tre vakte të përditshme dhe një meze e lehtë në mbrëmje. Sheqernat e rafinuar dhe të thjeshtë duhet të zvogëlohen, dhe karbohidratet komplekse, të tilla si drithërat, orizi duhet të rriten.

8. Mësojini pacientit dhe / ose të njohin shenjat e hipoglicemisë.	Shenjat përfshijnë dridhje, djersitje, nervozizëm, dobësi, uri. Hipoglicemia ndodh kur nivelet e glukozës në gjak bien në më pak se 60 mg / dL. Shpjegoni se hipoglicemia ndodh kur shumë insulinë, shumë pak ushqim, shumë agjentë hipoglicemikë oralë, ose aktivitet fizik të tepërt.
9. Mësojeni pacientin të trajtojë hipogliceminë me krekers, një meze të lehtë ose injeksion glukagoni.	Hipoglicemia duhet të trajtohet me një vakt me karbohidrate (15g nga një burim me veprim të shpejtë). Shembujt përfshijnë lëng frutash, sode, karamelle të forta, lugë çaji sheqer ose tableta glukoze të përgatitura komercialisht. Nëse pacienti është pa ndjenja, glukagonit duhet t'i jepet IM nga një kujdestar.
10. Mësojini pacientit hedhjen e duhur të shiringave dhe gjilpërave.	Shiringat, lanset, lapsat dhe gjilpërat e insulinës duhet të hidhen sipas rregullave lokale. Pikat e mprehta të përdorura duhet të vendosen në një enë rezistente ndaj shpimit.
11. Siguroni informacion me shkrim në lidhje me menaxhimin e diabetit që pacienti duhet t'i referohet.	Përforcon mësimin dhe përcjell sasinë maksimale të informacionit.

Referenca

1. <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>
2. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification, 2021-2023. February 2021. Print ISBN: 9781684204540. E-Book ISBN: 9781684204557. <https://www.thieme.com/books-main/nursing/product/5978-nanda-international-nursing-diagnoses>
3. Fatjona Kamberi. (2018). Diagnostika Infermierore. Cikël Leksionesh. Edicioni I Parë. Shtypur në Vlorë, Botime Triptik. ISBN: 978-9928-245-23-6.
4. Nurseslabs. 2021. 1,000+ Nursing Care Plans: The Ultimate Guide and Database for Free. [online] <https://nurseslabs.com/nursing-care-plans/>

5. Burt J, Rick J, Blakeman T, Protheroe J, Roland M, Bower P. Care plans and care planning in long-term conditions: a conceptual model. *Prim Health Care Res Dev*. 2014;15(4):342-354.
6. Burt J, Roland M, Paddison C, Reeves D, Campbell J, Abel G, Bower P. Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*. 2012 Jan;17 Suppl 1:64-71.
7. Harvey J. Key elements of personalised care planning in long term conditions and personal health budgets. NHS; London: 2010
8. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *N Engl J Med*. 2008 Jul 17;359(3):274-84.
9. Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax*. 2004 Feb;59(2):94-9.
10. Department of Health. *Making the CPA work for you*. Department of Health; London: 2007.
11. Zwar NA, Hermiz O, Comino EJ, Shortus T, Burns J, Harris M. Do multidisciplinary care plans result in better care for patients with type 2 diabetes? *Aust Fam Physician*. 2007 Jan-Feb;36(1-2):85-9.
12. Kamberi, F. *Knowledge and Attitudes of Nurses toward the Use of Nursing Diagnosis in Clinical Practice*. Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics 2018, 2(2), 43-55.
13. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, Protheroe J, Bower P, Blickem C, Reeves D, Kapadia D, Brooks H, Fullwood C, Richardson G. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: a framework and study protocol for developing self-care support. *Implement Sci*. 2011 May 29;6:56.
14. Price B, Harrington A. *Critical Thinking and Writing for Nursing Students*. Third edition, 2016. Learning Matters, Exeter.
15. Kaufman C. Designing a nursing care plan for a lifetime. *Nursing*. 2012 Jul;42(7):54-60.
16. Norman B. *An Ounce of Prevention: Best Practice Bundles*, 2010. www.amsn.org/sites/default/files/private/medsurgmatters-newsletter-archives/marapr10.pdf
17. Ballantyne H. Developing nursing care plans. *Nursing Standard*, 2016. 30, 26, 51-57. Date of submission: August 31 2015; date of acceptance: October 16 2015.
18. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë për Infermieret. <http://www.qsut.gov.al/kodi-i-etikes-dhe-deontologjise-per-infermieret-2/>

19. Nursing and Midwifery Council. The Code: Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses and Midwives, 2015. NMC, London.
20. Department of Health. Care Planning in the Treatment of Long Term Conditions: Final Report of the CAPITOL Project, 2012.
21. van Dongen, J.J.J., van Bokhoven, M.A., Daniëls, R. *et al.* Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review. *BMC Fam Pract* **17**, 137 (2016)
22. Chronic Care Management Care Plans Matter. January 20, 2021. <https://www.chartspan.com/news/chronic-care-management-care-plans-matter/>
23. <https://nurseslabs.com/diabetes-mellitus-nursing-care-plans/2/>

E-Shëndeti në platformat elektronike. Çfarë është E-Shëndeti. Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit

Objektivat e mësimit

- Të njohim përkufizimin e Shëndetit Digjital dhe llojeve të ndryshme të tij
- Të mësojmë shembuj konkretë të Shëndetit Digjital
- Të njohim modelin e kujdesit kronik të përmirësuar në Shëndetin Digjital nga Gee et al. dhe të jemi në gjendje të japim shembuj praktikë
- Të kuptojmë përparësitë dhe mangësitë e Shëndetit Digjital
- Të kuptojmë rolin e infermierëve në ndërhyrjet e Shëndetit Digjital

Përkufizimi i Shëndetit Digjital dhe llojeve të Shëndetit Digjital

Shëndeti digjital apo e-shëndeti është një term që ka filluar të përdoret para vitit 1999, dhe që aktualisht duket se shërben si një "fjalë e përgjithshme" e përdorur për të karakterizuar jo vetëm "Mjekësinë në internet", por gjithashtu praktikisht gjithçka që lidhet me kompjuterët dhe mjekësinë. Termi u përdor për herë të parë nga industria dhe marketingu. Ata e krijuan dhe e përdorën këtë term në përputhje me "e-fjalë të tjera" të tilla si tregtia elektronike, biznesi elektronik, zgjidhje elektronike, e kështu me radhë, në një përpjekje për të përcjellë premtimet, parimet rreth e -tregtisë (tregtia elektronike) në arenën shëndetësore dhe për të dhënë një panoramë të mundësive të reja që Interneti po hapte në fushën e kujdesit shëndetësor. Interneti krijoi mundësi dhe sfida të reja për industrinë tradicionale të teknologjisë së informacionit të kujdesit shëndetësor, dhe u duk e përshtatshme përdorimi i një termi të ri për të adresuar këto çështje. Ky term i ri përfshinte shëndetin digjital apo e-shëndetin, i cili kishte nevojë për një përkufizim i cili përcaktonte sa më mirë atë që shëndeti digjital përfaqëson. E-shëndeti përfshin më shumë sesa një zhvillim të thjeshtë teknologjik, termi dhe koncepti është përkufizuar si më poshtë:

"E-shëndeti është një fushë në zhvillim në kryqëzimin e informatikës mjekësore, shëndetit publik dhe biznesit, duke iu referuar shërbimeve shëndetësore dhe informacionit të dorëzuar ose përmirësuar përmes internetit dhe teknologjive të lidhura me të. Në një kuptim më të gjerë, termi karakterizon jo vetëm një zhvillim teknik, por edhe një gjendje mendore, një mënyrë të menduari, një qëndrim dhe

një angazhim për të menduarit në rrjet, global, për të përmirësuar kujdesin shëndetësor në nivel lokal, rajonal dhe në të gjithë botën duke përdorur teknologjinë e informacionit dhe komunikimit” [1].

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e përkufizon e-shëndetin si:

“... përdorimi me kosto efektive dhe i sigurt i teknologjive të informacionit dhe komunikimit në mbështetje të shëndetit dhe fushave të lidhura me shëndetin duke përfshirë kujdesin shëndetësor, mbikëqyrjen shëndetësore dhe edukimin shëndetësor, njohuritë dhe kërkimet shkencore” [2].

Komisioni European e përkufizon e-shëndetin si:

“... përdorimi i teknologjive moderne të informacionit dhe komunikimit për të përmbushur nevojat e qytetarëve, pacientëve, profesionistëve të kujdesit shëndetësor, ofruesve të kujdesit shëndetësor, si dhe politikëbërësve” [3].

Në varësi të mënyrës se si njerëzit zgjedhin ta përkufizojnë atë, eHealth/e-shëndeti apo shëndeti digjital përfshin një larmi të gjerë të nën-fushave të shëndetit digjital, siç janë:

- Të dhënat elektronike të shëndetit.
- Të dhënat elektronike mjekësore.
- Teleshëndeti dhe telemjekësia.
- Sistemet e Teknologjisë Informacionit (IT-së) shëndetësore.
- Të dhënat e IT të shëndetit të konsumatorit
- Kujdesi shëndetësor virtual
- Shëndeti nëpërmjet celularit (mobile) (mShëndeti)
- Sisteme të të dhënave të mëdha të përdorura në shëndetin dixhital [4].

▪ **Të dhënat elektronike të shëndetit.** Regjistri Elektronik i Shëndetit është një koleksion sistematik gjatësor i informacionit shëndetësor elektronik për një pacient të krijuar nga një ose më shumë ndërveprime në çdo mjedis të kujdesit. Ky informacion i ruajtur në mënyrë dixhitale duhet të ndahet në ambiente të ndryshme të kujdesit shëndetësor në mënyrë që të ndjekë pacientët kudo që shkojnë - te specialisti, spitali, shtëpia e të moshuarve, apo edhe në të gjithë vendin. Regjistri Elektronik i Shëndetit zakonisht përfshin informacione të tilla si:

- Demografia e pacientit
- Historiku mjekësor
- Medikamente dhe alergji
- Statusi i imunizimit
- Rezultatet e provave laboratorike
- Imazhe radiologjike
- Parametrat vital
- Statistikat personale si mosha dhe pesha
- Shënimet e progresit dhe detajet e problemit
- Informacione mbi kostot shëndetësore [5].

