



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



Promocioni Shëndetësor

Pjesa I-rë

Valbona Bezhani
Zamira Çabiri

CIKËL LEKSIONESH

Tetor, Tiranë 2021

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.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



Prezantimi i kursit të promocionit shëndetësor

Objektivat dhe formati i lëndës

Objektivat

Njohja e studentëve me lëndën, ngarkesën e saj, objektivat e lëndës.

Një hyrje e shkurtër për lëndën e promocionit shëndetësor, historiku i evoluimit të kësaj dege të mjeksisë në Shqipëri

Objektivat e zhvillimit dhe ku synohet të arrihet

Të njihen studentët me veprimtaritë dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor

Konceptet themelore

Termi promocion

Parimet e promocionit

Veprimtaritë dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor

Plani i Veprimit të Promocionit Shëndetësor

Përkufizimi i shëndetit sipas OBSH

Mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesë sëmundjeje apo pamundësie fizike (WHO, 2021)¹.

Përkufizimi i promocionit shëndetësor

Promocioni shëndetësor është procesi i aftësimit të individëve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin, si dhe për ta përmirësuar atë (shëndetin)". Promocioni shëndetësor në thelb merret me veprimin dhe avokacinë e determinatëve të shëndetit që janë të modifikueshëm, dhe jo vetëm me ata që lidhen me veprime të individëve siç janë sjelljet e shëndetshme dhe mënyra e jetesës, por edhe tregues të tjerë si statusi social- ekonomik, arsimi, punësimi, aksesit tek shërbimet e përshtatshme shëndetësore dhe mjedisi fizik.

Dallimi midis edukimit dhe promocionit

Edukimi shëndetësor përfaqëson qasjen e cila synon parandalimin e sëmundjeve përmes informimit, pajisjes me dije dhe njohuri racionale për mbrojtjen e shëndetit të individëve dhe popullatës në tërësi. Edukimi përfaqëson një pjesë integrale të promocionit shëndetësor ku

përfshihen vetëm masa edukative. Ndërsa, promocioni përfaqëson një koncept më gjithëpërfshirës, ku përveç edukimit përfshihen edhe metoda, strategji dhe aktivitete që synojnë përmirësimin e shëndetit. Në promocionin shëndetësor nuk përfshihen vetëm metoda edukative, por edhe masa ekonomike, financiare si dhe ndryshime legjislative në kuadër të ndërhyrjeve që implementohen. Shembulli klasik është duhanpirja. Nuk mjaftojnë vetëm aktivitetet me qëllim edukues për efektet dhe dëmet e shkaktuara nga duhanpirja, por janë të nevojshme edhe masat në fushën e promocionit të tipit, rritja e cmimeve, ndryshime në ligjet e taksimit, ndalimi i shitjes tek individët nën moshë apo ndalimi i shitjes pranë shkollave, etj.

Përkufizimi i Promocionit Shëndetësor

Periodha e ndryshimeve në vitet 1970-80 i korrespondon me përdorimin e termi "Promocion Shëndeti". Eshtë fakt se termat lidhur me konceptet dhe praktikën e promocionit shëndetësor në këto 40 vitet e fundit ka qënë shumëkuptimëshe dhe nganjëherë e pa qartë lidhur me përkufizimin, por dhe me parimet, praktikën në këtë fushë. Përgjatë viteve janë dhënë disa përkufizime për promocionin.

Në vitin 1985, **Tones** e përkufizoi promocionin shëndetësor si: **"Çfarëdo aktiviteti apo veprimtarie që synon garantimin e shëndetit"** (Hoxha, K, 2021)²

Në vitin 1982, **Dennis** e kishte përkufizuar promocionin shëndetësor në mënyrë pak a shumë të ngjashme, duke nënvizuar se **"Promocioni shëndetësor mbulon të gjitha aspektet e aktiviteteve dhe programeve që synojnë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të individëve dhe komunitetit në tërësi"** (Hoxha, K, 2021)³.

Tjetër përkufizim i më hershëm tregon se promocioni ishte **"çdo kombinim i edukimit shëndetësor dhe ndërhyrjeve organizative, politike dhe ekonomike të dizenuara për të lehtësuar adaptimin e sjelljes dhe mjedisit që do të përmirësojë ose mbrojtë shëndetin."**

Më pas **Green & Kreuter** e përkufizuan promocionin si: **"kombinimi i mbështetjeve edukative dhe ekologjike për veprime dhe kushte jetese që favorizojnë shëndetin"** (Green & Kreuter)⁴

Në këtë përkufizim "kombinimi" i referohet nevojës për të koordinuar determinantët e shumtë të shëndetit me ndërhyrjet e shumta. Termi "edukative" i referohet edukimit shëndetësor dhe termi "ekologjike" i referohet rrethanave mjedisore sociale, politike, ekonomike, organizative, rregullatore që në ndërveprim me sjelljen ndikojnë shëndetin (Hoxha, K, 2021)⁵.

Një përkufizim tjetër i promocionit shëndetësor është përcaktuar në raportin e Komitetit mbi Terminologjinë e Edukimit Shëndetësor. Komiteti e përkufizoi promocionin shëndetësor dhe parandalimin e sëmundjes si **"agregati i të gjitha aktiviteteve të hartuara për të përmirësuar shëndetin personal dhe publik përmes një kombinimi të strategjive të tilla si ajo e ndryshimit të sjelljes, edukimit shëndetësor, masat për mbrojtjen e shëndetit, përcaktimi i faktorëve të riskut, përmirësimi dhe ruajtja e shëndetit"** (Report)⁶.

Më shtator 1978, 134 vende të botës u takuan në Alma Ata, Kazakistan për Konferencën ndërkombëtare mbi Kujdesin Shëndetësor Parësor (KSHP). Kjo konferencë shënoi gjurmë në historinë e shëndetit publik dhe ishte i pari i këtij lloji që angazhoi qeveritë, punonjësit e shëndetësisë dhe të komunitetit global për të mbrojtur dhe promovuar shëndetin e popullsisë së botës përmes një qasje të Kujdesit Shëndetësor parësor (ICN, 2019)⁷. Ajo angazhoi të gjithë vendet anëtare për të punuar për parimet e "Shëndet për të gjithë 2000" sipas të cilave në vitin 2000 duhej që të arrihej nga të gjithë njerëzit në botë një nivel shëndeti që do t'i lejojë ata të bëjnë një jetë produktive sociale dhe ekonomike (MOH,2017)⁸.

Më pas në vitin 1986 u mbajtën konferencat e parë ndërkombëtare për promovimin shëndetësor u hartua në Otavë të Kanadasë, Karta e Otavës.

Në të morën pjesë OBSH, organizata të ndryshme ndërkombëtare të shëndetësisë, si dhe aktorë të tjerë të interesuar për promovimin shëndetësor.

Karta theksonte se "Promocioni shëndetësor është procesi i aftësimit të individëve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin, si dhe për ta përmirësuar atë (shëndetin)".

Duke e parë kështu, mirëqenia e plotë fizike, mendore dhe shoqërore kërkon që individët të jenë të aftë të identifikojnë dëshirat dhe nevojat, mënyrën që të aftësohen për arritjen dhe plotësimin e tyre. Shëndeti pra, shihet si një "kapital" në jetën e përditshme, dhe aspak si një "objekt" i të jetuarit.

Sipas Kartës së Otavës, shëndeti është një koncept "pozitiv", me theks drejt kapitalit fizik dhe mendor në nivel individual dhe shoqëror (Nutbeam, D. 1998)⁹. Prandaj edhe promovimi shëndetësor nuk është përgjegjësi vetëm e sektorit të shëndetësisë, por e të gjithë shoqërisë. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) ka luajtur një rol kyç në propozimin e një axhende më të gjerë për promovimin shëndetësor (Hoxha, K, 2021)¹⁰.

OBSh-ja hartoi qartë pesë parime për promovimin e shëndetit:

- 1.Promocioni shëndetësor përfshin popullatën në tërësi;
- 2.Promocioni shëndetësor fokusohet në faktorët përcaktues (ose, shkaktarë) të sëmundjeve;
- 3.Promocioni shëndetësor kombinon metoda dhe përqasje të ndryshme, por që gjithsesi plotësojnë njëra-tjetrën;
- 4.Promocioni shëndetësor ka synim kryesor përfshirjen dhe bashkëpunimin konkret dhe të drejtpërdrejtë të popullatës;

5. Punonjësit e shëndetësisë luajnë një rol të rëndësishëm në të gjitha aktivitetet e promocionit shëndetësor (WHO, 2009)¹¹.

Këto parime në fakt, ishin një thirrje për ndryshime në perspektivën dhe në pikëpamjet e përmirësimit të shëndetit të popullatës. Dy parimet e para i mëshojnë një perspektive “holistike” mbi shëndetin: në vend që të fokusohen në individët e sëmurë apo në subjektet me rrezik të lartë për zhvillimin e sëmundjeve të caktuara, punonjësit e shëndetësisë, duhet të drejtojnë vëmendjen e tyre nga popullata në tërësi, me synimin kryesor parandalimin e sëmundjeve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës në nivel komunitar. Dy parimet e fundit, nga ana tjetër, theksojnë faktin se garantimi i shëndetit të popullatës nuk është as “privilegj” dhe as detyrim vetëm i punonjësve të shëndetësisë, por është “privilegj” dhe përgjegjësi e të gjithë individëve të komunitetit. Ky parim, i pjesëmarrjes dhe bashkëpunimit aktiv të të gjithë komunitetit, përbën edhe ndryshimin rrënjësor të perspektivës dhe strategjisë për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit dhe mirëqenies së popullatës në tërësi (Puci, V 2018)¹².

Karta e Otavës mbi Promocionin Shëndetësor (Organizata Botërore e Shëndetësisë, 1986) i shqyrtoi akoma më në detaje parimet e dhe përcaktoi ndryshimet dhe metodat e nevojshme për zbatimin efektiv dhe të qëndrueshëm të këtyre parimeve (MOH, 2017)¹³.

Kështu, Karta e Otavës evokoi drejtësinë shoqërore dhe barazinë e individëve si parakushte kryesore për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit të popullatës duke theksuar se:

“Promocioni shëndetësor synon arritjen e barazisë në shëndet për të gjithë individët e komunitetit. Aktivitetet dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor synojnë reduktimin dhe zbutjen e pabarazive në treguesit shëndetësorë. të nëngrupeve të ndryshme të popullatës, si dhe në krijimin e mundësive të barabarta për të gjithë individët në mënyrë që ata të gëzojnë shëndet të plotë”. Megjithatë një deklaratë e tillë i dha promocionit shëndetësor një karakter të spikatur moral dhe politik, vetë autorët e Kartës së Otavës pranuan se, diferencat në treguesit shëndetësorë në kategori të ndryshme të popullatës rezultojnë nga mungesa e shanseve të barabarta, si dhe nga cilësia e ndryshme e mjedisit në të cilin jetojnë dhe punojnë nëngrupe të ndryshme të popullatës. Prandaj, edhe mundësi i shanseve të barabarta në jetë si dhe garantimi i mjedisi të shëndetshëm për të gjithë individët ishin edhe piketat kryesore strategjike të agjendës së Konferencës së Parë në fushën e Promocionit Shëndetësor (MOH, 2017)¹⁴.

Karta e Otavës (1986) ofron informacion më të gjerë lidhur me promocionin shëndetësor. Kështu, në këtë kartë përcaktohet se “Promocioni shëndetësor fokusohet në arritjen e barazisë për shëndet. Ndërhyrjet në promovimin e shëndetit synojnë të zvogëlojnë diferencat në gjendjen shëndetësore të njerëzve duke siguruar mundësi dhe burime të barabarta, në mënyrë që të gjithë njerëzit të kenë një shëndet sa më të mirë që të jetë e mundur (WHO, 2020)¹⁵. Kjo përfshin krijimin e një mjedisi mbështetës, rritjen e aksesit për informacion, dhe zhvillimin e aftësive dhe

mundësive për të bërë zgjedhje të shëndetshme. Njerëzit nuk mund ta arrijnë potencialin e tyre të plotë shëndetësor nëse ata nuk janë në gjendje të kenë kontroll mbi ato gjëra që përcaktojnë shëndetin e tyre. Ky qëllim duhet të synohet në mënyrë të barabartë për burrat dhe gratë. (MOH,2017)¹⁶

Faktorët që përcaktojnë shëndetin janë shumë, të tillë si ata biologjikë, socialë, ekonomikë dhe mjedisor përbëjnë determinantët e shëndetit. Duhet përmendur gjithashtu se tregues të veçantë shëndetësor ndikohen ose përcaktohen nga determinantë me natyrë të ndryshme, prandaj kjo e bën tepër të ndërlikuar përmbledhjen në një kuadër sintetik të të gjithë faktorëve të cilët përcaktojnë shëndetin apo shfaqjen e sëmundjeve te njerëzit (MOH,2017)¹⁷.

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë “Promocioni shëndetësor është procesi i aftësimit të individëve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin, si dhe për ta përmirësuar atë (shëndetin)”. Duke e parë në kurriz të arritja e një mirëqenieje të plotë fizike, mendore dhe shoqërore kërkon që individët të jenë të aftë të identifikojnë aspiratat dhe nevojat, në mënyrë që të aftësohen për arritjen dhe plotësimin e suksesshëm të tyre.

Shëndeti është një koncept që vë në dukje burimet sociale dhe personale, si edhe kapacitetet fizike të individit. Prandaj, promocioni shëndetësor nuk është përgjegjësi vetëm e sektorit shëndetësor, por shkon përtej mënyrës së shëndetshme të jetuarit deri te mirëqenia.” Promocioni shëndetësor përfshin dimensionet biologjike, sociale dhe psikologjike të shëndetit, si edhe mirëqenien, bazohet mbi parimin se problemet shëndetësore dhe zgjidhjet mund të identifikohen, dhe se mund të ndërmerren masa në nivel individ, familjeje dhe komuniteti për përmirësimin e shëndetit. Është e rëndësishme që zgjidhjet për problemet shëndetësore të jenë të përshtatura me kontekstin social-kulturor, ekonomik dhe gjeografik të vendit (MOH, 2017)¹⁸.

Promocioni shëndetësor përfshin një spektër të gjerë të faktorëve përcaktues të shëndetit dhe mirëqenies, që konceptohen më së miri nga Modeli i Shëndetit të Dahlgren dhe Whitehead (Whitehead, M.1990)¹⁹. Ky model ilustron qartësisht gamën e çështjeve dhe rrethanave që ndikojnë pozitivisht dhe negativisht mbi shëndetin dhe mirëqenien.

Faktorët përcaktues të shëndetit si mosha, gjinia, statusi social-ekonomik, punësimi, kushtet sociale dhe ekonomike, mënyrat individuale të jetesës, arsimimi, vendndodhja gjeografike dhe përkatësia etnike janë disa, ku një pjesë prej të cilëve janë nën kontrollin tonë dhe disa të tjerë jo. Diagrama mbi “Faktorët kryesorë të shëndetit” shtresëzon çështjet që përcaktojnë dhe ndikojnë shëndetin e individëve (Whitehead, M.1990)²⁰.

Çfarë përfshijnë veprimtaritë dhe programet në fushën e promovimit shëndetësor:

- **Hartim të politikave publike të shëndetshme.** Promocioni i shëndetit shkon përtej kujdesit shëndetësor. Ai e rradhit shëndetin në axhendat e politikëbërësve në të gjitha nivelet, duke u kërkuar atyre të jenë të ndërgjegjshëm për pasojat shëndetësore të vendimeve që ata marrin dhe të pranojnë përgjegjësinë e tyre për shëndetin e popullatës. Politika e promovimit të shëndetit kombinon masat legjislative, ato fiskale dhe ndryshimet organizative që të gjitha plotësojnë njëra-tjetrën,. Ky është një veprim i organizuar që çon drejt politikave shëndetësore, politikave të lidhura me të ardhurat dhe politikave sociale që nxisin barazinë në një shkallën më të lartë. Veprimet e përbashkëta kontribuojnë në sigurimin e shërbimeve dhe përfitimeve më të sigurta dhe më të shëndetshme. Politika e promovimit shëndetësor kërkon identifikimin e pengesave për adaptimin e politikave të shëndetshme publike në sektorët joshëndetësor dhe mënyrat e kapërcimit të tyre. Qëllimi duhet të jetë gjetja e zgjidhjeve më të shëndetshme dhe më të lehta për politikëbërësit (MOH,2017)²¹.

- **Krijim të mjediseve mbështetëse për shëndetin.** Shëndeti nuk ndahet nga qëllimet e tjera. Lidhjet e ngushta midis njerëzve dhe mjedisit ndërtojnë bazat për një përqaasje socio-ekologjike të shëndetit. Parimi i përgjithshëm universal si për mbarë botën ashtu edhe për vende, rajone dhe komunitete të veçanta, është nevoja për inkurajimin e mirëqwnies reciproke - kujdesin për njëri-tjetrin, për komunitetin dhe mjedisin natyror. Ruajtja e burimeve natyrore kudo në botë duhet të theksohet si një përgjegjësi globale. Mënyra e jetesës, llojet e punës dhe koha e lirë e individit, kanë një impakt domethënës në shëndet. Puna dhe koha e lirë mund të shihen si burim për shëndetin e individit. Mënyra sesi shoqëria organizon punën duhet të ndihmojë në krijimin e një shoqërie të shëndetshme. Promocioni i shëndetit ndihmon për të arritur kushte të sigurta, stimuluese dhe të pranueshme të jetesës dhe punës. Është e domosdoshme të bëhet një vlerësim sistematik i ndikimit që ka mjedisi mbi shëndetin, sepse mjedisi është në ndryshim të shpejtë veçanërisht në fushat e teknologjisë, punës, prodhimit të energjisë dhe urbanizimit prandaj edhe vlerësimi duhet të ndiqet nga marrja e masave për të garantuar përmirësimin e shëndetit të publikut. Mbrojtja e mjediseve natyrore dhe artificiale, si dhe konservimi i burimeve natyrore duhet të merren parasysh në çdo strategji të promovimit të shëndetit (MOH, 2017)²².

- **Forcim të veprimtarisë dhe pjesëmarrjes së komunitetit.** Promocioni i shëndetit punon nëpërmjet veprimeve konkrete dhe efektive në komunitet në përcaktimin e prioriteteve, marrjen e vendimeve, planifikimin e strategjive dhe implementimin e tyre për të arritur një shëndet më të mirë. Në qendër të këtij procesi është fuqizimi i komuniteteve, i pronësisë dhe kontrollit të tyre mbi përpjekjet dhe fatet e veta. Zhvillimi i komunitetit tërheq vëmendjen drejt burimeve

ekzistuese, si njerëzore dhe materiale, për nxitjen e ndihmës personale dhe mbështetjes sociale, si dhe për zhvillimin e sistemeve fleksibël për përforcimin e pjesëmarrjes dhe drejtimit të problemeve shëndetësore nga ana e publikut. Kjo kërkon në radhë të parë mundësi për të mësuar rreth shëndetit, informacion të plotë dhe të vazhdueshëm, si dhe mbështetje financiare.

- **Zhvillim të aftësive personale që promovojnë shëndetin.** Promocioni i shëndetit mbështet individin dhe shoqërinë nëpërmjet dhënies së informacionit, edukimit për shëndetin dhe forcimit të aftësive për jetën. Duke vepruar në këtë mënyrë, ai rrit mundësinë e njerëzve për të patur më tepër kontroll në shëndetin e tyre dhe në mjedis, si dhe rrit mundësinë për gjetjen e zgjidhjeve të shëndetshme. Është thelbësore që njerëzit të kenë mundësi të mësojnë gjatë gjithë jetës, për të qenë të përgatitur për gjithë etapat e saj dhe për të përballuar sëmundjet kronike dhe dëmtimet. Realizimi i këtij procesi duhet të bëhet në shkollë, shtëpi, punë dhe komunitet. Kjo veprimtari mund të realizohet nga organizma arsimore, profesionale, komerciale dhe vullnetare, si dhe brenda vetë institucioneve.

- **Rorientim të shërbimeve shëndetësore,** me theks të veçantë drejt parandalimit dhe promocionit shëndetësor Përgjegjësia për promocion shëndetësor në shërbimet shëndetësore ndahet midis individëve, grupeve komunitare, personelit mjekësor dhe institucioneve të shërbimit shëndetësor që kontribuon për shëndetin. Roli i sektorit të shëndetësisë duhet të lëvizë ndjeshëm në drejtim të promocionit shëndetësor, përveç përgjegjësisë së tij për ofrimin e shërbimeve klinike dhe trajtuese. Shërbimet shëndetësore kanë nevojë të shtrijnë “mandatin” e tyre, duke qenë të ndjeshme dhe duke respektuar nevojat kulturore. Ky “mandat” duhet të mbështesë nevojat e individëve dhe komuniteteve për një jetë më të shëndetshme, dhe të krijojë mundësi komunikimi midis sektorit të shëndetësisë dhe përbërësve të mjedisit social, politik, ekonomik dhe fizik. Rorientimi i shërbimeve shëndetësore kërkon gjithashtu një vëmendje më të madhe për kërkimet mjekësore, si dhe ndryshime në arsimimin dhe trajnimin profesional. Kjo duhet të çojë drejt ndryshimit të qëndrimit dhe mënyrës dhe organizimit të shërbimeve shëndetësore, të cilat duhet të rifokusohen në nevojat e përgjithshme të individit në tërësi. (MOH,2017)²³

Historiku i promocionit shëndetësor

Pas çlirimit që me formimin e Ministrisë së Shëndetësisë u ngrit dega e propagandës shëndetësore .

Filloi botimi në masë i materialeve shëndetësore për informimin e popullatës për problemet e kohës, si: malarja, tifo, tuberkulozi, parazitët, higjiena personale dhe ajo e ushqimit, etj. Më vonë u ngritën Qendrat Sanitare Epidemiologjike, brenda të cilave edhe sektori i veçantë i Edukimit Shëndetësor.

Në vitin 1957 u ngrit institucioni i parë qendror me varësi direkt nga Ministria e Shëndetësisë i quajtur Shtëpia e Arsimit Shëndetësor, i drejtuar nga Dr. Zisa Cikuli, i cili është konsideruar si themeluesi i Edukimit Shëndetësor në Shqipëri. Historia e zhvillimit të Edukimit Shëndetësor për disa dekada është e lidhur pazgjidhshmërisht me emrin e nderuar të Dr.Cikulit. (Hoxha, K, 2021)²⁴

Në fillim të viteve 1980, formohet Drejtoria e Edukimit Shëndetësor e drejtuar për shumë vite nga Dr. Dhimitraq Stratobërdha, i cili vazhdoi punën e filluar nga Dr. Cikuli në fushën e edukimit shëndetësor. Pavarësisht ideologjisë së sistemit komunist, në këtë periudhë u botuan shumë materiale informative që mbulonin një gamë të gjerë temash shëndetësore, jetike për kohën. Ndryshimet e mëdha pas viteve '90 u shoqëruan me ndryshime të thella edhe në fushën e edukimit dhe promocionit të shëndetit, ku ndryshoi dhe fokusi i tij. Tashmë u identifikuan partnerë ndërkombëtarë, të cilët filluan të punojnë me projekte të ndryshme në kuadër të programeve kombëtare të luftës kundër duhanit, HIV/AIDS, alkoolit, drogës, apo Programi i Promocionit Shëndetësor në shkolla.

Në vitin 1995 u fut në programin e shkollave 9-vjeçare lënda e detyruar e Edukimit Shëndetësor dhe po këtë vit rifilloi botimi i "Revistës Mjekësore".

Në vitin 1998, Drejtoria e Edukimit Shëndetësor u emërtua "Qendra Kombëtare e Edukimit Shëndetësor dhe Promocionit të Shëndetit". Kjo qendër ruajti po ato attribute derisa në fillim të mileniumit të ri u shpërbë, duke u kthyer në Departamentin e Promocionit Shëndetësor, brenda strukturës së Institutit të Shëndetit Publik (Hoxha, K, 2021)²⁵.

Sot ky departament në bashkëpunim me Drejtoritë e Shëndetit Publik vazhdon promocionin përmes programeve për të sjellë një rritje të ndërgjegjësimit të popullatës së gjerë mbi sjelljen dhe shëndetin. Një efekt tjetër i pritshëm është rritja e aksesit të popullatës në shërbimet e kujdesit shëndetësor.

Aktualisht është hartuar Plani i Veprimit të Promocionit Shëndetësor 2017-2021 i cili ka si vizion të tij: Jetë e shëndetshme dhe mirëqenie për të gjithë popullatën shqiptare.

Qëllimi i përgjithshëm është 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.

Objektivat strategjikë të këtij Plani janë : Rritja e vetëdijes së popullatës shqiptare për shëndetin dhe orientimi drejt një mënyre jetese të shëndetshme dhe përdorimit të duhur të shërbimeve shëndetësore;

Fuqizimi i mjediseve mbështetëse dhe nxitja e ndërhyrjeve efikase për zbatimin e programeve të edukimit dhe promocionit shëndetësor;

Krijimi i komuniteteve reziliente (elastike) për mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit dhe mirëqenies (MOH, 2017)²⁶.

Lënda e Promocionit shëndetësor që do zhvillojmë synon të zhvillojë njohuritë, aftësitë e studentit nëpërmjet:

- Identifikimit dhe të vlerësimit të shëndetit dhe nevojat e personave, familjeve dhe komunitetit në kontekstin e tyre kulturor, të komunikojë dhe të ndërhyjë në përparësitë.
- Vlerësimit, të menaxhojë dhe monitorojë faktorët e riskut dhe simptomat e sëmundjeve kronike dhe akute tek individët.
- Përfshirjes së individëve dhe familjeve në vendimmarrje në drejtim të promovimit dhe menaxhimit të shëndetit.
- Identifikimit të problemeve shëndetësore të familjeve për t'u siguruar që ato të trajtohen në fazë të hershme.
- Zbatimit të strategjive edukuese për të promovuar shëndetin, sigurinë dhe mirëqenien e individëve dhe familjeve.
- Ofrimit të edukimit për pacientin dhe të ndërtojë një marrëdhënie terapeutike me pacientin dhe familjen.
- Mentorimit të studentëve në promovimin e shëndetit, edukimin e pacientit dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike.
- Kryejë një vlerësim analitik të komunitetit dhe të planifikojë një fushatë të promocionit shëndetësor së bashku me palët e tjera të interesit në komunitet.

Zhvillimit të strategjive të avancuara të promocionit shëndetësor, për të zbatuar vendimmarrjen mbi baza shkencore në kujdesin shëndetësor, për të udhëhequr ndryshimet e shërbimit të kujdesit shëndetësor.

E gjithë lënda është e konceptuar të ketë 36 leksione / 10 seminare/ 8 laboratorë

Lënda përmban njohuri për promocionin shëndetësor, koncepti i tij, si ka ndryshuar dhe është përshtat deri më sot ky koncept dhe fushat në të cilat ndërhyjnë promocionit. Niveli i njohurive të studentëve do të përafrohet me nivelin e njohurive të studentëve në shkollat më të mira ndërkombëtare.

Evolucioni global drejt promocionit shëndetësor

Situata e promocionit shëndetësor në Shqipëri

Objektivat

Studentët do të njihen më gjërë me termin promocion shëndetësor, parimet dhe qasjet e tij, me situatën aktuale të promoconit shëndetësor në Shqipëri, organizimin dhe rolin e rëndësishëm në promocion të punonjësit shëndetësor në njësinë bazë të kujdesit shëndetësor.

Konceptet themelore

Termi promocion shëndetësor

Parimet e promocionit shëndetësor

Evolucioni i promocionit

Qasjet konceptuale

Globalizimi i promocionit shëndetësor

Promocioni në Shqipëri

Roli infermieror në familje për promocionin shëndetësor

Organizata Botërore e Shëndetësisë e ka përcaktuar promocionin si “Procesi i aftësimit të individëve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin, si dhe për ta përmirësuar atë (shëndetin)”. E parë në këtë kontekst ajo përpiqet ti bëjë të aftë individët të arrijnë një mirëqenie të plotë fizike, mendore dhe shoqërore si dhe kërkon që individët të jenë të aftë të identifikojnë aspiratat dhe nevojat, në mënyrë që të aftësohen për arritjen dhe plotësimin e tyre. (MOH)²⁷

Pesë janë parimet kryesore të promocionit shëndetësor sot :

(1)koncept i gjërë dhe pozitiv i shëndetit;

(2) Pjesëmarrja dhe përfshirja;

- (3) Kompetenca e veprimit dhe veprimit;
- (4) Një perspektivë e cilësimeve dhe
- (5) Barazi në shëndetësi (Dan Grabowski & al)²⁸

Në bazë të këtyre parimeve dhe natyra e promocionit është bërë më gjithpërfshirëse ,më advokuese dhe më holistike. Nëse do flasim në ditët e sotme për promocion shëndetësor do përfshijmë këto karakteristika thelbësore :

- Fuqizuese - një mënyrë pune për t'i mundësuar njerëzve që të kenë kontroll më të madh mbi vendimet dhe veprimet që ndikojnë në shëndetin e tyre.
- Pjesëmarrëse - ku njerëzit marrin pjesë aktive në vendimmarrje.
- Holistike - duke marrë parasysh ndikimet e veçanta në shëndet dhe ndërveprimin e këtyre dimensioneve ajo ndikon dhe në mirëqënien e individit, të familjes dhe të shoqërisë.
- E barabartë - sigurimi i drejtësisë së rezultateve për përdoruesit e shërbimeve.
- Ndërsektoriale - duke punuar në partneritet me agjencitë/organizatat e tjera përkatëse.
- E qëndrueshme- duke siguruar që rezultatet e aktiviteteve të promovimit të shëndetit të jenë të qëndrueshme në një afat të gjatë.
- Multisektoriale - duke punuar në një numër fushash strategjie siç janë programet, politikat.

Shkenca e mjekësisë që lidhet me shëndetin e ka filluesen e saj 2600 vite përpara Krishtit dhe për shekuj me radhë është konsideruar si fusha që merret me ruajtjen e shëndetit të njeriut ose rivendosjen e tij përmes trajtimit të sëmundjeve dhe dëmtimeve.

Por me kalimin e kohës u pa se shëndeti përcaktohej nga faktorë jo vetëm brenda sektorit shëndetësor, por edhe nga faktorë të jashtëm. Psh ndër shekuj duke qënë se nuk njiheshin mikrobet që shkaktonin sëmundjet, sidomos ato ngjitëse mendohej se shkakun specifik i shumicës së sëmundjeve konsiderohej të ishte 'miasma' (një erë, aromë e papëlqyeshme), dhe ishte e pranuar se shkak ishin varfëria, kushtet e këqija të jetesës, mungesa e arsimit, etj, ato që kontribuonin në sëmundje madje dhe në vdekje.

Termi "Promovimi i Shëndetit" u ideua në 1945 nga Henry E. Sigerist, një historiani i madh në fushën e mjekësisë, që hodhi bazat e mjekësisë sociale i cili përcaktoi katër detyrat kryesore të mjekësisë si promovimi i shëndetit, parandalimi i sëmundjeve, trajtimi i të sëmurëve dhe

reabilitimi. Deklarata e tij se shëndeti promovohet duke siguruar një standart të mirë jetese, kushte të mira pune, arsim, kulturë fizike, mjete pushimi dhe rekreacioni dhe kërkon përpjekje të koordinuara të qeverive, industrialistëve, edukatorëve dhe mjekëve. E gjithë kjo teori e tij do të gjente reflektime 40 vjet më vonë në Kartën e Otavës për promovimin e shëndetit. Vëzhgimi i Sigerist se "promovimi i shëndetit padyshim tenton të parandalojë sëmundjet, megjithatë parandalimi efektiv kërkon masa të veçanta mbrojtëse" theksoi konsideratën e dhënë për shkaqet e përgjithshme në shkaktimin e sëmundjes së bashku me shkaqet specifike, si dhe rolin e promovimit të shëndetit në adresimin e këtyre shkaqeve të përgjithshme. Me fjalë të tjera, përveç shkaqeve specifike të sëmundjes ishin dhe faktorë të tjerë që lidhen me faktorë social ekonomikë që ndikonin në ecurinë e sëmundjes. Pikërisht për adresimin e këtyre shkaqeve do të kontribuonte promovimi shëndetësor. Pothuajse në të njëjtën kohë, shkakësia e dyfishtë e sëmundjeve u pranua gjithashtu nga J.A.Ryle, Profesori i parë i Mjekësisë Sociale në Britaninë e Madhe, i cili gjithashtu tërhoqi vëmendjen për zbatueshmërinë e promovimit ndaj sëmundjeve jo ngjitëse. (Terris M.)²⁹

Megjithëse një deklaratë e tillë i dha promovimit shëndetësor një karakter të spikatur moral dhe politik, u pranua se, diferencat në treguesit shëndetësor në kategori të ndryshme të popullatës rezultojnë nga mungesa e mundësive të barabarta, si dhe nga cilësia e ndryshme e mjedisit në të cilin jetojnë dhe punojnë nëngrupe të ndryshme të popullatës. (MOH)³⁰

Edukimi shëndetësor dhe promovimi i shëndetit janë dy terma që ndonjëherë përdoren në mënyrë të ndërsjellë dhe që duket sikur mbivendosen tek njëri-tjetri. Edukimi shëndetësor ka të bëjë me sigurimin e informacionit dhe njohurive shëndetësore për individët dhe komunitetet dhe ofrimin e aftësive për t'u mundësuar individëve të miratojnë sjellje të shëndetshme vullnetarisht. Ky është një kombinim i përvojave mësimore të dizajnuara për të ndihmuar individët dhe komunitetet të përmirësojnë shëndetin e tyre, duke rritur njohuritë e tyre ose duke ndikuar në qëndrimet e tyre, ndërsa promovimi i shëndetit merr një qasje më gjithëpërfshirëse për promovimin e shëndetit duke përfshirë aktorë të ndryshëm dhe duke u përqëndruar në qasjet multisektoriale. Promovimi i shëndetit ka një perspektivë shumë më të gjerë dhe është i përshtatur për t'iu përgjigjur zhvillimeve të cilat kanë një ndikim të drejtpërdrejtë ose të tërthortë në shëndet, siç janë pabarazitë, ndryshimet në modelet e konsumit, mjediset, besimet kulturore, etj. (WHO)³¹

Pritshmëritë në rritje në shëndetin publik në të gjithë botën e shtynë OBSH -në të bashkëpunojë me Kanadanë për të organizuar një konferencë ndërkombëtare mbi Promovimin e Shëndetit në vitin 1986. Ajo u mbajt në Ottavë, dhe prodhoi jo vetëm "Kartën e Otavës për Promovimin e

Shëndetit", por gjithashtu shërbeu si një fillesë e mirë për një sërë ndërhyrjesh në këtë fushë të shkelur pak ose aspak më parë. Gjithashtu për të përhapur të gjithë eksperiencat dhe teoritë e reja në këtë fushë do shërbenin konferencat e mëvonshme kombëtare dhe ndërkombëtare mbi promovimin e shëndetit. Karta e Otavës përcaktoi Promovimin e Shëndetit si "proces i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre". Për të arritur një gjendje të mirëqënies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore, një individ ose grup duhet të jetë në gjendje të identifikojë dhe të realizojë aspiratat, të plotësojë nevojat dhe të ndryshojë ose përballojë mjedisin. Prandaj, shëndeti shihet si një burim për jetën e përditshme, jo si objektiv i të jetuarit. Kushtet dhe burimet themelore për shëndetin janë: paqja, strehimi, arsimi, ushqimi, të ardhurat, një ekosistem i qëndrueshëm, burime të qëndrueshme, drejtësi sociale dhe barazi. Kështu, promovimi i shëndetit nuk është vetëm përgjegjësi e sektorit shëndetësor, por shkon përtej stilit të jetesës së shëndetshme për mirëqenien. Ky forum bëri thirrje për avokim për veprimet shëndetësore për të adaptuar apo dhe ndryshuar dhe faktorë të favorshëm politikë, ekonomikë, socialë, kulturorë, mjedisorë, të sjelljes dhe biologjikë për shëndetin, duke u mundësuar njerëzve të marrin kontrollin e faktorëve që ndikojnë në shëndetin e tyre dhe ndërmjetësimin për veprime shumë sektoriale. Karta përcaktoi aksionin e Promovimit të Shëndetit si një ndërhyrje që:

- a) ndërton politika publike të shëndetshme që kombinon qasje të ndryshme, por plotësuese duke përfshirë legjislacionin, masat fiskale, taksat dhe ndryshimin organizativ për të ndërtuar politika që nxisin barazinë,
- b) krijojnë mjedise mbështetëse,
- c) mbështesin veprimin e komunitetit përmes fuqizimit të komuniteteve
- d) zhvillojnë aftësitë personale duke ofruar informacion, edukim për shëndetin dhe rritjen e aftësive jetësore dhe
- e) riorientimin e shërbimeve shëndetësore drejt promovimit të shëndetit nga ofrimi i shërbimeve klinike dhe kurative. (WHO)³²

Përpjekjet për promovimin e shëndetit mund të drejtohen drejt kushteve shëndetësore prioritare që përfshijnë një popullsi të konsiderueshme dhe promovojnë ndërhyrje të shumta. Kjo qasje e bazuar në çështje do të funksionojë më së miri nëse plotësohet me modele të bazuara në cilësime, që do të thotë në ndërhyrje të cilësuar dhe konkrete. Hartimet e bazuara në cilësime mund të zbatohen në shkolla, vende pune, tregje, zona banimi, etj për të adresuar problemet shëndetësore prioritare duke marrë parasysh përcaktuesit kompleksë të shëndetit siç janë mënyrat e sjelljes, besimet kulturore, praktikat, etj. duke patur parasysh shumë kontekstin social. Dizajni i bazuar në cilësime gjithashtu lehtëson integrimin e aksioneve të promovimit të shëndetit në aktivitetet shoqërore duke marrë parasysh situatat ekzistuese lokale (WHO)³³.