▪ **Të dhënat elektronike mjekësore.** Regjistri Mjekësor Elektronik është një term që përdoret shpesh në vend të tij me Regjistri Elektronik i Shëndetit,

por ekzistojnë dallime të caktuara midis tyre. Regjistri Mjekësor Elektronik specifikisht i referohet versionit të dixhitalizuar të kartelës mjekësore të pacientët. Regjistri Mjekësor Elektronik përmban shënime dhe informacione të mbledhura nga dhe për klinikistët/ personeli i kujdesit shëndetësor ku pacienti merr shërbim shëndetësor dhe përdoret kryesisht nga ofruesit për diagnostikim dhe trajtim. Informacioni në Regjistrin Mjekësor Elektronik zakonisht është pjesë e Regjistrit Elektronik të Shëndetit dhe kështu që mund të përshkruhet si një përbërës i tij. Termi Të Dhëna Personale për Shëndetin përdoret gjithashtu shpesh, dhe i referohet Regjistrave Elektronik të Shëndetit -ve që janë krijuar për t'u vendosur, aksesuar, menaxhuar dhe kontrolluar nga pacientët në një mjedis privat, të sigurt dhe konfidencial. Ato zakonisht përmbajnë informacion shëndetësor të gjeneruar nga klinikistët, personeli i kujdesit shëndetësor, pajisjet e monitorimit në shtëpi dhe vetë pacientët. Regjistri Elektronik i Shëndetit ofron një pamje gjithëpërfshirëse të statusit shëndetësor të një pacienti, pasi përfshin historikun e pacientit, si dhe të dhëna nga të gjithë ofruesit që kanë qasje në regjister. Ndryshe nga kufizimet e shënimeve të dokumentuara në letrës, Regjistri Elektronik i Shëndetit / Regjistri Mjekësor Elektronik optimizojnë kujdesin ndaj pacientit duke siguruar një numër përfitimesh, duke përfshirë:

- Lejimi i ofruesve të kujdesit shëndetësor për të gjetur të dhënat e Regjistrit Elektronik të Shëndetit / Regjistrit Mjekësor Elektronik në cdo kohë
- Identifikimi i pacientëve të cilët priten për kontrolle ose vizita
- Monitorimi i progresit duke matur sipas parametrave të specifikuar
- Përmirësimi i cilësisë së kujdesit përmes përdorimit të mjeteve klinike
- Lehtësimi i koordinimit të kujdesit ndërmjet ofruesve të shumtë
- Optimizimi i tranzicionit të kujdesit midis cilësimeve
- Përmirësimi i përpjekjeve parandaluese përmes qasjes më të mirë në rezultatet e egzaminimeve klinike
- Rritja e aftësisë për të identifikuar informacionin e humbur të pacientit
- Ofrimi i rekomandimeve të bazuara në dëshmi për kujdesin parandalues
- Nënvizimi i ndërveprimeve potencialisht të rrezikshme të ilaçeve
- Verifikimi i përshtatshmërisë së ilaçeve dhe dozave
- Reduktimi i nevojës për teste dhe procedura të tepërta ose të panevojshme [5].

▪ **Teleshëndeti dhe telemjekësia.** Telemjekësia - ndonjëherë e përdorur në mënyrë alternative me teleshëndetin - i referohet posaçërisht shërbimeve të largëta klinike që përqendrohen në një aspekt kurativ të kujdesit. Teleshëndeti është më i gjerë në fushëveprim dhe përfshin parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin digjital të shëndetit - si dhe kujdesin kurativ. Për këtë arsye, telemjekësia mund të konsiderohet në të vërtetë një nën-degë e teleshëndetit. Lidhja e shëndetësisë me teleshëndetin dhe telemjekësinë mundësohet nëpërmjet një modeli të ofrimit të kujdesit shëndetësor ku teknologjitë e teleshëndetit dhe telemjekësisë ndihmojnë për të ofruar shërbime shëndetësore në distancë.

Disa nga përdorimet më të njohura të shëndetësisë me teleshëndetin dhe telemjekësinë përfshijnë:

- Transmetimi i imazheve mjekësore për diagnostikim

- Transmetimi i të dhënave mjekësore për diagnostikimin ose menaxhimin e sëmundjes
- Parandalimi, diagnostikimi dhe trajtimi i sëmundjeve duke përdorur mjete monitorimi në distancë
- Këshilla shëndetësore emergjente përmes telefonit dhe pajisjeve të monitorimit në distancë
- Monitorimi dhe kujdesi nga distanca i pacientit
- Konsultimi elektronik
- Edukimi mjekësor në distancë
- Integrimi dhe menaxhimi i sistemit shëndetësor
- Mbledhja dhe menaxhimi i të dhënave shëndetësore për mbikëqyrjen e sëmundjes
- Identifikimi, listimi, përputhja dhe referimi i pacientit me burimet e shërbimit shëndetësor
- Ofrimi i informacionit dhe shërbimeve shëndetësore në kohë reale - të tilla si teleradiologjia dhe telekardiologjia - përmes rrjeteve video-konferencë ose eshëndetit.

Përfitimet e përdorimit të teleshëndet dhe telemjekësisë përfshijnë:

- Ulja e kostove të kujdesit shëndetësor
- Rritja e aksesit të pacientit në kujdesin shëndetësor - veçanërisht në zonat e pambuluara me shërbim shëndetësor të përshtatshëm
- Përmirësimi i cilësisë dhe vazhdimësisë së kujdesit
- Akses i përmirësuar tek kolegët e kujdesit shëndetësor nga ofruesit e kujdesit në distancë
- Rritja e saktësisë në ofrimin e kujdesit
- Përdorimi i optimizuar i burimeve shëndetësore dixhitale
- Shtrirja e përmirësuar e shërbimeve mjekësore të ofruara
- Akses më i madh në edukimin e vazhdueshëm mjekësor
- Koha e zvogëluar për diagnostikimin dhe trajtimin me konsulta të përshpejtuara
- Përmirësim në mbledhjen e të dhënave dixhitale të shëndetit në zonat e thella
- Rritja e produktivitetit të stafit të kujdesit shëndetësor [6].

▪ **Sistemet e Teknologjisë së Informacionit (IT-së) shëndetësor/ Shëndetësia IT** është pjesa e IT që përfshin hartimin, zhvillimin, krijimin, përdorimin dhe mirëmbajtjen e sistemeve të informacionit për industrinë e kujdesit shëndetësor. Sistemet e automatizuara dhe të ndërveprueshme të informacionit të kujdesit shëndetësor do të vazhdojnë të përmirësojnë kujdesin mjekësor dhe shëndetin publik, kostot më të ulëta, rritjen e efikasitetit, zvogëlimin e gabimeve dhe përmirësimin e kënaqësisë së pacientit, ndërsa gjithashtu optimizojnë rimbursimin për ofruesit e kujdesit shëndetësor ambulator dhe spitalor [7].

▪ **Të dhënat e IT të shëndetit të konsumatorit.** I referohet një game të gjerë harduerësh, softuerësh dhe aplikacionesh të bazuara në internet që lejon pacientët të marrin pjesë në kujdesin e tyre shëndetësor përmes mjeteve elektronike [8].

Shoqata Amerikane e Informatikës Mjekësore (AMIA) i ka përkufizuar të dhënat e IT së shëndetit të konsumatorit si "një nën-specialitet i informatikës mjekësore që studion nga perspektiva e një pacienti / konsumatori përdorimin e informacionit dhe komunikimit elektronik për të përmirësuar rezultatet mjekësore dhe procesin e vendimmarrjes së kujdesit shëndetësor" [9].

▪ **Kujdesi shëndetësor virtual** është përkufizuar si "Çdo ndërveprim midis pacientëve dhe / ose anëtarëve të rrethit të tyre të kujdesit, që ndodh në distancë, duke përdorur çdo formë të komunikimit ose teknologjive të informacionit, me qëllim lehtësimin ose maksimizimin e cilësisë dhe efektivitetit të kujdesit ndaj pacientit "Kujdesi virtual" është një term i gjerë që përfshin të gjitha metodat e përdorura për të komunikuar në distancë dhe për të bashkëvepruar me pacientët [10].

▪ **Shëndeti nëpërmjet celularit (mobile) (m-shëndeti).** Mshëndeti - i njohur gjithashtu si shëndeti i lëvizshëm - i referohet praktikës së mjekësisë dhe shëndetit publik të mbështetur nga pajisjet mobile të tilla si celularët, tabletët, ndihmësit personalë digjitalë dhe infrastruktura wireless. Brenda shëndetit digjital, mHealth përfshihen të gjitha aplikacionet e telekomunikacionit dhe teknologjive multimediale për shpërndarjen e kujdesit shëndetësor dhe informacionit shëndetësor. Aplikimet më të zakonshme të shëndetit digjital për mShëndetin përfshijnë:

- Edukimi dhe ndërgjegjësimi
- Mbështetje diagnostike dhe trajtuese
- Ndjekja e sëmundjes dhe shpërthimit të epidemisë
- Menaxhimi i zinxhirit të furnizimit shëndetësor
- Mbledhja e të dhënave në distancë
- Monitorimi në distancë
- Telekomunikacioni dhe trajnimi i punonjësve të shëndetësisë
- Teleshëndeti / telemjekësia
- Menaxhimi i sëmundjeve kronike [11].

▪ **Sisteme të të dhënave të mëdha të përdorura në shëndetin digjital**

Brenda industrisë digjitale të shëndetit, të dhënat e mëdha i referohen përdorimit të teknikave të shkencës së të dhënave për të kapur dhe analizuar grupe të mëdha dhe komplekse të të dhënave, në mënyrë që të ndikojnë pozitivisht në rezultatet e kujdesit ndaj pacientit dhe të përmirësojnë proceset e biznesit. Përdorimi i të dhënave të mëdha në industrinë digjitale të shëndetit zakonisht adreson gjashtë kategoritë e mëposhtme të informacionit:

- Të dhëna në internet dhe media sociale - të tilla si të dhëna ndërveprimi nga Facebook, Twitter, LinkedIn, blogje, faqet e internetit të planifikimit shëndetësor dhe aplikacionet për smartphone
- Të dhëna nga makina në makinë - të tilla si informacioni nga sensorët, matësit dhe pajisjet e tjera
- Të dhënat e transaksionit - të tilla si kërkesat e kujdesit shëndetësor dhe pagesat në të dy formatet gjysmë të strukturuar dhe të pastrukturuar
- Të dhëna biometrike - të tilla si shenjat e gishtërinjve, gjenetika, shkrimet e dorës, skanimet e retinës, rrezet X dhe imazhe të tjera mjekësore

- Të dhëna të krijuara nga njerëzit - të tilla si Regjistrimet Elektronike Mjekësore, shënimet e mjekëve, posta elektronike dhe dokumentet e letrës
- Të dhënat farmaceutike të kërimit dhe zhvillimit në lidhje me mekanizmin e veprimit të një ilaçi në trupin e njeriut, sjellje të targetuara dhe efektet anësore [12].

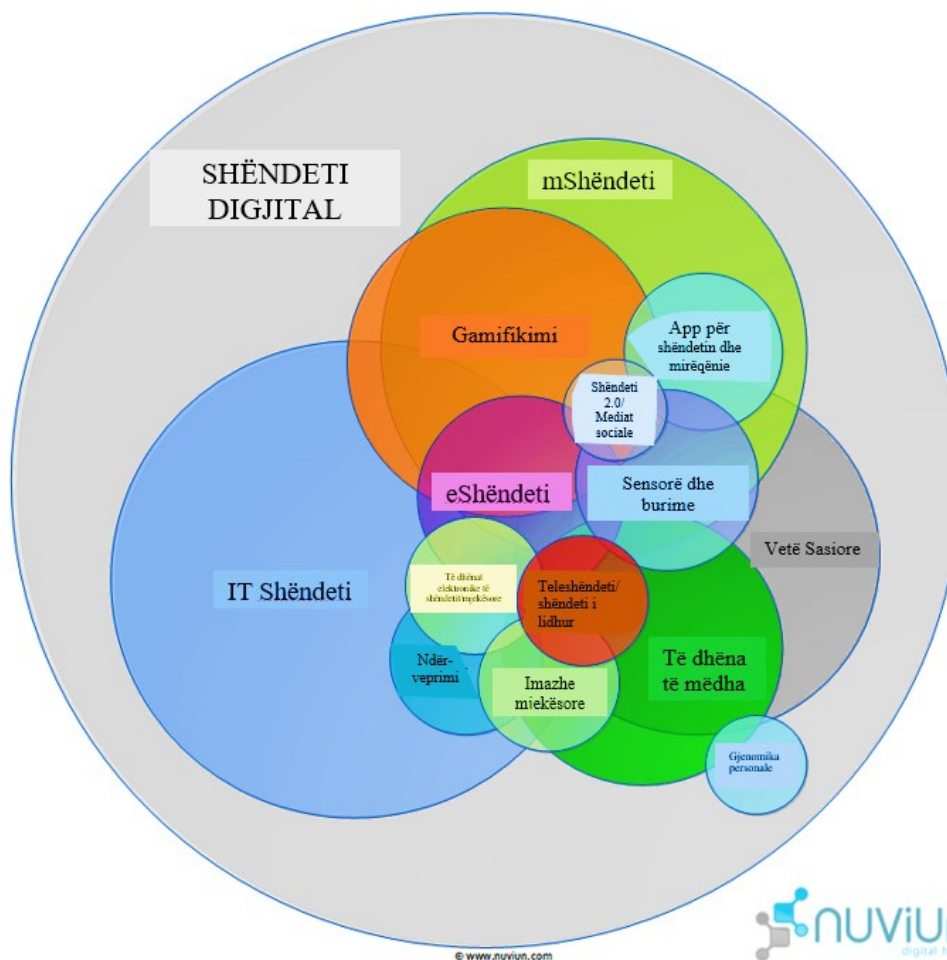
Panorama e shëndetit digjital

Shëndeti digjital është një term ombrellë për të gjitha aplikacionet, teknologjitë dhe sistemet që lidhen me kujdesin shëndetësor që vijnë nga bashkimi i mjekësisë, gjenomikës dhe teknologjive që përbëjnë hapësirën digjitale. Shëndeti digjital siguron përdorimin e teknologjive të ndërlidhura për të bashkuar të gjithë spektrin e ofruesve të kujdesit shëndetësor, konsumatorëve dhe studiuesve për të siguruar ofrimin e kujdesit më të fundit që është gjithëpërfshirës, bashkëpunues, efikas dhe i individualizuar për nevojat e pacientit dhe familjes. Rezultati është:

- Përmirësimi i cilësisë së kujdesit
- Rritja e aksesit në kujdes
- Një ulje e kostos për ta siguruar atë.

Kjo përkthehet në menaxhim më të mirë të sëmundjeve akute dhe kronike duke lidhur ofruesit e kujdesit shëndetësor me pacientët/klientët të cilët gjithnjë e më shumë janë të fuqëzuar të marrin pjesë në parandalimin e sëmundjeve dhe në opsionet më të përditësuara të trajtimit, Figura 11-1 [13].

Figura 11-1



Përkufizimi i shëndetit digjital është mjaft i gjerë për t'u zbatuar në një mjedis dinamik siç është interneti dhe në të njëjtën kohë pranon që e-shëndeti përfshin më shumë sesa thjesht "Internet dhe Mjekësi". Si e tillë, "e" në shëndetin elektronik/digjital nuk qëndron vetëm për "elektronike", por nënkupton një numër të "e" -ve të tjera, të cilat së bashku ndoshta karakterizojnë më së miri se çfarë ka të bëjë me shëndetin digjital (ose atë që duhet të jetë). 10-të **e-të** e "**shëndetit elektronik**" përfshijnë:

Efikasiteti - një nga premtimet e shëndetit elektronik është rritja e efikasitetit në kujdesin shëndetësor, duke ulur kostot. Një mënyrë e mundshme e uljes së kostove do të ishte duke shmangur ndërhyrjet diagnostike ose terapeutike dublikuese ose të panevojshme, përmes mundësive të zgjeruara të komunikimit midis institucioneve të kujdesit shëndetësor dhe përmes përfshirjes së pacientit.

Enhancing/Rritja e cilësisë së kujdesit - rritja e efikasitetit përfshin jo vetëm uljen e kostove, por në të njëjtën kohë përmirësimin e cilësisë. Shëndeti elektronik mund të përmirësojë cilësinë e kujdesit shëndetësor për shembull duke lejuar krahasime ndërmjet ofruesve të ndryshëm, duke përfshirë konsumatorët si fuqi shtesë për sigurimin e cilësisë dhe duke drejtuar pacientët tek ofruesit e cilësisë më të mirë.

Evidencë në prova - ndërhyrjet e-shëndetit duhet të bazohen në evidencë në një kuptim që efektiviteti dhe efikasiteti i tyre nuk duhet të supozohen por të provohen nga vlerësimi rigoroz shkencor.

Empowerment/ Fuqizimi i konsumatorëve dhe pacientëve - duke i bërë bazat e njohurive të mjekësisë dhe regjistrave elektronikë personal të arritshëm për konsumatorët përmes internetit, e-shëndetësia hap rrugë të reja për ilaçet me në qendër pacientin dhe mundëson zgjedhjen e pacientit të bazuar në prova.

Encouragement/Inkurajimi i një marrëdhënieje të re midis pacientit dhe profesionistit shëndetësor, drejt një partneriteti të vërtetë, ku vendimet merren në një mënyrë të përbashkët.

Edukimi i profesionistëve të shëndetit përmes burimeve në internet (edukim i vazhdueshëm shëndetësor) dhe konsumatorëve (edukim shëndetësor, informacion parandalues i përshtatur për konsumatorët)

Enabling/ Mundësimi i shkëmbimit të informacionit dhe komunikimit në një mënyrë të standardizuar midis institucioneve të kujdesit shëndetësor.

Extending/ Zgjerimi i fushës së kujdesit shëndetësor përtej kufijve të tij konvencionalë. Kjo nënkuptohet si në kuptimin gjeografik ashtu edhe në atë konceptual. E-shëndetësia u mundëson konsumatorëve të marrin lehtësisht shërbime shëndetësore në internet nga ofruesit global. Këto shërbime mund të variojnë nga këshillat e thjeshta deri te ndërhyrjet më komplekse ose produktet e tilla farmaceutike.

Etika - e-shëndeti përfshin forma të reja të ndërveprimit pacient-mjek- infermier dhe paraqet sfida dhe kërcënime të reja për çështje etike siç janë praktika profesionale në internet, pëlqimi i informuar, çështjet e privatësisë dhe barazisë.

Equity/ Barazia - për ta bërë kujdesin shëndetësor më të drejtë është një nga premtimet e shëndetit elektronik, por në të njëjtën kohë ekziston një kërcënim i konsiderueshëm që shëndeti elektronik mund të thellojë hendekun midis "njerzve që kanë mundësi" dhe "atyre që nuk kanë". Njerëzit, të cilët nuk kanë para, kanë më pak akses në kompjuterë dhe rrjete, dhe nuk mund të përdorin kompjuterët në mënyrë efektive. Si rezultat, këto popullata pacientësh (të cilat në të vërtetë do të përfitonin më shumë nga informacioni shëndetësor) janë ata që kanë më pak gjasa të përfitojnë nga përparimet në teknologjinë e informacionit, përveç nëse masat politike sigurojnë qasje të barabartë për të gjithë. Ndarja digjitale aktualisht shkon midis popullsisë rurale vs urbane, të pasur vs të varfër, të rinj vs të moshuar, meshkuj vs femra dhe midis sëmundjeve të neglizhuara / të rralla vs të zakonshëm [1].

Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit

Është vërtetuar dhe provuar se kur zbatohet në mënyrë sistematike, Modeli i Kujdesit Kronik përmirëson rezultatet shëndetësore për njerëzit me sëmundje kronike [14-15].

Modeli i rishikuar i modelit të kujdesit kronik ofron mundësinë e përdorimit të instrumenteve të e-Shëndetit në mbështetjen e vetë-menaxhimit për njerëzit me sëmundjet kronike dhe ndikimet që përdorimi i tyre ka në përmirësimin e rezultateve të pacientit [16]. Ndërkohë që theksi është gjithmonë e më shumë

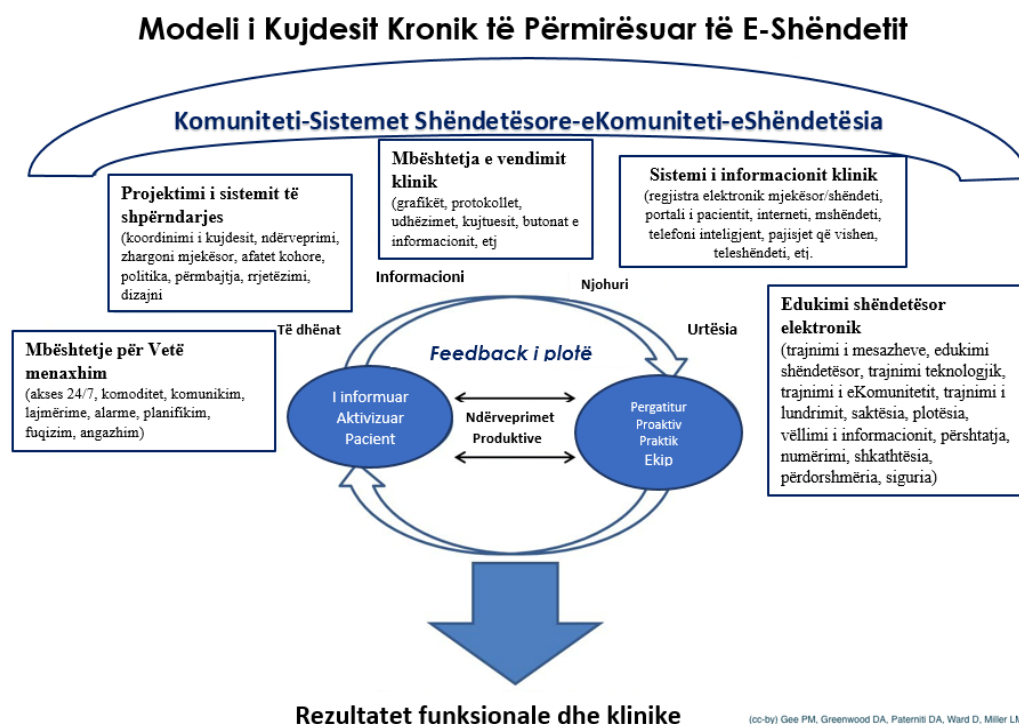
në promovimin e vetë-menaxhimit në pacientët me sëmundje kronike. Pacientët të cilët kuptojnë më shumë në lidhje me sëmundjen e tyre, stilin e jetesës kanë rezultate më të mira në shëndet dhe përdorin më pak shërbimet e kujdesit shëndetësor. Profesionistët e shëndetit duhet të fuqizojnë dhe aftësojnë pacientët në këtë process. Dhe një mënyrë për të mbikëqyrur pacientët është dhe përdorimi i shëndetit digjital (e-Shëndetit) që ndihmon pacientët të menaxhojnë dhe kontrollojnë sëmundjen e tyre. Aplikimi i zgjidhjeve të e-Shëndetit u siguron pacientëve kronik kujdes shëndetësor cilësor, rrit kënaqësinë e pacienteve dhe personelit shëndetësor dhe redukton kostot e kujdesit shëndetësor [17].