Psh: raporti "Perspektiva e Re mbi Shëndetin e Kanadezëve" i njohur si raporti Lalonde, botuar nga Qeveria e Kanadasë në 1974, argumentoi se sëmundjet kancerogene, sëmundjet kardiovaskulare,

sëmundjet e frymëmarrjes dhe aksidentet në trafikun rrugor nuk mund të parandaloheshin nga modeli mjekësor dhe kërkoi të zëvendësonte konceptin biomjekësor me 'Konceptin e Fushës së Shëndetit' i cili përbëhej nga katër "fusha të shëndetit"-stili i jetesës, mjedisi, kujdesi shëndetësor organizimi, biologjia njerëzore, si përcaktues të shëndetit dhe sëmundjeve (Kumar,S & GS Preetha)³⁴

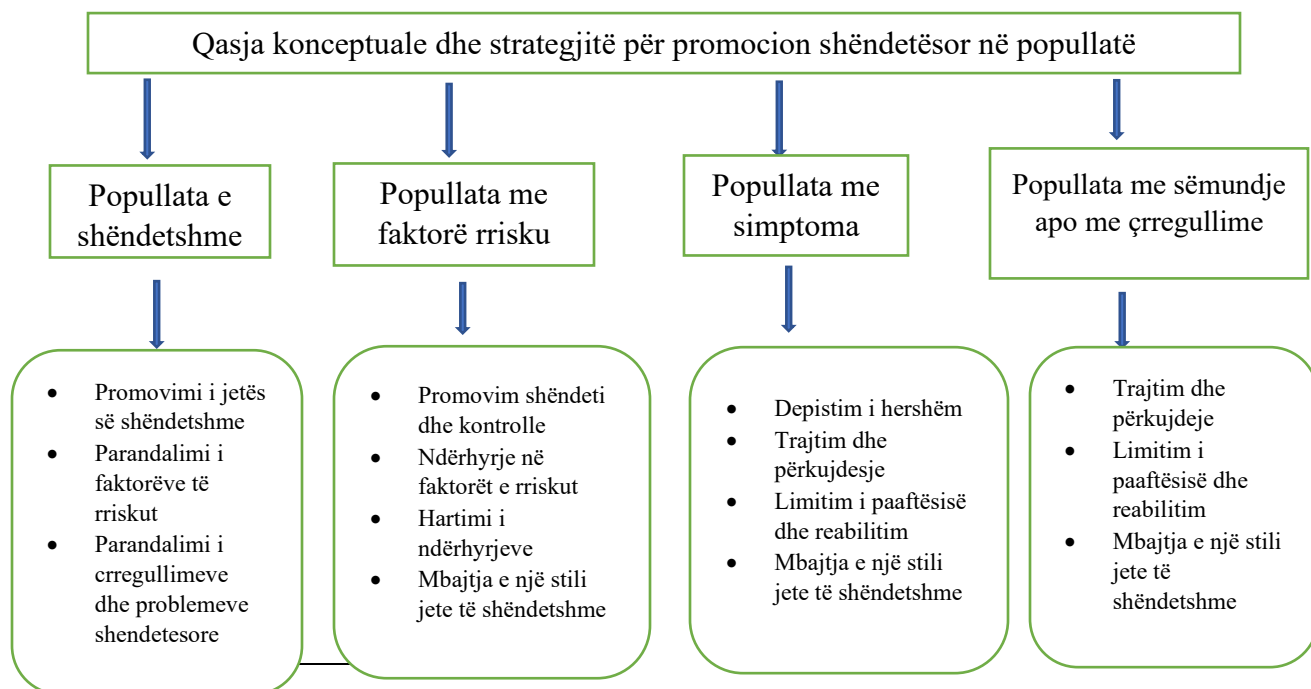
Që nga ky moment ndryshoi qasja për promovimin e shëndetit duke e parë atë si një nevojë e të gjithë popullatës.

Popullsia për çdo sëmundje mund të ndahet në katër grupe

- a) popullsi e shëndoshë,
- b) popullsi me faktorë rreziku,
- c) popullsi me simptoma dhe
- d) popullsi me sëmundje ose çrregullime.

Secila prej këtyre katër grupeve të popullsisë duhet të synohet me ndërhyrje specifike për të adresuar në mënyrë gjithëpërfshirëse nevojën e të gjithë popullatës. Shkurtimisht, ai përfshiu parandalimin fillestar për popullatën e shëndoshë në kujdesin kurativ dhe rehabilitues të popullatës me sëmundje. Parandalimi primar aspiron të krijojë dhe mbajë kushte për të minimizuar rreziqet për shëndetin. Ai përbëhet nga veprime dhe masa që pengojnë shfaqjen dhe krijimin e kushteve mjedisore, ekonomike, sociale dhe të sjelljes, modele kulturore të jetesës të njohura për të rritur rrezikun e sëmundjeve. (Last JM)³⁵

Nga pikëpamja grafike sot konceptohet në këtë mënyrë strategjia për promocionin shëndetësor në popullatë (Kumar,S & GS Preetha)³⁶



Megjithatë duke e parë këtë pasqyrim të fokusit dhe të ndërhyrjeve biem dakort që kjo nuk i takon një vendi dhe një komuniteti të caktuar. Kështu kur flasim për popullata të shëndetshme, për popullata me rrisht apo me simptoma apo çrregullime nuk mund të themi se kujt popullate i përket, kujt etnie i përket, apo kujt rrace e përket. Pra promovimi është dhe duhet të jetë global. Ndërsa globalizimi gjithnjë e më shumë ndikon në aspekte të ndryshme të jetës sonë, ne kemi filluar të kuptojmë se ka faktorë që shkojnë përtej kufijve kombëtar, duke dale jashtë kufijve të një shteti duke ndikuar si përcaktuesit e shëndetit dhe rezultateve shëndetësore. Prandaj në këtë leksion ne do të fokusohemi tek termi që po perdoret sot gjërësisht siç është 'Promovimi global i shëndetit' si një term që fokusohet në aspektin e procesit të aftësisë të njerëzve për të rritur kontrollin mbi dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre (WHO. (1986))³⁷. brenda një konteksti gjithnjë e më global.

Ekziston një pranim global që shëndeti dhe mirëqënia sociale përcaktohen nga shumë faktorë jashtë sistemit shëndetësor të një vendi apo të një shteti të cilët përfshijnë kushtet socio - ekonomike, modelet e konsumit të lidhura me ushqimin dhe komunikimin, modelet demografike, mjediset e të mësuarit, modelet e familjes, strukturën kulturore dhe shoqërore të komuniteteve; ndryshimet sociopolitike dhe ekonomike, duke përfshirë komercializimin dhe tregtinë dhe ndryshimet globale mjedisore, por dhe lëvizjen e lirë të njerëzve.

Ka nevojë të kuptohet se globalizimi, i përcaktuar si ndryshim që po intensifikon marrëdhëniet ndërkufitare levizjet e njerëzve dhe format e tjera të marrëdhënieve, tregtinë dhe financat dhe njohuritë dhe idetë, po ndikon mbi procesin e mundësisë të rritjes së njerëzve, kontrollin dhe përmirësimin e shëndetit të tyre. Për shembull:

- Promovimi i mjediseve të shëndetshme të jetesës mund të kërkojnë vëmendje më të madhe ndaj ndikimit të smogut dhe të faktorëve të tjerë ndikues në shëndet, por dhe mjediseve të sigurt për qytetarët.
- Promovimi i ushqyerjes së shëndetshme mund të kërkojë masa për të kundërshtuar marketingun global markave që tregtojnë produkte që përmbajnë lëndë të dëmshme për shëndetin nga korporatat transnacionale.
- Promovimi i kontrollit të duhanit mund të kërkojë masa për të trajtuar disponueshmërinë e cigareve kontrabandë, dhe shënjestrimi i tregjeve në zhvillim me të ardhura të ulëta dhe të mesme vende nga kompanitë transnacionale të duhanit (TTC).
- Promovimi i shëndetit seksual mund të kërkojë vëmendje më e madhe ndaj modeleve të ndryshimit të popullsisë si lëvizshmëria brenda dhe nëpër vende në formën e migrimit, turizmit, të zhvendosjes së popullsisë dhe punëtorëve migrantë sezonalë apo dhe jo sezonalë. (K Lee)³⁸

Si përmbledhje, promovimi global i shëndetit mund të përcaktohet si proces i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar shëndetin në një kontekst gjithnjë e më global. Sfida qëndron në krijimin e formave efektive të qeverisje që mbështesin përpjekje të tilla. Sipas përkufizimit, promovimi i shëndetit është konceptuar gjerësisht që të përfshijë një gamë të institucioneve shoqërore, nga organet qeveritare deri tek familjet individuale.

Për ti bërë qeveritë më të përgjegjshme, më përfshirëse si dhe më detyruese në marrjen e vendimeve dhe në ndërhyrje janë ratifikuar dhe janë nënshkruar konventa që quhen konventa kuadër në fushën e shëndetit publik dhe të promocionit shëndetësor. Kështu janë nënshkruar konventa kuadër e OBSH për kontrollin e duhanit ku të gjithë ministritë e përfshira marrin përgjegjësitë dhe u caktohen detyra.

Gjithashtu, elementë të promocionit shëndetësor janë përfshirë në mënyrë të drejtpërdrejtë apo të tërthortë në strategjitë ndërsektoriale dhe në strategjitë e Ministrisë së Shëndetësisë të miratuara siç janë :

- Strategjia kombëtare e shëndetësisë 2016- 2020
- Plani Kombëtar i Kontrollit të Kancereve 2011-2020,
- Strategjia e Kontrollit të HIV/AIDS,
- Plani Kombëtar i Ushqimit dhe Ushqyerjes 2013-2020,
- Strategjia e kontrollit të sëmundjeve joinfektive 2016-2020,
- Strategjia e parandalimit të sëmundjeve kronike 2016-2020,
- Strategjia e shëndetit riprodhues 2017-2021,
- Strategjia e sektorit shëndetësor 2017-2021
- Dokumenti politik i strategjisë për parandalimin dhe zvogëlimin e dëmeve të lidhura me alkoolin në Shqipëri (2017-2021), etj.

Një bazë e mirë për organizimin e aktiviteteve të promocionit shëndetësor ka qenë “Strategjia për shëndetin publik dhe promocionin shëndetësor” si dhe plani i veprimit të promocionit shëndetësor 2017-2021. Të dy këto dokumenta synojnë përmirësimin e shëndetit të popullatës drejt standardeve më të mira europiane sa më shpejt që të jetë e mundur, dhe për shkak të situatës aktuale objektivat ishin të kujdesshme dhe realiste. Aktivitetet planifikoheshin të drejtoheshin nga Ministria e Shëndetësisë dhe nga Instituti i Shëndetit Publik, në qendër të një rrjeti agjensish shtetërore, brenda dhe jashtë sistemit shëndetësor. Në një sërë fushash si ushqyerja e shëndetshme, shëndeti riprodhues, parandalimi i duhanpirjes etj., strategjia ka nxitur ndërhyrje të

konsiderueshme me ndikim në shëndet. Më pak ka ndikuar ajo në çështje të tilla si shëndeti mendor, aktiviteti fizik dhe parandalimi i aksidenteve rrugore. (MOH)³⁹

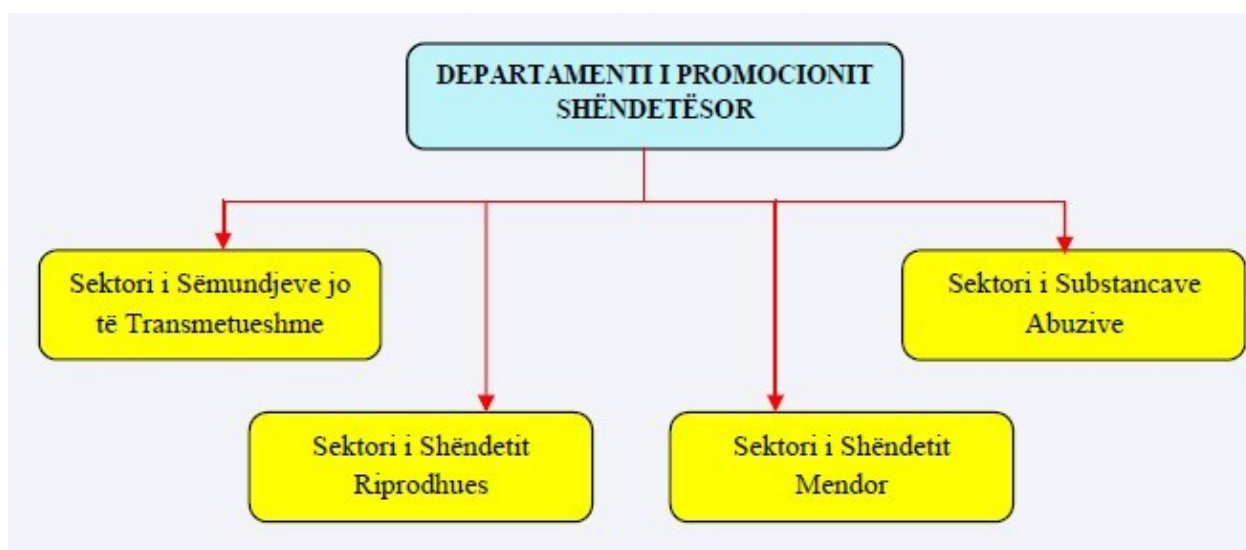
Vizioni i Promocionit shëndetësor në Republikën e Shqipërisë mbetet “Nje jetë e shëndetshme dhe mirëqenie për të gjithë popullatën” me qëllim mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit dhe mirëqenies së popullatës shqiptare përmes fuqizimit dhe përfshirjes së individëve, familjeve dhe komuniteteve në partneritet me ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe të gjithë aktorët e tjerë.

Objektivi strategjik 1: Rritja e vetëdijes së popullatës shqiptare për shëndetin dhe orientimi drejt një mënyre jetese të shëndetshme dhe përdorimit të duhur të shërbimeve shëndetësore.

Objektivi strategjik 2: Fuqizimi i mjediseve mbështetëse dhe nxitja e ndërhyrjeve efikase për zbatimin e programeve të edukimit dhe promocionit shëndetësor.

Objektivi strategjik 3: Krijimi i komuniteteve reziliente (elastike) për mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit dhe mirëqenies (MOH,2017)⁴⁰.

Ekziston një strukturë e mirëorganizuar e Promocionit shëndetësor në Institutin e Shëndetit Publik e cila funksionon si një Departament .



Ky departament përmes punës në këto katër sektorë përpiqet të përmirësojë shëndetin e njerëzve nëpërmjet rritjes së kontrollit mbi shëndetin e popullatës.

Ndërsa në Strukturat e Njësisë Vendore të Kujdesit Shëndetësor kjo strukturë funksionon si një shërbim pranë Shërbimit të Kujdesit Parësor dhe Vlerësimit të Cilësisë dhe Promocionit dhe në rregullore Neni 21 Shërbimi i Kujdesit Parësor dhe Vlerësimit të Cilësisë në “Urdhrin për

miratimin e Rregullores së brendshme për mënyrën e organizimit dhe funksionimit të Operatorit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor” dt 17.10.2019 ku pikat k,l,m lidhen me promocionin (MOH,2019)⁴¹:

k) Monitoron realizimin e detyrave të shërbimit mjekësor në shkolla dhe institucione para shkollore

l) Nxiti, përkrah dhe ndërmerr nisma për studime shkencore në fushën e edukimit shëndetësor të komunitetit;

m) organizon fushata të ndryshme sensibilizuese të parashikuara në Kalendarin Kombëtar Vjetor të Edukimit dhe promovimit shëndetësor duke u angazhuar edhe për probleme të ndryshme emergjente;

Drejtimet kryesore të punës së infermierëve në familje dhe komunitet janë:

- Rritja e ndërgjegjësimin të njerëzve për çështjet që lidhen me shëndetin dhe faktorët që kontribuojnë në shëndet.
- Ofrimi i informacionit rreth shëndetit
- Motivimi dhe bindja e njerëzve për të ndryshuar stilin e tyre të jetës për të përmirësuar shëndetin e tyre.
- Pajisja e njerëzve me aftësi dhe besim për t’i bërë këto ndryshime. (ISHP)⁴²

Të gjithë këtë nderhyrje Promovimi i shëndetit e kryen nëpërmjet: **Advokacisë**- advokaci duke paraqitur interesat e grupeve të disavantazhuara të popullatës, duke folur në interes të tyre ose duke lobuar për të influencuar politikat e ndryshme qeveritare në mbrojtje të shëndetit të këtyre grupeve.

Mundësimin- reduktimi i diferencave në statusin e shëndetit dhe sigurimi i mundësive të barabarta për të gjithë njerëzit që të arrijnë plotësisht potencialin e tyre për shëndet.

Ndërmjetësimin- koordinimi dhe bashkëpunimi ndërmjet agjencive dhe sektorëve të ndryshëm qeveritar dhe joqeveritar për të përmirësuar shëndetin e popullatës (ISHP)⁴³

Megjithatë duhet theksuar që këto struktura janë të pamjaftueshme për të zbatuar objektivat e strategjisë dhe të planit të veprimit për promovimin shëndetësor. Një armatë e madhe që punon shumë në këtë drejtim janë punonjësit e shëndetësisë të cilët luajnë një rol të rëndësishëm në të gjitha aktivitetet e promovimit shëndetësor.

Qendrat shëndetësore si struktura parësore të dhënies së shërbimit e kanë të përshkruar në kontratë dhe dhënien e shërbimit të promocionit. Në kontratën e qendrës shëndetësore të lidhur me Fondin e Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor përshkruhen detyrimet e QSH në dhënien e shërbimeve shëndetësore ku në nenin 4 “Detyrimet e QSH në dhënien e shërbimeve shëndetësore” pika 6 citon “QSH, duhet të sigurojë një përjasje të gjithanshme ndaj shërbimeve, duke përfshirë promocionin shëndetësor, parandalimin e sëmundjeve dhe programet e integruara të menaxhimit të sëmundjeve” (FSDKSH,2021)⁴⁴.

Profesionistët e shëndetit siç janë infermierët, infermier-mami duke qënë se punojnë në komunitet e kanë një pjesë të rëndësishme të punës së tyre edukim informimin e popullatës. në kontratën e tyre individuale kanë një tregues shumë të rëndësishëm performancën e tyre në punë.

Roli i infermierit në kujdesin shëndetësor parandalues është të përdorë kërkime dhe rekomandime të bazuara në dëshmi për të përmirësuar shëndetin e pacientëve, por dhe te gjithë komunitetit. ata janë në një pozicion kyç për të këshilluar pacientët e tyre në lidhje me rëndësinë e përfshirjes në sjellje të shëndetshme të jetesës, të tilla si ngrënia e një diete ushqyese, pjesëmarrja në aktivitete të rregullta fizike, marrja e gjumit adekuat, zvogëlimi i stresit dhe shmangia e duhanit dhe marrjes së tepërt të alkoolit (Alyson Ross & al,2017)⁴⁵

Infermierët mund te ngjallin dëshiren tek individit ata që të angazhohen në një mënyrë jetese të shëndetshme përmes edukimit, mentorimit dhe udhëheqjes.

Profesionistët e edukimit shëndetësor punojnë në të gjithë botën në një shumëllojshmëri mjedisesh si shkolla, vendet e punës, organizata shëndetësore, mjediseshëndetësore dhe komunitete. Sfidat e tyre është të shpërndajnë më të mirën e asaj që dihet në situata të reja. Ata,gjithashtu krijojnë dhe testojnë teoritë themelore të cilat drejojnë kërkimet dhe praktikën në shëndet publik, edukimshëndetësor dhe kujdes shëndetësor. Niveli i kërkimeve në edukimin dhe sjelljen shëndetësore është rritur ndjeshëm dydekadat e fundit dhe edukimi shëndetësor është njohur gjithnjë e më shumë si një mënyrë që arrin objektivat e shëndetit publik dhe përmirëson suksesin në ndërhyrjet e shëndetit publik dhe ato mjekësore. (Hoxha, K, 2021)⁴⁶

Meqë promocioni shëndetësor është një proces afat-gjatë, është e vështirë të përcaktohet që ndryshimet që ndodhin janë rezultat i programeve të promocionit apo të faktorëve të tjerë. Njohuritë e lidhura me shëndetin, qëndrimet dhe sjellja janë vazhdimisht të ndryshueshme, pavarësisht programeve të promocionit shëndetësor. Pikërisht këto duhet të kenë parasysh personeli shëndetësor dhe në këtë do përpiqemi të sqarojmë dhe në leksionet në vazhdim.

Promocioni shëndetësor në krahasim me parandalimin e sëmundjeve

Objektivi

Studenti do të kuptojnë parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve për të promovuar shëndetin e popullatës, llojet dhe aktivitetet parandaluese. Të bëjë dallimin midis parandalimit të sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit, të rrisin njohuritë në lidhje me strategjitë e parandalimit të sëmundjeve; disa nga metodat që përdoren.

Konceptet themelore

Promocion shëndetësor

Parandalim i sëmundjeve

Parandalim parësor, sekondar, terciar

Masat për Vlerësimin e Programeve

Masat e procesit të programit

Sipas OBSH -së, "Shëndeti është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale, dhe jo vetëm mungesa e sëmundjeve dhe dobësive" ndërsa Promovimi i shëndetit - "masat për të ruajtur dhe rritur nivelin e shëndetit publik për të siguruar mirëqenien e tij të plotë fizike, shpirtërore dhe sociale".

Programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve fokusohen në mbajtjen e njerëzve të shëndetshëm. Programet e promovimit të shëndetit synojnë të angazhojnë dhe fuqizojnë individët dhe komunitetet që të zgjedhin sjellje të shëndetshme dhe të bëjnë ndryshime që zvogëlojnë rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve kronike dhe sëmundjeve të tjera. Në leksionin e mëparshëm cituam që OBSH e ka definuar promovimi i shëndetit:

“Ai mbulon një gamë të gjerë të ndërhyrjeve sociale dhe mjedisore që janë krijuar për të përfutur dhe mbrojtur shëndetin dhe cilësinë e jetës së njerëzve individualë duke adresuar dhe parandaluar shkaqet rrënjësore të shëndetit të keq, jo vetëm duke u fokusuar në trajtimin dhe kurimin.”

(ruralhealthinfo.org)⁴⁷ Përmes ndërhyrjeve ai ndihmon individët të ndryshojnë stilin e jetës së tyre për një qasje drejt një gjendjeje të shëndetit optimal (një ekuilibër i shëndetit fizik, emocional, social, shpirtëror dhe intelektual)

Promovimi i shëndetit kërkon të përmirësojë nivelin e shëndetit në një popullatë duke parandaluar sëmundjet, duke kontrolluar rreziqet, duke përmirësuar aftësinë dhe mirëqenien e tyre. Aktivitetet e promovimit të shëndetit në përgjithësi ndahen në edukim, mbrojtje të shëndetit (mbrojtja e punëtorit nga rreziqet dhe sigurimi i ndërhyrjes së shpejtë nëse diçka shkon keq për parandalim të aksidenteve apo demtimeve) dhe parandalimi i sëmundjeve. Vendi i punës është një vend i shkëlqyer për të promovuar shëndetin, në të mirë të të gjithë shoqërisë. Për këtë arsye, Organizata Botërore e Shëndetit ka zhvilluar shumë qasje të sofistikuara për promovimin e shëndetit bazuar në edukimin, parandalimin e sëmundjeve dhe rritjen e aftësive në vendin e punës, bazuar në njohjen e përcaktuesve të shëndetit dhe ndërhyrjet bazuar në një model se si ata punojnë së bashku i njohur si koncepti i fushës së shëndetit. Karta e Otavës e vitit 1986 është një dokument kyç që bashkoi qasjen e OBSH -së dhe e lidh atë me fuqizimin e punonjësit, i cili inkurajohet të marrë përgjegjësinë për shëndetin e tij / saj.

Aktivitetet e promovimit të shëndetit marrin shumë forma, por përgjithësisht synojnë stërvitjen dhe aktivitetin, dietën, parandalimin e kancerit, lënien e duhanit dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike përmes programeve të mirëqenies. (René Mendes, Elizabeth Costa Dias)⁴⁸

Mjekësia parandalues po rritet në popullaritet pasi njerëzit kërkojnë të përmirësojnë shëndetin dhe mirëqenien e tyre të përgjithshme duke bërë zgjedhje më të mira. Infermierët janë përfshirë shumë në këtë përpjekje, pasi shëndeti parandalues mund të zvogëlojë dhe parandalojë sëmundjet. Parandalimi i sëmundjeve: aktivitetet e ndërmarra për të shmangur shfaqjen e një sëmundjeje ose dëmtimi dhe minimizimin e pasojave. Synuar për të parandaluar sëmundjet e ardhshme. Mbrojtja e shëndetit: masa mjedisore ose rregullatore që i japin mbrojtje grupeve të popullsisë (Smith PG, Morrow RH, Ross D)⁴⁹

Në shërbimet e shëndetit publik parandalimi konsiston në:

Parandalimi publik do të thotë që në vendin e punës të krijohen kushte të shëndetshme dhe të sigurta për punë dhe jetesë.

Parandalimi mjekësor - një grup masash të zbatuara përmes sistemit shëndetësor.

Parandalimi mjekësor, nga ana tjetër, shpesh ndahet në parandalimin parësor (parandalimi i sëmundjeve në radhë të parë, për shembull përmes ujit të pastër ose imunizimit kundër sëmundjeve infektive), parandalimi dytësor (zbulimi i hershëm i sëmundjes në një fazë kur ajo mund të trajtohet ose të kufizuar, përmes mbikëqyrjes periodike të shëndetit) dhe parandalimit

terciar (parandalimi i aftësisë së kufizuar, për shembull duke ofruar shërbime rehabilitimi pas një dëmtimi). (René Mendes, Elizabeth Costa Dias) ⁵⁰

Kujdesi shëndetësor është kujdesi dhe trajtimi i ofruar nga profesionistët më shpesh pas shfaqes së shenjave dhe gjate sëmundjes. Këta profesionistë janë të kualifikuar nga subjektet licencuese për të siguruar këtë kujdes dhe riparim.

Parandalimi është zvogëlimi i rreziqeve në mundësinë e tyre. Për shembull, kur ndodh një zjarr në një ndërtesë, parandalimi është akti i miratimit ose zbatimit të kodeve të ndërtimit për izolimin, sigurimin e kapaciteteve të përshtatshme të dhomës, shënimin e qartë të daljeve, etj.

Promocioni i shëndetit është një proces që i mundëson komunitetit të krijojë ngritje të kapaciteteve në mënyra që shtrihen përtej riparimit dhe zvogëlimit të rrezikut.

Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit ndajnë shumë qëllime, dhe ka mbivendosje të konsiderueshme midis funksioneve. Në nivelin konceptual, është e dobishme të karakterizohen shërbimet për parandalimin e sëmundjeve si ato të përqendruara kryesisht në sektorin e kujdesit shëndetësor, dhe promovimi i shëndetit shërbimet si ato që varen nga veprimet ndërsektoriale dhe/ose kanë të bëjnë me përcaktuesit socialë të shëndetit. (WHO)⁵¹

Për të demonstruar pikërisht diferencën midis parandalimit të sëmundjeve dhe promocionit shëndetësor na vjen në ndihmë kjo tabelë: (Stachenko, S & Jenicek)⁵²

Promocioni shëndetësor	Parandalimi i sëmundjeve
Shëndeti = pozitiv, konceptim multifaktorial i tij	Shëndeti = mungesë e sëmundjes
Ky model i shëndetit mbështetet në pëlqimin e pacientëve	Model mjeksor
Ky model është i drejtuar për të gjithë shoqërinë dhe mjedisin e saj	Kryesisht i drejtohet grupeve të popullatës me risk të lartë
Ka të bëjë me shumëllojshmerinë e problemeve	Ka të bëjë me patologjitë specifike
Propozon masa stimuluese për popullatën	Realizon masa të drejtperdrejta në praktikë
Sjell ndryshime në shëndetin e njerëzve dhe në mjedis	Përqendrohet në individë të veçantë ose grupe të veçanta
Përdorin kryesisht organizata jo mjeksore apo grupe të shoqërisë civile	Përdorin mjekë specialistë nga specialitete të ndryshme

Duket se ekziston një ndryshim në praktikë, por edhe në ide midis aktiviteteve profesionale të parandalimit të sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit. Nëse vlen apo jo ky dallim ka të bëjë me të paktën dy gjëra:

Së pari, ka të bëjë me konceptin e shëndetit dhe konceptin e sëmundjes. A janë logjikisht të ndryshëm (dhe të lidhur vetëm në mënyrë kauzale), apo janë vetëm dy ekstreme në një dimension? Në fakt në të dyja rastet dhe në promocion dhe në parandalim nuk kemi të sëmurë. Ndoshta në parandalim mund të kemi një rast që ka faktorë rrisht për sëmundje por nuk është i sëmurë. Në këtë rast promocioni do ta ndihmojë që me sjelljen e tij të eliminojë këtë faktor rrisht. Pra nuk janë antagonistë me njëri tjetrin, por përkundrazi.

Së dyti, ka të bëjë me praktikën e profesionistëve. A janë metodat dhe strategjitë e përdorura në promovimin e shëndetit të ndryshme nga ato të përdorura në parandalimin e sëmundjeve dhe a janë objektivat, p.sh. e gjithë popullsia, nën-popullatat, komunitetet, grupet e rrishtit, ku kërkohen metoda dhe strategji të ndryshme?

Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit kërkojnë metoda dhe strategji të ndryshme. Dallimet në zgjedhjen e objektivit për ndërhyrje kanë arsye të tjera, p.sh. përkatësia profesionale dhe supozimet etike. (Tengland, Per-Anders)⁵³

Parandalimi i sëmundjeve ndryshon nga promovimi i shëndetit sepse përqendrohet në përpjekjet specifike që synojnë zvogëlimin e zhvillimit dhe ashpërsisë së sëmundjeve kronike dhe sëmundjeve të tjera. (ruralhealthinfo.org)⁵⁴

Organizata Botërore e Shëndetit (OBSh) identifikon tre lloje të parandalimit të sëmundjeve: parësore, sekondare dhe terciare të cilët mund të merren parasysh në varësi të gjendjes shëndetësore, pranisë së faktorëve të rrishtit për sëmundjet. Termi "parandalim parësor" i referohet parandalimit të faktorëve të rrishtit në mesin e një popullate të shëndoshë, "parandalimit dytësor" - parandalimit të zhvillimit të sëmundjeve në prani të faktorëve të rrishtit, "parandalimit terciar" - parandalimit të përparimit të sëmundjeve në mënyrë që të shmangur paaftësinë dhe vdekjen e parakohshme.

1. **Parandalimi parësor** - një sistem masash për të parandaluar shfaqjen dhe ndikimin e faktorëve të rrishtit për zhvillimin e sëmundjeve (vaksinimi, mënyra racionale e punës dhe pushimit, ushqimi me cilësi racionale, aktiviteti fizik, mbrojtja e mjedisit, etj.). Një numër ndërhyrjesh parandaluese parësore mund të zbatohen në shkallë kombëtare, por mund të ndërhyet dhe në grupmosha të caktuara apo dhe në komunitete të veçanta. Kështu përmes shembullit një organizatë jo qeveritare ka bërë një studim në një komunitet të caktuar dhe ka vënë re që ato kanë një rritje të sëmundshmërisë për shkak se kanë nivel shumë të ulët të

vaksinimit që mbron nga kjo sëmundje në krahasim me popullatën tjetër. Në këto kushte fillohet një fushatë promovimi për të rritur shkallën e vaksinimit.

2. **Parandalimi sekondar** është një kompleks masash që synojnë eliminimin e faktorëve të shprehur të rrezikut, të cilat në kushte të caktuara (stresi, dobësimi i imunitetit, stresi i tepërt në çdo sistem tjetër funksional të trupit) mund të çojnë në shfaqjen, përkeqësimin dhe rikthimin e sëmundjeve. Metoda më efektive e parandalimit sekondar është ekzaminimi mjekësor si një metodë gjithëpërfshirëse e zbulimit të hershëm të sëmundjeve, vëzhgimit dinamik, trajtimit të drejtuar, shërimit racional. Një shembull konkret i parandalimit sekondar është fushata e Check up ku popullata mbi 45 vjeç depistohet përmes ekzaminimeve për sëmundje të fshehura me qëllim trajtimin e hershëm apo dhe parandalimin e sëmundjeve.

3. **Parandalimi terciar** ka qëllim rehabilitimin social (formimi i besimit në përshtatshmërinë e tij shoqërore), punës (aftësia për të rivendosur aftësitë e punës), psikologjike (restaurimi i aktivitetit të sjelljes) dhe mjekësor (rivendosja e funksioneve të organeve dhe sistemeve të trupit) (Kaldybekovna, M,Sh) ⁵⁵

Parandalimi terciar synon të zbusë ndikimin e një sëmundjeje ose dëmtimi të vazhdueshëm që ka efekte të qëndrueshme.

P.sh programe të rehabilitimit kardiak ose goditje në tru, programe të menaxhimit të sëmundjeve kronike (p.sh. për diabetin, artritin, depresionin, etj.), ose programet e rehabilitimit profesional për të ritrajnua punëtorët për punë të reja kur ata të jenë shëruar sa më shumë që të jetë e mundur.

Nëse do ta paraqesim në mënyre skematike këtë ndërhyrje (Elena Shipkovenska) ⁵⁶

Promocioni shëndetësor	Parandalimi	Parandalimi primar	Parandalimi sekondar -Diagnozë e hershme -Eficencë e trajtimit	Parandalimi terciar -Kujdesi pas trajtimit dhe më pas -Rehabilitimi
------------------------	-------------	--------------------	--	---

Programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve shpesh adresojnë përcaktuesit shoqërorë të shëndetit, të cilët ndikojnë në sjelljet e rrezikshme të modifikueshme. Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë kushtet ekonomike, sociale, kulturore dhe politike në të cilat njerëzit lindin, rriten dhe jetojnë që ndikojnë në gjendjen shëndetësore. Sjelljet e rrezikshme të modifikueshme përfshijnë, për shembull, përdorimin e duhanit, zakonet e keqja të ngrënies dhe mungesën e aktivitetit fizik, të cilat kontribuojnë në zhvillimin e sëmundjeve kronike.

Aktivitetet tipike për promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve dhe programet e mirëqenies përfshijnë:

Komunikimi: Rritja e ndërgjegjësimit për sjelljet e shëndetshme për publikun e gjerë. Shembuj të strategjive të komunikimit përfshijnë njoftimet e shërbimeve publike, panaiet shëndetësore, fushatat e mediave masive dhe gazetatat.