Për të përmirësuar Modelin e Kujdesit Kronik këshillohet përdorimi i komponentëve të Shëndetit Digjital duke përfshirë përdorimin e internetit për informacionin shëndetësor, rrjetet sociale, teleshëndetin, mShëndetin (përfshirë sensorë dhe burime), të dhënat elektronike shëndetësore dhe të dhënat elektronike personale të shëndetit / portalet e pacientëve [16]. Modeli i Kujdesit Kronik është një model i vërtetuar dhe validizuar që ilustron një qasje gjithëpërfshirëse për kujdesin ndaj të sëmurëve kronikë që mbështet rezultatet e rritura funksionale dhe klinike. Modeli përfshin gjashtë komponentë kryesorë të ndërruar: (1) burimet e komunitetit, (2) mbështetja e sistemit shëndetësor, (3) mbështetja e vetë-menaxhimit, (4) projektimi i sistemit të ofrimit, (5) mbështetja e vendimit, dhe (6) sistemi i informacionit klinik, Figura 11-2, por dy komponentët kryesor janë Komuniteti dhe Sistemet Shëndetësore. Roli i komunitetit në Modelin e Kujdesit Kronik është të sigurojë mbështetje për angazhimin ose aktivizimin e pacientit dhe për vetë-menaxhim [18-19]. Te Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit, nocioni i komunitetit duhet të zgjerohet për të përfshirë komunitetin në internet dhe rrjetet sociale të lidhura me shëndetin, ose eKomunitetin, Figura 11-3. Të rriturit e sëmurë kronikë që janë aktiv, të arsimuar, të angazhuar dhe të fuqizuar, ose e-pacientët, tashmë po përdorin mjetet e e-Shëndetit [20-21]. E-pacientët, së bashku me ofruesit e tyre, komunitetin dhe rrjetet sociale, kanë aftësinë për të gjeneruar njohuri dhe urtësi kolektive në lidhje me nevojat e tyre të vetë-menaxhimit të kujdesit shëndetësor. Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit përmban termat e të dhënave, informacionit, njohurive dhe urtësisë. Këto fjalë ilustrojnë se korniza e të dhënave, informacionit, njohurive dhe urtësisë është duke mbështetur procesin e të dhënave dhe informacionit të përdorur për të krijuar njohuri të reja dhe përfundimisht të gjenerojë urtësinë/mençurinë kolektive për të përmirësuar rezultatet e shëndetit [21-22].

Figura 11-2. The Chronic Care Model. Developed by the MacColl Institute, ©ACP-JSIM Journals and Books, reprinted with permission from ACP-ASIM Journals and Books.



Figura 11-3. The eHealth Enhanced Chronic Care Model. Created by Gee, P M; Greenwood, D A; Paterniti, D A; Ward, D; and Miller, L M S (JMIR, 2015). Adapted from The Chronic Care Model, Figura 11-2.



Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit thekson se Modeli i Kujdesit Kronik mund të zgjerohet duke përfshirë dhe instrumenta të eShëndetit. Rezultati tregon qartë se teknologjitë e e-Shëndetit-it në lidhje me një sërë

sëmundjesh kronike mund të përdoren për të rritur vetë-menaxhimin dhe rishikuar modelin e kujdesit kronik tradicional [23-24]. Dëshmitë sugjerojnë gjithashtu se mjetet e-Shëndetit mund të mbështesin ndërveprimet produktive të pacientit dhe ofruesit dhe të përmirësojnë rezultatet e shëndetit [25-26].

Përparësitë dhe mangësitë e Shëndetit Digjital

Përparësitë dhe përfitimet e e-Shëndetit:

- ☐ E-Shëndeti është përdorimi me kosto efektive i teknologjive të komunikimit (TIK) në favor të shëndetit dhe fushave të lidhura me shëndetin.
- ☐ Ai përfshin më shumë se disa ndërhyrje, së bashku me teleshëndetin, telemjekësinë, shëndetin celular (mShëndetin), të dhënat elektronike mjekësore ose shëndetësore, të dhëna të mëdha, dhe madje edhe inteligjencën artificiale.
- ☐ Roli i shëndetit elektronik është pranuar si vendimtar në përmbushjen e përparësive supreme shëndetësore siç janë mbulimi shëndetësor universal dhe Synimet e Zhvillimit të Qëndrueshëm (SDGs).
- ☐ Siguron qasje të shpejtë në të dhënat e pacientit dhe informacionin për kujdes efikas shëndetësor.
- ☐ Reduktimi i punës në letër, zvogëlimi i dublikimit të kostove etj. Duke ulur kështu koston e kujdesit shëndetësor.
- ☐ Redukton gabimet mjekësore dhe siguron vendimmarrjen më të mirë klinike.
- ☐ Kujdes më i mirë shëndetësor duke përmirësuar të gjitha aspektet e kujdesit ndaj pacientit, përfshirë sigurinë, efektivitetin, përqendrimin te pacienti, komunikimin, edukimin, afatet kohore, efikasitetin dhe barazinë.
- ☐ Shëndet më i mirë duke inkurajuar mënyra më të shëndetshme jetese në të gjithë popullsinë, përfshirë aktivitetin e rritur fizik, ushqimin më të mirë, shmangien e rreziqeve të sjelljes dhe përdorimin më të gjerë të kujdesit parandalues.

Kufizimet / sfidat e shëndetit digjital/elektronik:

- ☐ Barriera financiare në prokurim
- ☐ Sfidat e kostove të përbashkëta
- ☐ Mungesë e IT dhe burimeve klinike
- ☐ Problem në mësimin dhe përdorimin e softuerit
- ☐ Kostot e personelit
- ☐ Sistemimi i të gjitha sistemeve të informacionit shëndetësor, nga koha kur përmbajtja dhe rregullimi i të gjitha sistemeve të informacionit shëndetësor duhet të standardizohet
- ☐ Mund të kërkoj kohë për të përditësuar në mënyrë gjithëpërfshirëse regjistrat elektronik të shëndetit
- ☐ Mosdisponueshmëria ose mungesa e infrastrukturës bazë, siç është lidhja e internetit
- ☐ Mungesa e softuerit të zbatueshëm
- ☐ Edhe pse kursen kohë, lista e rënies së opsioneve në sistemet e informacionit shëndetësor mund të sjellë mungesë të informacionit gjithëpërfshirës [27-28].

Roli I infermierëve në ndërhyrjet e Shëndetit Digjital

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) e përkufizon shëndetin elektronik si *"... përdorimi i teknologjive të informacionit dhe komunikimit (TIK) për shëndetin, për shembull, për të trajtuar pacientët, për të ndjekur kërkime, për të edukuar studentët, për të ndjekur sëmundjet dhe për të monitoruar shëndetin publik"* (OBSh, 2010)

Infermiera është më e vështirë të përkufizohet. Sipas Këshillit Ndërkombëtar për Infermierinë (ICN, 2010), *"Infermiera përfshin kujdesin autonom dhe bashkëpunues të individëve të të gjitha moshave, familjeve, grupeve dhe komuniteteve, të sëmurë ose të shëndetshëm dhe në të gjitha mjediset"*.

Infermiera përfshin promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjes dhe kujdesin për njerëzit e sëmurë, me aftësi të kufizuara dhe kujdesin në fund të jetës. Avokimi, promovimi i një ambienti të sigurt, kërkimi, pjesëmarrja në formësimin e politikës shëndetësore dhe në menaxhimin e pacientit dhe sistemeve shëndetësore, dhe edukimi janë gjithashtu role kryesore të infermierisë.

Në përgjithësi, infermiera ka përqafuar teknologji të reja ku ato kanë një vlerë të drejtpërdrejtë pozitive në kujdesin ndaj pacientit. Sipas Shoqatës Amerikane të Infermierëve: *"Informatika e Infermierisë integron shkencën e infermierisë, shkencën kompjuterike dhe të informacionit dhe shkencën njohëse për të menaxhuar, komunikuar dhe zgjeruar të dhënat, informacionin, njohuritë dhe mençurinë e praktikës infermirore"* [29].

Studimet kanë treguar se infermierët luajnë një rol qendror në shëndetin digjital. Pasi të jenë përfshirë në hartimin e planit të kujdesit, ata janë përgjegjës për fazën e regjistrimit të pacientëve (e cila përfshin trajnimin e pacientëve), për kontrollimin e përditshëm të të dhënave hyrëse, për triazhimin e ankesave të pacientëve dhe për fazën përfundimtare të intervistimit të pacientëve për përvojën e tyre me sistemin digjital të kujdesit shëndetësor [30]. Por edhe pse komunikimi virtual në infermierinë midis institucioneve shëndetësore dhe profesionistëve shëndetësorë, dhe komunikimi virtual i infermierëve me pacientët po praktikohet gjithmonë e më shumë, në procesin e kompjuterizimit të sistemit të kujdesit shëndetësor, veçanërisht infermierët janë përballur me shumë vështirësi. Një nga çështjet kryesore në praktikë është që infermierët, si përdorues të sistemeve të informacionit shëndetësor, nuk janë përfshirë në hartimin e sistemeve të informacionit shëndetësor. Kjo ka sjell pakënaqësi në rradhët e infermierëve në lidhje me aplikacione të krijuara për infermierinë. Gjithashtu është evidentuar dhe mungesa e njohurive adekuate të IT, dhe për këtë arsye ata nuk dinë si të marrin pjesë në përmirësimin e sistemit duke adresuar edhe nevojën e trajnimeve dhe edukimeve në lidhje me përdorimin e e-Shëndetit [31].