Edukimi: Fuqizimi i ndryshimeve dhe veprimeve të sjelljes përmes rritjes së njohurive. Shembuj të strategjive të edukimit shëndetësor përfshijnë kurse, trajnime dhe grupe mbështetëse.

Politika, Sistemet dhe Mjedis: Bërja e ndryshimeve sistematike - përmes ligjeve, rregullave dhe rregulloreve të përmirësuara (politika), sistemeve funksionale organizative dhe mjedisit ekonomik, social ose fizik - për të inkurajuar, vënë në dispozicion dhe mundësuar zgjedhje të shëndetshme. (ruralhealthinfo.org)⁵⁷

Masat për Vlerësimin e Programeve të Promovimit të Shëndetit dhe Parandalimit të Sëmundjeve

Programet për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve mbledhin të dhëna për të dokumentuar ndryshimet dhe vlerësuar efektivitetin. Përmes studimeve të ndryshme, apo dhe mbledhjes dhe analizimit të të dhënave bëhet vlerësimi i situatës. Një vlerësim efektiv gjurmon ndryshimet me kalimin e kohës duke mbledhur të dhëna në fillim të programit dhe pas zbatimit të programit. Të dhënat që mbledhen pas zbatimit të programit krahasohen me të dhënat përpara ndërhyrjes për të parë impaktin e ndërhyrjes.

Kur identifikohen masat e vlerësimit për promovimin e shëndetit dhe programet e parandalimit të sëmundjeve, është e rëndësishme të merret parasysh fokusi i programit, nevojat e komunitetit ose financuesve, afati kohor dhe trajnimi i disponueshëm për përmbushjen e qëllimeve të programit. Masat shëndetësore të popullsisë mund të përdoren gjithashtu në vlerësim. Masat e zakonshme të përdorura në promovimin e shëndetit dhe programet e parandalimit të sëmundjeve përfshijnë:

- Të dhënat e pjesëmarrësve
- Të dhënat demografike: të tilla si mosha, gjinia, raca/etnia, të ardhurat e arritjeve arsimore dhe gjuha parësore e folur.
- Shenjat biologjike: të tilla si lartësia, pesha, indeksi i masës trupore (BMI), presioni i gjakut, kolesterolit, etj.
- Statusi shëndetësor: të tilla si sëmundjet, dëmtimet, stresi, paaftësia, faktorët e rrezikut dhe gjendja e perceptuar shëndetësore.
- Historia mjekësore: të tilla si përdorimi i ilaçeve, vizitat e mjekut dhe shtrimet në spital.

- Njohuri: të tilla si shqetësimet shëndetësore, rreziku i perceptuar dhe reagimet për zbatimin e programit. (ruralhealthinfo.org)⁵⁸

Treguesit e procesit të një programi të parandalimit dhe promovimit

Numri i pjesëmarrësve që përfundojnë programin

Numri i pjesëmarrësve që marrin pjesë në shfaqjet ose vlerësimin e rrezikut

Numri i pjesëmarrësve që marrin pjesë në edukimin shëndetësor ose zhvillimin e aktiviteteve të aftësive

Numri i pjesëmarrësve që marrin dhe ndjekin referimet

Numri i pacientëve të regjistruar në programet e promovimit të shëndetit ose parandalimit të sëmundjeve

Numri dhe llojet e materialeve edukative të prodhuara për programin

Numri i aktorëve kryesorë të përfshirë në program

Numri i njerëzve të vetëdijshëm për mesazhet e programit dhe synojnë të ndërmarrin veprime

Numri i politikave të zhvilluara, ndërhyrjeve për përmirësimin e situatës

Llojet e aktiviteteve dhe cilësimet e programit

Numri dhe karakteristikat e stafit që ofron programin

Shkalla në të cilën aktivitetet zbatohen sipas planit të programit

Llojet e burimeve dhe kontributeve të siguruar nga grupet e interesit

Kosto për të përfunduar aktivitetet e lidhura me programin

Masat e rezultateve të pjesëmarrësve/komunitetit mund të vlerësojnë:

- Gjendja e perceptuar shëndetësore
- Shënuesit biometrikë
- Sjelljet e shëndetshme
- Përhapja e faktorëve të rrezikut ose sëmundjeve
- Shpenzimet e kujdesit shëndetësor
- Politikat
- Kushtet mjedisore
- Njohuritë dhe aftësitë

Vlerësimi në programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve mund të përdoret për të dokumentuar efektivitetin dhe ndikimin e një programi duke vlerësuar cilësinë, koston dhe ndikimin ose për të identifikuar fushat e përmirësimit duke mbledhur informacion

gjatë zbatimit të programit për të përcaktuar nëse objektivat e programit janë përmbushur. Vlerësimi mund të sigurojë një nivel të transparencës dhe llogaridhënies që inkurajon mbështetjen e komunitetit dhe informon vendimet e politikave.

Ekzistojnë disa teori, strategji dhe modele që mund të përdoren për të informuar programet e promovimit të shëndetit rural dhe parandalimin e sëmundjeve. Komunitetet mund t'i përdorin këto teori, strategji dhe modele për të zhvilluar dhe zbatuar programe që fuqizojnë dhe motivojnë njerëzit të përmirësojnë dhe menaxhojnë më mirë shëndetin e tyre. Teoritë dhe strategjitë mund të zbatohen gjatë planifikimit të programit për të siguruar integrimin e qasjeve të promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve për të përmirësuar shëndetin e popullatës. (Stoto MA, Behrens R, Rosemont C)⁵⁹ Modelet mund të shërbejnë si kornizë për organizimin e aktiviteteve të promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve.

Programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve shpesh integrojnë komponentë të teorive të ndryshme dhe përdorin më shumë se një strategji për të arritur qëllimet e tyre.

Sot në botë po përdoren gjërësisht Teoria e Veprimit të Arsjetuar/Sjellja e Planifikuar që ne do ti diskutojmë dhe me pas në një temë tjetër që është Teoria e ndryshimit të sjelljes, megjithatë të thjeshtësuar për të kuptuar se si ndikon promovimi dhe parandalimi në sjelljen e individit.

Dy teori të lidhura ngushtë - Teoria e Veprimit të Arsjetuar dhe Teoria e Sjelljes së Planifikuar - sugjerojnë që sjellja shëndetësore e një personi përcaktohet nga qëllimi i tij për të kryer një sjellje. Synimi i një personi për të kryer një sjellje (qëllimi i sjelljes) parashikohet nga :

- 1) qëndrimi i një personi ndaj sjelljes dhe
- 2) normat subjektive në lidhje me sjelljen.

Normat subjektive janë rezultat i mjedisit shoqëror dhe mjedisor dhe kontrollit të perceptuar të një personi mbi sjelljen. Në përgjithësi, qëndrimi pozitiv dhe normat subjektive pozitive rezultojnë në kontroll më të madh të perceptuar dhe rrisin gjasat e synimeve që udhëheqin ndryshimet në sjellje.

Teoria e Veprimit të Arsjetuar/Shembuj të Sjelljes së Planifikuar është një program promovimi i shëndetit i zbatuar në zonat rurale jugperëndimore të Virxhinias. Qëllimi i programit është të zvogëlojë konsumin e pijeve të ëmbla me sheqer tek të rriturit. Strategjia e ndërhyrjes bazohet në

Teorinë e Sjelljes së Planifikuar dhe përfshin edukimin përmes klasave të grupeve të vogla dhe metodave të mësimdhënies.

Një program tjetër për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës u krijua për gratë në zonat rurale, Hapa të Lehta për parandalimin e kancerit të qafës së mitrës është një program parandalimi i kancerit të qafës së mitrës i krijuar për gratë në zonat rurale, Appalachian Kentucky. Komponentët e programit përfshijnë strategji për të rritur njohuritë dhe modifikuar qëndrimet, besimet dhe sjelljet, duke përdorur Teorinë e Sjelljes së Planifikuar si udhëzues.

Natyra shumëdimensionale e promocionit shëndetësor

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë kushtet dhe burimet themelore, strategjitë e ndërhyrjes në promocion, veprimtarinë e promocionit, natyrën shumëdimensionale të promocionit si dhe mjediset në të cilat zhvillohet edukimi dhe promocioni. Ato do të arrijnë të kuptojnë dallimet midis promocionit dhe edukimit shëndetësor.

Konceptet themelore

Promocion shëndetësor

Strategjia e promocionit

Natyra shumëdimensionale e promocionit

Mjedise të promocionit

Promovimi i shëndetit siç tashme e njohim është “procesi i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre”. Për të arritur një gjendje të mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale, një individ ose grup individësh duhet të jenë në gjendje të identifikojnë dhe të realizojnë aspiratat, të plotësojnë nevojat dhe të ndryshojnë mjedisin. Prandaj në këtë kontekst shëndeti shihet si një burim për jetën e përditshme, jo si objektiv i të jetuarit. (WHO)⁶⁰ Shëndeti është një koncept pozitiv që thekson burimet shoqërore dhe personale, si dhe kapacitetet fizike. Prandaj, promovimi i shëndetit nuk është vetëm përgjegjësi e sektorit shëndetësor, por shkon përtej stilit të shëndetshëm të jetës në mirëqënie.

Kushtet dhe burimet themelore për shëndetin sipas Kartës së Otavës janë:

- paqe,
- strehë,
- arsim,
- ushqim,
- të ardhura,
- një eko-sistem i qëndrueshëm,

- burime të qëndrueshme,
- drejtësia sociale dhe barazia. (Hoxha, K)⁶¹

Siç shihet në shëndet ndikojnë dhe shumë faktorë dhe të përmiresosh apo të ruash shëndetin do të thotë të kesh të siguruara dhe të përmbushur pikërisht këto parakushte themelore. Pra në shëndet ndërhyjnë shumë aktorë socialë ekonomikë, ambjentalë dhe ligjorë.

Shëndeti është një burim për jetën e përditshme, jo objekt i jetesës (WHO)⁶².

Sipas Kartës së Otavës 1986, shëndeti është një koncept pozitiv”, me theks drejt kapitalit fizik dhe mendor në nivel individual dhe shoqëror (WHO)⁶³. Prandaj edhe, promovimi shëndetësor nuk shihet si një përgjegjësi vetëm e sektorit të shëndetësisë, por e të gjithë shoqërisë (MOH)⁶⁴. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) ka luajtur një rol të rëndësishëm në propozimin e një axhende gjithëpërfshirëse për promovimin shëndetësor.

Asambleja Botërore e Shëndetësisë, lançoi nismën "Shëndet për të gjithë 2000" dhe angazhoi të gjithë vendet anëtare për të punuar për synimet që në vitin 2000 duhej që të arrihej nga të gjithë njerëzit në botë një nivel shëndeti që do t'i lejonte ata të kishin një jetë produktive sociale dhe ekonomike.

OBSh-ja hartoi qartë strategjinë e ndërhyrjeve në vitin 1979 me pesë parime për promovimin e shëndetit: (WHO)⁶⁵

1. Promocioni shëndetësor përfshin popullatën në tërësi;
2. Promocioni shëndetësor fokusohet në faktorët përcaktues (ose, shkaktarë") të sëmundjeve;
3. Promocioni shëndetësor kombinon metoda dhe përqasje të ndryshme, por që gjithsesi plotësojnë njëra-tjetrën;
4. Promocioni shëndetësor ka synim kryesor përfshirjen dhe bashkëpunimin konkret dhe të drejtpërdrejtë të popullatës;
5. (Megjithatë), punonjësit e shëndetësisë luajnë një rol të rëndësishëm në të gjitha aktivitetet e promovimit shëndetësor (WHO)⁶⁶.

Këto parime synonin një ndryshim në perspektivën e përmirësimit të shëndetit për popullatën. Dy parimet e para japin një perspektivë “holistike” mbi shëndetin, duke u fokusuar në përgjithësi tek popullata e gjërë në vend që të fokusohen tek individët e sëmurë apo në personat me rrezik të lartë për të zhvilluar sëmundje të caktuara. Vëmendja e punonjësve të shëndetësisë, duhet të drejtohet nga popullata në tërësi, me synimin kryesor parandalimin e sëmundjeve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës në nivel komunitar. Ndërsa parimi i tretë dhe i katërt nga ana tjetër, theksojnë faktin se garantimi i shëndetit të popullatës nuk është as “privilegj” dhe as detyrim vetëm i punonjësve të shëndetësisë, por duhet parë si një “privilegj” dhe përgjegjësi e të gjithë individëve të komunitetit. Parimi i pjesëmarrjes aktive dhe i bashkëpunimit të komunitetit, përbën edhe ndryshimin rrënjësor të perspektivës dhe strategjisë për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit dhe mirëqenies së popullatës në tërësi. Karta e Otavës mbi Promocionin Shëndetësor (Organizata Botërore e Shëndetësisë, WHO 1986) i shqyrtoi akoma më në detaje parimet e përcaktuara dhe përcaktoi strategjitë dhe metodat që nevojiteshin për zbatimin efektiv dhe të qëndrueshëm të këtyre parimeve.

Dhe i fundit nga rradha, por jo nga rëndësia ishte parimi që rolin kryesor në implementimin e kësaj strategjie do të ishin punonjësit e shëndetësisë, mjekë dhe infermierë.

Kështu, Karta e Otavës solli në vëmendje barazinë e individëve dhe drejtësinë shoqërore si kushte për përmirësimin e qëndrueshëm të shëndetit të popullatës duke synuar që aktivitetet dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor të arrijnë sa me shumë reduktimin dhe zbutjen e pabarazive në treguesit shëndetësorë, të grupeve të ndryshme të popullatës sidomos këtu do të kemi parasysh personat me aftësi të kufizuara, grupet etnike, personat me status social ekonomik të ulët, etj, si dhe në krijimin e mundësive të barabarta për të gjithë individët në mënyrë që ata të gëzojnë shëndet të plotë”. (WHO)⁶⁷ Megjithatë një deklaratë e tillë i dha promocionit shëndetësor një karakter të tillë të spikatur moral dhe politik, ishte e gjithëpranuar se diferencat në treguesit shëndetësorë në kategori të ndryshme të popullatës rezultonin nga mungesa e shanseve të barabarta, si dhe nga cilësia e ndryshme e mjedisit në të cilin jetojnë dhe punojnë nëngrupe të ndryshme të popullatës. (A. Woodward and I. Kawachi)⁶⁸

Prandaj, edhe mundësimi i shanseve të barabarta në jetë si dhe garantimi i mjedisit të shëndetshëm për të gjithë individët ishin dhe janë dhe sot piketat kryesore strategjike të axhendës së Konferencës së Parë në fushën e Promocionit Shëndetësor në vitin 1986.

Nga ana tjetër, kjo Kartë paraqet interes të veçantë edhe për faktin se përpiqet të shpjegojë qartë se çfarë nënkuptojnë veprimtaritë dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor.

Veprimtaria e promocionit shëndetësor është e lidhur me pesë strategjitë e përcaktuara për Promovimin e Shëndetit që janë thelbësore për suksesin (WHO)⁶⁹:

- **Hartim të politikave shëndetësore** që do të thotë se promocioni shëndetësor shkon përtej kujdesit shëndetësor. Ai e vendos shëndetin në axhendat e politikbërësve të gjithë sektorëve dhe niveleve, duke i kërkuar atyre të jenë të ndërgjegjshëm për impaktin shëndetësor që do të kenë vendimet që ata marrin dhe të pranojnë përgjegjësinë e vendimeve të tyre për shëndetin. Politika e Promocionit të Shëndetit kombinon masat legislative, masat në lidhje me taksat dhe ndryshimet organizative si përqasje të ndryshme por që plotësojnë njëra-tjetrën, Ky është një veprim i organizuar që çon drejt politikave shëndetësore, por më e rëndësishmja politika sociale që nxisin barazinë në një shkallë më të lartë. Veprimet e përbashkëta kontribuojnë në sigurimin e shërbimeve dhe përfitimeve më të sigurta dhe më të shëndetshme (WHO)⁷⁰. Politika e promocionit shëndetësor kërkon që të identifikohen pengesat me qëllim që të adaptohen politikat e shëndetshme publike në sektorët jo-shëndetësor dhe të gjenden mënyrat e kapërcimit të tyre. Qëllimi duhet të jetë gjetja e zgjidhjeve më të shëndetshme dhe më të lehta për politikbërësit.
- **Krijim të mjediseve mbështetëse për shëndetin.** Shëndeti nuk mund të ndahet nga qëllimet e tjera në jetë. Lidhjet e ngushta midis njerëzve dhe mjedisit ndërtojnë bazat për një përqasje socio-ekologjike të shëndetit. Parimi i përgjithshëm drejtues si për mbarë botën ashtu edhe për vende, rajone dhe komunitete të veçanta është nevoja për inkurajimin e kujdesit për njëritjetrin, për komunitetin dhe mjedisin natyral. Ruajtja e burimeve natyrore kudo në botë duhet të theksohet si një përgjegjësi globale. Mënyrat e ndryshme të jetesës, punës dhe kohës së lirë, kanë një impakt domethënës në shëndet. Puna dhe koha e lirë mund të jenë një burim i rëndësishëm për shëndetin e njerëzve. Promocioni i shëndetit ndihmon në arritjen e kushteve të sigurta, stimuluese dhe të pëlqyeshme të jetesës dhe punës (Sanjiv Kumar and GS Preetha)⁷¹. Është e domosdoshme të bëhet një vlerësim i vazhdueshëm i ndikimit që ka mjedisi mbi shëndetin, sepse mjedisi gjithmonë ndryshon për shkak të urbanizimit , të teknologjisë, të industrisë, etj prandaj edhe vlerësimi duhet të ndiqet nga marrja e masave për të garantuar jo vetëm mos cënimin e jetës por për më tepër përmirësimin e shëndetit të publikut. Mbrojtja dhe konservimi i burimeve natyrore dhe mjediseve natyrore dhe artificiale duhet të merren parasysh në çdo strategji të promocionit të shëndetit.

- **Forcim i veprimtarisë dhe pjesëmarrjes së komunitetit.** Ndryshe nga veprimtarite e tjera të shëndetit, promocioni e shtrin veprimtarinë e tij në komunitet duke punuar ndërhyrë nëpërmjet veprimeve konkrete dhe efektive në komunitet duke përcaktuar prioritete, duke marrë vendime, duke planifikuar strategji, duke realizuar implementimin e tyre për të arritur një shëndet më të mirë. Në qender të këtij procesi është fuqizimi i komuniteteve, për ti bere ato më të aftë në kontrollin dhe në përpjekjet për të ruajtur shëndetin. Zhvillimi i komunitetit tërheq vëmendjen drejt burimeve ekzistuese, si njerëzore dhe materiale, për nxitjen dhe mbështetjen sociale, si dhe për zhvillimin e sistemeve fleksibël për fuqizimin e pjesëmarrjes dhe orjntimin e problemeve shëndetësore nga ana e publikut. (WHO)⁷² Kjo kërkon një informacion të plotë dhe të vazhdueshëm, mundësi për të mësuar rreth shëndetit, si dhe mbështetje financiare.
- **Zhvillim të aftësive personale që promovojnë shëndetin.** Promocioni i shëndetit fokusohet fort në zhvillimin personal dhe shoqëror duke dhënë informacion, përmes edukimit për shëndetin dhe forcimit të aftësive për jetën. (WHO)⁷³ Në këtë mënyrë, promocioni rrit mundësinë e njerëzve për të patur më tepër kontroll në shëndetin e tyre dhe në mjedis, si dhe i orjenton ato drejt gjetjes së zgjidhjeve të shëndetshme. Shumë e rëndësishme është që njerëzit të kenë mundësi të aftësohen gjatë gjithë jetës, për të qenë të përgatitur për gjithë etapat e saj dhe për të përballuar sëmundjet kronike apo dhe dëmtimet. Aftësimi duhet të bëhet në shkollë, shtëpi, punë dhe komunitet. Institucionet arsimore, organizatat në terren, ato profesionale, tregtare dhe vullnetarë të ndryshëm mund ta realizojnë këtë veprimtari.
- **Riorientim të shërbimeve shëndetësore,** duke u fokusur në parandalimin dhe në promocionin shëndetësor.
Përgjegjësia për promocion shëndetësor në shërbimet shëndetësore është e shpërndarë midis individëve, personelit mjekësor, grupeve komunitare dhe institucioneve të shërbimit shëndetësor që kontribuon për shëndetin. Roli i sektorit të shëndetësisë duhet të lëvizë ndjeshëm në drejtim të promocionit shëndetësor, përveç përgjegjësive të tij për ofrimin e shërbimeve klinike dhe trajtuese. (WHO)⁷⁴ Riorientimi i shërbimeve shëndetësore përkufizohet si zhvillimi i kapacitetit të sistemeve dhe programeve shëndetësore për të arritur një përmirësim të shëndetit të popullatës dhe barazi më të madhe shëndetësore, dhe duke u mundësuar të gjithë njerëzve, të sëmurë ose të mirë, të lëvizin përgjatë vijimësisë së sëmundjeve shëndetësore në drejtim të shëndetit

- Veprime të tilla për zhvillimin dhe riorientimin e programeve dhe shërbimeve shëndetësore në promovimin e shëndetit përfshijnë rritjen e infrastrukturës dhe burimeve për programet e promovimit të shëndetit, shtimin e vëmendjes së promovimit të shëndetit në çështjet dhe strategjitë e reja, shtimin e promovimit të shëndetit dhe komponentëve të ndërhyrjes së hershme në shërbimet klinike dhe përshtatjen e shërbimeve klinike. Hapat drejt riorientimit të shërbimeve shëndetësore mund të bëhen në nivel strukturor, organizativ dhe shërbimi (Denise Fry, Avigdor Zask)⁷⁵

Nga të gjithë keto argumente dhe parashtrime që bëmë vlerësojmë se promovimi shëndetësor nuk konsiderohet si një "program i ri" apo një "mori aktivitete të reja", por është një strategji dhe metoda që synojnë realizimin e të gjitha aktiviteteve drejtpërdrejtë dhe me pjesëmarrjen e plotë të popullatës. OBSH-ja gjithashtu identifikoi se përmirësimi i stilit të jetesës, kushteve mjedisore dhe kujdesit shëndetësor do të kenë një efekt të pakët nëse kushtet themelore të caktuara nuk janë arritur (WHO)⁷⁶.

Këto kushte themelore përfshijnë këto hapa :

-kush ndërmerr veprimet,

-cilat proçese kërkohen,

-karakteristikat thelbësore dhe atributet shtesë,

-rezultatet ose efektet e dëshiruara. (WHO)⁷⁷

Duke përdorur këto përkufizime, u krijuan keto kritere për të bërë më të qartë fushëveprimin (kush do bëjë, çfarë) dhe ndërveprimin e fushave të veprimit dhe çfarë pritet nga ndërhyrja.

Tani ka dëshmi të qarta se:

- Qasjet gjithëpërfshirëse për zhvillimin e shëndetit janë më të efektshmet. Ato që përdorin kombinime të pesë strategjive janë më efektive sesa qasjet me një drejtim.
 - mjedise të veçanta ofrojnë mundësi praktike për zbatimin e strategjive gjithëpërfshirëse. Këto përfshijnë qytetet e medha , qytetet, komunat, komunitetet lokale, tregjet, shkollat, vendin e punës dhe objektet e kujdesit shëndetësor.
 - pjesëmarrja është thelbësore për të mbështetur përpjekjet. Njerëzit duhet të jenë në qendër të aksioneve të promovimit të shëndetit dhe proceseve vendimmarrëse që ata të jenë efektive.
 - edukimi shëndetësor nxit pjesëmarrjen. Qasja në arsim dhe informacion është thelbësore për arritjen e pjesëmarrjes efektive dhe fuqizimin e njerëzve dhe komuniteteve.

Këto strategji janë elementet kryesore të promovimit të shëndetit dhe janë të rëndësishme për të gjitha vendet. (WHO)⁷⁸

Mjediset në të cilat mund të zhvillohet edukim dhe promocion shëndetësor

Sot edukimi dhe promocioni shëndetësor mund të realizohen kudo dhe me shume mjete dhe resurse në dispozicion. Mjediset për aplikimin e tyre janë të nevojshme, sepse ato sigurojnë akses ndaj popullatave specifike, sigurojnë kanalet për përhapjen e informacionit, dhe gjithashtu, kanë sisteme ekzistuese komunikimi për tashpërndarë informacionin. Me edukimin dhe promocionin shëndetësor janë të lidhura gjashtë mjedise : shkollat, komunitetet, vendet e punës, mjediset e kujdesit shëndetësor, shtëpia dhe mjediset tregtare.

Shkollat Edukimi dhe promocioni në shkolla përfshin mësimin në klasa, trajnimin e mësuesve si dhe ndryshimet në mjediset e shkollës të cilat mbështesin sjelljet shëndetësore si dhe sjelljet e shëndetshme.

Komunitetet. Edukimi shëndetësor i bazuar në komunitet vepron në marrëdhëniet sociale dhe organizative për të arritur një popullatë sa më të gjerë duke përdorur dhe median në të gjitha llojet e saj (media vizive, e shkruar, media sociale etj) por dhe përmes strategjive interpersonale. Ndërhyrjet komunitare në ambiente të tilla si : kisha, klube, qendra të ndryshme argëtimi dhe në lagje janë përdorur për të inkurajuar ushqyerjen e shëndetshme, reduktimin e faktorëve të riskut për sëmundje kardio- vaskulare, etj.

Mjediset e kujdesit shëndetësor. Pjesë të kujdesit shëndetësor të sotëm janë edukimi dhe promocioni për personat me risk të lartë, pacientët, familjet e tyre dhe komuniteti përreth, si dhe trajnimi i personelit shëndetësor. Mjediset e kujdesit shëndetësor parësor duke qënë shumë afër komunitetit, sigurojnë mundësinë e mbulimit të një numri shumë të madh njerëzish, prandaj edukimi shëndetësor në këto mjedise është shumë i rëndësishëm. Ai fokusohet në parandalimin e sëmundjeve, në ndërgjegjësimin e individëve për ndërmarrjen e testeve mjeksore dhe ekzaminimeve siç është checkup, si dhe menaxhimin e sëmundjeve akute dhe kronike.

Ambjentet e punës. Vendi i punës është njëkohësisht burim i stresit por dhe i mbështetjes sociale sepse njerëzit shpenzojnë shumë orë në punë, prandaj dhe promocioni shëndetësor në vendin e punës ka zhvilluar dhe përshtatur mjete të reja për edukatorët e shëndetit. Shumë programe efektive në vendin e punës mund të shfrytëzojnë mbështetjen sociale si zbutës të stresit në punë, me qëllimin e përmirësimit të shëndetit të punonjësve dhe praktikave të shëndetshme. Sot në vendet e zhvilluara shumë kompani të fuqishme zhvillojnë programe promocioni për punonjësit e tyre në ambientet e punës për tema që i interesojnë dhe vetë institucionit , apo dhe për çështje të shëndetit që kërkojnë strategji me shtrirje të gjerë në popullatë si psh për identifikimin e riskut për kancere të ndryshme apo për sëmundjet kardio-vaskulare,etj.

Familja. Ndërhyrjet për ndryshimin e sjelljes janë të shpërndara tek njerëzit edhe brenda në familjet e tyre, si nëpërmjet mënyrës tradicionale shëndetësore-vizitave në shtëpi, ashtu edhe nëpërmjet një varg kanalesh komunikimi, siç janë interneti, telefoni, posta, etj. Strategjitë që përfshijnë mënyrat e fundit bejnë të mundur mbulimin e një numri të madh njerëzish me risk të lartë në një mënyrë më konveniente, e cila zvogëlon barrierat e bisedave të drejtpërdrejta, aq më tepër nëse do të beheshin në ambjentet e qendrave shëndetësore.

Mjediset tregëtare Promocioni përdor dhe këto mjedise sepse keto janë ambjente që frekuentohen nga një numër i madh njerëzish dhe është ambjent shumë i përshtatshëm për të transmetuar mesazhe edukative shëndetësore. Në këto mjedise krijohen mundësi të reja për edukimin shëndetësor dhe për konsumatorët e çorientuar rreth potencialit të efekteve shëndetësore të artikujve që ata blejnë. Strategjitë e ndryshme që përdoren synojnë t'i orientojnë njerëzit për të treguar kujdes mbi informacionin shëndetësor në etiketat e ushqimeve, si dhe për përbërësit ushqimorë.

Por shumë e rëndësishme është që edukimi shëndetësor të jetë efektiv ai duhet hartuar në një mënyrë të tillë që të jetë i kuptueshëm për audiencën apo popullatën target. Këto grupe mund të jenë personel shëndetësor, klientë, njerëz në risk për sëmundje ose pacientë. Ato klasifikohen në bazë të disa karakteristikave të cilat janë: karakteristika socio-demografike, kuadri racor apo etnik, statet e jetës dhe sëmundjet ose gjendjet me risk. (Eileen M. Crimmins & al)⁷⁹

Promocioni shëndetësor kundrejt edukimit shëndetësor

Në pamje të parë gjithkush mendon se promocioni shëndetësor dhe edukimi shëndetësor përfaqësojnë të njëjtin koncept dhe duken të ngjashëm me njëri-tjetrin. Shpeshherë këto dy emërtime i përdorim si sinonime të njëri-tjetrit. Por në fakt, promocioni shëndetësor është një emërtim shumë më i gjerë, çka i bën shumë autorë që ta emërtojnë si "edukim shëndetësor plus" (Hoxha, K)⁸⁰.

Edukimi shëndetësor është vetëm një nga metodat e përmirësimit të shëndetit të individëve dhe fokusohet në një ndërhyrje të caktuar. Edukimi shëndetësor nuk është gjë tjetër veçse aktivitete që synojnë parandalimin e sëmundjeve përmes "pajisjes" së individëve me informacion dhe njohuri themelore për të mbrojtur shëndetin e tyre. (G.Kok)⁸¹

Nga ana tjetër, promocioni shëndetësor është një koncept shumë më gjithëpërfshirës ku krahas edukimit shëndetësor, përfshin edhe strategji, metoda, dhe aktivitete që synojnë në fund përmirësimin e shëndetit të individit dhe mirëqenien e popullatës.

Prandaj, edhe sinonimi më i mirë i promocionit shëndetësor do të ishte emërtimi "edukim shëndetësor plus",

duke nënkuptuar një sferë shumë më të gjerë përfaqësues, metodash dhe aktiviteteve që synojnë promovimin e shëndetit të komunitetit (Hoxha, K)⁸².

Shpesh vëmë re që në shërbime shëndetësore mjekët apo infermierët realizojnë promocion shëndetësor. Shumica e profesionistëve të kujdesit shëndetësor duket se besojnë se ata po ofrojnë edukim shëndetësor, por në realitet gjithçka që ata po bëjnë është sigurimi i informacionit shëndetësor, veçanërisht në mjediset klinike. Profesionistët duket se mendojnë se duke i siguruar një individ një fletëpalosje, apo duke vendosur postera në mure mbi një temë shëndetësore e kanë kryer promovimin. Por informacioni shëndetësor që kanë dhënë është një aspekt i vogël i edukimit shëndetësor, për shumë konsumatorë mund të jetë ngritje e vetëdijes, për disa mund të jetë edukative.

Për t'u angazhuar vërtet në edukimin shëndetësor, informacioni duhet të shoqërohet me një ndryshim të perspektivës dhe pasqyrë se si duhen ndryshuar veprimet ose besimet. Sidoqoftë, që edukimi shëndetësor të rezultojë në promovimin e shëndetit, duhet të ndërmerren veprime konkrete për të ndryshuar sjellje.

T'i thuash një personi obez se duhet të humbasë peshë dhe t'i japësh informacion për pasojat shëndetësore si diabeti ose sëmundjet e zemrës nuk është promovim i shëndetit, është thjeshtë informacion dhe rritje e vetëdijes për pasojat që sjell obeziteti në shëndet. Promovimi i shëndetit ndodh kur shohim edhe më përtej sjelljeve të një individ. Ndërsa mund të jetë e nevojshme që personi obez të mësojë aftësitë e gatimit, për të përmirësuar dietën e tij, mund të jetë gjithashtu e nevojshme që opsionet e ushqimit më të shëndetshëm të jenë në dispozicion për të, për ti blerë. Këto opsione ushqimore gjithashtu duhet të kenë kosto të përballueshme. Ky individ gjithashtu do të ketë nevojë për tu marrë me aktivitet fizik që mund t'ia ofrojë një palestër, e cila mund të ofrohet falas, ose të rimbursohet nga shteti. Pra promovimi i shëndetit përfshin punën drejt krijimit të të gjitha mbështetjeve të cilat lehtësojnë miratimin ose ruajtjen e veprimeve më të mira shëndetësore. (Sanjiv Kumar and GS Preetha)⁸³

Një shembull tjetër ilustrativ i ndryshimit mes edukimit shëndetësor dhe promocionit shëndetësor i referohet duhanpirjes: përvoja mbarë botërore ka dëshmuar se nuk mjafton vetëm ndërmarrja e aktiviteteve në fushën e edukimit shëndetësor (p.sh. ndërgjegjësimi i popullatës për dëmet e shkaktuara nga duhani) për të bindur individët që ta lënë duhanin, apo për të mundësuar që brezi i ri mos ta fillojë duhanin; por, nevojitet që përveç masave edukative të ndërmerren edhe aktivitete të tjera në fushën e promocionit shëndetësor në mënyrë që të arrihen rezultatet e dëshiruara (p.sh. rritja e çmimit të cigareve, rritja e akciseve për importin e duhanit, kufizimi i tregtimit të duhanit, ndalimi i tregtimit pranë mjediseve shkollore, etj). Pra ndërmarrja e këtyre

masave tregon qartë karakterin shumë më të gjerë të promocionit shëndetësor. Pra për ti “shtrënguar” individët për ta lënë duhanin krahas masave edukative, duhen edhe masa të karakterit legjislativ, ekonomik dhe financiar.

Me këto shembuj ne themi që promocioni shëndetësor ka një natyrë shumëdimensionale.

Kontributi i infermierëve në ekipin e promocionit shëndetësor

Objektivi

Në fund të leksionit studenti do të kuptojë çfarë do të ishte një infermier profesionist ideal, rolin e kujdesit shëndetësor primar në promocion, rolin e kujdesit shëndetësor sekondar në promocion. Të kuptojnë si mund të ndihmojnë infermierët me përpjekjet parandaluese të kujdesit shëndetësor, çfarë lloj ekspertize japin infermierët. Të kuptojnë konceptet dhe shembujt e llojeve të ekspertizës së infermierëve si nxitës të shëndetit.

Konceptet themelore

Infermier profesionist ideal

Rol i promocionit në shërbim shëndetësor

Infermieri dhe promocioni

Koncepte të ekspertizës në promocion

Promovimi i shëndetit është përcaktuar nga Karta e Otavës si “një proces i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin e tyre mbi shëndetin dhe për ta përmirësuar atë”. (WHO)⁸⁴ Njerëzit duhet të pajisen me informacion të përshtatshëm për ta lehtësuar këtë proces. Infermierët kanë një rol kyç në dhënien e informacionit duke e futur atë informacion në formën e udhëzimeve shëndetësore.

Gazeta Amerikane e Promovimit të Shëndetit përcaktoi promovimin e shëndetit si:

"Shkencën që i ndihmon njerëzit të ndryshojnë stilin e tyre të jetesës, drejt një gjendje shëndetësore optimale, drejt një ekuilibri fizik, emocional, social, shpirtëror dhe intelektual. (Falastine R. Hamdan Mariam Kawafhah)⁸⁵ Për ta arritur këtë duhen profesionistë të shëndetit mjekë, por posaçërisht infermiere sepse ato janë më afër individit dhe komunitetit.

Çfarë do të ishte një infermier profesionist ideal :

Të qenit një model sjelljeje në promovimin e shëndetit përfshin të qenit një shembull, portretizimi i një imazhi të shëndetshëm, të qenit i aftë dhe i shëndetshëm, dhe duke mbrojtur shëndetin dhe

mirëqenien. Atributet personale të një modeli në shëndet, promovimi i sjelljes përfshin të qenit i kujdesshëm, jo gjykues, i besueshëm, frymëzues dhe motivues, i kujdesshëm, i ditur dhe i sigurt në vetvete, inovativ, profesional dhe me një ndjenjë e thellë për veten. (Joy Darch, & al)⁸⁶

Shërbimi ynë shëndetësor është i organizuar në tre nivele shërbimi : shërbimi shëndetësor parësor, shërbimi shëndetësor spitalor, ose dytësor, dhe shërbimi shëndetësor spitalor terciar, që përfshin QSUT (MOH)⁸⁷. Shërbimet e shëndetit publik dhe promocionit mbështeten dhe mbikqyren nga ISHP dhe ofrohen në kuadrin e shërbimit parësor (MOH)⁸⁸. Shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor dhe spitalet sigurojnë një mjedis të rëndësishëm për promocionin shëndetësor dhe roli i tyre në këtë veprimtari po bëhet gjithnjë e më i njohur, ndërkohë që në sistemin shëndetësor spitalor terciar vazhdon të predominojë trajtimi i sëmundjes. Mjediset e kujdesit shëndetësor parësor sigurojnë një mundësi të përshtatshme për të rritur gamën e shërbimeve ekzistuese. Duke patur dhe avantazhin që shërbimet e kujdesit shëndetësor janë shërbime bazë dhe shumë afër komunitetit ato sigurojnë avantazhe unike në akses, sigurojnë besim dhe kredibilitet. Qëllimet e hershme të shërbimeve shëndetësore kanë qenë sigurimi i një shërbimi shëndetësor gjithëpërfshirës, përmirësimi i shëndetit fizik dhe mendor si dhe parandalimi, diagnostikimi dhe trajtimi i sëmundjes (KZLNDQ)⁸⁹. Kjo ka shumë të përbashkëta me qëllimet e promocionit shëndetësor, megjithëse historikisht trajtimi i sëmundjes ka patur precedencë krahasuar me parandalimin e sëmundjes apo promovimin e një shëndeti pozitiv, sepse politikat shëndetësore janë drejtuar drejt mjekimit dhe jo drejt parandalimit. Shërbimi shëndetësor është një mjedis i përshtatshëm për promocionin e shëndetit, sepse ai i ofron mjekëve dhe infermierëve mundësinë e integritit të promocionit shëndetësor në praktikën e tyre duke përmbushur detyrimin në kontratën e punës për të ofruar për komunitetin shërbim shëndetësor gjithëpërfshirës dhe që promovon shëndet. Shërbimi shëndetësor është universal, falas dhe çdo individ është i lirë të zgjedhë vetë mjekun e familjes. Individu kontakton ofruesit e kujdesit shëndetësor, pra mjekun e familjes , infermierin dhe për të, por sidomos për të sëmurët kronikë, ky kontakt është frekuent dhe i zgjatur në kohë. Kjo i jep përparësi personelit shëndetësor sepse njeh dhe e njohin në komunitet, krijon një nivel besueshmërie dhe kredibiliteti, si rrjedhojë ata kanë mundësi të ndikojnë në njohuritë, zakonet dhe sjelljet e tyre.

Kujdesi shëndetësor parësor duke qënë shërbimi në komunitet përbën kontaktin e parë të individëve, familjes me sistemin shëndetësor duke e sjellë atë sa më afër të jetë e mundur, dhe

kjo përbën elementin e parë të një procesi të vazhduar të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Pikërisht pjesë shumë e rëndësishme e këtij shërbimi janë infermierët dhe mamitë.

Shërbimi shëndetësor parësor është i rëndësishëm për promocion shëndetësor sepse:

- Shumë njerëz kanë kontakte me personelin e shërbimit shëndetësor parësor, sidomos me mamitë dhe infermierët duke qenë se ato janë dhe më të shumtë në numër sesa mjekët në një Qendër shëndetsore, por dhe për faktin tjetër se mjekimet, vaksinat, vizitat në shtëpi realizohen pikërisht nga ato;
- Së dyti ndryshe nga mjeku nëpër zonat rurale personeli shëndetësor infermier, mami përgjithësisht është vetë pjestar i atij komuniteti, që do të thotë e njeh mirë atë, njeh mentalitetin, zakonet, njeh qëndimet dhe vlerat e komunitetit dhe këto kanë shumë vlerë për promocionin.

Nga ana tjetër, shërbimi shëndetësor primar ka disa avantazhe në krahasim me shërbimet e tjera të specializuara në sektorin spitalor. Ato janë:

- Akses më të lehtë, nuk ka kosto për individin sepse shërbimet sigurohen në komunitet.
- Përmirësohet komunikimi midis tyre, sepse ato takohen më shpesh, përdoruesi i shërbimit (individi) ashtu edhe ofruesi (personeli shëndetësor).
- Mjekët e familjes janë mjekë të përgjithshëm. Ata i shohin njerëzit si në shtëpinë e tyre ashtu edhe në qendrat shëndetësore, klinika apo repartet e kirurgjisë.

Këto faktorë përmirësojnë komunikimin sepse ndihmojnë në heqjen e barrierave midis pacientit dhe mjekut.

- Sigurimi adekuat i shërbimit shëndetësor primar, do të thotë se sa më shpejt kapet sëmundja dhe trajtohet aq më shumë shërbime të specializuara spitalore janë të panevojshme. P.sh. menaxhimi dhe monitorimi i mirë i sëmundjeve kronike të tilla si diabeti dhe astma mund të ndihmojnë parandalimin e zhvillimit të krizës e cila kërkon hospitalizim.
- Shërbimi bazë shëndetësor dhe parandalimi janë më pak të kushtueshëm se sa kujdesi spitalor.
- Përsa kohë që qëndrimi në spital po bëhet gjithnjë e më i shkurtër, roli i mjekut të familjes dhe infermierit merr rëndësi më të madhe. (WHO)⁹⁰

Roli i kujdesit shëndetësor primar është theksuar si në politikat kombëtare ashtu edhe në ato ndërkombëtare të promocionit shëndetësor. Programi i OBSH, "Shëndet për të gjithë 2000",

bëri thirrje për një riorientim të shërbimeve të kujdesit shëndetësor larg nga sektori shëndetësor spitalor, drejt atij parësor. (ICN)⁹¹ Edhe pse themi se kujdesi shëndetësor parësor ka avantazhe përsa i përket promocionit si një mjedis i përshtatshëm për të përsëri ka barrierë lidhur me mënyrën e ndërhyrjes të promocionit shëndetësor në këto shërbime. Modelet tona mjekësore të shëndetit akoma i kemi të orientuar më shumë nga trajtimi sesa nga parandalimi apo promocioni shëndetësor.

Kujdesi shëndetësor primar mban peshën më të madhe të promocionit shëndetësor

Në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor përfshihen: mjekët e familjes, dentistët, stafi i punësuar prej tyre si infermierë, dhe prej disa kohësh po kërkohet që të futen dhe punonjësit social dhe psikologët, sic janë në shërbimet e tjera.

Kujdesi parësor tradicional fokusohet në shërbimet e kujdesit shëndetësor personal dhe vazhdimësinë e kujdesit.

Plakja e popullsisë, një rritje e barrës së sëmundjeve kronike, jo të transmetueshme dhe e multimorbiditetit, si dhe përparimet teknologjike po nxisin transformimin e kujdesit parësor duke i shtuar shërbimet dhe nivelin e komunikimit.

Ndryshimet demografike dhe epidemiologjike kërkojnë që kujdesi parësor të përqëndrohet në parandalimin dhe cilësinë e jetës, dhe inkurajimin e një qasje proaktive të menaxhimit të popullsisë e cila synon individët dhe grupet që preken më shumë. (WHO)⁹²

Kujdesi shëndetësor primar përfshin shërbime adekuate ku promocioni shëndetësor luan rol parandalues në nivelin parësor, dytësor dhe terciar.

Një shembull i parandalimit parësor janë shërbimet e imunizimit të fëmijëve, promocioni për pasojat e duhanpirjes, obezitetin, etj.

Parandalimi dytësor konsiston në parandalimin e kronizimit të sëmundjeve dhe kthimi në gjendjen e mëparshme të shëndetit të tyre. Një shembull i këtij parandalimi është këshillimi i një pacienti me bronkit të lërë duhanin.

Parandalimi terciar ose ndihma për personat me sëmundje kronike apo të pashërueshme të përballojnë situatën e re dhe të gëzojnë në maksimum shëndetin e tyre, ilustruhet me shembullin e improvizimit të klinikës së astmës, duke mësuar në këtë mënyrë njerëzit se si të monitorojnë situatën e atakut astmatik dhe sesi të menaxhojnë gjendjen e tyre. Një pjesë e konsiderueshme e promocionit shëndetësor praktikohet nga infermieret e poliklinikave, infermieret e konsultorit të

fëmijës dhe të gruas, mamitë, infermieret e njësive bashkiake etj. Gjatë punës së tyre të përditshme ato kanë shumë mundësi për promovim shëndetësor.

Spitalet mjedisë të rëndësishëm për promovim shëndetësor

Edhe mjediset spitalore siguronjnë mundësira për promovim shëndeti. Aty ka një forcë të madhe pune që ka kontakte të ngushta me pacientët, në një kohë kur rritja e njohurive mbi shëndetin dhe sëmundjen mund t'i motivojë pacientët që të bëjnë ndryshime rrënjesore të stilit të jetesës. Studimet na tregojnë se edukimi i pacientit është shumë i efektshëm në termat afat-shkurtër, p.sh. përmirësimi i niveleve të shërimit, reduktimi i ankthit nëse me të flitet dhe i jepet informacion.

Promovimi shëndetësor në spitale mund të hartojë projekte dhe ndërhyrje të ndryshme, por përgjithësisht ato kanë të njëjtat synime:

- T'i bëjnë spitalet një mjedis më të shëndetshëm për të punuar dhe jetuar, si për ata që punojnë edhe për pacientët.
- Të zgjerojnë programet e rikuperimit dhe rehabilitimit
- Të sigurojnë informacion dhe këshilla lidhur me çështjet shëndetësore që kanë pacientët
- Të zhvendosë spitalin nga të qenët vetëm vend trajtimi në një vend ku parandalimi dhe shërimi janë gjithashtu të vlefshme dhe të shihen si pjesë e qëllimeve të tij. Në vitin 1991, OBSH paraqiti disa kritere që duhet të ndjekin spitalet për të praktikuar promovim shëndetësor. (Budapest-Declaration)⁹³

Si mund të ndihmojnë infermierët me përpjekjet parandaluese të kujdesit shëndetësor?

Patricia Chiverton et al, 2003 thekson rëndësinë për profesionistët e infermierisë që punojnë në vijën e parë të kujdesit ndaj pacientëve për të ndihmuar përpjekjet parandaluese të kujdesit shëndetësor (Patricia A Chiverton & al)⁹⁴. Infermierët e arrijnë këtë kryesisht përmes shpërndarjes së informacionit që pacientët mund të shfrytëzojnë për ta mbajtur veten sa më të shëndetshëm. Autorët vërejnë se theksi i madh në kujdesin shëndetësor parandalues ndryshon disi nga praktika tradicionale e infermierisë, e cila më parë ishte përqëndruar pothuajse ekskluzivisht në menaxhimin e sëmundjeve dhe trajtimin e tyre.

Stafi infermior mund të ndihmojë në avancimin e përpjekjeve parandaluese të kujdesit shëndetësor në disa mënyra:

Realizimi i edukimit në shërbim shëndetësor

Një nga mënyrat që infermierët ndihmojnë në përpjekjet parandaluese shëndetësore është përmes edukimit. Njohuritë e tyre të mjaftueshme i bëjnë infermierët të jenë të kualifikuar për të folur me pacientët për një sërë temash të lidhura me shëndetin, që nga menyra e të ushqyerit dhe aktiviteti fizik, deri te format e tjera të parandalimit të sëmundjeve si praktikimi i seksit të sigurt, shkëputja nga droga dhe përdorimi i tepërt i alkoolit, etj. Informim, edukimi mund të ofrohet në disa mënyra dhe në shumë kontekste. Profesionistët e infermierisë mund të zgjedhin të organizojnë sesione informative në lidhje me tema të veçanta, ose ata mund t'u përcjellin pacientëve materiale edukative të shkruara, të tilla si broshura dhe materjale vizuale, sepse sot ekzistojnë faqe të internetit me informacion të mirë shëndetësor në dispozicion të publikut të gjerë (hospitalnews)⁹⁵, etj.

Gjithashtu infermierët mund t'i përdorin vizitat e pacientëve si një mundësi për të filluar diskutime me qëllim parandalimin e sëmundjeve. Një infermiere mund të bëjë promovim në çdo ditë të punës së saj, psh nëse vjen një pacient me dhimbje të kyçeve, një infermiere mund të fillojë një bisedë se si pesha e tepërt i përkeqëson dhimbjen dhe kaq mjafton për të vazhduar më pas me strategjinë e menaxhimit të peshës, dietën, aktivitetin fizik, etj. Nëse një pacient i ri vjen me një kollë kronike, sepse është duhanpires dhe kërkon ndihmë mjekësore, një infermiere mund të shfrytëzojë momentin për të filluar një bisedë rreth ndërprerjes së duhanit.

Personeli infermior në thelb mund të promovojë informacion shëndetësor dhe strategji të mirëqenies sa herë që takon pacientë, duke ndihmuar në shpërndarjen e informacionit të rëndësishëm shëndetësor në komunitetin më të gjerë. (Michael A. Rosen & al)⁹⁶

Njohja e problematikave shëndetësore të popullatës

Ne thamë në leksionet e tjera që promovimi është shumë i lidhur me parandalimin. Dhe çdo strategji parandaluese e kujdesit shëndetësor i kushton një vëmendje të veçantë demografisë së pacientëve me një rrezik të lartë për sëmundje të caktuara, dhe kur flasim për të dhëna demografike përmendim moshën, gjininë, statusin social, edukimin, etj. Pra stafi mjekësor duhet të ketë një fotografim të gjendjes shëndetësore të popullatës, të sëmundshmërisë në popullatë. Aspekti i dytë më i rëndësishëm i shëndetit parandalues është dhënia e informacionit në lidhje me strategjitë për një shëndet më të mirë, si edhe lehtësimi i çdo ekzaminimi të nevojshëm.

(www.bradley .edu)⁹⁷ Për shembull, nese kemi në komunitet vajza dhe gra që nënat e tyre kanë vuajtur nga kanceri i qafës së mitrës këto gra dhe vajza pavarësisht moshës duhet të inkurajohen që të bëjnë ekzaminimet rutine (vizita dhe PAP test), por dhe informim për prevalencën e rritur nëse merr një IST ,me qëllim parandalimin e sëmundjes, apo identifikimin në stadet e hershme. Një shembull tjetër ku një infermiere mund të luajë një rol të rëndësishëm në edukim informim janë dhe pacientët me një histori familjare të sëmundjeve të zemrës. Infermieri përmes promocionit duhet ti inkurajojë të bëjnë teste rutinë të kolesterolit dhe presionit të gjakut, dhe infermierët duhet të ofrojnë këshilla në lidhje me stërvitjen dhe dietën ushqimore që mund të ndihmojë në mbështetjen e shëndetit të zemrës. Grup tjetër që mund të ketë nevojë për më shumë udhëzime parandaluese shëndetësore janë dhe të moshuarit, pasi ata janë në një rrezik statistikisht më të lartë për një sërë kushtesh kronike, përfshirë diabetin, goditjen në tru dhe osteoporozën, prandaj dhe këto kanë nevojë për promocion shëndetësor, që nga informimi për marrjen e suplementeve, aktivitetin fizik, ushqyerjen e shëndetshme, masat e marra në shtëpi për sigurimin e jetës, etj.

Infermierja ndihmon në lehtësimin e qasjes në kujdes shëndetësor

Për shumë arsye siç mund të jenë, mungesa e informimit, barrierat në komunikim, niveli i ulët i edukimit, gjuha, etj individë të komunitetit nuk arrijnë të marrin shërbimet shëndetësore bazë për të cilat kanë nevojë, psh imunizimin, check up, mamografinë, etj.

Pikërisht roli i infermierit tek këto grupe është shumë i madh. Ato duhet të këshillojnë individët, apo pacientët për detajet e planeve të tyre shëndetësore dhe të ndihmojnë ato për marrjen e shërbimeve që i takojnë.

Një shembull mund të jetë rasti i fushatave të depistimit masiv të grave mbi 40 vjeç për kancerin e gjirit përmes mamografisë. Detyra e infermierit është informimi i grave për këtë fushatë, organizimi i tyre, sigurimi i transportit me qëllim aksesin për marrjen e këtij shërbimi, që është një e drejtë e tyre.

Infermierët mund të edukojnë komunitetin

Duke qenë shumë pranë komunitetit ato kanë detyrë të ndihmojnë në zgjerimin e njohurive të kujdesit shëndetësor në të gjithë komunitetin. Si anëtarë të besuar të komunitetit, infermierët japin një shembull për të tjerët dhe promovojnë vazhdimisht shëndetin jashtë vendit të tyre të punës. (How Nurses Are Caring for Their Communities)⁹⁸

Në komunitete operojnë edhe grupime apo organizata që punojnë në fushën e shëndetit, por jo vetëm. Pikërisht këtë mund të shfrytëzojnë infermierët dhe të bëhen partnerë me organizatat lokale, të tilla si qendrat komunitare ose grupimet fetare, për të iniciuar aktivitete që kanë të bëjnë me shëndetin publik psh një leksion mbi kancerin e gjirit, ushqyerjen e shëndeteshme, një seancë për dëmet e duhanit, etj. Roli i infermierit mund të shtrihet përtej një praktike mjekësore dhe një komuniteti në përgjithësi (The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health)⁹⁹.

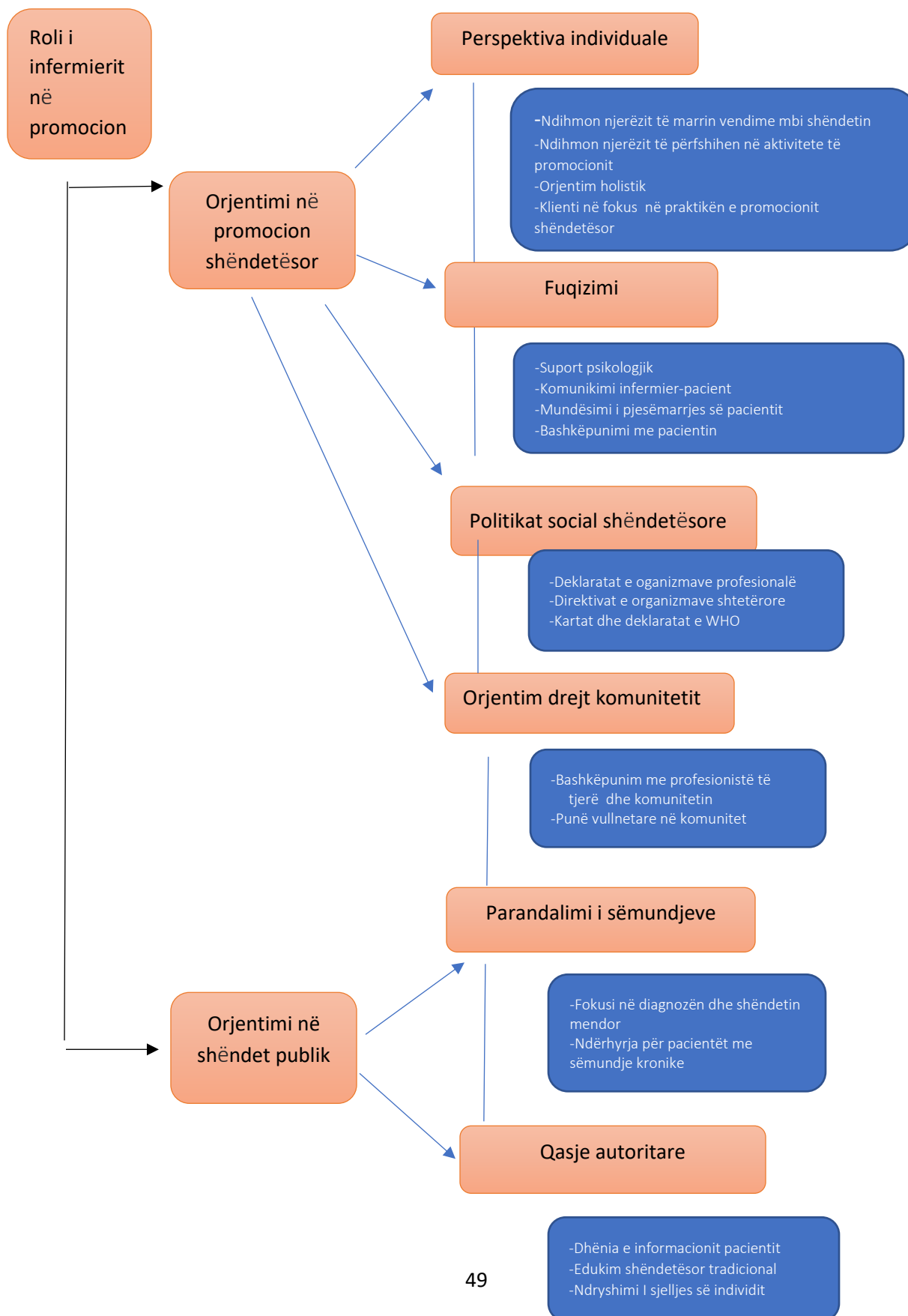
Lloji i ekspertizës që japin infermierët

Në varësi të kontekstit, infermierët janë në gjendje të përdorin një shumë lloje ekspertizash në promovimin e shëndetit. Infermierët mund të klasifikohen në: nxitës të përgjithshëm të shëndetit, nxitës të shëndetit të fokusuar tek pacientët dhe nxitës të menaxhimit të projekteve në shëndet.

Një infermier që punon në shërbimin parësor, duhet të ketë njohuri për promovimi i shëndetit gjithmonë të orientuar nga komuniteti. Infermieret priten të përdorin strategji të mbikëqyrjes shëndetësore, që mund të jenë të orjentura dhe të udhëhequra nga organizmat shëndetësore kombëtare por dhe rajonale, të punojnë në bashkëpunim me profesionistë të tjerë dhe grupet dhe respektojnë kultura të ndryshme dhe bashkëveprojnë me komunitetin apo me grupe te marginalizuara.

Përveç kësaj, promovimi i shëndetit orjenton infermierët jo vetëm të punojnë ngushtë me anëtarët e komuniteteve, por dhe të përfshihet dhe në pjesëmarrje vullnetare për zbatimin e masave mbrojtëse dhe masave parandaluese shëndetësore (Virpi kemppainen& al)¹⁰⁰.

Infermierët duhet të përfshihen më shumë në promovimin e shëndetit tek individët, grupet dhe komunitetet duke u përfshirë në çështjet ekonomike, ndryshimet politike, organizative dhe mjedisore që ndikojnë në shëndetin e popullatës. (Joy Darch, & al)¹⁰¹ Virpi Kemppainen & al kanë paraqitur në mënyrë skematike konceptet dhe shembujt e llojeve të ekspertizës së infermierëve si nxitës të shëndetit, të cilën e kemi të ilustruar më poshtë: (Virpi kemppainen& al)¹⁰²



Çfarë është shëndeti?

Shëndeti si një koncept në zhvillim

Objektivi

Të kuptojnë çfarë është shëndeti, termin dimension individual, shoqëror, mjedisor të shëndetit , modelin shkencor të shëndetit. Të kuptojnë faktoret përcaktues në shëndet, natyrën e shërbimeve shëndetësore dhe faktorët që ndikojnë në shëndet.

Konceptet themelore

Ç'është shëndeti

Dimension individual, shoqëror, mjedisor i shëndetit

Modelin shkencor të shëndetit

Natyra e shërbimeve shëndetësore

Që në vitin 1947 Organizata Botërore e Shëndetësisë e përkufizoi shëndetin si “Një mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe shoqërore dhe jo thjesht mungesë e sëmundjes ose dobësi” (OBSH, 1946) dhe në prezantimin “Projektimi i rrugës drejt shëndetit më të mirë dhe mirëqenies në Evropë ” në Forumin e 14-të të Shëndetit Evropian në Gastein, Viene 2011 , u theksua se duket edhe më i rëndësishëm sot, veçanërisht në këtë periudhë të krizës financiare, mjedisore, sociale dhe trazira politike. Duket se i referohet një ideje, koha e së cilës ka ardhur (WHO, “Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health)¹⁰³.

Shëndeti është është i lidhur ngushtesisht me jetën e njeriut. Madje, në mënyrë disi filozofike, shpeshherë njerëzit i referohen konceptit të shëndetit si "një qellim në vetëvetë i ekzistencës së njeriut". Në njëfarë mënyre, shëndeti ose, mungesa e tij, janë terma të pranishëm pothuajse në të gjitha kontekstet apo dimensionet e ekzistencës së shoqërisë njerëzore. Madje njerezit cdo dite e lidhin shëndetin me mirëqenien fizike të organizmit. Ndërsa komponentët e tjerë të shëndetit, siç janë p.sh. "mirëqenia sociale" apo, "emocionale", perceptohen pak dhe janë tema “tabu” , për to flitet në ambjente më të kufizuara dhe më intime. Ndërsa shëndeti mendohet jo vetëm që nuk njihet siç duhet, por dhe nuk pranohet nga individët apo familjarët, për vetë karakterin sensitiv të sëmundjeve apo çrregullimeve që lidhen me sferën psiko-emocionale. Sidoqoftë, gjatë

jetës së përditshme njerezit i referohen herë pas here një apo disa komponentëve shumëdisiplinor për të shqyrtuar tiparet kryesore të shëndetit që e karakterizojnë atë si një burim (Deanna L. Williamson & al)¹⁰⁴ dhe në situata dhe në kontekste të ndryshme, duke e konsideruar atë (shëndetin) si kapitalin më të çmuar në jetë.

Sidoqoftë, përkundër referencave të shpeshta për shëndetin si burim, pak vëmendje i është kushtuar kuptimit të kësaj fraze me një rresht të vetëm. Përgjithësisht njerëzit e konsiderojnë si një gjë të natyrshme dhe që e gëzojnë të gjithë dhe e kuptojnë vetëm kur ai çënohet ose mungon.

Kur njerëzit gëzojnë shëndet të plotë flasin shumë më pak për shëndetin dhe e kundërta, fillojnë flasin më shumë dhe preokupohen për të kur ai është i çënuar. Kjo do të thotë se njerëzit e kanë të vështirë të mendojnë rreth shëndetit pa e lidhur atë me të kundërtën e tij, me sëmundjen. Prandaj është më e lehtë të përcaktohet shëndeti duke u nisur nga e kundërta e tij dhe të themi se shëndeti është mungesa e sëmundjes. (Alejandro R Jadad & al)¹⁰⁵

Dhe pse ne themi që definicioni i OBSH është akoma aktual, megjithatë e themi me rezerva sepse shumë gjëra kanë ndryshuar, ka ndryshuar konteksti social, ekonomik dhe mjedisor .

Nuk ka ndryshuar kuptimi i parë i shëndetit që është kuptimi sipas modelit shkencor mjekësor perëndimor, i cili do të trajtohet gjerësisht në këtë kapitull. Përkufizimi i shëndetit është interpretuar në fillim nga Hipokrati, krijuesi i konceptit të "shëndetit pozitiv", i cili varej nga "ligji" parësor i njeriut (që konsiderohet si gjenetikë), dietën dhe stërvitjen (Anna Lydia Svalastog & al)¹⁰⁶.

Disa autorë argumentojnë se shëndeti është jo vetëm i lidhur me mjeksinë, por ai është holistik dhe përfshin fusha dhe dimensione të ndryshme, ku secili prej tyre meriton të merret në konsideratë. Kështu këto dimensione ndahen në:

-individuale

-shoqërore

-mjedisore

Hapi i parë drejt përdorimit të konceptit të "shëndetit, si aftësia për t'u përshtatur dhe për të menaxhuar veten" është identifikimi dhe karakterizimi i tij për tre fushat e shëndetit: fizik, mendor dhe social (Machteld Huber & al)¹⁰⁷

1. Përsa i përket dimensionit individual të shëndetit ai përfaqësohet nga:

a. **Shëndeti fizik** i cili lidhet me trupin, me mirë funksionimin e mirë të tij, me të qenurit jo i sëmurë.

b. **Shëndeti mendor** që i referohet një mirëqenie shpirtërore e cila mundëson që një njeri të jetë i aftë për të punuar, për të pasur dhe gëzuar jetën sociale dhe familjare.

c. **Shëndeti emocional** i lidhur me mundësinë e shprehjes së ndjenjave, zhvillimin dhe mbajtjen e marrëdhënieve,

d. **Shëndeti social** që lidhet me kuptimin e të pasurit mbështetje nga familja dhe shoqëria, p.sh të paturit shokë, miq, për të biseduar, të qenurit i përfshirë në aktivitete me njerëz të tjerë. Disa dimensione të shëndetit mund të identifikohen në fushën sociale, duke përfshirë aftësinë e njerëzve për të përmbushur detyrimet dhe mundësitë e tyre, aftësinë për të menaxhuar jetën e tyre me një shkallë të pavarësisë pavarësisht një gjendje mjekësore, si dhe aftësinë për të marrë pjesë në aktivitetet shoqërore, përfshirë punën. Shëndeti në këtë fushë mund të konsiderohet si një ekuilibër dinamik midis mundësive dhe kufizimeve, që zhvendoset gjatë jetës dhe ndikohet nga kushtet e jashtme, siç janë sfidat sociale dhe mjedisore. (Machteld Huber & al)¹⁰⁸

e. **Shëndeti shpirtëror** është njohja dhe mundësia e vënies në praktikë të principeve, besimeve fetare apo morale.

f. **Shëndeti seksual** është mundësia e arritjes së një kënaqësie seksuale në një marrëdhënie seksuale. Shëndeti seksual kërkon një qasje pozitive dhe respektuese ndaj seksualitetit dhe marrëdhënieve seksuale, si dhe mundësinë për të pasur përvoja seksuale të këndshme dhe të sigurta, pa detyrim, diskriminim dhe dhunë (WHO)¹⁰⁹.

2. Dimensioni shoqëror i referohet :

Një lidhjeje që ekziston midis shëndetit dhe mënyrës se si një shoqëri është zhvilluar, nese kjo shoqëri arrin të plotësojë nevojat baze për individin siç janë : strehimi, ushqimi, të ardhurat, financiare, siguria, etj që është infrastruktura bazë e nevojshme për shëndetin .

3. Dimensioni mjedisor i referohet:

Mjedisit fizik, në të cilin jetojnë njerëzit dhe përfshin komponente jetike sic jane: si banesa, transporti, uji i pijshëm, energjia etj

Modeli shkencor i shëndetit

Sipas këtij këndvështrimi bio-mjekësor shëndeti është mungesa e sëmundjes në organizëm, pra shëndeti është e kundërta e sëmundjes. Problemi me këtë përkufizim qëndron në faktin se ky koncept është shumë i ngushtë pasi bazohet vetëm në aspektin fizik të shëndetit. Pikërisht për të ilustruar problematikën e këtij përkufizimi mund të japim një shembull:

-Mund të ketë individë me një sëmundje të caktuar, por, që në periudha apo stadi të ndryshme të zhvillimit të sëmundjes, këta individë mund të ndjehen të shëndetshëm. Kështu, një subjekt që vuan p.sh. nga skleroza multiple, por që ka gjetur një "ekuilibër" brenda kufizimit të vet fizik të shkakuar nga sëmundja, bën një jetë me aktivitete dhe produktivitet të lartë, për pasojë ai ndjehet vetë dhe konsiderohet nga komuniteti si subjekt "i shëndetshëm".

Nga ana tjetër, për shumë subjekte në popullatë mund të mos ketë evidencë të ndonjë sëmundjeje, në një kohë që këta individë mund të kenë shumë probleme psiko-sociale të cilat e "cënojnë" shëndetin e tyre nga mirëqenia mendore dhe/ose shoqërore. P.sh. subjektet që herë pas here ndjehen anksozë, shumicën e kohës duken të mërzitur dhe qëndrojnë të vetmuar, megjithëse në pamje të parë nuk vuajnë nga ndonjë sëmundje e identifikueshme, gjithsesi mund të konsiderohen të paktën, pjesërisht si jo të shëndetshëm.

Siç shihet pra, sipas konceptit bio-mjekësor ka një ndarje të prerë midis "shëndetit fizik" dhe mungesës së tij, e cila konsiderohet si "sëmundje" (Hoxha, K)¹¹⁰. Siç u përmend me shembuj më lart, disa subjekte me një sëmundje të caktuar mund të përjetojnë gjithsesi një mirëqenie të plotë mendore dhe shoqërore, dhe e kundërta, persona që në pamje të parë duken të shëndetshëm por që në marrëdhënie me të tjerët shfaq shenja të shëndetit mendor, por që nuk përbëjnë patologji. Pra ky përkufizim bart në vetvete shumë mangësi.

Dhe mangësia themelore e përkufizimit bio-mjekësor lidhet me këndvështrimin e fokusuar vetëm në aspektin fizik të shëndetit. Modeli biomjekësor është qartë i lidhur me sëmundshmërinë, ka tërheqje intuitive dhe mbështetet nga një mori gjetjesh biologjike mbështetëse (Derick T Wade & al)¹¹¹.

Sipas këtij përkufizimi, të gjithë individët që nuk kanë shenja të një sëmundjeje të caktuar gëzojnë shëndet të plotë. Por, ky përfundim mund të jetë fare i pa bazuar për shumë kategori subjektsh në popullatë. P.sh. individët që luftojnë çdo ditë me mjerimin, të pa punët, të pa strehët, apo personat që vuajnë padrejtësisht dënimin me burgim, ndoshta që të gjithë këta individë mund të mos kenë evidencë të ndonjë sëmundjeje "fizike", por tek e fundit, asnjë nga këta subjekte nuk gëzon aspak një jetë të frytshme dhe/ose nuk përjeton asnjë sens mirëqenieje. Kufizimi i përkufizimit bio-mjekësor qëndron në faktin se, shëndeti konsiderohet si "negativ" i sëmundjes, ndërkohë që shumë autorë argumentojnë se shëndeti është shumë më tepër se kaq. (<https://itsmy.albanianforum.net/t129-kendveshtrimi-bio-mjekesor-mbi-shendetin>)¹¹²

Ndryshimet midis përkufizimit biomjekësor të shëndetit dhe të OBSH

Pamë që shëndeti nga këndvështrimi bio-mjekësor fokusohet vetëm në aspektin fizik të shëndetit. Ndërsa përkufizimi i shëndetit i OBSH përfshin jo vetëm sferën e mirëqenies fizike, por edhe atë mendore dhe sociale, pra është më gjithëpërfshirëse, megjithatë, ka kufizime të cilat, në njëfarë mënyre, janë të kundërtat e modelit bio-mjekësor .

Së pari, një mirëqenieje e plotë fizike, mendore dhe shoqërore është një koncept shumë ideal për t'u përmbushur në praktikë sepse në një popullatë vështirëse mund të gjenden individë që të jenë plotësisht të shëndetshëm.

Megjithatë edhe nëse për një moment pranojmë se kemi të tillë individë, me një gjendje të tillë ideale (d.m.th. mirëqenie e plotë fizike, mendore dhe shoqërore), atëherë në rastin më të mirë kjo gjendje do t'i referohej thujse grupmoshave të reja 20-30 vjeçarë të privuar nga çdo sëmundje, në kulmin e aktivitetit të tyre fizik , të energjive dhe me kushte të kënaqshme socio-ekonomike. Mirëpo, me kalimin e viteve, thjesht si rezultat i moshimit njerëzit do të "devijonin" gradualisht nga kjo gjendje ideale (d.m.th. nga "shëndeti i plotë"). Pra konkludohet se, përfitim i një gjendjeje mirëqenieje të plotë sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë, do t'i referohej, në rastin më të mirë, vetëm subjekteve me moshë të re.

Pra, sipas këtij argumentimi, shëndeti i plotë është një nocion i lidhur pazgjidhshmërisht me moshën "ideale" të individit, çka e bën "shëndetin e plotë" si një utopi, si një fenomen shumë të paqëndrueshëm dhe tejet kalimtar për jetën e njeriut.