Optimizimi i rolit aktiv të pacientit nëpërmjet përdorimit të platformës së e-Shëndetit për menaxhimin e sëmundjeve kronike me përfshirjen e infermierëve të kujdesit shëndetësor parësor ka dhënë rezultatete të sukseshme dhe të qëndrueshme me kontribut në përmirësimin e shëndetit të popullatës [32]. Shëndeti digjital ka potencialin për të përmirësuar parandalimin e sëmundjeve

kronike ku infermierët luajnë rol kyc. Zbatimi i shëndetit digjital varion nga ndërhyrje efektive për të parandaluar ose vonuar shfaqjen e diabetit tek të rriturit me mbipeshë deri te ndërhyrja me kosto efektive në sigurimin e kujdesit të shëndetit mendor përmes programeve të bazuara në celular ose të bazuar në internet për të zvogëluar incidencën dhe shkallën e ashpërsisë së ankthit. Kontributi aktual i infermierëve në shëndetin digjital përqendrohet në efektivitetin e ndërhyrjeve parandaluese të e-Shëndetit dhe në rolin e shëndetit digjital në përmirësimin e promovimit të shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Gjithashtu ata luajnë rol thelbësor edhe në zbatimin e ndërhyrjeve të e-Shëndetit për parandalimin primar, sekondar dhe terciar të sëmundjeve kronike [33].

Në këndvështrimin e shëndetit digjital për të ardhmen, infermierët për të ridimensionuar rolin e tyre duhet të:

- kuptojnë dhe përmirësojnë, ndikojnë dhe përdorin teknologji të reja dhe informatikë, duke përfshirë kujdesin në distancë;
- gjejnë burimet më të besueshme të informacionit për të mbështetur praktikën e bazuar në evidencë;
- udhëzojnë pacientët përmes burimeve të informacionit të disponueshëm për publikun;
- përfshijnë TIK në konsultat me pacientët;
- menaxhoni marrëdhëniet me pacientin infermier kur infermierja nuk është fizikisht në të njëjtin vend me pacientin;
- kryej një hyrje të shpejtë dhe të saktë të të dhënave në pikën e kujdesit;
- të kuptojë çështjet ligjore dhe etike që lidhen me të dhe menaxhimin dhe ndarjen e informacionit për pacientin;
- nxjerr të dhëna për të mbështetur vendimet dhe për të monitoruar rezultatet e praktikës;
- kuptojnë rolin e teknologjisë në ofrimin dhe organizimin e kujdesit, dhe
- trajnoj përdorues të tjerë si pacientët dhe kujdestarët se si të përdorin TIK përkatëse [34].

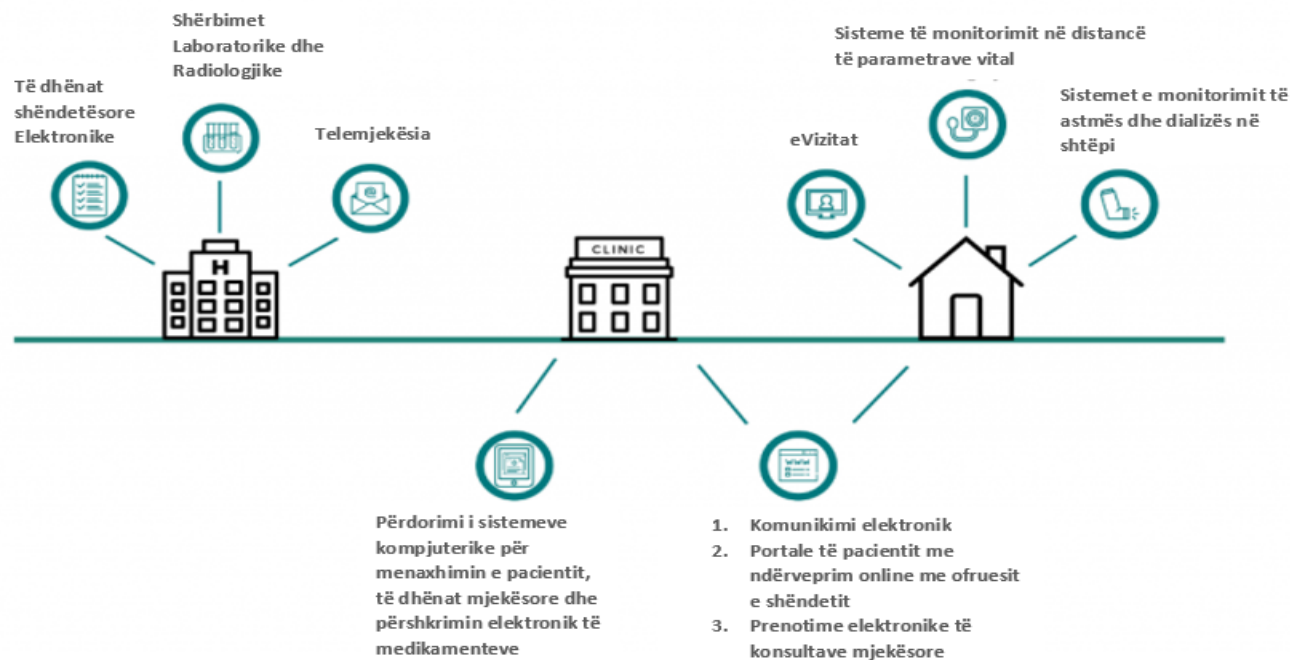
Potenciali i e-shëndetit në kujdesin parësor është i lartë, dhe për të siguruar që eShëndeti të jetë i sigurt dhe me cilësi të lartë duhet të plotësohen disa kushte. Këto përfshijnë:

- optimizim të kërkimit shëndetësor;
- sigurimi i e-shëndetit të bazuar në dëshmi,
- të merret parasysh kujdesi i përzier, d.m.th. kombinimi i kujdesit ballë për ballë me kujdesin në distancë, dhe të personalizuar për pacientin individual.

Për të gjitha këto nevojitet miratimi i një perspektive globale mbi eShëndetin, që merr parasysh etikën e-Shëndetit, sigurinë dhe privatësinë e pacientëve [35-36].

Shembuj të e –Shëndetit janë paraqitur në ilustrimin e mëposhtëm [37].

Shembuj të e-Shëndetit përreth jush



Referenca

1. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001;3(2):e20
<http://www.jmir.org/2001/2/e20/>
2. The Fifty-eighth World Health Assembly. WHA58.28 eHealth. Ninth plenary meeting, 25 May 2005 – Committee A, seventh report.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20378/1/WHA58_28-en.pdf
3. http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm
4. <https://innovatemedtec.com/digital-health/ehealth>
5. <https://innovatemedtec.com/digital-health/ehr--emr>
6. <https://innovatemedtec.com/digital-health/telehealth-telemedicine-connected-health>
7. Scott Wallask. Health IT (health information technology). HR software, ERP, SAP and Health IT.
<https://searchhealthit.techtarget.com/definition/Health-IT-information-technology>
8. AHRQ. Consumer Health IT Applications. Digital Healthcare Research Archive Informing Improvement in Care Quality, Safety, and Efficiency.
<https://digital.ahrq.gov/key-topics/consumer-health-it-applications>
9. American Medical Informatics Association Consumer Health Informatics Working Group. (Available at: <http://www.amia.org/programs/working-groups/consumer-and-pervasive-health-informatics>)
10. Virtual Care: A Framework for a Patient-Centric System. Women's College Hospital Institute for Health Systems Solutions and Virtual Care (WIHV). June 11, 2015.
11. <https://innovatemedtec.com/digital-health/mhealth>
12. <https://innovatemedtec.com/digital-health/big-data>
13. <https://innovatemedtec.com/digital-health>
14. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the neë millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
15. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H. *et al*. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* **15**, 194 (2015).
16. Gee PM, Greenwood DA, Paterniti DA, Ward D, Miller LM. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: a theory derivation approach. J Med Internet Res. 2015 Apr 1;17(4):e86.
17. Talboom-Kamp EP, Verdijk NA, Harmans LM, Numans ME, Chavannes NH. An eHealth Platform to Manage Chronic Disease in Primary Care:

An Innovative Approach. *Interact J Med Res*. 2016;5(1):e5. Published 2016 Feb 9.

18. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64<http://content.healthaffairs.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11816692>.
19. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
20. Ferguson Tom, Frydman Gilles. The first generation of e-patients. *BMJ*. 2004 May 15;328(7449):1148–9.
21. Gee PM, Greenwood DA, Kim KK, Perez SL, Staggers N, DeVon Holli A. Exploration of the e-patient phenomenon in nursing informatics. *Nurs Outlook*. 2012;60(4):e9–16.
22. Matney Susan, Brewster Philip J, Sward Katherine A, Cloyes Kristin G, Staggers Nancy. Philosophical approaches to the nursing informatics data-information-knowledge-wisdom framework. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34(1):6–18.
23. Siminerio Linda M. The role of technology and the chronic care model. *J Diabetes Sci Technol*. 2010 Mar;4(2):470–5.
24. Stellefson Michael, Chaney Beth, Barry Adam E, Chavarria Enmanuel, Tennant Bethany, Walsh-Childers Kim, Sriram P S, Zagora Justin. Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2013;15(2):e35.
25. Kuijpers Wilma, Groen Wim G, Aaronson Neil K, van Harten Wim H. A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *J Med Internet Res*. 2013;15(2):e37.
26. Meglic Matic, Furlan Mirjana, Kuzmanic Marja, Kozel Dejan, Baraga Dusan, Kuhar Irma, Kosir Branko, Iljaz Rade, Novak Sarotar Brigita, Dernovsek Mojca Zvezdana, Marusic Andrej, Eysenbach Gunther, Brodnik Andrej. Feasibility of an eHealth service to support collaborative depression care: results of a pilot study. *J Med Internet Res*. 2010;12(5):e63.
27. <https://www.publichealthnotes.com/what-is-e-health-its-characteristics-benefits-and-challenges/>
28. Peters, Karen E. and Glasser, Michael L. "E-health". *Encyclopedia Britannica*, 26 Nov. 2013, <https://www.britannica.com/science/e-health>. Accessed 16 June 2021.

29. Paula M Procter. Nursing and e-Health. [HealthManagement, Volume 5 / Issue 2 / 2010](https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/nursing-and-e-health). <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/nursing-and-e-health>
30. Parimbelli E, Sacchi L, Budasu R, Napolitano C, Peleg M, Quaglini S. The Role of Nurses in E-Health: The MobiGuide Project Experience. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:153-7.
31. Kicić M. E-zdravlje--savjetodavna uloga medicinskih sestara [E-health--the role of nurses]. *Acta Med Croatica*. 2014 Mar;68(1):65-9. Croatian.
32. Gagnon M, Ndiaye MA, Larouche A, *et al*. Optimising patient active role with a user-centred eHealth platform (CONCERTO+) in chronic diseases management: a study protocol for a pilot cluster randomised controlled trial *BMJ Open* 2019;9:e028554.
33. Monzani D., Pizzoli S.F.M. (2020) The Prevention of Chronic Diseases Through eHealth: A Practical Overview. In: Pravettoni G., Triberti S. (eds) *P5 eHealth: An Agenda for the Health Technologies of the Future*. Springer, Cham.
34. Paula M Procter. Nursing and e-Health. *HealthManagement, Volume 5 / Issue 2 / 2010*. <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/nursing-and-e-health>
35. van der Kleij RMJJ, Kasteleyn MJ, Meijer E, Bonten TN, Houwink EJF, Teichert M, van Luenen S, Vedanthan R, Evers A, Car J, Pinnock H, Chavannes NH. SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. *Eur J Gen Pract*. 2019 Oct;25(4):179-189.
36. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/337588/PB_25.pdf
37. https://teachsomebody.com/blog/view/QQb4XyTdWVeDWQJhFD_vQ/ehealth.-what-is-it-exactly

Përmbledhje e zgjidhjeve të E-Shëndetit në Shqipëri për të mbështetur menaxhimin e kujdesit kronik. Roli i infermierit në ndërhyrjet e shëndetit.