Në fakt, një korrelacion i tillë i përkufizimit të OBSH do të ishte i gabuar, sepse shumë individë në moshë të mesme, madje edhe në moshë të thyer mund të gëzojnë një mirëqenieje të kënaqshme fizike, mendore dhe shoqërore. Madje, shumë autorë argumentojnë se me kalimin e viteve, mirëqenia mendore, shoqërore, dhe emocionale në shumë raste përmirësohet. Prandaj, është gabim të themi se, mirëqenia e plotë fizike në moshë të re mund të jetë e pa krahasueshme me mirëqenien psiko-emocionale, mendore dhe shpirtërore të maturuar në vite

Një kritikë tjetër për përkufizimin e OBSH do të ishte shpërfillja e aspekteve shpirtërore dhe emocionale, si dy dimensione shumë të rëndësishme të mirëqenies së plotë të individit (Debbie L. Stoewen)¹¹³. Nëse nuk marrim parasysh këto dy faktorë ne cungojmë thelbin e përkufizimit të shëndetit si gjendje "ideale" apo "mirëqenieje e plotë" e organizmit.

Faktorët përcaktues të shëndetit

Megjithë rritjen e jetëgjatësisë, epidemiologët që studiojnë modelet e sëmundjeve në shoqëri kanë gjetur se jo të gjitha grupet kanë të njëjtat mundësi për të pasur shëndet të mirë. Në përpjekjet për ti dhënë përgjigje se çfarë e dëmton shëndetin, epidemiologët dhe sociologët kërkojnë të krahasojnë të paktën dy tregues:

Së pari një tregues të shëndetit, siç është niveli i vdekshmërisë ose i sëmundshmërisë në popullatë

Së dyti, një faktor p.sh. gender ose punësimi, që njihen për ndikimin përse i përket diferencave në shëndet.

Pra në shëndet kanë efekte tregues të ndryshëm që ndërveprojnë së bashku. P.sh. shume studime për sëmundjen koronare të zemrës kanë evidentuar lidhjen e një numri të madh faktorësh me incidencën e sëmundjes sic janë niveli i lartë i kolesterolit në gjak, hipertensioni, obeziteti, duhanpirja niveli i ulët i aktivitetit fizik, etj. Por nga ana tjetër disa kërkime të tjera tregojnë se mund të ketë lidhje midis sëmundjeve koronare të zemrës dhe faktorëve psiko-social, siç është stresi dhe mungesa e përkrahjes sociale, faktorët mjedisor dhe historia familjare. Gjithashtu, njihet fakti se vdekshmëria nga SKZ (sëmundjet kronike të zemrës) është më e lartë midis grupeve me nivel të ulët social, midis meshkujve krahasuar me femrat dhe midis njerëzve me të ardhura shumë të ulta (Journal of health global)¹¹⁴

Është i pranuar fakti që sëmundja nuk vjen si pasojë e shansit apo e fatit të keq.

Raporti Lalonde i publikuar në Kanada evidentoi katër fusha në të cilat mund të promovohet shëndeti (Sholom Glouberman & al)¹¹⁵:

Faktoret biologjikë dhe gjenetikë

të cilët përcaktojnë një predispozitë individuale apo dhe komunitare për sëmundje; P.sh ka popullata, raca dhe grupe të ndryshme që kanë një predispozitë për sëmundje, siç është raca negër më e predispozuar për kancer gjiri.

Stili i jetesës

Mënyra e jetesës i referohet karakteristikave të banorëve të një rajoni në kohë dhe vend të veçantë. Ai përfshin sjelljet dhe funksionet e përditshme të individëve në punë, aktivitete, argëtim dhe dietë (Dariush D. FARHUD)¹¹⁶, p.sh sjellje shëndetësore si duhanpirja kontribuojnë në sëmundje;

Faktorët social-ekonomikë. Statusi socio -ekonomik (SES) është në themel të tre përcaktuesve kryesorë të shëndetit: kujdesi shëndetësor, ekspozimi ndaj mjedisit dhe sjellja shëndetësore. Përveç kësaj, stresi kronik i lidhur me sistemin imunitar më të ulët mund të rrisë rrishtun e sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë.

Komisioni i Organizatës Botërore të Shëndetësisë për Përcaktuesit Social të Shëndetit ka përcaktuar SDH si "kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, jetojnë, punojnë dhe plaken" dhe shtytësit themelorë të këtyre kushteve (Paula Braveman & al)¹¹⁷

Faktorët psiko-socialë.

Faktorët "psikosocial" të tillë si stresi, depresioni, mungesa e shpresës, urrejtja etj duket se lidhen me shëndetin fizik - veçanërisht sëmundjet e zemrës. Në të kundërt profilet e risqeve negative (risqet me efekte negative) përse i përket faktorëve psikosocialë, duket se bashkohen me disavantazhet e përgjithshme sociale (J Macleod, G Davey Smith)¹¹⁸ siç janë papunësia, pasiguria në punë, varfëria, etj.

Natyra e shërbimeve shëndetësore dhe faktorët që ndikojnë në shëndet

Më lart pamë se faktorët që përcaktojnë shëndetin janë të shumëllojshëm, që mund të klasifikohen në grupe të ndryshme, si p.sh faktorët biologjikë, të sjelljes, të mjedisit etj. Duhet përmendur gjithashtu se tregues të veçantë shëndetësorë ndikohen ose përcaktohen nga determinantë me natyrë të ndryshme dhe kjo e bën tepër të koklavitur përmbledhjen në një kuadër sintetik të të gjithë faktorëve, të cilët përcaktojnë shëndetin apo shfaqjen e sëmundjeve tek njerëzit. (Paula Braveman & al)¹¹⁹

Faktorët gjenetikë të shëndetit

Ne përmendëm që shëndeti është i lidhur me faktorë të tjerë siç janë:

Faktorët individualë. Faktorë të rëndësishëm që ndikojnë në sëmundshmëri janë faktorët gjenetikë, apo me bazë biologjike. Faktorët gjenetikë kanë efekte të rëndësishme në fillimet e jetës së individit, duke ndikuar në vdekshmërinë foshnjore, për shkak të malformimeve kongenitale që janë të papajtueshme për jetën apo në sëmundshmërinë kronike. Faktorët gjenetikë ndikojnë edhe në shfaqjen e sëmundjeve të zakonshme kronike, në bashkëveprim me faktorë të tjerë. Faktorët gjenetikë të kombinuar me faktorë të tjerë mjedisorë mund të shkaktojnë sëmundje kronike siç mund të jenë sëmundjet malinje, alergjitë, HTA, diabeti, etj. Gjithashtu me bazë gjenetike janë edhe disa çrregullime mendore siç janë depresioni i thjeshtë, skizofrenia, psikoza maniako-depresive si edhe vonesat mendore. Nëse do të njihen dhe do të konsiderohen këto faktorë personeli shëndetësor do të arrijë ti parandalojë përmes këshillimit gjenetik, diagnozës prenatale apo masave të tjera parandaluese, përmes deptistimit të hershëm.

Stili i jetesës dhe ndikimi tek shëndeti dhe sëmundja

Ka një lidhje mjaft të qartë midis sjelljeve të caktuara dhe riskut të shfaqjes së një sëmundjeje, aq sa këto sjellje konsiderohen si shkaqe proksimale të sëmundjes (WHO)¹²⁰. Këtë e kanë vërtetuar një sërë studimesh që nxjerrin në pah korelacionin midis sëmundjes koronare të zemrës me faktorët predispozues siç janë : mënyra e të ushqyerit, e konsumit të ushqimeve të pasura me yndyrna të ngopura , konsumimi i duhanit, mungesa e aktivitetit fizik, etj . Sjellje të caktuara lidhen edhe me prognozën apo ecurinë e mëtejshme të një sëmundje, psh prognoza e kancerit të cerviksit varet shumë nga stadi i sëmundjes, kur fillon trajtimi mjekësor; ose ecuria e diabetit insulino-vartës cila varet nga respektimi i skemës së trajtimit me insulinë, etj.

Faktorët social-ekonomikë dhe shëndeti

Sot roli i rrethanave shoqërore në përcaktimin e sjelljes së njerëzve është i vërtetuar (Susan E. Short & al)¹²¹. Njerëzit me status të ulët shoqëror-ekonomik paraqesin tregues më të lartë të vdekshmërisë. Kjo shpjegohet me lidhjen që ekziston midis statusit social-ekonomik dhe shëndetit, ku ndikojnë dhe faktorë si mjedisi fizik, social- kulturor, sjelljet që lidhen me shëndetin . Kështu sa më i varfër dhe më pak i arsimuar të jetë individ , aq më i ekspozuar do jetë ai ndaj sjelljeve të riskut për shëndetin e tij , dhe këtu mund të sjellim në vëmendje ekspozimin ndaj drogërave, duhanit, alkolit, IST, etj.

Shëndeti dhe profili i punës

Ka një korrelacion midis llojit të punës, jetëgjatësisë dhe vdekshmërisë nga sëmundje të caktuara. Treguesit e vdekshmërisë janë më të lartë tek punëtorët e pakualifikuar sesa tek profesionistët. Profili i punës reflekton kualifikimin profesional të individit, i cili lidhet me nivelin e arsimit si edhe me statusin shoqëror-ekonomik të familjes (Eileen M. Crimmins & al)¹²²

Arsimi dhe shëndeti

Edukimi ndikon në shëndetin e njerëzve në mënyrë të drejtpërdrejtë përmes dy mekanizmave :

Së pari duke i krijuar individit mundësi për punë me të ardhura të mira, punë më të qëndrueshme, pa rreziqe dhe të rehatshme .

Së dyti, një edukimi mirë i aftëson njerëzit për të kuptuar, kontrolluar dhe vepruar më mirë në mjedisin e tyre shoqëror dhe ekonomik, duke u mundësuar atyre një pushtet më të madh mbi “fatin e tyre në shëndet” (Edlyne Eze Anugwom)¹²³.

Papunësia dhe shëndeti

Studime të shumta kanë treguar një lidhje midis papunësisë dhe treguesve të vdekshmërisë, edhe pse kjo lidhje është e vështirë për t'u interpretuar dhe tepër komplekse. Kjo nuk është vetëm si pasojë e stresit për shkak të pasigurisë ekonomike nga dalja pa punë, por më tepër si pasojë e faktit që është i pakualifikuar gjë që e vendos atë në një zinxhir episodesh papunësie, duke e ekspozuar atë ndaj pasigurisë ekonomike e për pasojë do të përjetojë stres dhe pasojat e stresit në shëndet.

Kjo do të thotë se atje ku papunësia është më kërcënuese për nga shpeshtësia dhe kohëzgjatja, pasojat negative për shëndetin janë proporcionalisht më të mëdha. (Jennifer R. Pharr & al)¹²⁴

Gjinia dhe shëndeti

Në të shkuarën, vdekshmëria e femrave në krahasim me meshkujt ishte më e lartë për shkak të një nënvlerësi që i bëhej femrës, në një pjesë të madhe të kulturave të botës. Ndërsa sot vdekshmëria është më e lartë tek meshkujt dhe kjo e ka një shpjegim. Në momentin që burri mori përgjegjësinë në ekonominë e familjes, ai filloi t'i nënshtrohej rreziqeve dhe stresit e për pasojë u rrit dhe shkalla e vdekshmërisë. Gjithashtu dhe konsumimi i duhanit, alkolit kanë luajtur një rol më të madh në vdekshmërinë e meshkujve.

Gjendja civile dhe shëndeti

Nga literatura del qartë se martesë shërben si një mjet mbrojtës për shëndetin e njerëzve. (Nezih Guner)¹²⁵ Njerëzit e divorcuar apo të mbetur të ve paraqesin tregues më të lartë të vdekshmërisë në krahasim me të martuarit. Kjo shpjegohet në dy aspekte:

- Aspekti shoqëror dhe emocional sepse martesë e detyron individin të bëjë një jetë më sociale, duke respektuar më shumë vlerat, ndjenjat dhe nevojat e bashkëshortit apo fëmijëve.

-Aspekti material, sepse përveç përfitimeve pozitive emocionale bashkëjetesa ka dhe përfitime materiale, dhe bashkimi i burimeve të të ardhurave krijon mundësitë për një standart më të lartë jetese e për pasojë një shëndet më të mirë.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor

Nuk mund ta mohojmë që sistemet moderne të shëndetësisë kanë përmirësuar shëndetin e njerëzve, në aspekte të veçanta të tij. Ne sot për të bërë vlerësimin e efekteve të kujdesit shëndetësor përdorim treguesit e vdekshmërisë, regjistrat e sëmundjeve, anketimet e zhvilluara në nivel komuniteti, të dhënat nga institucionet shëndetësore etj. Si shembuj të ndërhyrjeve shëndetësore që kanë një impakt të qartë e të dukshëm në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të njerëzve mund të përmendim shërbimet neonatale dhe ato obstetrikale si dhe kontrollin mbi sëmundjet ngjitëse si pasojë e vaksinimit.

Kështu këto ndërhyrje kanë sjellë rritjen e cilësisë së shëndetit në popullatë e për pasojë vdekshmëria perinatale është ulur në mënyrë të ndjeshme dhe ekzistojnë perspektiva për uljen e prevalencës së defekteve të shkaktuara malformimet, apo dëmtimet si pasojë e lindjeve të vështira e kështu me rradhë. Ulja e vdekshmërisë perinatale i dedikohet uljes së vdekjeve in utero ose gjatë lindjes, si pasojë e futjes së teknikave të monitorimit intrauterin në fazat e ndryshme të shtatzanisë, apo të monitorimit të detresit fetal gjatë lindjes (testet e mirëqenies fetale).

Zhvillimet në fushën e vaksinimit bënë që të çrrënjosej variçela si edhe eliminimin virtual të poliomelitit në disa popullata me risk. Ekzistojnë evidenca se një aktivitet mjekësor specifik ka eliminuar pothuajse plotësisht sëmundje të rënda me pasoja invalidizuese apo dhe vdekjeprurëse.

Përcaktuesit shoqërorë (globalë) të shëndetit

Objektivi

Në fund të leksionit studenti do arrijë të kuptojë përcaktuesit socialë të shëndetit dhe mirëqenies, të kuptojnë kujt i shërbejnë pikërisht identifikimi dhe matja e përcaktuesve socialë të shëndetit dhe roli i infermierëve në përmirësime të qëndrueshme të përcaktuesve shoqërorë të shëndetit.

Konceptet themelore

Përcaktuesit socialë të shëndetit

Përcaktuesit kryesorë socialë të shëndetit

Identifikimi dhe matja e përcaktuesve

Roli i infermiereve përmirësimin e përcaktuesve shoqërorë

Përcaktuesit socialë të shëndetit (SDH) janë kushtet në të cilat kemi lindur; atje ku ne punojmë, jetojmë dhe plakemi, që ndikojnë në cilësinë e jetës sonë (www.health.gov)¹²⁶

Ato grupohen në 5 fusha të rëndësishme dhe jetike :

-Stabiliteti Ekonomik

-Qasja në Arsim dhe Cilësia

-Qasja dhe cilësia e kujdesit shëndetësor

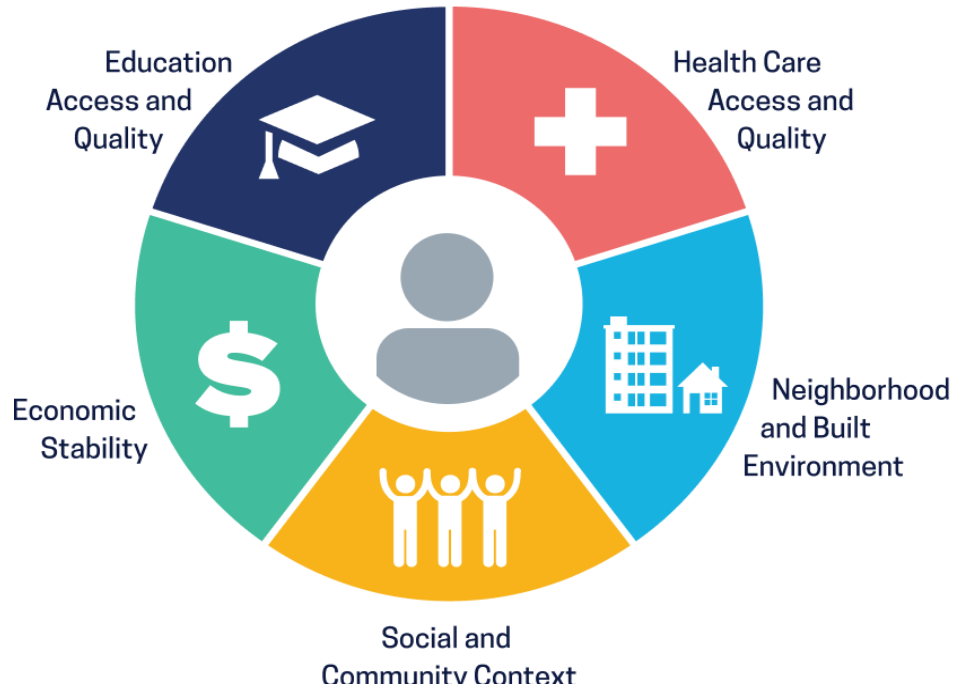
-Fqinjësia dhe Mjedisi i Ndërtuar

-Konteksti Social dhe Komunitar (CDC)¹²⁷

Nëse do ta paraqisnim në mënyrë të ilustruar do të kishim individin në qendër dhe qasjen që do të kishte ai në këto fusha, për të rritur cilësinë e jetës së tij dhe më pas të komunitetit.



Social Determinants of Health



Për përcaktuesit shoqërorë, apo socialë të shëndetit ne kemi dëgjuar gjatë gjithë kohës, por si ti kuptojme ato? Ta themi thjesht, ato janë gjërat përreth nesh - përtej zakoneve të shëndetshme, që përcaktojnë rezultatet tona shëndetësore, pra ndikojë mbi shëndetin e gjithësecilit. Për shembull, ne e dimë që pirja e duhanit rrit gjasat për kancer të mushkërive, por ky nuk është faktori i vetëm. Përreth nesh ka dhe faktorë të tjerë, ajri që thithim, niveli i edukimit të gjithësecilit, madje dhe mbështetja sociale gjithashtu mund të ndikojnë në shëndetin e përgjithshëm.

Këto fusha përfshijnë politikat dhe sistemet ekonomike, agjendat e zhvillimit, normat shoqërore, politikat sociale dhe sistemet politike.

SDH ka një ndikim të rëndësishëm në pabarazitë shëndetësore - dallimet e padrejta dhe të shmangshme në statusin shëndetësor të parë brenda dhe midis vendeve. Në vendet, sipas nivelit të të ardhurave, shëndeti dhe sëmundja ndjekin një gradient social: sa më i ulët pozicioni socio - ekonomik, aq më i keq është shëndeti.

Këto pesë fusha që listuam më lart janë zbërthyer në përcaktues shoqërorë të shëndetit, të cilët mund të ndikojnë në barazinë në shëndet në mënyra pozitive dhe negative:

- Të ardhurat dhe mbrojtja sociale
- Arsimimi
- Papunësia dhe pasiguria në punë
- Kushtet e jetës e të punës
- Pasiguria ushqimore
- Strehimi, komoditetet bazë dhe mjedisi
- Zhvillimi i hershëm i fëmijërisë
- Përfshirja sociale dhe mosdiskriminimi
- Konflikti strukturor
- Qasje në shërbime shëndetësore të përballueshme me cilësi të mirë

Studimet tregojnë se përcaktuesit shoqërorë mund të jenë më të rëndësishëm sesa kujdesi shëndetësor ose zgjedhja e stilit të jetesës në ndikimin e shëndetit. Për shembull, studime të shumta sugjerojnë që SDH (Përcaktuesit socialë të shëndetit) përbën midis 30-55% të rezultateve shëndetësore. Përveç kësaj, vlerësimet tregojnë se kontributi i sektorëve jashtë shëndetësisë në rezultatet e shëndetit të popullatës tejkalon kontributin nga sektori i shëndetësisë. Disa pabarazi shëndetësore i atribuohen faktorëve të jashtëm dhe kushteve që janë jashtë kontrollit të

individëve në fjalë. Pabarazitë që janë të shmangshme dhe të padrejta - pabarazitë shëndetësore - shpesh lidhen me format e disavantazheve si varfëria, diskriminimi dhe qasja në mallra dhe shërbime. (Australia's health 2016) ¹²⁸

Adresimi i duhur i SDH -së është thelbësor për përmirësimin e shëndetit dhe zvogëlimin e pabarazive afatgjata në shëndetësi, gjë që kërkon veprim nga të gjithë sektorët dhe shoqëria civile (WHO)¹²⁹

Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit nuk janë gjë tjetër veçse kushte në mjediset ku njerëzit lindin, jetojnë, mësojnë, punojnë, luajnë, adhurojnë, plaken, që ndikojnë në një gamë të gjerë të shëndetit, funksionimit dhe rezultateve dhe rrezeve të jetës. Kushtet (p.sh., sociale, ekonomike dhe fizike) në këto mjedise dhe ambiente të ndryshme (p.sh. shkollë, vendet e adhurimit, vend pune dhe lagje) janë përmendur si "vende". Përveç më shumë attributeve materiale të "vende" modelet e angazhimit shoqëror dhe ndjenja e sigurisë dhe mirëqenies ndikohen gjithashtu nga vendet ku jetojnë njerëzit. Burimet që përmirësojnë cilësinë e jetës së individit mund të kenë një ndikim të rëndësishëm në rezultatet e shëndetit të popullatës. Shembuj të këtyre burimeve përfshijnë strehim të sigurt dhe të përbalueshëm, qasje në arsim, siguri publike, disponueshmërinë e ushqimeve të shëndetshme, shërbime lokale të urgjencës / shëndetit, dhe mjedise pa toksina të rrezikshme për jetën. Të kuptuarit e marrëdhënies midis mënyrës se si grupet e popullsisë e përjetojnë "vendin" dhe ndikimin e "vendit" në shëndet është themelore për përcaktuesit shoqërorë të shëndetit - përfshirë edhe përcaktuesit socialë dhe fizikë. (Australia's health 2016)¹³⁰

Provat e mbledhura nga mënyrat në të cilat kushtet sociale, ekonomike, politike dhe kulturore krijojnë pabarazi në shëndet kanë çuar në identifikimin e përcaktuesve kryesorë socialë të shëndetit dhe mirëqenies (Wilkinson & Marmot)¹³¹, duke përfshirë pozicionin socio -ekonomik, rrethanat e hershme të jetës, përjashtimin social, kapitali social, punësimin, strehimin dhe mjedisin e banimit.

Përcaktuesit fizikë përfshijnë mjedisin natyror, siç janë hapësirat e gjelbëra ose ndryshimet klimaterike, dhe mjedisi i ndërtuar, siç janë ndërtesat, trotualet, korsitë e biçikletave dhe rrugët, shkollat dhe ambiente rekreative, strehimi etj. Duke punuar për të krijuar politika që ndikojnë pozitivisht në kushtet sociale dhe ekonomike dhe ato që mbështesin ndryshimet në sjelljen individuale, ne mund të përmirësojmë shëndetin për një numër të madh të njerëzve në mënyra që mund të sigurohen me kalimin e kohës. Përmirësimi i kushteve në të cilat jetojmë, mësojmë,

punojmë dhe luajmë dhe cilësia e marrëdhënieve tona do të krijojnë një popullsi, shoqëri dhe fuqi punëtore më të shëndetshme. (Kuptimi i përcaktuesve socialë të shëndetit)¹³²

CSDH 2008; Wilkinson & Marmot 2003 vlerësuan se pikërisht kushtet sociale, ekonomike, politike dhe kulturore krijojnë pabarazi në shëndet dhe identifikuan përcaktuesit kryesorë socialë të shëndetit dhe mirëqenies duke përfshirë pozicionin socio -ekonomik, rrethanat e hershme të jetës, përjashtimi social, kapitali social, punësimi dhe puna, strehimi dhe mjedisi i banimit. (Australia's health 2016)¹³³

Pozicioni social ekonomik

Në përgjithësi, njerëzit që i përkasin grupeve më të varfra sociale ose ekonomike janë në rrezik të kenë një shëndet të dobët, kanë përqindje më të larta të sëmundshmërisë, paaftësisë dhe vdekjes dhe jetojnë jetë më të shkurtër se ata që janë me të ardhura më të mira ekonomike. Pabarazitë socio -ekonomike në shëndetësi janë studiuar gjerësisht në dekadat e fundit. Në të gjitha vendet me të ardhura të larta me të dhëna të disponueshme, shkalla e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë është më e lartë në mesin e atyre në pozita më të ulta socio-ekonomike, dhe si rezultat ndryshimet në pritshmërinë e shëndetit midis grupeve socio-ekonomike zakonisht arrijnë në 10 vjet ose më shumë. (Johan P. Mackenbach)¹³⁴ Në përgjithësi, çdo hap në shkallët socio -ekonomike shoqërohet me një rritje të shëndetit.

Historikisht, treguesit individualë si arsimi, profesioni dhe të ardhurat janë përdorur për të përcaktuar pozicionin socio -ekonomik. (Galobardes, Bruna)¹³⁵

Niveli arsimor shoqërohet me shëndet më të mirë gjatë gjithë jetës. Arsimi i pajis njerëzit për të arritur punësim të qëndrueshëm, për të pasur të ardhura të sigurta, për të siguruar familjet dhe për të përballuar shëndetin e keq duke i ndihmuar ata të bëjnë zgjedhje të informuara të kujdesit shëndetësor. Niveli i arsimimit të një individi ndikon jo vetëm në shëndetin e tyre, por në atë të familjes së tyre, veçanërisht fëmijëve.

Profesioni ka një lidhje të fortë me pozicionin në shoqëri dhe shpesh shoqërohet me arsimin e lartë dhe nivelet e të ardhurave-një arritje më e lartë arsimore rrit gjasat për profesione me status më të lartë dhe këto profesione shpesh vijnë me të ardhura më të larta.

Të ardhurat dhe pasuria luajnë role të rëndësishme në pozicionin socio -ekonomik, dhe për këtë arsye në shëndetësi. Përveç përmirësimit të pozitës socio -ekonomike, të ardhurat më të larta lejojnë qasje më të madhe në mallra dhe shërbime që ofrojnë përfitime shëndetësore, të tilla si ushqim dhe strehim më të mirë, mundësi shtesë të kujdesit shëndetësor dhe zgjedhje më të

madhe në aktivitete të shëndetshme. Humbja e të ardhurave përmes sëmundjes, paaftësisë ose dëmtimit mund të ndikojë negativisht në pozitën dhe shëndetin individual socio -ekonomik. (Galobardes, Bruna)¹³⁶

Zhvillimi i hershëm

Themelet e shëndetit hidhen që në jetën intrauterine dhe gjatë periudhave perinatale dhe fëmijërisë së hershme. (UNICEF 2011)¹³⁷Fushat e ndryshme të zhvillimit të fëmijërisë së hershme fizike, sociale/emocionale dhe gjuhësore/njohëse,ndikojnë fuqishëm në të mësuarit, suksesin në shkollë, pjesëmarrjen ekonomike, qytetarinë sociale dhe shëndetin (www.health.gov)¹³⁸. Zhvillimi i shëndetshëm fizik dhe mbështetja emocionale gjatë viteve të para të jetës sigurojnë themelet për mirëqenien e ardhshme sociale, emocionale, njohëse dhe fizike. Fëmijët me prejardhje nga familje të pafavorizuara kanë më shumë gjasa të sillen keq në shkollë, të mos frekuentojnë shkollën, ta braktisin atë duke ndikuar me vonë në mundësitë për punësim, të ardhura, njohuri dhe kujdes shëndetësor dhe duke kontribuar në transmetimin ndërbreza të disavantazheve. Investimi në zhvillimin e hershëm të fëmijërisë ka potencial të madh për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore, me përfitimet veçanërisht të theksuara për fëmijët më të cënueshëm, të marginalizuar.

Përfshirja sociale dhe Përfshirja sociale

Përfshirja sociale është një koncept që përshkruan disavantazhin social dhe mungesën e pjesëmarrjes,të mundësive, burimeve,dhe aftësive. (UN, 2016)¹³⁹ Përfshirja sociale mund të rezultojë nga varfëria; kultura, gjuha, papunësia, diskriminimi, stigmatizimi dhe faktorë të tjerë. Po ashtu dhe paragjykimet e bazuara në racë, fe, gjini, orientim seksual, paaftësi, status refugjati ose forma të tjera diskriminimi kufizojnë mundësitë dhe pjesëmarrjen, shkaktojnë dëme psikologjike dhe dëmtojnë shëndetin përmes stresit dhe ankthit afatgjatë. Përfshirja sociale mund të dëmtojë marrëdhëniet dhe të rrisë rrezikun e paaftësisë, sëmundjeve dhe izolimit social. Për më tepër, sëmundjet dhe shëndeti i keq mund të jenë rrjedhojë dhe të kontribuojnë në përfshirjen sociale.

E kundërta është përfshirja sociale që përshkruan përfitimet e marra nga lidhjet që krijojnë njerëzit midis njëri-tjetrit dhe grupeve (Australia's health 2016)¹⁴⁰. Përfshirja sociale në kontrast me përfshirjen sociale siguron mirëqenie fizike dhe mendore, si dhe përmes lidhjeve ndihmon njerëzit të gjejnë punë, ose të mund të përballojnë vështirësitë ekonomike dhe materiale. Për më tepër njerëzit që mbështesin njëri-tjetrin shprehen, diskutojnë dhe rrjedhimisht dhe stresin e kanë më të pakët dhe kjo ndikon në shëndet.

Fuqizimi dhe puna

Njerëzit e papunë kanë një rrezik më të lartë të vdekjes dhe kanë më shumë sëmundje dhe paaftësi sesa ata të moshës së ngjashme të punësuar. Stresi psikosocial i shkaktuar nga papunësia ka një ndikim të fortë në shëndetin dhe mirëqenien fizike dhe mendore (Jennifer R. Pharr & al) ¹⁴¹.

Midis popullatës në disa raste papunësia shkaktohet nga sëmundjet, por janë më të shumta rastet kur papunësia është ajo që shkakton probleme shëndetësore me pasojat e saj në financat e familjes dhe të individit por dhe me pasoja psikologjike.

Shifrat e papunësisë janë më të larta përgjithësisht tek njerëzit e pa arsimuar, me pak kualifikime, pa kualifikime, ata me aftësi të kufizuara ose ata që vuajnë nga probleme të shëndetit mendor, njerëzit që kanë përgjegjësi përkujdesjeje (kujdestarët, prindët e vetëm, etj) individët e pakicave etnike ose ata që janë të përjashtuar shoqërisht për arsye të tjera, psh ish të burgosurit e liruar, etj.

Edhe nëse punësohen, puna është një arenë ku shfaqen shumë nga ndikimet në shëndet. Lloji i punës, orari i punës, kontrolli, kërkesat dhe kushtet kanë një ndikim mbi shëndetin fizik dhe mendor. Pjesëmarrja në punë cilësore është mbrojtëse e shëndetit, duke nxitur vetëvlerësim dhe një ndjenjë pozitive identiteti, duke siguruar gjithashtu mundësi për ndërveprim shoqëror dhe zhvillim personal. (WHO,2008) ¹⁴²

Strehimi dhe mjedisi i banimit

Strehimi i sigurt, i përballueshëm dhe i sigurt shoqërohet me shëndet më të mirë, i cili nga ana tjetër ndikon në pjesëmarrjen e njerëzve në punë, arsim dhe komunitet. Ai gjithashtu ndikon në prindërimin dhe marrëdhëniet shoqërore dhe familjare (Australia's health 2016)¹⁴³. Ekziston një lidhje midis cilësisë së banimit dhe shëndetit, me rritjen e gjasave për të jetuar në banesa të pasigurta (të papërshtatshme ose të pasigurta), shëndeti përkeqësohet. Familjet me të ardhura shumë të ulta, prindët e vetëm, nënat beqare dhe fëmijët e tyre janë veçanërisht të predispozuar për strehimi të pasigurt.

Mjedisi i banimit ka një ndikim në barazinë në shëndet përmes ndikimit të tij në burimet, sjelljen dhe sigurinë lokale. Komunitetet dhe lagjet që sigurojnë qasje në infrastrukturë dhe shërbimet

bazë janë kohezive, shoqërore dhe promovojnë mirëqenien fizike dhe psikologjike të banorëve, mbrojnë mjedisin natyror dhe janë thelbësore për barazinë shëndetësore. (Australia's health 2016)¹⁴⁴

Ne pamë sesi pikërisht këto faktorë socialë që në pamje të parë duket sikur nuk kanë lidhje me shëndetin janë kaq të rëndësishëm për të. Por lind pyetja se kujt i shërbejnë pikërisht këto ? I shërbejnë politikëbërësve për hartimin dhe zbatimin e programeve dhe aktiviteteve të fokusuara në barazi, që mund të jenë të realizueshëm në kontekstin Shqiptar. (ISHP, 2015)¹⁴⁵ Këto të dhëna mblidhen përmes studimeve dhe raporteve periodike të organizmave vendorë por dhe atyre internacionalë, siç janë WHO, UN, UNDP, UNICEF, etj me zyrat vendore të cilat organizojnë studime sipas programeve përkatëse. Por gjithashtu të dhëna mblidhen dhe nga studime që ralizojnë akademikët, por jo vetëm të cilët i paraqesin punimet e tyre nëpër konferenca. E tillë ka qënë dhe Konferenca Ndërkombëtare e Shëndetit Publik “Determinantët socialë të shëndetit” e organizuar nga Instituti i Shëndetit Publik në vitin 2015.

Punimet e konferencës u përqëndruan në:

Adresimin e determinantëve socialë të shëndetit cilët ndihmojnë në realizmin e matjes dhe raportimit të pabarazive shëndetësore. Qëllimi final i ndërhyrjeve që adresojnë determinantët socialë është i lidhur edhe me garantimin e një shpërndarjeje më të barabartë të shërbimeve shëndetësore dhe aksesit ndaj kujdesit shëndetësor, si parakushte thelbësore për mbulimin shëndetësor universal të popullatës Shqiptare.

Forcimi i sistemit të informacionit shëndetësor në Shqipëri. Mbi këtë truall, Instituti i Shëndetit Publik, do të punojë për hartimin e një seti indikatorësh shëndetësorë, të shoqëruar me një manual i cili do të udhëzojë implementimin dhe do të informojë politikë-bërësit dhe vendim-marrësit me qëllim përmirësimin gradual dhe të qëndrueshëm të gjendjes shëndetësore të popullatës si dhe të rritjes së efektivitetit dhe të performancës së sistemit shëndetësor në vendin tonë (ISHP, 2015)¹⁴⁶.

Matja e pabarazive socio -ekonomike në shëndetësi

Meqenëse përcaktuesit shoqërorë shpesh përcaktohen si një shkak kryesor i pabarazive në shëndet, matja e madhësisë së hendekut shëndetësor midis grupeve të ndryshme shoqërore është e rëndësishme. Kjo siguron informacion thelbësor për politikën, programet dhe praktikën të cilat kërkojnë të adresojnë përcaktuesit shoqërorë në mënyrë që të zvogëlojnë boshllëqet shëndetësore (Harper, S et al.)¹⁴⁷

Një qasje e zakonshme që përdoret për matjen është:

- renditja e popullsisë sipas pozitës socio -ekonomike
- ndarja e popullsisë në grupe bazuar në këtë renditje
- krahasimi i secilit grup me treguesit shëndetësorë që na interesojnë.

Për të renditur popullsinë sipas pozicionit socio -ekonomik, zakonisht përdoren faktorë të tillë si: arsimi, profesioni ose niveli i të ardhurave, por mund të përdoren dhe tregues të tjerë si strehimi, struktura e familjes ose qasja në burime, etj. Këta faktorë pasqyrojnë nga afër kushtet shoqërore, të tilla si pasuria, arsimi dhe vendbanimi. Lidhje të ngjashme midis pozitës socio -ekonomike dhe shëndetit gjenden në përgjithësi pavarësisht nga faktori, përcaktuesi shoqëror që përdorim (Australia's health 2016)¹⁴⁸.

Disa shembuj sesi punonjësit shëndetësor mund të evidentojnë këto determinantë dhe të ndërhyjnë për të minimizuar pabarazitë:

Psh një studim zbuloi se numri i lartë i personave me asmë bronchiale vinte për shkak se këto individë dhe familjet e tyre jetonin në shtëpi pa çati, të pasuvatuara dhe për pasojë në ambjentet e tyre kishte lagështirë. Këto persona paguanin shumë para për mjekimin e tyre dhe për pasojë ishin më të varfër, nuk mund të punonin normalisht për shkak të kondicionit shëndetësor. Personeli shëndetësor ia bën prezent këtë fakt stukturave qeverisëse dhe ato marrin masa për vendosjen e çatave, për suvatimin e shtëpive dhe izolimin nga lagështira. Po ashtu negocioi me punëdhënësit për ti siguruar një punë që nuk e kufizonte gjendja shëndetësore. Gjithashtu personeli shëndetsor duke qene se familjet ishin të varfra negocion me organizata humanitare për të siguruar ilaçe dhe ushqim për këto familje.

Duke i evidentuar dhe trajtuar njëkohësisht përcaktuesit shoqërorë të shëndetit, personeli shëndetsor bashkëpunon me institucionet, biznesin, organizatat e komunitetit për të përmirësuar aksesin në strehim, ushqim të shëndetshëm, trajtim në punë, etj.

Pra roli i punonjësit të komunitetit, në rastin tonë i infermierëve në familje është shumë i madh në identifikimin e përcaktuesve socialë që ndikojnë në shëndetin e pacientit, por nga ana tjetër krijon një partneritet respektues, besues dhe jo gjykues midis atij dhe pacientit që shërben si bazë për përparim drejt menaxhimit shëndetsor afatgjatë.

Një shembull tjetër është ai i një punonjësi që vë re se individë të caktuar frekuentojnë shumë shpesh urgjencën. Ai i lidh ata me një ekip ofruesish të kujdesit parësor, infermierë, punonjës socialë dhe specialistë të shëndetit. Këta ofrues të kujdesit zhvillojnë "marrëdhënie shërimi autentike" me pacientët për të adresuar nevojat e tyre të ndërlikuara shëndetësore dhe kërkesat

shoqërore përmes kujdesit parësor proaktiv dhe shërbimeve sociale dhe jo me vizita të kushtueshme në departamentet e urgjencës. Pikerisht kjo marrëdhënie e Shërimit Autentik është një partneritet respektues, besues dhe jo gjykues midis ekipit të kujdesit dhe pacientit që shërben si bazë për përparim drejt menaxhimit shëndetësor afatgjatë. Ekipi përpiqet të fuqizojë pacientët të marrin në dorë shëndetin e tyre dhe t'i ndihmojë ata të ndërtojnë rrjete mbështetëse përmes organizatave të komunitetit, si dhe miqve dhe familjes (<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312>)¹⁴⁹.

Konceptet e promocionit shëndetësor

Matja e shëndetit

Objektivat

Studentët duhet të kuptojnë konceptin e promocionit shëndetësor, pse promocioni është koncept më i gjërë se shëndeti. Te kuptojnë edukimin shëndetësor të lidhur me shëndetin, të kuptojnë parandalimin në lidhje me promocionin shëndetësor, natyrën multidimensionale të promocionit shëndetësor dhe indikatorët e shëndetit.

Konceptet themelore

Promocion shëndetësor

Edukimin shëndetësor

Parandalim shëndetësor

Indikatorët e shëndetit

Promocioni Shëndetësor

Promovimi i shëndetit është procesi i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre.

Karta e Otavës (*Kanada 1986*) jep një përkufizim për promocionin shëndetësor:

Promocioni Shëndetësor është procesi i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin mbi përcaktuesit e shëndetit dhe në këtë mënyrë të përmirësojnë shëndetin e tyre. Pjesëmarrja është thelbësore për të mbështetur aksionin e promovimit të shëndetit (WHO,1986)¹⁵⁰

E parë nga ky kontekst promocioni arrin ti bëjë individët të jenë të aftë të identifikojnë aspiratat dhe nevojat në mënyrë që të aftësohen për arritjen dhe plotësimin e tyre, për të arritur një mirëqenie të plotë fizike, mendore dhe shoqërore. Shëndeti shihet si një “kapital” në jetën e përditshme dhe aspakt si një objekt i të jetuarit. Sipas Kartës të Otavës shëndeti është një “koncept

pozitiv” me theks drejt kapitalit fizik dhe mendor në nivel individual dhe shoqëror (WHO,1986)¹⁵¹. OBSH-ja ka luajtur një rol kyç në propozimin e një agjende më të gjerë për promocionin e shëndetit, ku dhe promocioni shëndetësor fokusohet në faktorët përcaktues (ose shkaktarë të sëmundjes) (WHO,1998)¹⁵²

- Promocioni shëndetësor kombinon metoda dhe përjasje të ndryshme, por që gjithsesi plotësojnë njëra-tjetrën.
- Promocioni shëndetësor ka synim kryesor përfshirjen dhe bashkëpunimin konkret dhe të drejtpërdrejtë të popullatës.
- (Megjithatë), punonjësit e shëndetësisë luajnë një rol të rëndësishëm në të gjitha aktivitetet e promocionit shëndetësor

Nga ana tjetër karta e Otavës paraqet interes të veçantë edhe për faktin se përpiqet të shpjegojë qartë se çfarë nënkuptojnë veprimtaritë dhe programet në fushën e promocionit shëndetësor. (WHO,1986)¹⁵³

Hartim të politikave publike të shëndetshme

Promocioni shëndetësor shkon përtej kujdesit shëndetësor. Promocioni shëndetësor ndikon në politikëbërjen, por në fillim kërkon që të identifikohen pengesat me qëllim që më pas të adaptohen politikat e shëndetshme publike në sektorët jo-shëndetësor dhe të gjenden mënyrat për kapërcimin e këtyre pengesave. Qëllimi duhet të jetë gjetja e zgjidhjeve më të shëndetshme dhe më të lehta për politikëbërësit.

1. Krijim i mjediseve mbështetëse për shëndetin

Shoqëritë tona janë komplekse dhe të ndërlydhura. Shëndeti nuk mund të ndahet nga qëllimet e tjera. Lidhjet midis njerëzve dhe mjedisit ndërtojnë bazat për një përjasje socio-ekologjike të shëndetit (G.Qirjako, E.Roshi, G.Burazeri,)¹⁵⁴. Mënyrat e ndryshme të jetesës, punës dhe kohës së lirë, kanë një impakt domethënës në shëndet. Promocioni i shëndetit ndihmon në arritjen e kushteve të sigurta, stimuluese dhe të pëlqyeshme të jetesës dhe punës (MOH)¹⁵⁵.

2. Forcim të veprimtarisë dhe pjesëmarrjes së komunitetit

Promocioni i shëndetit në komunitet punon përmes veprimeve konkrete dhe efektive në përcaktimin e prioritetëve, marrjen e vendimeve, planifikimin e strategjive dhe implementimin e tyre për të arritur një shëndet më të mirë (MOH)¹⁵⁶.

3. Zhvillim të aftësive personale që promovojnë shëndetin

Promocioni i shëndetit zhvillon aftësitë personale dhe shoqërore nëpërmjet dhënies së informacionit, edukimit për shëndetin dhe forcimit të aftësive për jetën. Kështu, ai rrit mundësinë e njerëzve për të rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe në mjedis, si dhe arritjen e gjetjes së zgjidhjeve të shëndetshme.

4. Riorientim të shërbimeve shëndetësore, me theks drejt parandalimit dhe promocionit shëndetësor

Përgjegjësia për promocion shëndetësor në shërbimet shëndetësore ndahet midis individëve, grupeve komunitare, personelit shëndetësor dhe institucioneve të shërbimit shëndetësor që kontribuojnë për shëndetin. Roli i sektorit të shëndetësisë lëviz ndjeshëm në drejtim të promocionit shëndetësor, përveç përgjegjësi të tij për ofrimin e shërbimeve klinike dhe trajtuese. (WHO)¹⁵⁷

Duke pasur parasysh këto parime themelore, mund të krijohet një listë pothuajse e pakufizuar e çështjeve për promovimin e shëndetit: politika ushqimore, strehimi, pirja e duhanit, sjelljet e sigurta etj.

Aspektet e përgjithshme për promovimin e shëndetit mund të grupohen në fushat e mëposhtme:

- 1- Fokusi i promocionit të shëndetit është qasja që ajo ka në shëndet, për të zvogëluar pabarazitë në shëndet dhe për të rritur mundësitë për të përmirësuar shëndetin. Kjo përfshin ndryshimin e politikave publike për t'i bërë ato të favorshme për shëndetin, dhe përfshin riorientimin e shërbimeve shëndetësore në mirëmbajtjen dhe zhvillimin e shëndetit në popullatë, pavarësisht nga statusi aktual shëndetësor.
- 2- Përmirësimi i shëndetit varet nga zhvillimi i një mjedisi të favorshëm për shëndetin, veçanërisht në kushtet e punës dhe në shtëpi. Megjithatë ky mjedis është dinamik, promovimi i shëndetit përfshin monitorimin dhe vlerësimin e gjendjes teknologjike, kulturore dhe ekonomike.
- 3- Promovimi i shëndetit përfshin forcimin e rrjeteve sociale dhe mbështetjen sociale. Kjo bazohet në njohjen e rëndësisë së marrëdhënieve shoqërore si përcaktuese të vlerave dhe sjelljeve të rëndësishme për shëndetin. Ato konsiderohen burime të rëndësishme për përballimin e stresit dhe ruajtjen e shëndetit.

- 4- Informacioni dhe edukimi sigurojnë bazën për krijimin e zgjedhjeve. Ato janë përbërës të nevojshëm dhe thelbësorë të promovimit të shëndetit i cili synon rritjen e njohurive dhe shpërndarjen e informacionit lidhur me shëndetin. Kjo duhet të përfshijë: perceptimet dhe përvojat e publikut për shëndetin; njohuri nga epidemiologjia, shkencat shoqërore dhe të tjera mbi modelet e shëndetit, sëmundjeve dhe faktorët që ndikojnë në to.

Edukimi shëndetësor

Sipas Wurzbach (Wurzbach M.)¹⁵⁸ edukimi shëndetësor është çdo kombinim i eksperiencave të planifikuara të mësimi të bazuara në teori të shëndetshme që i sigurojnë individëve, grupeve dhe komuniteteve mundësinë e marrjes së informacionit dhe aftësive të nevojshme për të marrë vendime shëndetësore cilësore.

Edukimi shëndetësor ka për qëllim që të ndihmojë individët, familjet dhe komunitetet të arrijnë një gjendje shëndetësore optimale nëpërmjet veprimeve dhe iniciativave të tyre. Edukimi shëndetësor inkurajon ndryshimet pozitive dhe të informuara në stilin e jetesës, të cilat parandalojnë sëmundjet akute dhe kronike, pakësojnë paaftësinë dhe rrisin mirëqenien. Një qëllim tjetër i edukimit shëndetësor i cili mund të nxisë ndryshimet e suksesshme në sjelljen shëndetësore është fuqizimi. (G.Qirjako, E.Roshi, G.Burazeri,)¹⁵⁹

Zhvillimet në të menduarit midis ekspertëve të promovimit të shëndetit gjatë dekadës së fundit kanë çuar në vizione të reja të rolit të edukimit shëndetësor si pjesë e lëvizjes së "shëndetit të ri publik" (Tones, K)¹⁶⁰ Shëndeti i ri publik është përcaktuar si 'shqetësimi profesional dhe publik në efektin e mjedisit total (social, ekonomik dhe fizik) në shëndet' (Nutbeam 1986 f. 1228). Kjo ka rezultuar në dy role të reja për edukimin shëndetësor (Tones, K)¹⁶¹

1. Të rrisë ndërgjegjësimin e publikut, profesionistëve të edukimit shëndetësor dhe politikanëve për shkaqet socio-ekonomike dhe mjedisore që ndikojnë negativisht në shëndet dhe pabarazitë në shpërndarjen e burimeve shëndetësore.
2. Gjenerimi i fuqisë individuale. Kjo përfshin përdorimin e edukimit shëndetësor për t'i siguruar individëve njohuri dhe aftësi jetësore për t'i mundësuar ata të marrin vendime për shëndetin e tyre, familjes së tyre dhe komunitetit ku ata jetojnë.

Dy objektivat kryesorë të edukimit shëndetësor janë:

1. Të ndryshojë sjelljet shëndetësore
2. Të përmirësojë gjendjen shëndetësore

Parandalimi i sëmundjes

Parandalimi i sëmundjes në thelb është një aktivitet në fushën mjekësore që lidhet me individë të caktuar apo nëngrupe të popullatës me rrezik të lartë për zhvillimin e një sëmundjeje. (Nutbeam D.)¹⁶²

Parandalimi i sëmundjeve është përcaktuar si "strategji për të zvogëluar faktorët e rrezikut për sëmundje specifike ose për të rritur faktorët që zvogëlojnë ndjeshmërinë ndaj sëmundjeve" (Nutbeam 1986) . Ky përkufizim lidhet me nocionin e parandalimit parësor të sëmundjes dhe dëmtimit para çdo shenje dhe simptome të shëndetit. (WHO)¹⁶³ Një përkufizim më i përgjithshëm i parandalimit parësor mbulon çdo masë të krijuar për të parandaluar shfaqjen e parë të sëmundjes ose fenomeneve të tjera të tilla si (p.sh shtatzënia e padëshiruar). Parandalimi përfshin të gjitha përpjekjet për të zvogëluar probabilitetin, ashpërsinë dhe kohëzgjatjen e sëmundjes në të ardhmen.

*Ndërsa **parandalimi** është një koncept i lidhur me sëmundjen, **promovimi** i shëndetit është i lidhur me shëndetin (WHO)*¹⁶⁴

Pesë fushat Kryesore të Veprimit për Promovimin e Shëndetit (www.umfk.edu)¹⁶⁵

Shërbime shëndetësore të riorientuara. Kjo punon për të përmirësuar shëndetin e të gjithë popullsisë dhe për të siguruar mundësinë që të gjithë të kenë akses në burimet shëndetësore, të sëmurë apo jo.

Krijimi i një mjedisi mbështetës. Rrethanat që mbështesin shëndetin e bëjnë më të lehtë arritjen e mirëqenies optimale. qëllimi është Nxitja e një mjedisi që ndihmon fizikisht dhe shoqërisht në suksesin shëndetësor. Eliminimi i praktikave të dëmshme është gjithashtu pjesë e krijimit të një hapësire mbështetëse.

Zhvillimi i aftësive personale. Njerëzit duhet të kuptojnë informacionin përkatës shëndetësor në mënyrë që të ndërmarrin hapat e nevojshëm për të përmirësuar shëndetin e tyre. Duke ditur se

çfarë mund të shkaktojë sëmundja, individët mund të jenë aktivë në monitorimin dhe mbështetjen e mirëqenies së tyre.

Forcimi i veprimit të komunitetit. Njerëzit që jetojnë në të njëjtën zonë ose ata me të njëjtat shqetësime shëndetësore mund të lidhen së bashku për të kontribuar në ndryshimet e politikave dhe zhvillimin e programeve të reja.

Ndërtimi i politikave publike të shëndetshme. Aktivitetet e financuara ose të kryera nga qeveria mund të rrisin ndërgjegjësimin, të sigurojnë burime dhe edukim për të ndihmuar njerëzit të marrin kontrollin e shëndetit të tyre personal.

Qëllimi i promovimit të shëndetit është fuqizimi i pacientëve për të bërë zgjedhje dhe veprime pozitive për shëndetin. Infermierët janë të vendosur për të kontribuar në promovimin e shëndetit, duke pasur parasysh kontaktin e tyre një me një me pacientët.

Matja e shëndetit

Treguesit/Indikatorët e shëndetit janë faktorë që japin informacion në lidhje me shëndetin dhe mirëqenien e popullatës. Ata përdoren për të ndihmuar hartuesit e politikave publike dhe profesionistët e shëndetit të masin/vlerësojnë shëndetin dhe mirëqenien e përgjithshme të komunitetit. Këta Tregues nuk përdoren individualisht, por më tepër si një pasqyrë e shqetësimeve kryesore shëndetësore të një komuniteti apo popullatës në tërësi duke orientuar programet shëndetësore dhe shërbimet. Çdo shtet, bazuar në problematikat shëndetësore që paraqet popullata dhe komunitetet hartojnë dhe përzgjedhin treguesit e tyre shëndetësor.

Indikatorët/treguesit e shëndetit. Roli i tyre

Treguesit e gjendjes shëndetësore matin aspekte të ndryshme të shëndetit të një popullate. Shembujt përfshijnë jetëgjatësinë, vdekshmërinë foshnjore, paaftësinë ose shkallën e sëmundjeve kronike (WHO)¹⁶⁶

Treguesit përcaktues të shëndetit matin gjërat që ndikojnë në shëndetin. Shembujt përfshijnë dietën, pirjen e duhanit, cilësinë e ujit, të ardhurat dhe qasjen në shërbimet shëndetësore.

Karakteristikat bazë të indikatorëve të shëndetit janë (PAHO-WHO)¹⁶⁷:

- **Përkufizimi:** Treguesi duhet të jetë i përcaktuar mirë, dhe përkufizimi duhet të zbatohet në mënyrë uniforme ndërkombëtarisht.
- **Të vlefshëm:** indikatorët shëndetësorë duhet të masin/vlerësojnë atë që aktualisht supozohet të masin.

- **Të besueshëm:** rezultatet duhet të jenë të njëjta kur maten nga njerëz të ndryshëm në rrethana të ngjashme.
- **Sensitiv (I ndjeshëm)** ata duhet të jenë të ndjeshëm ndaj ndryshimeve në situatën në fjalë
- **Specifik:** ato duhet të pasqyrojnë ndryshimet vetëm në situatën në fjalë.
- **Feasible:** Ata duhet të kenë aftësinë për të marrë të dhëna kur është e nevojshme
- **Relevante** -ato duhet të kontribuojnë në kuptimin e fenomenit të interesit.

Indikatorët e përdorur në vlerësimin e programeve të promocionit shëndetësor zakonisht duhet të jenë mjaft të **vlefshëm, të saktë, dhe të besueshëm**. Sigurisht, vlerat e këtyre vetive të indikatorëve/treguesëve (matjeve) shpesh do të ndryshojnë, në varësi të nevojave të perceptuara në promocionin shëndetësor dhe kontekstin politik dhe socio-kulturor. Por dy kritere shtesë zakonisht do të jenë kritike: **indikatorët/matjet gjithashtu duhet të jenë ekonomik**, duke siguruar një sasi të kënaqshme informacioni në lidhje me kostot e tyre. **Ato duhet të jenë të pranueshme** për atë që do të japin dhe përdorin informacionin e mbledhur. Meqenëse shumë koncepte të promocionit shëndetësor, veçanërisht koncepti i vetë shëndetit, janë fenomene komplekse, shumëdimensionale, kjo nënkupton që një tipar i rëndësishëm i treguesëve shëndetësor është pikërisht **kompleksiteti** (WHO, Regional Office for Europe)¹⁶⁸.

Ku përdoren treguesit shëndetësor? (WHO)¹⁶⁹

- Matja e shëndetit të komunitetit.
- Përshkrimi i shëndetit të komunitetit.
- Krahasimi i shëndetit të komuniteteve të ndryshme.
 1. Identifikimi i nevojave shëndetësore dhe dhënia e përparësive atyre.
 2. Vlerësimi i shërbimeve shëndetësore.
- Planifikimi dhe alokimi i burimeve shëndetësore.
- Matja e sukseseve shëndetësore.

Klasifikimi i treguesve

- | | |
|---|---|
| • Treguesit e vdekshmërisë | Treguesit e Shfrytëzimit |
| • Treguesit e sëmundshmërisë | Treguesit e Shëndetit Social dhe Mendor |
| • Normat e Aftësisë së Kufizuar | Treguesit e Mjedisit |
| • Treguesit e të ushqyerit | Treguesit socio-ekonomikë |
| • Treguesit e Ofrimit të Kujdesit Shëndetësor | Treguesit e Politikave Shëndetësore |
| • Treguesit e Cilësisë së Jetës | Tregues të tjerë |

Faktorët demografikë dhe social-ekonomikë (ISHP)¹⁷⁰

- Popullsia sipas gjinisë dhe grup-moshës
- Treguesi bruto i lindshmërisë
- Shpërndarja moshore e nënave
- Niveli i përgjithshëm i lindshmërisë
- Niveli i lindshmërisë tek adoleshentët
- Projektionet e Popullsisë
- Niveli i edukimit të popullsisë
- Punësimi i popullsisë
- Shkalla e papunësisë
- Popullsia nën kufirin e varfërisë dhe pabarazitë e të ardhurave

Gjendja shëndetësore (ISHP)¹⁷¹

- Jetëgjatësia e pritshme
- Vdekshmëria foshnjore
- Niveli i vdekshmërisë neonatale
- Vdekshmëria sipas sëmundjeve specifike
- Numri i vdekjeve nga droga
- Numri i vdekjeve nga duhanpirja
- Numri i vdekjeve nga alkooli
- Vdekshmëria nga valët e të nxehtit
- Sëmundjet e transmetueshme të selektuara/përzgjedhura
- HIV/AIDS
- Incidenca e kancerit
- Diabeti
- Demenca
- Depresioni
- Infarkti akut i miokardit (IAM)
- Insulti cerebral
- Astma
- Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike (SPOK)
- Lindja nën peshë
- Lëndimet
- Lëndimet në punë
- Tentativë për vetëvrasje
- Shëndeti i vetë-përceptuar
- Sëmundshmëria kronike e vetë-raportuar
- Kufizimet afatgjate të aktivitetit
- Kufizimet funksionale sensore dhe fizike
- Dhimbjet e përgjithshme muskulo-skeletore
- Tensioni /Stresi psikologjik
- Mirëqenia psikologjike
- Vitet e shëndetshme të jetës (HLY)
- Pritshmëritë e shëndetit, të tjera

Faktorët përcaktues të shëndetit (ISHP)¹⁷²

- Treguesi i masës trupore
- Presioni i gjakut
- Duhanpirësit e rregullt
- Duhanpirja gjatë shtatzënisë
- Konsumi total i alkoolit
- Konsumi i rrezikshëm i alkoolit
- Përdorimi i drogave të paligjshme
- Konsumi i frutave
- Konsumi i perimeve
- Ushqyerja vetëm me gji deri në 6 muaj
 1. Koha e fillimit të ushqyerjes me gji
 2. Përdorimi i ushqimeve të forta, gjysmë të forta ose të buta te fëmijët e moshës 6-8 muaj
- Dieta minimale e pranueshme
- Aktiviteti fizik
- Rreziqet shëndetësore të lidhura me punën
- Mbështetja sociale
- Ekspozimi ndaj ajrit të ndotur (PM10)

Ndërhyrje shëndetësore: shërbimet shëndetësore (ISHP)¹⁷³

- Mbulimi i vaksinimit të fëmijëve
- Vaksinimi kundër gripit në të moshuarit
- Depistimi për kancerin e gjirit
- Depistimi për kancerin e qafës së mitrës
- Depistimi i kancerit të kolonit
- Vizita e parë e grave shtatzëna në trimestrin e parë
- Numri i shtretërve spitalorë
- Mjekë të punësuar
- Infermierë të punësuar
- Lëvizja e profesionistëve të shëndetësisë
- Teknologjitë mjekësore: njësitë MRI dhe skaner CT
- Kostoja e pacientëve të shtruar në spital, sipas diagnozave të selektuara
- Rastet ditore në spital, sipas diagnozave të selektuara
- Përqindja e rasteve ditore në spital dhe kostoja e pacientëve të shtruar në spital, diagnoza e kufizuar
- Kohëzgjatja mesatare e qëndrimit (ALOS)
- Frekuentimi i mjekut të përgjithshëm:

(a): Vizitat e vetë-raportuara

(b): Vizitat e regjistruara

Vizitat ambulatorë të selektuara/përzgjedhura:

(a): Vizitat e vetë-raportuara

(b): Vizitat e regjistruara

- Kirurgjitë e selektuara/përzgjedhura
- Përdorimi i medikamenteve sipas grupeve
- Lëvizshmëria e pacientit
-
- Mbulimi nga sigurimi
- Shpenzimet për kujdes shëndetësor si përqindje e PPB-së
- Përqindja e mbijetesës nga kanceri
- Treguesi rast-fatalitet brenda 30 ditëve të qëndrimit në spital për IAM dhe insulti cerebral
- Barazia në marrjen e shërbimeve të kujdesit shëndetësor
- Koha e pritjes për operacionet fakultative
- Infeksionet nga plagët kirurgjike
- Cilësia e trajtimit të kancerit
- Kontrolli i diabeti

Ndërhyrjet shëndetësore: promovimi i shëndetit. (ISHP)¹⁷⁴

- Politikat për ekspozimin ndaj duhanit
- Politikat për ushqyerjen e shëndetshme
- Politikat dhe praktikat për një stil jetese të shëndetshëm
- Programe të integruara në vendndodhje, në mjedisin e punës, shkolla, spitale
- Kërkesa për planifikim familjar me metoda moderne:
 1. Niveli i prevalencës së kontraceptivëve
 2. Përdorimi i kondomit në aktin e fundit seksual me partner me rrezik të lartë
- Konsumi adekuat i kripës së jodizuar
- Përdorimi i burimeve të përmirësuara të ujit të pijshëm
- Përdorimi i ambienteve të përmirësuara të higjienës

Në terma të përgjithshëm, **matja** mund të përkufizohet si çdo procedurë që i cakton vlera objekteve, personave, përgjigjeve ose ngjarjeve sipas disa rregullave.

Matja në promovimin shëndetësor mbështetet në shkencat e sjelljes dhe ato shoqërore, epidemiologjinë dhe disiplina të tjera që merren me biologjinë dhe ekologjinë njerëzore. Kështu, sfera e fenomeneve dhe attributeve që mund të maten në këtë fushë është vërtet e gjerë, që përfshin faktorë dhe procese subjektive dhe objektive, si dhe ndryshore të vazhdueshme dhe diskrete. Prandaj, lloje të ndryshme të shkallëve të matjes janë të rëndësishme, dhe disa veti themelore të matjeve duhet të merren parasysh.

Dallohen katër lloje të rëndësishme të shkallës së matjes (Variabli), të cilat do të përshkruhen shkurtimisht (CDC)¹⁷⁵:

Variabli Nominal – quhen ndryshe variable të emrit , ose të kategorisë që nuk kanë asnjë shkallë matjeje. Në këto tipa variablash përdoret një emër apo një shprehje për të përshkruar cilësinë e dukurisë. Kështu, për grupet e gjakut ne përdorim vetëm emërtimet si grup gjaku A, grup gjaku B, grup gjaku AB dhe grup gjaku O.

Variabël Ordinal ose i Klasifikueshëm

Shumë tipe të informacionit mjekësor mund të karakterizohen nga më shumë se dy vlera dhe kanë të njëjtin drejtim të qartë nga më e mira tek më e keqja, por këto të dhëna nuk maten nga një shkallë rigide matjeje. Dhimbja është një shenjë klinike subjektive, që nuk mund të matet, ndaj përdoret vlerësimi me shkallë sipas të cilit i thuhet pacientit të përshkruajë dhimbjen sipas një shkallë nga 0- 10, ku 0 i përket kur dhimbja mungon dhe 10 kur dhimbja është në formën më të keqe të imagjinueshme.

Variabli i Raportit Në qoftëse një shkallë e vazhdueshme ka një pikë “0” variablet që derivojnë nga kjo mund të quhen variable të raportit. Shkalla e temperaturës KELVIN është një shkallë raporti, sepse gradës 0 të kësaj shkalle i korespondon 0 absolute. Shembujt janë temperatura absolute, lartësia, pesha, numërimi i gjakut, të ardhurat, numri i ngjarjeve të shëndetit/sëmundjeve në një popullatë të caktuar gjatë një periudhe kohore (shkalla e sëmundshmërisë ose vdekshmërisë)

Modelet individuale për promovimin e sjelljes shëndetësore
Teoritë dhe modelet kognitive sociale
Modeli i riparë i promocionit shëndetësor

Objektivi

Studentët do të arrijnë të kuptojnë proceset njohëse shoqërore, Teorinë Njohëse Sociale, modelet shoqërore njohëse. Të kuptuarit e sjelljes së të tjerëve me njohje shoqërore, ndryshimin e sjelljeve të lidhura me shëndetin dhe modelin e rishikuar të promocionit shëndetësor.

Konceptet themelore

Proceset njohëse shoqërore
 Teorinë Njohëse Sociale
 Modelet shoqërore njohëse
 Sjellje të lidhura me shëndetin

Njohja shoqërore i referohet një sërë procesesh, duke filluar nga perceptimi deri në vendimmarrje, duke u bazuar në aftësinë për të deshifruar qëllimet dhe sjelljet e të tjerëve për të planifikuar veprime të përshtatshme me ato shoqërore dhe morale, përveç konsideratave individuale dhe ekonomike.

Proceset njohëse shoqërore mund të grupohen në tre fusha të lidhura me (a) përpunimin perceptues të informacionit social siç janë fytyrat dhe shprehjet emocionale (perceptimi social), (b) kapja e gjendjeve njohëse ose afektive të të tjerëve (mirëkuptimi shoqëror) dhe (c) planifikimi i sjelljeve duke marrë parasysh qëllimet e të tjerëve, përveç atyre të tyre (vendimmarrja shoqërore).

Ne i rishikojmë këto fusha nga lentet e neuroshkencës njohëse, domethënë, në aspektin e zonave të trurit që ndërmjetësojnë rolin e proceseve të tilla në aftësinë për të kuptuar sjelljen e të tjerëve dhe për të planifikuar veprime të përshtatshme shoqërore. Provat në rritje në "trurin shoqëror" të marra nga individë të rinj të shëndetshëm në ditët e sotme përbëjnë bazën për zbulimin e ndryshimeve në aftësitë njohëse shoqërore të lidhura me plakjen fiziologjike ose kushtet patologjike. Në sëmundjet patologjike kemi dëmtime ose në një, ose në disa fusha të neurologjisë

(p.sh., dëmtimi i fituar i trurit ose sëmundjet neurodegenerative), psikiatrike (p.sh., skizofrenia), dhe zhvillimore (p.sh. autizëm) çrregullime.

Sot shkaqet e vdekshmërisë i atribuohen sjelljeve të tilla si përdorimi i duhanit, konsumimi i alkoolit, dieta e dobët dhe mungesa e aktivitetit fizik (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2005)¹⁷⁶, që do të thotë se përparime të mëdha në shëndetin dhe mirëqenien e njerëzve kërkojnë zhvillimin e një kuptimi të sofistikuar të sjelljes njerëzore. Ndryshimi i suksesshëm i sjelljes nuk ndodh thjesht duke u ofruar njerëzve më shumë informacion, por duke kuptuar dhe duke synuar motivet, emocionet, njohjet, proceset ndërpersonale dhe situatat që nxisin sjelljen.

Dinamikat aktuale të kujdesit shëndetësor dhe promovimit të shëndetit ofrojnë një rast veçanërisht bindës për nevojën për të shfrytëzuar TNjS. Pacientët janë më të përfshirë se kurrë në kryerjen e kujdesit të tyre mjekësor, duke përfshirë vendimet në lidhje me protokollet e shqyrtimit dhe trajtimit, si dhe menaxhimin dhe respektimin e kujdesit klinik (<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-8-10>, n.d.)¹⁷⁷.

Ndërsa komunikimi shëndetësor zhvendoset nga modeli i njoftimeve të shërbimit publik të përshtatshëm për të gjithë, në mesazhe dixhitale të personalizuara (Lustria, Cortese, Noar, & Glueckauf, 2009)¹⁷⁸ dhe dialogë të dyanshëm të lehtësuar nga mediat sociale (Chou WY, & al, 2009)¹⁷⁹, praktikuesit dhe pacientët duhet të kenë kuptim për një mjedis informacioni më kompleks. Komunikimi midis pacientëve dhe praktikuesve ose midis pacientëve dhe anëtarëve të familjes bëjnë që të marrin vendime të përbashkëta, përfshin gjykime të bazuara në informacion jo të plotë, shpesh në mjedise marrëdhënie që përfshijnë besim, fuqi dhe komunikim joverbal. Për shembull, vendimet për shqyrtimin dhe vaksinimin shpesh varen nga komunikimi efektiv me të tjerët intim, përdorimi dhe kuptimi i saktë i informacionit, rishqyrtimi i besimeve të forta dhe menaxhimi i një konflikti të mundshëm midis sinjaleve emocionale dhe njohëse.

Duke i komplikuar çështjet më tej, peizazhi i shëndetit publik po ndryshon vazhdimisht me shfaqjen e kërcënimeve të reja shëndetësore (p.sh., virusi COVID-19), produkteve të reja (p.sh., cigareve elektronike) dhe teknologjive të reja (p.sh., testimi gjenetik i drejtpërdrejtë tek konsumatori).

Teoria Njohëse Sociale (TNjS) filloi si Teoria e të Mësuarit Social në vitet 1960 nga Albert Bandura. Ajo u zhvillua në 1986 dhe mbështetet në premisën se të mësuarit ndodh në një kontekst shoqëror me një ndërveprim dinamik dhe reciprok të personit, mjedisit dhe sjelljes.

Karakteristika unike e TNjS është theksi në ndikimin shoqëror dhe në përforcimin social të jashtëm dhe të brendshëm të sjelljes. TNjS konsideron mënyrën unike në të cilën individët fitojnë dhe ruajnë

sjelljen, duke marrë parasysh edhe mjedisin shoqëror në të cilin individët kryejnë sjelljen. Teoria merr parasysh përvojat e kaluara të një personi, të cilat përcaktojnë nëse veprimi i sjelljes do të ndodhë. Këto përvoja të së kaluarës ndikojnë në përforcimet dhe pritshmëritë, të cilat përcaktojnë nëse një person do të përfshihet në një sjellje specifike dhe arsyet pse një person angazhohet në atë sjellje, duke përfshirë reagimet ndaj sëmundjes, shpjegimin e simptomave dhe vendimin për trajtim.

Reagimet ndaj Sëmundjeve Si vendosin njerëzit nëse janë të sëmurë? Si i shpjegojnë shenjat e sëmundjes së tyre? Çfarë ndikon në gatishmërinë e tyre për të kërkuar dhe ndjekur trajtimin? Le të hamenësojmë se kohët e fundit kemi patur një prej shqetësimeve në vijim: dhimbje koke, dhimbje barku, kongestion hundësh, dhimbje të muskujve, zhurmë në vesh, djersitje të tepërt, duar të ftohta, rrahje të zemrës, marrje mendsh, diarre ose kapsllëk. Simptoma të tilla kërkojnë të vlerësohen nga stafi mjekësor. A janë të pakuptimta apo kemi nevojë për kujdes mjekësor?

SHPJEGIMI I SIPTOMAVE: A JAM I SËMURË? Me dhimbjet serioze, pyetjet bëhen më specifike - dhe më kritike. A është dhimbja e stomakut aq e keqe sa të jetë apendicit? A është dhimbja në zonën e gjoksit thjesht një spazmë e muskujve? Cilët faktorë ndikojnë në mënyrën se si i shpjegojmë simptomat? Pasi vërejmë simptoma, i interpretojmë duke përdorur skema të njohura të sëmundjeve. Në shkollat mjekësore, kjo mund të ketë rezultate qesharake. Si pjesë e trajnimit të tyre, studentët e mjekësisë mësojnë simptomat që lidhen me sëmundje të ndryshme. Për shkak se ata gjithashtu përfshijnë simptomat të ndryshme, ata ndonjëherë i atribuojnë simptomat e tyre skemave të sëmundjeve të mësuara kohët e fundit. ("Ndoshta kjo marrje fryme është fillimi i pneumonisë?!") Siç mund ta dini, kjo marrje fryme është dhe me natyrë psikologjike dhe studentët e psikologjisë janë të prirur ndaj këtij efekti ndërsa lexojnë për çrregullimet psikologjike.

A KAM NEVOJË PËR TRAJTIM? Pasi njerëzit vërejnë një simptomë dhe e interpretojnë atë si ndoshta serioze, disa faktorë ndikojnë në vendimin e tyre për të kërkuar kujdes mjekësor. Njerëzit më shpesh kërkojnë trajtim nëse besojnë se simptomat e tyre kanë një shkak fizik dhe jo psikologjik. Ata mund të vonojnë kërkimin e ndihmës, megjithatë, nëse ndihen në siklet, nëse mendojnë se përfitimet e mundshme të kujdesit mjekësor nuk do të justifikojnë koston dhe shqetësimin, ose nëse duan të shmangin një diagnozë ndoshta shkatërruese.

Ky leksion shqyrton promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve nga perspektiva e teorisë njohëse sociale. Një qasje gjithëpërfshirëse për promovimin e shëndetit kërkon ndryshimin e praktikave të sistemeve shoqërore që kanë efekte të dëmshme të përhapura në shëndetin në vend që të ndryshojnë vetëm zakonet e individëve.