Objektivat e mësimi

- Njohja me efektet e E-Shëndetit në kujdesin kronik
- Njohja e zgjidhjeve të E-Shëndetit të parashikuara dhe të aplikuara në Shqipëri
- Roli i infermierit në ndërhyrjet e shëndetit digjital-implikime për kujdesin kronik

E-Shëndeti dhe efekti në kujdesin kronik

Numri i individëve me sëmundje kronike dhe multimorbiditet po rritet për shkak të plakjes së shpejtë të popullsisë dhe jetëgjatësisë më të madhe të individëve. Kjo shkakton një ngarkesë në rritje të kujdesit, e cila rezulton në një nevojë në rritje për ndryshime strukturore të sistemit të kujdesit shëndetësor. Çdo vit në të gjithë globin, 15 milion njerëz vdesin para moshës 70 vjeç nga këto sëmundje të cilat përfshijnë sëmundje kardiovaskulare, kancere, diabeti dhe mbipesha. Banka Botërore në një studim të fundit bën me dije se 93.1% e shqiptarëve janë të riskuar nga këto sëmundje [1]. Pavarësisht rritjes së jetëgjatësisë, sëmundjet kronike dhe jo të transmetueshme janë shndërruar në një kërcënim global duke bërë që vitet e fundit fokusi të jetë më i fortë në promovimin e "vetë-menaxhimit" në pacientët me sëmundje kronike. Studimet kanë treguar se pacientët që kuptojnë më shumë për sëmundjen, shëndetin dhe stilin e jetës së tyre kanë përvoja dhe rezultate më të mira shëndetësore, dhe shpesh përdorin më pak burime të kujdesit shëndetësor. Përveç aftësive të pacientëve, profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të kalojnë në një rol të mësuesit, partnerit dhe mbikëqyrësit profesional të pacientëve të tyre. Një mënyrë për të mbikëqyrur pacientët është përdorimi i shëndetit elektronik (eHealth), i cili ndihmon pacientët të menaxhojnë dhe kontrollojnë sëmundjen e tyre. Aplikimi i zgjidhjeve eHealth mund t'u sigurojë pacientëve me sëmundje kronike kujdes me cilësi të lartë, për kënaqësinë e pacientëve dhe profesionistëve të kujdesit shëndetësor, së bashku me një ulje të konsumit dhe kostove të kujdesit shëndetësor [2]. Rritja e numrit të pacientëve me sëmundje kronike dhe ngarkesa në rritje e kujdesit sjellin një nevojë në rritje për ndryshime strukturore brenda sistemit të kujdesit shëndetësor. Përdorimi i eHealth si një metodë për të zbatuar vetë-menaxhimin mund të provokojë efekte të dobishme si për pacientët ashtu edhe për kujdestarët. Përvec kësaj, Modeli i Kujdesit Kronik të Përmirësuar të E-Shëndetit

(Figura 11-3), ofron një pasqyrë në rolin e mjeteve eHealth në mbështetjen e vetë-menaxhimit për njerëzit me gjendje kronike [3]. Udhëheqësit dhe politikëbërësit në shkallë globale po inkurajojnë fuqishëm përdorimin e teknologjive eHealth. Australia, Evropa, Koreja e Jugut dhe Shtetet e Bashkuara të gjithë kanë nisma të forta eHealth që po zhvillojnë politika për përdorimin e teknologjisë së informacionit për të përmirësuar sistemet e kujdesit shëndetësor. "Iniciativa eHealth" (promovimi i politikave të fokusuara në kërkimin dhe edukimin në eHealth), Instituti i Mjekësisë (IOM), dhe Agjencia për Kërkimin dhe Cilësinë e Kujdesit Shëndetësor (AHRQ) rekomandojnë gjithashtu përdorimin e eHealth si një mjet për të mbështetur vetë-menaxhimin në sëmundjet kronike [4-6].

E- Shëndeti në Shqipëri- iniciativa

Më poshtë janë paraqitur iniciativa që mbështesin shëndetin digjital në Shqipëri. Renditja e tyre është kronologjike, nga iniciativa më e hershme te më aktualja.

1) Telemjekësia

Sipas OBSH, *"Telemjekësia është ofrimi i shërbimit mjekësor nga distanca, përmes përdorimit të teknologjisë së informacionit dhe komunikimit elektronik që mundëson shkëmbimin e informacioneve shëndetësore të dobishme për diagnozën, trajnimin dhe parandalimin e sëmundjeve dhe lëndimeve, për kërkim dhe punë shkencore, si dhe për edukim të vazhdueshëm të personelit mjekësor e gjithë kjo në interes të përmirësimit dhe zhvillimit të plotë të shëndetit të individëve dhe komuniteteve"*.

Me telemjekësinë marrin zhvillim the shërbime të tjera në funksion të kujdesit shëndetësor si telekonsulta dhe teleprezenca, edukimi në vazhdim për profesionistët e shëndetit dhe biblioteka elektronike shëndetësore.

-Telekonsulta dhe teleprezenca është përdorimi i teknologjisë së telemjekësisë për të mundësuar profesionistët shëndetësor të vlerësojnë në distancë gjendjen shëndetësore të pacientit.

- Edukimi i Vazhdueshëm Mjekësor (EMV) në distancë përfshin të gjithë ato veprimtari të EMV të cilat realizohen në kushtet kur edukuesi dhe pjesëmarrësit ndodhen në distancë dhe informacioni transmetohet nëpërmjet teknologjive të informimit dhe komunikimit.

- Biblioteka elektronike është një bibliotekë e cila grumbullon dhe ruan materialet në format elektronik në vend të formateve klasike në letër, mikrofilm ose media të ndryshme. Këto material mund të ruhen lokalisht ose në rrjetet kompjuterike në distancë dhe janë të aksesueshëm në kompjuter.

Në muajin dhjetor 2010 International Virtual E-Hospital Foundation (IVeH) në bashkëpunim me Ministrinë e Shëndetësisë dhe me Mbështetjen e USAID Albania përfunduan fazën e parë të programit të integruar të telemjekësisë dhe shëndetit elektronik në Shqipëri. Kjo fazë konsistoi në vendosjen në operim të plotë të Qendrës së Përkohshme Kombëtare të Telemjekësisë në Tiranë dhe pesë qendrave të përkohshme rajonale të telemjekësisë pranë spitaleve rajonale Kukës, Shkodër, Durrës, Korçë dhe Vlorë. Qendra e Telemjekësisë së

Shqipërisë (QTSH) funksionon në mjediset e Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë. Ajo drejtohet nga koordinatori i programit të telëmjekësisë së Shqipërisë dhe ka në përbërje një staf të kualifikuar mjekësh, specialistë të teknologjisë së informimit dhe komunikimit si dhe staf tjetër mbështetës. QTSH lidhet me qendra rajonale të telëmjekësisë me internet me bandë të gjerë dhe siguri lidhjeje 99.9%. Terminalët lokale të qendrës së telëmjekësisë së Shqipërisë vendosen pranë klinikave dhe shërbimeve të ndryshme brenda territorit të QSUNT, nëpërmjet rrjetit të fibrave optike që bashkon klinikat dhe shërbimet e QSUNT. Qendra shërben si bazë për telëmjekësinë kombëtare në Shqipëri dhe është konceptuar për të adresuar çështjet e qasjes rurale, kujdesin për pacientin, dhe të edukimit mjekësor për profesionistët e shëndetësisë. Këto qendra kanë kapacitet për tu lidhur në mënyrë elektronike me spitalet ndërkombëtare dhe universitetet mjekësore [7].

2) Strategjia Ndërsektoriale “Akhenda Dixhitale e Shqipërisë 2015-2020” ka qënë një ndër iniciativat e para për digjitalizimin e shëndetit [8]. Sipas kësaj axhende shëndeti digjital gjen mbështetje në:

Prioritetin Strategjik 2: Politika për zhvillimin e infrastrukturës TIK dhe komunikimeve elektronike në të gjithë sektorët (**shëndetësi**, arsim, mjedis, bujqësi, turizëm, kulturë, energji, transport etj. Kjo është reflektuar në:

Objektivin 4: *Përmirësimi i infrastrukturës dixhitale në sektorin e Shëndetësisë me qëllim rritjen e cilësisë së shërbimeve mjekësore nëpërmjet rritjes me 30% të e-shërbimeve.*

Sipas axhendës arritja e këtij objekti do të synohet nëpërmjet aktiviteteve të mëposhtme:

→ Ngritja e sistemit të mbledhjes dhe raportimit të të dhënave nga ofruesit e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, publik ose privat. Qëllimi i këtij sistemi është mbledhja, raportimi i të dhënave dhe standardizimi i informacionit shëndetësor që do të raportohet nga të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor, publikë dhe privatë, që ushtrojnë veprimtarinë në Republikën e Shqipërisë.

→ Ngritja e sistemit të regjistrimit dhe kontrollit të barnave. Qëllimi i këtij aktiviteti është ndërtimi i Regjistrat Elektronik për regjistrimin e kërkesave për regjistrimin e barnave mjekësore.

→ Ngritja e sistemit të i gjurmimit të barnave mjekësore (Track and Trace) si dhe i prodhimit të e-recetës. Qëllimi i këtij aktiviteti është ndërtimi i një sistemi që të gjurmohet vendndodhjen e një bari që ka një pullë të caktuar si dhe ka për qëllim të eliminojë recetat e gjeneruara në kartë me erezetën. Aksesim online nga palët e përfshira në këtë proces (mjekët, pacientët, farmacistët)

→ Ngritja e sistemit informatik për menaxhimin e spitaleve. (Hospital Information System). Qëllimi është ndërtimi i një sistemi informatik për menaxhimin e spitaleve që do të bëjë të mundur:

→ menaxhimin efikas të spitaleve nëpërmjet sistemit për menaxhimin spitalor, ADT (Admission Discharge Transfer), pranimi, shtrimi, ekzaminimet mjekësore laboratorike, kartela e pacientit, menaxhimi i shtretërve, menaxhimi i farmacive spitalore, shkarkimi i barnave të pacientët, dalja;

- përmirësim të kujdesit për pacientin ;
 - menaxhimi logjistik dhe financiar i spitalit si ndërmarrje;
 - përmirësim të efikasitetit të punës;
 - përmirësim të kontrollit të aktiviteteve spitalore.
- Ngritja e sistemit të Regjistrimit të Imunizimit dhe Inventarit të Vaksinave. Nëpërmjet këtij aktiviteti do të mundësohet zgjerimi i regjistrit elektronik për imunizimin dhe inventarizimin e vaksinave në qendrat shëndetësore.
- Ngritja e sistemit kombëtar Portal për Pacientët dhe i shërbimeve elektronike për qytetarët. Ndërtimi i Portalit Elektronik të Pacientit në të cilin do të bëhet e mundur që të shfaqet i gjithë historiku i shëndetit të shtetasit.
- Ngritja e sistemit të monitorimit të indikatorëve të performancës së sistemit shëndetësor. Ndërtimi i software-it për integrimin, konsolidimin, monitorimin e të dhënave të sistemeve të kujdesit shëndetësor dhe ndërtimi i indikatorëve dhe analizave për raportim që do të krijojë mundësinë e gjenerimit të statistikave dhe raporteve sipasfushave të aktivitetit të institucioneve të kujdesit shëndetësor. Objektivi i këtij sistemi do të jetë konsolidimi i të dhënave të institucioneve të kujdesit në një bazë të dhënash të integruar, si pjesë integrale e sistemit të statistikave dhe raporteve analitike.
- Ngritja e sistemit të menaxhimit të stafit dhe aseteve mjekësore. Ky aktivitet do të realizojë ndërtimin e një sistemi informatik për menaxhimin e stafit dhe aseteve mjekësore.
- Regjistri Elektronik Shëndetësor Kombëtar”. Qëllimi i tij është: “Sigurimi i aksesit në të dhënat shëndetësore të pacientëve, nga profesionistët e kujdesit shëndetësor në të gjithë vendin, nëpërmjet realizimit të një sistemi elektronik informacioni të sigurt.” Institucionet e parashikuara për t’u përfshirë në këtë sistem janë të gjithë spitalet rajonale, spitalet e rretheve, spitalet universitare dhe të gjithë poliklinikat e rretheve, pra rreth 78 institucione.