Përsa i përket praktikës së edukimit shëndetësor, konstruksionet teorike më të përdorura dhe të pranuara janë ato të lindura nga teoria shoqërore njohëse (teoria e të mësuarit social) (Colleen

Diiorio & al).¹⁸⁰ Macdonald (2000) konfirmon se teoria e të mësuarit social është teoria më e përhapur dhe e njohur për praktikën e promovimit të shëndetit.

Modelet shoqërore njohëse të ndryshimit të sjelljes të lidhura me shëndetin e kanë origjinën në kërkimin e konsumatorit. Si e tillë, teoria shoqërore njohëse tërhiqet shumë nga psikologjia e shëndetit si një mjet për të shpjeguar sjelljet shëndetësore. Ajo përqendrohet në thelb në kontekstin shoqëror të ndryshimeve të sjelljes të lidhura me shëndetin dhe proceset njohëse të tij (Whitehead D)⁶

Modelet shoqërore njohëse, pra, janë modele të bazuara në reagimin e pacientit ndaj një kërcënimi të perceptuar ose aktual të sëmundjes dhe kërkojnë të identifikojnë proceset që çojnë në çdo veprim të ndërmarrë ose jo. Ndërsa, në të kaluarën, teoritë njohëse shoqërore janë aplikuar në disiplina të tjera, është Bandura (1986) që i ka aplikuar ato më së shumti në "fushën e shëndetit", veçanërisht në nxjerrjen në pah të konceptit të "vetë-efikasitetit" dhe lidhjen e tij me shëndetin - ndryshimin e sjelljes.

Ndryshimi i sjelljes së një pacienti (lidhur me shëndetin) është një detyrë shumë problematike dhe komplekse (Laërence 1999, Sedlak et al. 2000).¹⁸¹ Për infermierinë, kjo detyrë është përkeqësuar si pasojë e mungesës së shembujve të modeleve njohëse shoqërore të përshtatura posaçërisht për përdorim në praktikën edukative shëndetësore. Zhvillimi i një modeli njohës social për infermierinë është i nevojshëm për të lehtësuar një largim nga situata aktuale, ku shumë infermierë kryejnë aktivitetet e tyre të edukimit shëndetësor në bazë të rastësisë dhe jo sipas nevojës (Thomson P).¹⁸²

Nëse mirëqenia dhe përshtatja sociale janë përparësitë e infermierëve dhe pacientëve të tyre, atëherë është e domosdoshme që infermierët të kenë një kuptim të qartë të psikologjisë shëndetësore, psikologjisë sociale dhe teorive të njohjes sociale (Davies K.).¹⁸³

Nevoja për të eksploruar natyrën e psikologjisë sociale dhe për të nxjerrë në pah rëndësinë e saj në aktivitetet edukative shëndetësore theksohet më tej nga Cole (1995), i cili pretendon se të gjithë praktikuesit e kujdesit shëndetësor, me vetëdije apo jo, e bazojnë punën e tyre në teoritë dhe modelet e saj.

Të kuptuarit e sjelljes së të tjerëve me njohje shoqërore

Njohja shoqërore i referohet një sërë proceseve neurokognitive që qëndrojnë në bazë të aftësisë së individëve për të "kuptuar sjelljen e të tjerëve" si një parakusht thelbësor i ndërveprimit

shoqëror. Një aftësi e tillë komplekse përfshin një sërë aftësish, duke filluar nga deshifrimi i informacionit shoqëror (p.sh., fytyrat dhe shprehjet emocionale) dhe nxjerrja e përfundimeve mbi gjendjet mendore ose emocionale të të tjerëve deri tek marrja e vendimeve në përputhje me normat shoqërore dhe mirëqenien e të tjerëve.

Kompleksiteti i njohjes shoqërore mund të trajtohet në aspektin e tre fushave kryesore: perceptimit shoqëror, të kuptuarit shoqëror dhe vendimarrjes në kontekstin shoqëror.

Perceptimi Social, është studimi se si njerëzit krijojnë përshtypje dhe bëjnë përfundime për njerëzit e tjerë. Perceptimi social i referohet identifikimit dhe përdorimit të sugjerimeve shoqërore për të bërë gjykime në lidhje me rolet shoqërore, rregullat, marrëdhëniet, kontekstin ose karakteristikat e të tjerëve. Një parakusht themelor i njohjes shoqërore është aftësia për të bërë dallimin midis objekteve (sjellja e të cilëve shpjegohet plotësisht nga forcat fizike) dhe personave (të karakterizuar nga përvoja të brendshme, të tilla si motivimet, arsyet dhe synimet, të cilat e bëjnë sjelljen e tyre jo plotësisht të parashikueshme). Shprehjet e fytyrës, toni i zërit, gjestet e dorës, pozicioni ose lëvizja e trupit janë disa shembuj të mënyrave se si njerëzit komunikojnë pa fjalë. Një shembull i perceptimit shoqëror në botën reale është të kuptuarit se të tjerët nuk pajtohen me atë që tha dikush kur i sheh të rrotullojnë sytë. Ekzistojnë katër përbërës kryesorë të perceptimit shoqëror: vëzhgimi, atribrimi, integrimi dhe konfirmimi.

Të kuptuarit shoqëror, meqenëse sjellja e të tjerëve nuk është plotësisht e parashikueshme, suksesi i ndërveprimeve shoqërore varet nga aftësia për të deshifruar gjendjet e tyre mendore dhe, veçanërisht, të qëllimshme. Interpretimi i sjelljes së të tjerëve në lidhje me gjendjet mendore, të tilla si besimet, dëshirat, synimet, qëllimet, përvojat, ndjesitë dhe emocionet, është kështu një hap kritik për parashikimin e veprimeve të tyre të ardhshme. Kjo prirje e natyrshme për mentalizimin nënkupton zhvillimin e një "Teorie të Mendjes" (ToM) bazuar në vetëdijen se njerëzit kanë gjendje mendore, informacion dhe motivime që mund të ndryshojnë nga të tuat.

Vendi i ndryshimit të sjelljes dhe modeleve të njohjes shoqërore në edukimin shëndetësor

Sa herë që një infermier/e përpiket të ndikojë në sjelljen e një pacienti lidhur me shëndetin, duhet të marrë parasysh faktorët e shumanshëm që kontribuojnë në këtë sjellje. Thjesht të presësh që një individ do të ndryshojë sjelljen e tij/saj kur paraqitet me një skenar të caktuar, siç është kërcënimi nga një sëmundje ose vuajtja nga një sëmundje, është i kufizuar dhe naiv.

Pacientët nuk janë konsistentë në mënyrën se si i qasen shëndetit të tyre dhe, për këtë arsye, ne duhet të jemi të vetëdijshëm për shumë variacione që mund të ndodhin brenda çdo takimi shëndetësor. (Tones, K. and Tilford, S.)¹⁸⁴

Çështjet që lidhen me ndryshimin e sjelljes janë zakonisht komplekse dhe të gjera. Një rezultat i suksesshëm varet shumë nga një njohuri e mirë e punës për kompleksitetet e përfshira dhe një kuptim i plotë i proceseve të kërkuara, në mënyrë që të lehtësohet ndryshimi i sjelljes i lidhur me shëndetin (Whitehead D)¹⁸⁵.

Përdorimi i modeleve njohëse shoqërore ka ndikuar shumë në drejtimin e sjelljes parandaluese të shëndetit, si dhe në mënyrën sesi ne të gjithë e ofrojmë kujdesin ndaj pacientit (W Jack Rejeski & Jason Fanning)¹⁸⁶. Është pranuar gjerësisht se qëllimi i një pacienti drejt ndryshimit/përshtatjes së sjelljes dhe proceseve të tij/saj njohëse mbështesin pjesën më të madhe të aktivitetit që përbën edukimin shëndetësor (Richard PTM Grol)¹⁸⁷. Laërence (1999) përcakton strategjinë e ndryshimit të sjelljes si: një proces dinamik, që zhvillohet dhe evoluon përmes një sërë fazash të përcaktueshme dhe duke u mbështetur në një sërë procesesh psikologjike të identifikueshme për të filluar dhe mbështetur rezultatin e dëshiruar.

Modelet e njohjes shoqërore, në vetvete, janë krijuar për të vëzhguar dhe ekzaminuar parashikuesit dhe pararendësit e sjelljes së lidhur me shëndetin (Whitehead D)¹⁸⁸

Ndryshimi i sjelljeve të lidhura me shëndetin

Çdo ndërhyrje e edukimit shëndetësor ka më shumë gjasa të ketë një rezultat të suksesshëm nëse kuptojmë arsyet pse një pacient mund ose nuk mund të miratojë një sjellje të veçantë të lidhur me shëndetin para se të fillojmë një program ndryshimi. (Whitehead D)¹⁸⁹

Në zbatimin e strategjive të ndryshimit të sjelljes, zakonisht bëhet thirrje për një largim domethënës nga modeli normal i sjelljes së pacientit dhe prandaj sfida qëndron në identifikimin se kur dhe si mund të ndodhin këto ndryshime (David V. McQueen, Catherine Jones)¹⁹⁰. Pacientët kanë nevojë për një nxitje të fortë për të ndryshuar një sjellje që kërcënon ose ndikon tashmë në gjendjen e tyre shëndetësore.

Niven (2000) thekson faktin se, edhe kur pacientët kërkojnë në mënyrë aktive ndërhyrje shëndetësore, shanset janë që këshillat e ofruara nga profesionistët shëndetësorë zakonisht do të injorohen ose "keqpërdoren" (Niven N.)¹⁹¹. Ka shumë arsye racionale pse pacientët nuk janë në gjendje ose nuk duan të ndryshojnë sjelljet e dëmshme të lidhura me shëndetin. Një nga arsyet më të zakonshme rrjedh nga perceptimi i pasaktë i një klienti për rrezikun dhe/ose ndjeshmërinë ndaj

sëmundjeve - ajo që Ogden (2000) i referohet si një "optimizëm jorealit". Shumë pacientë e kuptojnë se përfshirja në një sjellje jo të shëndetshme zakonisht nuk ka një efekt të menjëhershëm në gjendjen shëndetësore. Fillimi i shëndetit të keq është kryesisht tinëzar. Duke pasur parasysh faktorët e shumanshëm që mbështesin ndryshimin e sjelljes, infermierët duhet të jenë të vetëdijshëm se, përkundër bindjeve të tyre shëndetësore (të cilat mund të jenë të gabuara në vetvete), besimet e pacientit mund të mos bazohen gjithmonë në peshën e provave objektive - ato gjithashtu mund të bazohen në 'vlerësime të pasakta personale'. (Downie R. S. Tannahill C. Tannahill A.)¹⁹²

Vitet e fundit kanë qenë dëshmitarë të ndryshimeve të mëdha në konceptimin e shëndetit dhe sëmundjes së njeriut nga një model sëmundjeje, në një model shëndetësor. Është po aq kuptimplote të flasësh për nivelet e vitalitetit sa për shkallët e dëmtimit. Prandaj, modeli shëndetësor fokusohet në promovimin e shëndetit si dhe parandalimin e sëmundjeve.

Qasja njohëse sociale funksionon në anën e kërkesës duke ndihmuar njerëzit të qëndrojnë të shëndetshëm përmes vetë-menaxhimit të mirë të zakoneve shëndetësore. Duke ushtruar kontroll mbi disa zakone shëndetësore njerëzit mund të jetojnë më gjatë, më të shëndetshëm dhe të ngadalësojnë procesin e plakjes biologjike (Bandura, A).¹⁹³

Vetë-menaxhimi i zakoneve që rrisin shëndetin dhe zvogëlimi i atyre që e dëmtojnë atë është ilaç i mirë. Në të vërtetë, nëse përfitimet e mëdha të disa zakoneve kryesore të jetesës do të hidheshin në një pilulë, do të shpallej një përparim spektakolar në fushën e mjekësisë. Hulumtimet e udhëhequra nga teori të ndryshme psikosociale të sjelljes shëndetësore na kanë shtuar kuptimin se si faktorët njohës dhe social kontribuojnë në shëndetin dhe sëmundjet e njerëzve. Ndër këto qasje të ndryshme janë modeli i besimit shëndetësor (Rosenstock IM)¹⁹⁴, teoria njohëse shoqërore (Bandura, 1986, 1997), teoritë e veprimit të arsyetuar (Ajzen, I., & Fishbein, M.)¹⁹⁵, sjellja e planifikuar (Ajzen, 1991) dhe motivimin e mbrojtjes (Rogers, 1983).

Dilemat që lidhen me përdorimin e modeleve njohëse shoqërore

Modelet shoqërore njohëse të edukimit shëndetësor/promovimit të shëndetit e kanë filozofinë e tyre mbështetëse të bazuar shumë në një kuadër parandalues shëndetësor. Whitehead (2001) përpiqet të sqarojë dilemat kontekstuale të lidhura me terminologjinë dhe rezultatet e ndryshme që përbëjnë edukimin shëndetësor dhe praktikën e promovimit të shëndetit.

Qëllimi i modeleve të njohjes shoqërore është të pranojnë dhe monitorojnë çdo ndryshim në sjelljen e lidhur me rrezikun dhe/ose përshtatjen e çdo mjedisi të lidhur me rrezikun, i cili më pas çon në një modifikim të incidencës së sëmundjes tek pacienti.

Schwartz dhe Weiss (1977) ishin të parët që zhvilluan termin "mjekësia e sjelljes" për të përshkruar degën e veçantë të mjekësisë që kërkonte të bashkonte elemente të shkencave të sjelljes, të tilla si psikologjia, sociologjia dhe edukimi shëndetësor. Duke u mbështetur në psikologjinë shëndetësore dhe teoritë e saj shoqërore njohëse të sjelljes mund të rezultojë në një rritje të bazës së njohurive të klientit dhe, rrjedhimisht, të çojë në rritjen e aderimit, motivimit dhe kënaqësisë kur zbatohet në një regjim terapeutik të kujdesit (Leslie R Martin & al)¹⁹⁶. Teori të tilla mund të kenë një rol produktiv brenda programeve më të përfshira të edukimit shëndetësor, por vetëm nëse lehtësojnë fuqinë dhe zgjedhjen e pacientit.

Ekzistojnë disa kufizime të TNJS, të cilat duhet të merren parasysh kur përdoret në shëndetin publik. Kufizimet e modelit përfshijnë sa vijon:

- Teoria supozon se ndryshimet në mjedis automatikisht do të çojnë në ndryshime në person, kur kjo nuk mund të jetë gjithmonë e vërtetë.
- Teoria është e organizuar lirshëm, bazuar vetëm në bashkëveprimin dinamik midis personit, sjelljes dhe mjedisit. Është e paqartë shkalla në të cilën secili prej këtyre faktorëve në sjelljen aktuale dhe nëse njëri ka më shumë ndikim se tjetri.
- Teoria përqendrohet shumë në proceset e të mësuarit dhe duke bërë kështu nuk merr parasysh predispozitat biologjike dhe hormonale që mund të ndikojnë në sjelljet, pavarësisht nga përvoja dhe pritjet e kaluara.
- Teoria nuk përqendrohet në emocione ose motivime, përveçse duke iu referuar përvojës së kaluar. Ka pak vëmendje për këta faktorë.
- Teoria mund të jetë e gjerë, kështu që mund të jetë e vështirë të operacionalizohet në tërësi.

TNJS merr parasysh shumë nivele të modelit ekologjik shoqëror në trajtimin e ndryshimeve të sjelljes së individëve. Ajo është përdorur gjerësisht në promovimin e shëndetit duke pasur parasysh theksin tek individ dhe mjedisi, ky i fundit prej të cilëve është bërë një pikë kryesore fokusi në vitet e fundit për aktivitetet e promovimit të shëndetit. Ashtu si me teoritë e tjera, zbatueshmëria e të gjitha strukturave të TNJS në një problem të shëndetit publik mund të jetë e vështirë veçanërisht në zhvillimin e programeve të fokusuara të shëndetit publik.

Çështja kryesore në këtë model është ajo që njihet si “determinizëm reciprok” (www.verywellmind.com)¹⁹⁷. Një proces mësimi ndërveprues midis individit dhe mjedisit në të cilin individ i jeton dhe punon. Individu që provon sjelljet, duke parë se cilat janë pasojat në atë mjedis. Ose vëzhgimi i njerëzve të tjerë që kryejnë sjellje të rekomanduara dhe shikoni se çfarë ndodh. Pra, ky bashkëveprim, kjo dinamikë do të thotë që sjelljet ndryshojnë me ndryshimin e rrethanave. Tre përbërësit kryesorë janë mjedisi, individ dhe sjellja.

Mjedisi nuk ka të bëjë vetëm me atë fizik, por edhe me atë ekonomik, shoqëror, familjet, institucionet, marrëdhëniet, gjeografike në lidhje me vendndodhjen dhe çështjet politike. Individu përbëhet nga karakteristika demografike sociale, të personalitetit dhe njohëse të tilla si: njohuritë, qëndrimet, profesioni, përvoja, mosha, gjinia. Sjellja, përfshin sjelljet dhe më rastin tonë veprimet që lidhen me shëndetin. Ka disa faktorë që ndikojnë në dëshirën e individit për të provuar një sjellje. Në një nivel, ekziston vetë-efikasiteti. A ndihet personi i sigurt? A e percepton personi veten në gjendje të kryejë sjelljen? Si edhe pritshmëritë e vlerës, qëndrimin ndaj sjelljes, balancimin e kostove dhe përfitimeve. Vetë-efikasiteti është ajo gjendje besimi në aftësinë e dikujt për të kryer një sjellje. Dhe kjo konsiderohet të jetë një parashikues i mirë i motivimit për të kryer vetë një sjellje dhe sjellje aktuale.

Vetë-efikasiteti lidhet qartë me sjelljen. Por studiues të tjerë kanë gjetur gjithashtu se perceptimet e aftësisë për të kontrolluar një situatë rrit ndjenjat e mirëqenies përtej thjesht rritjes së gjasave që një person të sillt në një mënyrë të caktuar. Një komponent i rëndësishëm i teorisë së të mësuarit shoqëror është vetëm ai, të mësuarit nga njerëzit e tjerë në mjedisin shoqëror. Kjo kërkon vëzhgimin e modeleve të roleve, vëzhgimin e njerëzve të tjerë që kryejnë sjelljen. Procesi i të mësuarit vëzhgues përfshin vëmendjen, ruajtjen, riprodhimin dhe motivimin.

Vëmendja është vetë procesi i vëzhgimit, duke parë njerëzit e tjerë. A duket sjellja e rëndësishme për atë që personi dëshiron të arrijë? A duket sjellja e vështirë apo komplekse? Vëzhgimet përfshijnë atë që ndodh kur personi kryen atë sjellje në mjedis. A inkurajohen apo shpërblehen? Janë të dënuar?

Ruajtja përfshin kujtimin e asaj që ndodhi. Si është kryer sjellja.

Riprodhimi përfshin mundësinë për të praktikuar. Kryetja e sjelljes, modelimi i saj që u vëzhgua nga njerëzit e tjerë.

Motivimi përfshin pasojën e sjelljes (a to të shpërblehet një sjellje e caktuar apo jo?). Nëse personi arrin atë që dëshiron ekziston synimi që ajo sjellje të vazhdojë.

Modeli i rishikuar i promocionit shëndetësor

Modeli i promovimit të shëndetit (HPM) i propozuar nga Nola J Pender (1982; rishikuar, 1996) ishte projektuar të ishte një "homolog plotësues i modeleve të mbrojtjes së shëndetit".

Ai përcakton shëndetin si një gjendje dinamike pozitive jo thjesht si mungesë e sëmundjes. Promovimi i shëndetit drejtohet në rritjen e nivelit të mirëqenies së klientit.

Modeli i promovimit të shëndetit përshkruan natyrën shumëdimensionale të personave ndërsa ndërveprojnë brenda mjedisit të tyre për të ndjekur shëndetin.

Modeli fokusohet në tre fusha:

- Karakteristikat dhe përvojat individuale
- Njohjet dhe ndikimi specifik i sjelljes
- Rezultatet e sjelljes

Modeli i promovimit të shëndetit vëren se çdo person ka karakteristika dhe përvoja unike personale që ndikojnë në veprimet e mëvonshme.

Sjellja e promovimit të shëndetit është rezultati i dëshiruar i sjelljes dhe është pika përfundimtare në modelin e promovimit të shëndetit. Sjelljet promovuese të shëndetit duhet të rezultojnë në përmirësimin e shëndetit, rritjen e aftësisë funksionale dhe cilësi më të mirë të jetës në të gjitha fazat e zhvillimit (https://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html)¹⁹⁸.

Supozimet e modelit të promovimit të shëndetit

Sjellja e promovimit të shëndetit bazohet në supozimet e mëposhtme, të cilat pasqyrojnë perspektivat e shkencës infermierore dhe të sjelljes:

-Individët kërkojnë të rregullojnë në mënyrë aktive sjelljen e tyre.

-Individët në të gjithë kompleksitetin e tyre biopsikosocial ndërveprojnë me mjedisin, duke transformuar në mënyrë progresive mjedisin dhe duke u transformuar dhe vetë me kalimin e kohës.

-Profesionistët e shëndetit përbëjnë një pjesë të mjedisit ndërpersonal, i cili ushtron ndikim tek personat gjatë gjithë jetës së tyre.

- Rikonfigurimi i vetë-iniciuar i modeleve ndërvepruese person-mjedis është thelbësor për ndryshimin e sjelljes (Nola Pender)¹⁹⁹

Modelet e fazave të ndryshimit të sjelljes

Objektivi

Studentët në këtë leksion do të njihen më modelet më të rëndësishme të fazës për psikologjinë e shëndetit dhe testet standarde të modeleve të fazës, pas së cilës provat për këto modele vlerësohen kundrejt këtyre testeve.

Konceptet kryesore

Fazat e ndryshimit

Modele skene kundrejt pseudo-fazës

Ndërhyrjet e përputhura në faza

Dizajne eksperimentale të përputhura dhe të papërshtatshme

Modeli transteorik

Modeli i Procesit të Masave Paraprake

Modeli Rubikon i fazave të veprimit

Hendeku synim-sjellje.

Modelet fazore të ndryshimit të sjelljes supozojnë se ndryshimi i sjelljes kërkon një sekuencë të ndryshimeve cilësisht të ndryshme në faktorët dhe praktikatat psikologjike, ndërsa individët gradualisht miratojnë sjellje të reja. Këto ndryshime mund të konceptohen si faza të dallueshme që kalon një individ në rrugën drejt ndryshimit të sjelljes. Për shembull, për të caktuar një takim për të marrë një vaksinë, një individ duhet së pari të jetë i vetëdijshëm për sëmundjen e mundshme dhe disponueshmërinë e një vaksine, pastaj të mendojë nëse marrja e një vaksine do të ishte një ide e mirë dhe më pas të kërkonte takim me mjekun. Në secilën fazë, detyra dhe njohuri të ndryshme do të jenë të rëndësishme. Ky leksion diskuton një përzgjedhje të qasjeve që i janë kushtuar përshkrimit të një procesi të adoptimit të sjelljes sipas fazave. Fazat mund të përkufizohen si një grup gjendjesh kategorikisht të ndryshme, të renditura, të cilat janë të ngjashme brenda në aspektin

e veçorive njohëse, emocionale dhe të sjelljes, por psikologjikisht të ndryshme nga njëra-tjetra. Modelet e fazës karakterizohen nga katër karakteristika përcaktuese: (Weinstein, N.D & al, 1998)²⁰⁰

Përkufizimet e fazës: Një algoritëm diagnostikues i cili i cakton individët në një grup fazash shteruese dhe dalluese në përputhje me cilësitë njohëse dhe/ose emocionale dhe/ose të sjelljes.

Sekuenca e fazave: Supozimi se individët kalojnë në mënyrë të njëpasnjëshme në secilën fazë në rrugën drejt adoptimit të sjelljeve të reja të qëllimshme dhe se regresionet në fazat e mëparshme janë të mundshme.

Barriera të përbashkëta brenda të njëjtës fazë: Barrierat për të përparuar në fazën tjetër janë ato gjëra që duhet të arrihen për të bërë përparim nga faza aktuale në tjetrën; shpesh këto barrierat shoqërohen me supozime në lidhje me tiparet e përbashkëta të tilla si 'mentalitetet' specifike të fazës ose gjendjet karakteristike që rezultojnë nga kalimet e suksesshme nga fazat e mëparshme dhe angazhimi me barrierat aktuale (Heckhausen, H)²⁰¹.

Barriera të ndryshme midis fazave të ndryshme: Njerëzit në faza të ndryshme përballen me barrierat të ndryshme, duhet të zotërojnë detyra të ndryshme, ose të ndryshojnë në lidhje me mendësinë e tyre, dhe kështu të përfitojnë nga ndërhyrjet të ndryshme drejt ndryshimit të sjelljes (p.sh., variablat që dallojnë midis njerëzve në fazat 1 dhe 2 nuk janë të njëjtë që bëjnë dallimin midis njerëzve në fazat 2 dhe 3).

Sipas modeleve të fazës, njerëzit në faza të ndryshme përballen me sfida të veçanta për të përparuar në fazën tjetër të procesit të ndryshimit dhe ndryshojnë në mendimet dhe ndjenjat e tyre për sjelljen në të cilën modeli zbatohet në secilën fazë. Nënkuptimi i rëndësishëm praktik është se ndërhyrjet e "përshtatura" në fazën e një individ do të jenë më efektive sesa një ndërhyrje "një madhësi i përshtatet të gjithëve". Individët që vendosin nëse do të veprojnë apo jo, për shembull, do të përfitonin më shumë nga dhënia e informacionit në lidhje me pasojat e sjelljes, ndërsa ata që tashmë kanë vendosur të veprojnë do të përfitonin më shumë nga informacioni për mundësitë për të vepruar.

Seksionet e mëposhtme prezantojnë modelet më të rëndësishme të fazës që lidhen me psikologjinë e shëndetit, llojet standarde të testeve për modele të tilla fazore dhe një përmbledhje të provave në lidhje me këto modele për secilin nga këto lloje të testeve (Weinstein, N.D., & al)²⁰².

Modeli transteorik i ndryshimit (MTN)

Historikisht modeli i parë, dhe në mënyrë empirike më i përdorur, është modeli 'Transtheoretical' ose 'Fazat e Ndryshimit' të Prochaska dhe kolegëve (Prochaska & Velicer)²⁰³. TTM integron parimet bazë të ndryshimit të sjelljes nga teoritë kryesore të ndërhyrjes aktuale në atë kohë, bazuar në përvojën klinike në fushën e ndërprerjes së duhanit; pra emërtimi 'trans-teorik'.

Tabela 1: Modeli transteorik: Etapat e ndryshimit

ETAPA	PËRKUFIZIMI	PROCESI I NDRYSHIMIT
Paramendim	Duke mos menduar seriozisht për ndryshimin e sjelljes.	Ngritja e vetëdijes: Përpjekjet e individit për të kërkuar informacion të ri dhe për të fituar mirëkuptim dhe reagim në lidhje me sjelljen e problemit Relief dramatik: Përjetimi dhe shprehja e ndjenjave në lidhje me sjelljen e problemit dhe zgjidhjet e mundshme Rivlerësimi Mjedisor: Konsiderimi dhe vlerësimi se si sjellja e problemit ndikon në mjedisin fizik dhe shoqëror
Meditimi	Duke menduar seriozisht për ndryshimin e sjelljes në 6 muajt e ardhshëm + por jo brenda 30 ditëve të ardhshme + asnjë përpjekje vitin e kaluar	Vetëvlerësimi: Rivlerësimi emocional dhe njohës i vlerave nga individit në lidhje me sjelljen e problemit
Përgatitja	Duke menduar seriozisht për ndryshimin e sjelljes në 30 ditët e ardhshme	Zgjedhja e Vetë-Çlirimit dhe angazhimi për të ndryshuar sjelljen e problemit, duke përfshirë besimin në aftësinë për të ndryshuar Ndërgjegjësimin për Çlirimin Social, disponueshmërinë dhe pranimin nga individit të mënyrave të jetesës alternative, pa probleme në shoqëri

Aksion	6 muajt e parë të abstinencës	Kontrolli i stimulit Kontrolli i situatave dhe shkaqeve të tjera që shkaktojnë sjelljen e problemit
Mirëmbajtja	Abstenenca pas 6 muajve	Kundër-kushtëzimi Zëvendësimi i alternativave për sjelljen problemore Ndihma në marrëdhëniet, besimi, pranimi dhe përdorimi i mbështetjes së kujdesit ndaj të tjerëve gjatë përpjekjeve për të ndryshuar sjelljen e problemit. Menaxhimi i paparashikuar Shpërblimi i vetes ose shpërblimi nga të tjerët për të bërë ndryshime.
Përfundimi	Mungesa e plotë e tundimit për sjelljen e mëparshme	Nuk nevojiten më shumë aktivitete për të ruajtur sjelljen

MTN i ndan njerëzit në një nga pesë, ndonjëherë gjashtë etapa të ndryshme të ndryshimit (shih Tabelën 1). Përkufizimet e etapës ndryshojnë pak në varësi të sjelljes së synuar. Për shembull e ndërprerjes së duhanit, individët në fazën e 'paramendimit' nuk mendojnë të ndalojnë pirjen e duhanit brenda gjashtë muajve të ardhshëm. Ata në fazën e 'soditjes' po mendojnë seriozisht për ndalimin diku në të ardhmen afatmesme (zakonisht të përcaktuar si nga një deri në gjashtë muaj). "Përgatitja" është faza në të cilën individët synojnë të lënë në afat të afërt (d.m.th., brenda një muaji), dhe kanë ndërmarrë hapa për t'u bërë gati për t'u larguar. "Veprimi" është faza në të cilën njerëzit kanë lënë duhanin për më pak se gjashtë muaj. Individu hyn në fazën e 'mirëmbajtjes' pasi të ketë abstenuar vazhdimisht për më shumë se gjashtë muaj. Tre fazat e para supozohet se përfshijnë procese motivuese, ndërsa dy të fundit janë të sjelljes. Supozohet se njerëzit kalojnë nëpër secilën prej këtyre fazave sipas rendit të listuar, megjithëse autorët e qasjes pranojnë se njerëzit mund të regresohen herë pas here (d.m.th., të kthehen prapa në një fazë 'më të hershme'). Në disa aplikacione, shtohet një fazë e gjashtë, "përfundimi", ku njerëzit kanë miratuar përgjithmonë një sjellje të re dhe nuk perceptojnë më asnjë tundim për t'u kthyer në sjelljen e tyre të mëparshme.

MTN hamendëson se ekzistojnë dhjetë 'proceset të ndryshimit' të përvojës dhe të sjelljes të pavarura që lehtësojnë përparimin e fazës, secila prej të cilave është e veçantë për një (ose nganjëherë më shumë) nga këto pesë faza (shih Tabelën 1). Njerëzit në një fazë të veçantë përdorin proceset shoqëruese për të kapërcyer barrierat e lëvizjes për në fazën tjetër. Për shembull, ata që

janë në fazën e paramendimit pritet të kërkojnë informacion (d.m.th., të rrisin ndërgjegjen e tyre) në lidhje me përfitimet e sjelljes së synuar, ose të shpërblejnë veten për bërjen e ndryshimeve (menaxhimi i përforcimit). Kështu, ka procese specifike që dallojnë një fazë nga tjetra, duke pasur parasysh gatishmërinë e individit për të ndryshuar sjelljen e tyre. Këto procese janë formuluar në një mënyrë që lejon lidhjen e teknikave të ndryshimit të sjelljes me proceset e ndryshimit.

Për më tepër, MTN teorizon se bilanci vendimtar mbi të mirat dhe të këqijat (pritshmëritë e rezultateve pozitive dhe negative), vetë-efikasiteti (aftësia perceptuese për të kryer sjelljen e synuar) dhe funksioni tundues si rezultate të ndërmjetme ose "të varura". Këto rezultate ndërmjetësojnë marrëdhëniet midis proceseve të ndryshimit dhe përparimit në fazat e ndryshimit (Prochaska & Velicer)²⁰⁴.

Të dhëna empirike për MTN

Testet ndër seksionale

Hartimet e ndërseksioneve ofrojnë testet më të dobëta të supozimeve të modelit të fazës. Sidoqoftë, ato janë të zakonshme sepse janë relativisht të thjeshta për t'u kryer - thjesht duhet të krahasohen njerëzit brenda një popullate në një moment të vetëm në kohë.

Në mënyrë analitike, modelet ndër -sektorale mbështesin modelet e etapës, në masën që, a) ndryshimi brenda një etape të masave që tregojnë për mentalitetet specifike të etapës është më i vogël se ndryshimi midis etapave, duke treguar se njerëzit në të njëjtën etapë janë më të ngjashëm me njëri-tjetrin sesa ato në etapa të ndryshme; b) pjesëmarrësit në etapa të ndryshme ndryshojnë nga ata në etapa të tjera në lidhje me variablat që tregojnë për mendësitë e hipotezuara; dhe c) modelet e dallimeve në variablat kryesore midis etapave janë në përputhje me supozimet e mësipërme në lidhje me modelet e etapave.

Mos harroni, njerëzit në etapa të ndryshme duhet të përballen me barriera të ndryshme për progres, të kërkojnë strategji të ndryshme dhe të kenë mendime të ndryshme. Nëse etapat ndryshojnë në disa dimensione vazhdimisht (të themi se çdo etapë e njëpasnjëshme tregon vetë-efikasitet dukshëm më të lartë ose forcë të raportuar të qëllimit për të kryer sjelljen e synuar), atëherë edhe nëse ato ndryshime midis etapave janë dukshëm të ndryshme në mënyrë sasiore, ato mund të tregojnë një proces të vetëm të vazhdueshëm ndryshimi (dmth, 'pseudo-etapa'). Vetëm një model i ndryshimit të vazhdueshëm në variablat përkatës sugjeron që njerëzit janë cilësisht të ndryshëm nga njëri-tjetri, dhe kështu ka të ngjarë të jenë në etapa të ndryshme (Sutton, S.)²⁰⁵.

Modeli i Procesit të Adaptimit të Masave Paraprake

Modeli i Procesit të Adaptimit të Masave Paraprake (Weinstein Neil D. & al)²⁰⁶ është një rishikim i MTN, dhe kapërcen shumë nga kritikën konceptuale të lidhura me të. Përkufizimet e etapës bazohen vazhdimisht në kritere psikologjike dhe jo në faktorë të jashtëm (siç është koha). PAPM synon të shpjegojë proceset diskutuese të përfshira në marrjen e vendimeve për ndryshimin e sjelljes dhe përkthimin e këtyre vendimeve në veprim (p.sh., marrja e një vaksinimi të sapo disponueshëm). Ai nuk synon të shpjegojë zhvillimin gradual të modeleve të sjelljes të tilla si dieta ose stërvitja ose adoptimi i sjelljeve të rrezikshme (K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath)²⁰⁷. Përcaktimi i gamës së aplikimeve të synuara është një tipar vendimtar i teorive shkencore që shpesh neglizhohen në psikologji. Autorët gjithashtu pranojnë se PAPM është e papërfunduar, një model në zhvillim. Një model i plotë propozon në mënyrë eksplicite etapat si dhe faktorët që nxisin kalimin nga secila etapë.

PAPM ka shtatë etapa (Tabela 2). Në fillim, njerëzit nuk janë në dijeni të çështjes shëndetësore (Faza 1). Kur mësojnë për herë të parë diçka rreth rrezikut, nuk mund të thuhet se janë të pavetëdijshëm dhe po fillojnë të formojnë opinione, por kanë tendencë të mos angazhohen as me të (p.sh., mos mendoni se çështja vlen për ta, ose nuk janë të ndjeshëm ndaj problemit shëndetësor) (Faza 2). Njerëzit pastaj arrijnë në fazën e vendimmarrjes (Faza 3), pasi janë angazhuar nga çështja, ndoshta sepse kanë pasur ndonjë përvojë personale me të. Në këtë pikë, ata fillojnë të marrin në konsideratë përgjigjen e tyre. Ky proces vendimmarrës mund të rezultojë në një nga tre rezultatet. Së pari, ata mund të pezullojnë gjykimin, duke mbetur në Fazën 3 për momentin. Së dyti, ata mund të vendosin të mos ndërmarrin asnjë veprim, të paktën për momentin (Faza 4). Këta njerëz kanë vendosur në mënyrë aktive që të mos veprojnë ndryshe ndaj informacionit, bëhen më rezistentë ndaj bindjes dhe mund të angazhohen në veprime që mbrojnë vendimin/pozicionin e tyre. Së treti, ata mund të vendosin të miratojnë sjelljen e synuar, dhe kështu të kalojnë në Fazën 5. Ata që vendosin të adoptojnë duhet të fillojnë të ndryshojnë sjelljen (Faza 6). Një fazë e shtatë, nëse është e rëndësishme, tregon se sjellja është ruajtur me kalimin e kohës (Faza 7).