3) Receta Elektronike

Receta elektronike, një shërbim i cili bën pjesë në platformën e shëndetësisë elektronike, nisi fillimisht si projekt pilot gjatë 2015-ës, në 18 qendra shëndetësore dhe në 80 farmaci në Durrës. Përmes kësaj recete synohej të zëvendësohej përdorimi i recetave letër dhe në këtë mënyrë mjeku ja dërgonte recetën farmacieve elektronikisht. Nga data 1 shkurt 2017, në Tiranë nisi aplikimi i recetës elektronike me qëllimin për të eliminuar recetat letër, të përdorura për barnat e rimbursueshme dhe brenda vitit 2018 ky sistem do të shtrihej në të gjitha qarqet e Shqipërisë. Implementimi i sistemit të recetës elektronike në të gjithë skemën e Shërbimit Parësor dhe Paliativ është shtrirë në Drejtoritë Rajonale dhe Degët e Fondit në rrethet Tiranë, Kamëz –Vorë, Durrës, Fier, Shkodër, Korçë, Elbasan, Vlorë, Lushnje, Berat, Dibër, Sarandë, Gjirokastrë, Lezhë, Kukës dhe Tropojë. Ndërsa implementimi i sistemit të recetës elektronike në skemën e Shërbimit Spitalor është shtrirë vetëm pranë Qendrës Spitalore Universitare Nënë Tereza në Tiranë. Ky projekt realizohet vetëm për recetat me rimbursim dhe barnat nga Lista e Barnave të Rimbursueshme 2015 dhe funksionon për pacientët e pajisur me Kartë Shëndeti. Projekti do të realizohet vetëm në Q.SH dhe farmacitë e rrjetit të hapur që kanë kontratë me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH). Regjistri elektronik i recetave nënkupton:

Gjenerim, transmetim dhe plotësim të recetave mjekësore bazuar tek infrastruktura elektronike, gjë e cila do të mundësojë rrugën drejt zëvendësimit të recetave letër.

Receta elektronike e lejon mjekun, të krijojë dhe të transmetojë në mënyrë elektronike një recetë si dhe farmacistin të ekzekutojë në mënyrë elektronike recetën. Sistemi i E-Receta lejon Fond-in të monitorojë, kontrollojë dhe të rimbursojë recetën elektronike.

Avantazhet e Sistemit E-Receta:

- Rrit saktësinë në përcaktimin e barnave duke ndikuar në mënyrë të drejtpërdrejtë në rritjen e cilësisë dhe të kosto-efektivitetit në trajtimin e pacientëve.
- Ul mundësinë e dhënies së gabuar të barnave për pacientët dhe mundëson ndërtimin e një sistemi alert në rastet e përshkrimit jo të sakte të barit, duke u mbështetur tek udhërrefyesit dhe protokollet përkatëse të miratuara.
- Ruan historikun për sëmundjen dhe trajtimin e pacientëve, duke lehtësuar mjekun për të gjykuar trajtimin mjekësor në vazhdimësi.
- Redukton ndjeshëm kostot administrative për receten.
- Shmang abuzimet me recetat e rimbursuara.
- Bashkëvepron online me insitucionet e tjera duke shtuar efektivitetin në manaxhimin e riskut.
- Ofron për FSDKSH në kohë reale informacion dhe raporte për barnat, recetat, mjekët dhe farmacitë për qëllime monitorimi dhe rimbursimi.
- Krijon një bazë të dhënash që mund të shërbejë për studime në fushat e ekonomisë shëndetësore, farmako ekonomisë, shëndet publik, etj.
- E-Receta përdor kanalet e komunikimit të sigurtë elektronik ndërmjet mjekut, farmacistit dhe institucionit rimbursues për barna të caktuara [9].

4) Referimi Elektronik

Nëpërmjet sistemit të referimit elektronik, pacientët nuk kanë më nevojë të transferojnë nga një qendër shëndetësore në tjerën të dhënat e ekzaminimeve të tyre dhe të presin mjekun specialist. Këto rol do ta ketë mjeku i familjes përmes sistemit të ri të referimit që do të jetë online. Mjeku i familjes do të plotësojë dosjen mbi shqetësimet e pacientit dhe do ta referojë atë në mjekun specialist përkatës bashkë me informacionin e plotë. Përmes sistemit të ri elektronik të referimit do të marrin fund burokracitë, dokumentet, dhe rradhët e pritjes për pacientët që duan të kryejnë ekzaminimet. Ky system funksionon nëpërmjet mjekëve të familjes, të cilët përmes sistemit elektronik vendosin numrin personal të pacientit, plotësojnë të dhënat, krijojnë një dosje për të, rekomandimi dhe problemet shëndetësore të konstatuara. Sistemi elektronik i referimit të pacientëve përfshin të gjithë grupmoshat, dhe krijon lehtësi për popullatën aktive, duke përcaktuar fashat e orareve për kryerjen e ekzaminimeve [10].

5) Vendim Nr.405, datë 20.5.2020. Për Miratimin e Strategjisë së Zhvillimit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020-2025

Sipas kësaj strategjie janë identifikuar 9 politika prioritare për zhvillimin e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri (KSHP) si më poshtë, përfshirë dhe infrastrukturën dhe teknologjinë shëndetësore në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor (politika 3+4+5):

1. Forcimi institucional për një qeverisje më të mirë të KSHP;
2. Burimet njerëzore në sistemin e KSHP;
3. Infrastruktura dhe teknologjia shëndetësore në institucionet e KSHP;
4. Sistemi i informacionit të KSHP;
5. Shërbimet bazë të KSHP për Mbulimin Shëndetësor Universal;
6. Financimi dhe kontraktimi për Mbulimin Shëndetësor Universal;
7. Përcaktimi, pilotimi i tipeve të reja të shërbimeve dhe rishpërndarja gjeografike;
8. Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë së shërbimeve të KSHP;
9. Menaxhimi i institucioneve të KSHP [11].

Diskutime: Zgjidhje të tjera të e-Shëndetit në Shqipëri, jepni shembuj.

Roli i infermierit në ndërhyrjet e shëndetit digjital

Përfshirja e teknologjive të informacionit dhe komunikimit (TIK) në kujdesin shëndetësor ka shumë përfitime - si për pacientët ashtu edhe për infermierët. Mjetet dixhitale mund të përdoren për:

- Të mbështetet kujdesin me pacientin në qendër duke fuqizuar pacientët, duke i dhënë akses më të madh kujdesit shëndetësor dhe duke rritur kapacitetin për të arritur tek pacientët kur dhe ku ata dëshirojnë.
- Ofruar kujdes cilësor përmes monitorimit të shtuar të pacientit dhe të dhënave që mund të informojnë rrugët e kujdesit të personalizuar.
- Të zgjeruar bazën e njohurive si për infermierët ashtu edhe për pacientët duke i bërë të arritshme lehtësisht informacionet e lidhura me shëndetin.
- Të rritur efikasitetin e kujdesit duke hequr kohën e nevojshme për shkresa.
- Të zvogëluar gabimet për shkak të marrjes së informacionit për ilaçet, thjeshtimit të dorëzimeve dhe ofrimit të mundësisë për të siguruar receta elektronike.

Përdorimi i TIK -ve nga infermierët mund të ndikojë në praktikën e tyre të përgjithshme dhe të gjithë rrugëtimin të kujdesit të pacientëve. Pasi shumë tema të kujdesit infermior (p.sh., treguesit) ndikohen nga përdorimi i TIK -ve, përfshirë menaxhimin e kohës; koha e shpenzuar për kujdesin ndaj pacientit; koha e dokumentacionit; cilësia e informacionit dhe qasja; cilësia e dokumentacionit; përditësimi dhe shfrytëzimi i njohurive; autonomia e infermierit; bashkëpunim brenda dhe ndërprofesional; kompetencat dhe aftësitë e infermiereve; marrëdhëniet infermiere-pacient; vlerësimi, planifikimi i kujdesit dhe rivlerësimi; mësimdhënia e pacientëve dhe familjeve; komunikimi dhe koordinimi i kujdesit; perspektivat e cilësisë së kujdesit të ofruar; infermierët dhe pacientët të kënaqur ose të pakënaqur me digjitalizimin; komoditeti i pacientit dhe cilësia e jetës lidhur me kujdesin dhe fuqizimi [12]. Infermierët mund të përdorin formatin dixhital për t'u siguruar pacientëve udhëzimet bazë të kujdesit. Ata gjithashtu mund të ofrojnë mundësi për ndryshime për të përmirësuar

shëndetin pa e futur pacientin në zyrë për një takim. Përmes këtij lloji të kujdesit, pacientët fitojnë kontroll mbi kujdesin e tyre shëndetësor duke ofruar shumë mundësi për profesionistët e kujdesit shëndetësor, përfshirë infermierët [13]. Disa shembuj të sistemeve digjitale të shëndetit brenda infermierisë përfshijnë monitorimin elektronik, i cili kërkon që infermierët të fusin informacionin e pacientit në një pajisje iPhone, iPod ose iPad. "Në varësi të sistemit, disa nga avantazhet e kësaj mund të jenë se nëse një pacient po shënon një paralajmërim alerte, ai mund të paralajmërojë automatikisht infermierin përgjegjës dhe klinikistët e tjerë; "Mund të lejojë shikueshmëri më të madhe pasi vëzhgimet mund të shiheshin nga një ofrues i kujdesit shëndetësor në një pajisje tjetër diku tjetër, duke u mundësuar atyre të japin këshilla nga distanca nëse kërkohet, si dhe t'i paralajmërojë ata se pacienti kërkon një rivlerësim. 'Vëzhgimet elektronike gjithashtu do t'i lejonin infermierëve të shikonin trendet pa pasur nevojë të shkonin në vendndodhjen fizike për të parë dokumentacionin në letër. Disa sisteme madje mund të programohen për të identifikuar çështjet e mundshme, psh nëse një pacient mund të vuajë nga një infeksion. E -Shëndeti përbëhet nga përdorimi i një sërë mjetesh elektronike të cilat ndihmojnë vëzhgimet elektronike, regjistrimet e plota elektronike të pacientëve dhe e-recetat. Disa infermierë madje përdorin softuer që mund të marrë imazhe të ulcerave të këmbëve diabetike për të qenë në gjendje të monitorojnë shërimin [14].

Telemonitorimi i pacientëve në shtëpitë e tyre është një formë tjetër e kujdesit digjital që mund të përfshihet në një sërë programesh të menaxhimit të kujdesit dhe përdorimi i tij për menaxhimin e sëmundjeve kronike po rritet me shpejtësi. Teknologjitë e telemonitorimit të përdorura në shtëpi përfshijnë aplikacione të bazuara në ueb, video-telefona, pajisje për mesazhe, pajisje që regjistrojnë dhe transmetojnë vetëm të dhëna të shenjave vitale, dhe thirrje telefonike, përfshirë përgjigjen interaktive zanore [15].

Ndërkohë që shëndeti digjital ka sjellë të nevojshme jo vetëm edukimin dhe trajnimin e pacientëve në përdorimin e platformave të bazuara në ueb por edhe edukimin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të marrë një rol të ndryshëm në kujdes nga ai tradicional.. Për më tepër, programet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike të mbështetur nga e-Shëndeti duhet të ofrohen për një periudhë të mjaftueshme për t'u dhënë pacientëve mundësinë për të ndryshuar sjelljen e tyre, dhe më në fund të arrijnë një gjendje më të mirë shëndetësore [16].

Pavarësisht investimeve në rritje dhe interesit për e-Shëndetin për të lejuar adoptimin më të gjerë dhe sistematik të TIK -ut në kujdesin shëndetësor kronik sfidat janë të mëdha. Këto sfida lidhen me implementimin, benefitet dhe politikat.

Implementimi

Situata për zbatimin e eHealth në aspektin e disponueshmërisë së infrastrukturës, shërbimeve dhe aftësive të TIK -ut është ende mjaft e larmishme në të gjithë Evropën. Për shembull, edhe pse 27 nga 47 vende në Organizatën Botërore të Shëndetit (OBSh) Rajoni Evropian ka një sistem të regjistrimit të shëndet elektronik kombëtar, shumica e spitaleve në Bashkimin Evropian (BE) dhe vendet e asociuara (90%) nuk i lejojnë pacientët të kenë qasje në të dhënat e tyre shëndetësore dhe vetëm 9% ofrojnë çdo lloj shërbimi

telemonitorues, dhe rreth 10% e mjekëve të përgjithshëm që kanë qasje në shërbimet e tele –shëndetësisë. Nga 85 programet novatore për kujdesin e personave me multimorbiditet, secili përdorte të paktën një mjet të shëndetit digjital, pothuajse gjysma ishin integruar tashmë në sistemin e kujdesit shëndetësor por shkalla e implementimit mbetet kryesisht lokale dhe / ose rajonale. Llojet kryesore të zgjidhjeve eShëndet në programet e kujdesit kronik ishin rregjistrat elektronike, bazat e të dhënave të profesionistëve në lidhje me të dhënat e pacientëve dhe komunikimi i bazuar në TIK ndërmjet ofruesve të kujdesit.

Përfitimet

Zgjidhjet e-Shëndetit në kujdesin për pacientët me multimorbiditet ofrojnë përfitimet e mëposhtme:

- Përmirësimi i aksesit në shërbimet e kujdesit shëndetësor: veçanërisht në zonat rurale dhe të privuara me disponueshmëri të ulët (ose jo) të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, mjetet e-Shëndetit mund të mundësojnë konsultimet në distancë, terapi dhe rehabilitim.
- Rritja e koordinimit dhe integritetit të kujdesit: zgjidhjet e-Shëndetit mund të ndihmojnë në mbledhjen, ruajtjen dhe raportimin e të dhënave shëndetësore për profesionistët dhe pacientët përmes rregjistrave elektronike të shëndetit dhe të dhënave shëndetësore të pacientit. Mjetet e-Shëndetit gjithashtu mund të përmirësojnë komunikimin midis këtyre aktorëve përmes sistemit të mesazheve dhe komunikimit audio-vizual.
- Mundësimimi i vetë-menaxhimit: mbështetja e njerëzve me multimorbiditeti që jeton në shtëpi përfshin mjete që i edukon dhe fuqizon ata në kujdesin për veten. Mjetet e vetë-menaxhimit mund të sigurojnë feedback dhe të mbështesë pacientët duke kontrolluar sjelljet e tyre përballuese dhe respektimin e trajtimit.
- Mbështetja e vendimmarrjes nga klinikistët: sistemet mbështetëse të vendimmarrjes mund të lidhin dëshmitë klinike në dispozicion mbi trajtimet e përshtatshme dhe praktikat më të mira me profilin kompleks të njerëzve me multimorbiditet, duke përmirësuar cilësinë e kujdesit të ofruar.
- Mundësimi i monitorimit, analizës së rrezikut dhe ndërhyrjeve proaktive: një sistem informacioni për shtresimin e rrezikut mund të monitorojë dhe parashikojë rreziqet shëndetësore në një popullatë, si dhe mund të tregoj strategjitë e rekomanduara për parandalimin, monitorimin dhe trajtimin [17].

Ndërkohë që telemjekësia si pjesë e e-Shëndetit kontribuon ndjeshëm në ofrimin e kujdesit shëndetësor në zonat e paarritshme përmes shërbimeve të kujdesit të tilla për telestroke, telekardiologji, teledermatologji, telepediatri, telepsikiatri, and teleneonatologji. Ky mjet synon të përmirësojë qasjen në kujdes për këdo pavarësisht vendndodhjes së tij dhe ka potencialin për të zvogëluar numrin e vizitave fizike ballë për ballë [16]. Për më tepër, mund të ndihmojë në përmirësimin e organizimit të regjistratit shëndetësor me mbledhjen automatike të të dhënave dhe koordinimin më të mirë të kujdesit midis klinikistëve në vende të ndryshme [18].

Politikat

Potenciali i E-Shëndetit për kujdesin kronik nuk është mbështetur në një mënyrë sistematike dhe eksplicite nga rrymt politike aktuale. Në nivelin e BE -së, çështjet e kujdesit kronik dhe multimorbiditetit, së bashku me kujdesin e personalizuar shëndetësor dhe mjediset inteligjente brenda sektorit të e-Shëndetit, janë bërë prioritet politikash vetëm me Aksionin eHealth Plani 2012–2020. Më parë, fokusi i politikës së BE ishte në stimulimin, zhvillimin dhe zbatimin e përgjithshëm të rregjistrave elektronikë shëndetësor dhe rrjeteve të informacionit shëndetësor për të mundësuar dhe përmirësuar shkëmbimin e të dhënave shëndetësore midis ofrueve të ndryshëm të kujdesit dhe vendeve. Në nivel kombëtar, ka një interes në rritje për t'u përkushtuar ndaj e-Shëndetit në përgjithësi, por në nivel operacional ky ndikim është i përzier [17].

Referenca

1. “Revista Monitor”. <https://www.monitor.al/rritja-e-semundjeve-kronike-bb-ne-shqiperi-93-1-e-popullsise-te-prekur/>
2. Talboom-Kamp EP, Verdijk NA, Harmans LM, Numans ME, Chavannes NH. An eHealth Platform to Manage Chronic Disease in Primary Care: An Innovative Approach. *Interact J Med Res*. 2016;5(1):e5. Published 2016 Feb 9.
3. Gee PM, Greenwood DA, Paterniti DA, Ęard D, Miller LM. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: a theory derivation approach. *J Med Internet Res*. 2015 Apr 1;17(4):e86.
4. Institute of Medicine. Health literacy, eHealth, and communication: Putting the consumer first: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2009.
5. Jimison H, Gorman P, Woods S. Barriers and drivers of health information technology use for the elderly, chronically ill, and underserved: Evidence report/technology assessment No. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:09-E004.
6. Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, Gibbons MC, Berger Z, Aboumatar H, et al. Enabling patient-centered care through health information technology: Evidence report/technology assessment No. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012:12-E005.
7. <http://www.qsut.gov.al/telemjekesia/>
8. Strategjia_Axhenda_Dixhitale_e_Shqiperise_2015-2020.pdf. <https://akshi.gov.al/ep->

- content/uploads/2018/03/Strategjia_Axhenda_Dixhitale_e_Shqiperise_2015-2020.pdf
9. <https://fsdksh.gov.al/receta-elektronike/>
https://fsdksh.gov.al/ep-content/uploads/2019/10/Sisitemi_recetes_elektronike.pdf
 10. <http://oshksh.gov.al/ep-content/uploads/2019/06/statuti-i-QSH-me-highlight.pdf>
 11. VENDIMNr.405, datë 20.5.2020 PËR MIRATIMIN E STRATEGJISË SË ZHVILLIMIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI 2020-2025.
<https://qbz.gov.al/preview/f61689e7-a6b0-4e0a-95a1-ec652c465d3f/fz>
 12. Rouleau G, Gagnon MP, Côté J, Payne-Gagnon J, Hudson E, Dubois CA. Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews. *J Med Internet Res*. 2017 Apr 25;19(4):e122.
 13. The NHS Long Term Plan. January 2019.
<https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
 14. Nicola Davies. Digital nurses: Taking the NHS into the 21st century. Published: 20 December 2019.
 15. Wakefield BJ, Scherubel M, Ray A, Holman JE. Nursing interventions in a telemonitoring program. *Telemed J E Health*. 2013;19(3):160-165.
 16. Esther P.W.A. Talboom-Kamp, Noortje A. Verdijk, Marise J. Kasteleyn, Mattijs E. Numans, Niels H. Chavannes. From chronic disease management to person-centered eHealth; a review on the necessity for blended care. *Clinical eHealth*. Volume 1, Issue 1, 2018, Pages 3-7, ISSN 2588-9141,
 17. Francesco Barbabella, Maria Gabriella Melchiorre, Sabrina Quattrini, Roberta Papa, Giovanni Lamura. How can eHealth improve care for people with multimorbidity in Europe? Policy brief. ISSN 1997–8073.
 18. Henderson K, Davis TC, Smith M, King M. Nurse practitioners in telehealth: bridging the gaps in healthcare delivery. *J Nurse Pract*. 2014;10(10):845-850.
 19. Maryam Alvandi. Telemedicine and its Role in Revolutionizing Healthcare Delivery. *The American Journal of Accountable Care*, March 2017, Volume 5, Issue 1