Table 2: PAPM: Etapat e Ndryshimit

STADI	GJENDJA PSIKOLOGJIKE	PROGRESI	FAKTORËT E NDRYSHIMIT
1	I Pavetëdijshëm	-	-

2	I paangazhuar	Mësimet e para	Mesazhet mediatike për rrezikun dhe masat paraprake
3	I pavendosur	Pezullim i gjykimi	Mesazhet mediatike për rrezikun dhe masat paraprake; Komunikimet nga të tjerët të rëndësishëm; Përvoja personale me rrezikun
4	I vendosur për të mos vepruar	Marrja e vendimeve negative	Besimet në lidhje me gjasat dhe ashpërsinë e rrezikut; Besimet në lidhje me ndjeshmërinë personale; Besimet në lidhje me efektivitetin dhe vështirësitë e masave paraprake; Sjelljet dhe rekomandimet e të tjerëve; Normat shoqërore të perceptuara; Frika dhe shqetësimi
5	I vendosur për të vepruar	Fillimi i sjelljes	
6	Duke vepruar	Fillimi i sjelljes	Koha, përpjekja dhe burimet e nevojshme për të vepruar; Informacion i detajuar "si-të" (hoë-to); Kujtesa dhe sugjerime të tjera për veprim; Ndihmë në kryerjen e aksionit.
7	Mirëmbajtja	Angazhimi në veprime të qëndrueshme	-----

Meqenëse Fazat 3, 4 dhe 5 janë reciprokisht ekskluzive, por të gjitha pasojat e drejtpërdrejta të Fazës 2, nuk mund të ketë një përparim të rreptë nëpër këto tri faza; në vend të kësaj, individit hipotezohet të kalojë nga Faza 2 në një nga këto, dhe nëse është në Fazën 5, atëherë drejtpërsëdrejti në Fazën 6; nëse Faza 3, atëherë potencialisht në Fazën 4 ose 5 tjetër; por nëse Faza 4, atëherë individit nuk lëviz më tej. Ky është, në fakt, dallimi parësor midis PAPM dhe MTN për sa i përket fazave (megjithëse përkufizimet e këtyre fazave janë gjithashtu të ndryshme).

Ashtu si me MTN, PAPM sugjeron që ka faktorë specifikë që lidhen me lëvizjen nga një fazë në tjetrën (shih Tabelën 2). Sidoqoftë, autorët e teorisë argumentojnë se këta nuk janë faktorë të

provuar tashmë se janë të lidhur me përparimin nëpër faza, por kandidatë të arsyeshëm; përdoruesit e qasjes janë të ftuar të testojnë këto marrëdhënie dhe të tjerët që ata besojnë se mund të jenë të vërteta. Deri më sot, PAPM nuk specifikon në detaje informacion barrierat në secilën fazë dhe faktorët kritikë për të kapërcyer këto barriera (Einstein, N.D & al.)²⁰⁸. Modeli kështu nuk është rreptësisht i testueshëm, por synon të frymëzojë kërkime për të shpjeguar procesin e adoptimit të sjelljeve paraprake.

Modeli Rubikon i fazave të veprimit

Kontributi kryesor i modelit të fazave të veprimit ‘Rubicon’ (Heckhausen, H.)²⁰⁹ është të sigurojë kritere të qarta për përcaktimin e kufijve midis ‘fazave’ (në vend të fazave), duke hipotezuar dhe testuar tiparet e mendësive specifike të fazës. Modeli përshkruan ndryshimin e sjelljes në katër faza të njëpasnjëshme, një fazë motivuese preaktive, duke u fokusuar në zgjedhjen e qëllimit, një fazë vullnetare preaktive që fokusohet në planifikim, një fazë vullnetare veprimi ku menaxhohet performanca e veprimit dhe faza e motivimit pas veprimit në të cilën rezultatet e veprimit të dikujt vlerësohen.

Tabela 3: Cilësitë e mendimeve të lidhura me Modelin Rubikon

MENDËSIA	PËRMBAJTJA	PËRZGJEDHJA	PROCESI I INFORMIMIT
Motivuese	Parashikimi i përqendruar stimulues i pasojave të mundshme të sjelljes (Vlera); Mundësia e shfaqjes së pasojave të ndryshme (Realizimi)	Mendjehapur, marrje e të gjithë informacionit në dispozicion në lidhje me opsionet e mundshme	‘I orientuar drejt realitetit’, i paanshëm nga dëshirat
Vullnetare	I fokusuar në realizimin e synimeve dhe planeve	Mbrojtje e lartë, njohëse e qëllimit duke injoruar informacionin e papërshtatshëm	‘I orientuar drejt realizimit’, i shoqëruar me njëanshmëri, optimiste

Modeli identifikon tre kufij ose kalime të rëndësishme midis fazave: nga motivimi i përgjithshëm në një vendim/qëllim, në fillimin e veprimit, dhe pastaj një kalim përsëri në fazën motivuese gjatë së cilës bëhet vlerësimi i veprimit. Në fazën para-vendimtare, diskutuese, individit supozohet të marrë parasysh përfitimet e mundshme nga ndjekja e qëllimit, duke përcaktuar se cilat janë përfitimet e mundshme dhe sa i vlerësojnë ato përfitime. Ata gjithashtu marrin parasysh kostot e ndryshimit dhe nëse ata mund ta arrijnë qëllimin përmes aftësive të tyre (Heckhausen, H)²¹⁰

Me formimin e një qëllimi (p.sh., kalimi nga përcaktimi i qëllimit në përpjekjen për qëllimin), individit është postuluar të kalojë nga një gjendje e sositjes (faza para-vendimit) në një angazhim të fortë (faza vullnetare preaktive)-në analogji si Perandori Romak Julius Cezari duke kaluar lumin Rubikon, dhe duke u angazhuar kështu në një luftë civile. Në mënyrë ideale, njerëzit në këtë fazë preaktive duhet të zhvillojnë plane të cilat specifikojnë saktësisht se kur, ku dhe si duhet të kryhet sjellja e drejtuar nga qëllimi-atë që Gollwitzer (1999) e quajti 'synime zbatimi'-e cila supozohet të lehtësojë kalimin në veprimin vullnetar faza në të cilën qëllimi ndiqet në mënyrë aktive. Faza postaksionale përfshin vlerësimin e asaj që është arritur (duke përdorur një kornizë motivuese të mendjes në mënyrë që vlerat e individit të jenë në dispozicion) në krahasim me qëllimin fillestar. Në të vërtetë, individit duhet të përcaktojë nëse veprimi mund të pushojë sepse qëllimi është arritur, dhe nëse përfitimet e shpresuara ishin të arritshme si rezultat i veprimit.

Ashtu si me modelet e tjera të fazës, detyrat specifike duhet të zgjidhen në secilën fazë. Në këtë rast, marrja e një vendimi, planifikimi i ekzekutimit, inicimi i veprimit dhe vlerësimi i rezultatit konsiderohen se rezultojnë në mendësi specifike, karakteristike (Gollwitzer, P.M., & Sheeran, P.)²¹¹. Njohjet në mendësitë motivuese dhe vullnetare dallohen nga përmbajtja e tyre (mendime të caktuara janë më të përhapura se në mendësitë e tjera), selektiviteti i marrjes së informacionit (informacionet e caktuara ka më shumë gjasa të merren parasysh dhe të memorizohen) dhe përpunimi i informacionit (informacioni përpunohet me qëllime të ndryshme në faza të ndryshme).

Ky model është testuar në një paradigmë eksperimentale në të cilën pjesëmarrësit fillimisht fillojnë, për shembull duke u kërkuar që të mendojnë për një problem personal të pazgjidhur (mendim diskutues) ose të planifikojnë zbatimin e një qëllimi personal të vendosur kohët e fundit (mentaliteti zbatues). Në një eksperiment pasues të supozuar të palidhur, vlerësohen pasojat njohëse, vetëvlerësuese dhe të sjelljes të mendësive. Ekzistojnë dëshmi të mira që pjesëmarrësit në diskutimet mendojnë më shumë për vlerat e rezultateve të pritura, ndërsa pjesëmarrësit në mentalitetet zbatuese mendojnë kur, ku dhe si të veprojnë, dhe kanë më shumë gjasa të marrin pjesë dhe të kujtojnë informacionin e njëpasnjëshëm në fazë (Heckhausen, 1991). Njerëzit në fazat

paraprake gjykojnë dëshirën dhe realizueshmërinë në mënyrë të paanshme, ndërsa një mendim zbatues shoqërohet me paragjykime të forta optimiste (Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M)²¹².

Deri më sot, nuk ka dëshmi përfundimtare se procesi i ndryshimit të sjelljes mund të karakterizohet me besueshmëri si lëvizje nëpër një seri fazash të caktuara të cilat mund të diferencohen në baza psikologjike. Kjo mund të jetë për shkak se fazat ende nuk janë karakterizuar siç duhet (përveç dallimit bazë midis një faze para dhe pas qëllimit e cila mbështetet fuqishëm nga dëshmitë). Në veçanti, ka pak dëshmi për të mbështetur pretendimin kryesor të këtyre qasjeve se trajtimet janë më të suksesshme kur aplikohen në një sekuencë faze sesa kur aplikohen në një sekuencë të rastësishme. Numri i fazave që do të ishte më i dobishëm për të specifikuar, ose nëse një model i cili mori një qasje të ndryshimit të vazhdueshëm do t'i përshtatej më mirë të dhënave, mbetet për t'u parë (edhe pse disa kanë argumentuar se të dhënat ekzistuese nga MTN dhe modelet e tjera të fazës janë më të qëndrueshme me një interpretim të vazhdueshëm të ndryshimit sesa fazat diskrete (De Vet, E.& al)²¹³ (Weinstein, N.D & al)²¹⁴.

Parimet kryesore të modeleve të skenës janë sekuenca dhe moderimi (rëndësia e variablave dhe ndërhyrjeve psikologjike varet nga përparimi i bërë drejt ndryshimit të sjelljes). Disa nga sekuencat janë të arsyeshme dhe jo objekt i testeve empirike: Askush nuk mund të mendojë për përdorimin e testeve të radonit në shtëpi para se të bëhet i vetëdijshëm për rrezikun e radonit dhe mundësinë e testimit. Askush nuk mund të krijojë një qëllim, pa ndonjë mendim. Bërja e një plani para se të vendosni të veproni duket po aq e pamundur sa adoptimi i padëshiruar i sjelljeve të reja parandaluese.

Psikologjia shëndetësore është lënë aktualisht në situatën e pazgjidhur të besimit se ndryshimi i sjelljes është ndoshta një proces dinamik, por pa pasur një qasje të përcaktuar mirë dhe të konfirmuar empirikisht për të kuptuar atë proces. Modeli më pak i formuluar mirë (TTM) është më i përdoruri dhe më i testuari dhe duket se nuk është shumë efikas. Modele të formuluara më mirë janë përdorur më rrallë, kështu që ende nuk është e qartë nëse ato funksionojnë më mirë. Shpresojmë se një përparim teorik do të ndodhë në të ardhmen e afërt, ose një nga modelet më të reja ekzistuese do të tregohet se ka vlefshmëri të konsiderueshme, duke korrigjuar kështu këtë situatë.

11

Ndërhryjet për ndryshimin e sjelljes shëndetësore dhe ruajtjen e ndryshimit të sjelljes

Objektivat

Studentët të njohin përkufizimin e sjelljes. Të njohin kuptimin e sjelljes së ndryshuar, rëndësinë e ruajtjes së sjelljes së ndryshuar. Të njihen me teoritë e ndikimit të variablave në një sjellje individuale të lidhur me shëndetin dhe me kushtet paraprake për të ndryshuar sjelljen.

Konceptet themelore

Termi sjellje

Sjellje e ndryshuar

Ndikimi i variablave në sjellje

Kushtet paraprake për të ndryshuar sjelljen

Sjellja mund të përkufizohet si çdo aktivitet i ndërmarrë nga një individ, pavarësisht nga gjendja shëndetësore aktuale ose e perceptuar, me qëllim promovimin, mbrojtjen apo ruajtjen e shëndetit (WHO)²¹⁵.

Sjellja e njerëzve ose stili i jetesës janë shkaqe të shumë sëmundjeve moderne. Prandaj modifikimi i këtyre aspekteve të sjelljes të cilët njihen për impaktin e tyre në shëndet kanë qenë fokus për promocionin shëndetësor.

Ky leksion lidhet me ato aspekte të sjelljes shëndetësore të cilat njerëzit mund t'i kontrollojnë. Ai eksploron përdorimin e psikologjisë sociale e cila ofron disa modele teorike që identifikojnë determinantët e ndryshimit të sjelljes. Kjo mund të kontribuojë të paktën në të kuptuarit se si i

marrin vendimet njerëzit për shëndetin e tyre. Kjo mund të jetë një mjet i mirë për planifikimin e ndërhyrjeve në promocion shëndeti. Punonjësit e promocionit duhet të kenë parasysh ndikimin e faktorëve specifike si vetë-vlerësimi individual ose perceptimet e njerëzve për kontrollin e jetës së tyre me qëllim që të ofrojnë mbështetje praktike dhe eksperiencë pozitive në zgjedhjet e tyre.

-Faktorët rriskues të sjelljes janë shkaku kryesor i shfaqjes së sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, bazuar në gjendjen shëndetësore kronike dhe dëmtimeve në botë. Problemet shëndetësore kronike më të përhapura përfshijnë kancerin, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet e traktit respirator dhe diabeti. Çdo njëra prej tyre ka një shkak apo një faktor risku mbizotërues që është e lidhur me zakonet dhe stilin e jetesës. Këtu përfshihen, duhanpirja, inaktiviteti fizik, marrja e shumë kalorive, përdorimi i ekzagjeruar i alkoolit që çon në obezitet, nivelet e larta të kolesterolit, rritja e tensionit të gjakut duke shkaktuar shfaqjen e sëmundjeve kronike. Barra e sëmundjeve kronike dhe dëmtimeve dhe për pasojë dhe rëndësia e faktorëve të sjelljes në shëndet, jetëgjatësia, kostot e kujdesit shëndetësor dhe mirëqenia sociale ka të ngjarë të rritet me rritjen e moshës së popullsisë dhe përmirësimin e kujdesit shëndetësorë që rezultojnë në uljen e vdekshmërisë. (WHO)²¹⁶

- Ekzistojnë dëshmi bindëse se sjelljet e shëndetshme, përfshirë lënia e pirjes së duhanit, menaxhimi i peshës, kontrollin e presionit të gjakut dhe stërvitjen e rregullt, lidhen jo vetëm me rritjen e jetëgjatësisë, por edhe me shëndetin dhe funksionimin e mirë në moshat e mëdha.

Çfarë është ruajtja e ndryshimit të sjelljes

Ruajtja e ndryshimit të sjelljes është performanca e vazhdueshme e një sjelljeje pas një ndryshimi fillestar të qëllimshëm në një nivel që ndryshon ndjeshëm nga performanca bazë në drejtimin e synuar.

Rëndësia e ruajtjes së sjelljes së ndryshuar

Ka dëshmi të konsiderueshme që sjellja mund të modifikohet në mënyrë efektive përmes ndërhyrjeve të ndryshimit të sjelljes (Hobbs, N & al)²¹⁷. Sidoqoftë, dëshmitë për qëndrueshmërinë e ndryshimit të sjelljes në përgjigje të ndërhyrjeve janë të kufizuara (Dominika Kwasnicka & al)²¹⁸. Kjo është pjesërisht sepse pak studime vlerësojnë efektet afatgjata sepse efektet e ndërhyrjes zvogëlohen me kalimin e kohës. Shkalla e përsëritjes së sjelljes është e lartë për individët që bashkohen me programet e humbjes së peshës (Tsai & Wadden, 2005); që fillojnë përpjekjet për ndërprerjen e duhanit (John R Hughes & al)²¹⁹; përpiqen të zvogëlojnë konsumin e alkoolit, ose që bëjnë përpjekje për të ndaluar sjelljet e rrezikut. Teoria e mirëmbajtjes së ndryshimit të sjelljes mund të japë udhëzime mbi zhvillimin dhe vlerësimin e ndërhyrjeve që promovojnë ndryshime të

qëndrueshme në sjelljet shëndetësore. Dëshmitë aktuale në lidhje me efektivitetin e ndërhyrjeve për të ndryshuar sjelljet e lidhura me shëndetin janë jokonsistente të cilat, pjesërisht, mund të jenë për shkak të mungesës së informacionit mbi procesin ruajtjes pas ndryshimit fillestar.

Pavarësisht përparimeve të fundit në kujdesin shëndetësor, sjellja njerëzore mbetet burimi më i madh i ndryshimit në rezultatet që lidhen me shëndetin (Schroeder, 2007). Shëndeti dhe mirëqenia e njerëzve ndikohen nga mënyra e jetesës si, duhanpirja, higjiena, dieta dhe aktiviteti fizik, të gjitha këto sjellje janë lehtësisht të kontrollueshme nga vetë individi. Përveç kësaj, efektiviteti i ndërhyrjeve në kujdesin shëndetësor është shumë e varur nga zbatimi i aktiviteteve për të patur një shëndet më të mirë duke marrë medikamentet, kryerja e vetë-ekzaminimeve, duke u përmbajtur aktiviteteve dhe zakoneve të shëndetshme. Një problem thelbësor është mosrespektimi i rekomandimeve për ndryshimin e sjelljes me kalimin e kohës.

Pesë tematikat për ruajtjen e ndryshimit të sjelljes

Motivet e mirëmbajtjes së sjelljes

Motivimi është një nga shtytësit e sjelljes vullnetare. Ato ndihmojnë në përcaktimin e prioriteteve dhe burimeve. Ndryshimi fillestar i sjelljes shpesh motivohet nga prirjet për rezultate afatgjata në shëndet (p.sh ndryshimi i dietës për të minimizuar rreziqet mbi shëndetin). Motivet e mbajtjes së sjelljes ndryshojnë nga ato motive që i shtynë individët të bëjnë ndryshimet fillestare. Motivet janë veçanërisht ndihmuese për ruajtjen e sjelljes kur merr vlerësim dhe kënaqësi të vazhdueshëm për sjelljen e re sesa vet procesi i ndryshimit. Kjo ndodh duke u fokusuar në kënaqësinë që të jep një sjellje, kënaqësia me rezultatet e ndryshimit, të vendosurit vetë ose nëse individët kanë përputhshmëri të sjelljes të sapo adoptuar me identitetin, besimet dhe vlerat e tyre.

Kënaqësia e sjelljes dhe kënaqësia me rezultatet

Sjellja ka më shumë gjasa të jetë e qëndrueshme nëse theksohen rezultatet e menjëhershme sesa rezultatet afatgjata dhe racionale. Motivimi për të shmangur pasojat negative shëndetësore supozohet të jetë i pamjaftueshëm për të ruajtur sjelljen parandaluese që kërkon përpjekje dhe mundim të vazhdueshëm. Prandaj motivet pozitive të ruajtjes së sjelljes janë të nevojshme dhe të rëndësishme (Weinstein, N. D., & Sandman, P. M.)²²⁰. Individët angazhohen më fort në atë që bëjnë nëse ndihen mirë dhe nëse përshtatet me vendimet e tyre dhe angazhimin paraprak (Cesario, J Higgins, T. E. & al)²²¹. Kjo mund të përfshijë kënaqësinë e kryerjes së një sjellje të tillë, ose kënaqësinë e rezultateve të menjëhershme të sjelljes. Pas miratimit fillestar të sjelljeve të reja, individët janë të prirur për të vlerësuar rezultatet e përpjekjeve të tyre në mënyrë njohëse dhe emocionale. Nëse rezultatet aktuale pasqyrojnë rezultatet e dëshiruara, motivimi fillestar

përfordhet dhe individët ka të ngjarë të mbështesin përpjekjet e tyre. Natyra dhe koha e rezultateve të parashikuara ndikon në ruajtjen e ndryshimit të sjelljes.

Të vendosurit vetë

Ndryshimet e menjëhershme në sjellje shpesh motivohen nga faktorët e jashtëm (një individ që mendon se duhet të përputhet me kërkesat e mjedisit rrethues). Sidoqoftë, motivimi i brendshëm (individ që dëshiron të ruajë sjelljen e re) supozohet të ketë një ndikim më të fortë në ruajtjen e sjelljes sesa motivimi i jashtëm (Ryan, & Deci)²²². Në mënyrë të ngjashme, ndryshimi i sjelljes ka më shumë gjasa të ruhet, nëse një sjellje e re i ngjan vlerave të një individ dhe perceptohet si i rëndësishëm për të. Fillimisht sjellja e motivuar nga faktorë të jashtëm mund të zhvillojë karakteristika të brendshme me kalimin e kohës dhe performancë të përsëritur në mbajtjen e sjelljes së re.

Identiteti

Mendohet se individët kanë më shumë gjasa të ruajnë sjellje të cilat përputhen me besimet që ata kanë.

Besimet dhe vlerat e vendosura mund të ndryshojnë si rezultat i përfshirjes në një sjellje të caktuar.

Për shembull, një individ që ushtrohet rregullisht mund ta konsiderojë veten sportist ose një person që nuk pi duhan mund të zhvillojë identitetin e një jo-duhanpirësi. Ndryshime të tilla në identitet përmirësojnë pozitivisht ruajtjen e ndryshimit të sjelljes. Këto besime udhëheqin ruajtjen e sjelljes së ndryshuar, pasi ato udhëheqin dhe organizojnë përpunimin e informacionit dhe standardeve përkatëse duke krijuar përvoja të vazhdueshme pozitive të lidhura me sjelljen e re.

Ndryshimi fillestar i sjelljes që shkaktohet nga një ngjarje ose krizë e rëndësishme e jetës mund të shkaktojë një ndryshim në identitetin e një individ (Epiphanious & Ogden)²²³. Ndryshime të tilla të shkaktuara nga ngjarjet apo situatat supozohet të jenë veçanërisht të qëndrueshme. Ndryshimi i sjelljes si rezultat i një ngjarjeje të jetës shpesh ruhet nëse individ nuk mendon se përfiton nga sjellja e mëparshme, nëse ka më pak mundësi për të kryer sjelljen e mëparshme ose nëse ata besojnë se sjellja e mëparshme ishte shkaku i krizës. Individët përjetojnë ndryshime në besimet e tyre, të ndjekura nga ndryshimet e identitetit që mbështesin mirëmbajtjen e ndryshimit të sjelljes (Epiphanious & Ogden)²²⁴.

Vetë-Kontrolli

Vetë-kontrolli i referohet çdo përpjekjeje për të kontrolluar në mënyrë aktive sjelljen duke frenuar sjelljet, nxitjet, emocionet ose dëshirat dominuese dhe duke i zëvendësuar ato me përgjigje të drejtuara nga qëllimi (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994).

Mësimi i këtyre teorive jep shpjegime për ndikimin e mjedisit në sjellje dhe për zhvillimin e zakoneve personale. Përsëritja dhe përforcimi konsiderohen si një çelës për formimin e zakonit. Mësimi i teorive japin një gamë të gjerë shpjegimesh se si sjelljet e reja fitohen dhe bëhen të zakonshme. Për të ruajtur sjelljen është e dobishme për individët të jenë të kushtëzuar nga përgjigjet e caktuara të sjelljes, që ndodhin në një situatë të caktuar.

Burimet

Burimet janë asete psikologjike dhe fizike që mund të shfrytëzohen gjatë procesit të ndryshimit të sjelljes (Dominika Kwasnicka & al)²²⁵. Meqenëse ruajtja e ndryshimit të sjelljes është shpesh e vështirë dhe kërkon përpjekje të qëndrueshme, burimet në dispozicion të individit luajnë një rol të rëndësishëm. Kur burimet janë të kufizuara ose të pakta për shkak të stresit, lodhjes, rraskapitjes apo dhe dehjes, kapaciteti vetërregullues i një individi është i kufizuar.

Individët kanë më shumë gjasa të fillojnë ndryshimin e sjelljes në momentet kur burimet e tyre psikologjike dhe fizike janë të shumta dhe kur kostot e mundësive (përpjekjet e nevojshme për të miratuar sjelljen) janë të ulëta. Me kalimin e kohës kostot dhe burimet e mundësive ndryshojnë dhe sjelljet e zakonshme ka të ngjarë të mbizotërojnë kur burimet janë të kufizuara. Proceset e ndryshimit të zakoneve të vjetra dhe zhvillimit të atyre të reja ka të ngjarë të veprojnë së bashku për mbajtjen e ndryshimit të sjelljes. Rikthimi në sjelljen e mëparshme shoqërohet me nivele të ulëta të burimeve.

Teoritë e mëposhtme janë përpjekur të shpjegojnë ndikimin e variablave të ndryshëm në një sjellje individuale të lidhur me shëndetin:

Modeli i Besimit në Shëndet (Becker 1974)

Teoria e Veprimit të Arsytuar (Ajzen & Fishbein 1980)

Modeli i Stadeve të Ndryshimit (Prochaska & DiClemente)

Modeli i Besimit në Shëndet

Ky është ndoshta modeli më i njohur teorik i cili nënvizon rolin e besimeve në vendimmarrje. Ky model është i propozuar nga Rosenstock dhe më vonë është modifikuar nga Becker (Qirjako, G. Roshi, E. Byrazeri, G)²²⁶. Ky model sugjeron se nëse njerëzit do të ndryshojnë ose jo sjelljen e tyre, kjo do të varet nga vlerësimi i përfitimeve dhe realizueshmërisë së kësaj sjellje kundrejt kostove të saj. Me fjalë të tjera, njerëzit që marrin në konsideratë ndryshimin e sjelljes përfshihen në një analizë utilitare kosto-përfitim. Kjo mund të përfshijë besimet e tyre lidhur me mundësinë e sëmundjes apo dëmtimit të tyre: shkallën e sëmundjes apo dëmtimit; dhe efikasitetin e veprimit dhe nëse ai do të ketë përfitime personale apo sa mundësi ka ai që të mbrojë personin nga sëmundja apo dëmtimi.

Që të bëhet një ndryshim i sjelljes, individët:

- ✓ Duhet të kenë një stimul për të ndryshuar
- ✓ Të ndihen të kërcënuar nga sjellja aktuale
- ✓ Të ndjejnë se ndryshimi do të jetë i dobishëm dhe se do të kenë pak pasoja të pakënaqshme.
- ✓ Duhet të ndihen kompetentë në realizimin e ndryshimit.

Shumë teori bazohen në premisat se sjellja e njerëzve udhëhiqet nga pasojat. Nëse këto janë pozitive apo pretendohet të jenë të tilla, atëherë është më e pritshme që personat të përfshihen në këtë sjellje. Këto shpjegime që e shohin sjelljen si një përgjigje e thjeshtë drejt shpërblimeve pozitive apo negative nuk duket të llogarisin persistencën e sjelljeve që lidhen me shëndetin, të cilat në dukje kanë pasoja negative, siç është duhanpirja apo konsumi i alkoolit gjatë drejtimit të makinës. Me sa duket, shpërblimi afat-shkurtër është një stimul më i fuqishëm sesa dëmtimi i mundshëm afatgjatë.

Becker sugjeron se individët influencohen nga ajo se sa vulnerabël e perceptojnë ata veten lidhur me mundësinë për të qenë të sëmurë, të dëmtuar apo në rrezik dhe se sa serioze e konsiderojnë ata sëmundjen apo dëmtimin. Perceptimi i njerëzve dhe vlerësimi i rrezikut zë një vend qendror në aplikimin e këtij modeli. Shumë njerëz bëjnë një skicë vlerësimi nëse ata janë në rrezik. Kjo mund të influencohet nga tre faktorë: eksperiencia personale, mundësia për të kontrolluar situatën, dhe një lloj përshtypje e përgjithshme se “sëmundja ose rreziku është plotësisht e keqe dhe e aftë të vrasë lehtë”. Megjithatë në shumë situata njerëzit kanë një optimizëm jorealit se “kjo nuk mund të më ndodhë mua”

Shumë fushata edukuese kanë tentuar të motivojnë njerëzit për të ndryshuar sjelljen e tyre nëpërmjet “frikësimit” apo ndjenjës së fajit. Fushatat kundër përdorimit të alkoolit gjatë drejtimit të makinës në periudhën e Krishtlindjes tregojnë efektet shkatërruese në familjet që kanë humbur të afërm në aksidente rrugore, posterat për parandalimin e duhanit i bëjnë thirrje prindërve që

mos i “mësojnë fëmijët si të pinë duhan”. Megjithatë frika mund të inkurajojë sjellje të shëndetshme, vendimmarrja shpeshherë bazohet në episode dhe rrethana konkrete , prandaj dhe programet e aktiviteteve në promocion shëndetësor duhet të jenë të zgjatura në kohë dhe jo episodike.

Si përfundim mund të themi se ky model sugjeron se njerëzit kanë nevojë për disa sinjale për të ndryshuar një sjellje apo për të marrë një vendim që lidhet me shëndetin.

Teoria e veprimit të arsyetuar

Sipas teorisë së veprimit të arsyetuar (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)²²⁷, sjellja varet nga dy variabla:

Qëndrimet – Besimet rreth pasojave të sjelljes dhe një vlerësim i aspekteve pozitive dhe negative të bërjes së ndryshimit

Normat subjektive – çfarë bëjnë dhe çfarë presin personat dhe shkalla në të cilën personi dëshiron të përshtatet dhe të jetë si ata.

Ajzen dhe Fishbein pranojnë se njerëzit nuk sillen domosdoshmërisht në përputhje me qëllimet e tyre. Mundësia e parashikimit të sjelljes do të influencohet nga stabiliteti i besimit të personit. Stabiliteti përcaktohet nga fuqia e besimit, sa gjatë është mbajtur ai, nëse është përforcuar nga grupe të tjera të cilave i përkasin individët, nëse është e lidhur dhe integruar me qëndrime dhe besime të tjera dhe sa i qartë apo i strukturuar është ai. Kjo teori ndryshon nga teoria e besimit për shëndetin sepse ajo i jep rëndësi normave sociale si një faktor madhor që ndikon në sjellje.

Teoria e sjelljes së planifikuar

Kjo teori , përveç dy variablave të teorisë së veprimit të arsyetuar bashkon dhe një variabël tjetër – atë se sjellja e njerëzve është pasojë e kontrollit të tyre të perceptuar . Njerëzit ndryshojnë në shkallën në të cilën ata mendojnë dhe mund të bëjnë ndryshime në jetën e tyre. Teoria e të mësuarit social sugjeron se mënyrat, sipas të cilëve njerëzit shpjegojnë gjërat që u ndodhin, janë produkt i eksperiencave të tyre të fëmijërisë. Ata që janë shpërblyer për sukseset e tyre dhe janë ndëshkuar në mënyrë të qëndrueshme dhe të drejtë, do të besojnë se ata janë në kontroll të jetës së tyre. Ata që janë shpërblyer në mënyrë jo të qëndrueshme dhe janë dënuar pavarësisht sjelljes së tyre kanë më shumë mundësi ti shohin ngjarjet si pasojë e shansit dhe rolin e tyre si jo të lidhur me to.

Pra të parët janë mësuar se ata do të shpërblehen për veprimet pozitive dhe do të ndëshkohen për ato negative. Ndërsa të dytët kanë mësuar se ata do të shpeblehen apo ndëshkohen sipas shansit, pavarësisht sjelljes së tyre.

Modeli i stadeve të ndryshimit

Mjekët, nëpërmjet parametrave normative të ndryshme, kanë përcaktuar se kush mund të jetë në risk, p.sh përmes indeksit të masës trupore ose nivelit të kolesterolit në gjak. Pastaj ata përpiqen të inkurajojnë klientët dhe të ndryshojnë këto aspekte të sjelljes që i vënë ata në rrezik. Sikurse i kemi parë ndryshimi i sjelljeve mund të jetë një proces kompleks dhe i gjatë dhe jo thjesht rezultat i një vendimi të shpejtë.

Prochaska & Diclemente (1984, 1986) hartuan modelin e stadeve të përvetësimit të sjelljes dhe treguan se çdo ndryshim që ne bëjmë nuk është përfundimtar, por pjesë e një cikli ndryshimesh. Ky proces identifikon stadet e mëposhtme:

-Parasynimi është stadi në të cilin njerëzit nuk kanë ndërmend të veprojnë në të ardhmen e afërt, afërsisht për gjashtë muajt e ardhshëm. Njerëzit mund të jenë në këtë stad sepse janë të painformuar rreth pasojave të sjelljes së tyre ose e kanë provuar disa herë dhe janë dhe janë demoralizuar rreth mundësisë për të ndryshuar .

-Synimi është stadi kur njerëzit edhe pse kanë informacion mbi përfitimet e ndryshimit, ata s'janë akoma gati dhe mund të jenë duke kërkuar informacion ose ndihmë për të marrë këtë vendim. Disa individë nuk avancojnë ndoshta kurrë përtej kësaj faze.

-Përgatitja për të ndryshuar – kur përfitimet duken të tejkalojnë kostot dhe kur ndryshimet duken të mundshme si dhe me vlerë, individët mund të jeni gati për të ndryshuar, ndoshta duke kërkuar mbështetje shtesë.

-Realizimi i ndryshimit është stadi në të cilin njerëzit kanë bërë modifikime specifike në stilin e jetesës brenda gjashtë muajvetë fundit. Ditët e para të ndryshimit kërkojnë vendime pozitive nga individët për ti bërë gjera ndryshe.

-Ruajtja e ndryshimit – sjellja e re është e qëndrueshme dhe personi shkon drejt një stili jetese të shëndetshëm. Për disa individë mbajtja e sjelljes së re është e vështirë dhe personi mund të rikthehet në një nga stadet e mëparshme.

-Përfundimi është stadi në të cilin individët nuk dorëzohen më dhe kanë një vetë-efikasitet total. S'ka rëndësi nëse janë me depresion, anksozë, të mërëzitur, të vetmuar, të inatosur ose të stresuar; ato janë të sigurt se nuk do t'i kthehen më zakonisht në vjetër jo të shëndetshëm.

Kushtet paraprake për të ndryshuar sjelljen

Ndryshimi duhet të vijë si një iniciativë personale

Disa njerëz dëshirojnë të bëjnë ndonjë përpjekje për të parë “sjelljet e tyre të pashëndetshme” ose reagojnë në mënyrë të kundërt. Pavarësisht konsultave që punonjësit e promocionit shëndetësor mund tu japin individëve dhe popullatës duke i treguar se çfarë duan të bëjnë, duhet ditur se njerëzit do e ndryshojnë sjelljen e tyre vetëm nëse ata e duan këtë gjë.

Sjellja duhet të bëhet e dukshme

Shumë sjellje të lidhura me shëndetin të tilla si duhanpirja, konsumi i alkoolit, mënyra e ushqyerjes dhe aktiviteti fizik (ose mungesa e tij) bëhen forcë zakoni, janë elemente të jetës së përditshme dhe individit nuk i bëjnë përshtypje. Që të ndodhë ndryshimi, sjellja apo zakoni duhet të vihet në qendër të vëmendjes nga ndonjë aktivitet promocional apo event për tu bërë e dukshme. P.sh. vajtja e një duhanpirësi të jetojë me një jo duhanpirës do të shkaktonte një rivlerësim të situatës. Vdekja e një të afërme nga kanceri i gjirit mund ta shtyjë një grua të bëjë një mamografi.

Sjellja duhet të shfaqet për një periudhë kohe

Sjelljet e reja duhet të bëhen pjesë e jetës së përditshme. P.sh. një arsye pse njerëzit në dietë rifillojnë mënyrën e mëparshme të të ushqyerit është sepse ata janë gjithmonë të ndërgjegjshëm që janë në dietë dhe nuk e lejojnë këtë mënyrë të ushqyerit të kthehet në zakon. Në mënyrë të ngjashme ushtrimet fizike zakonisht nuk vazhdojnë gjatë sepse kërkojnë shumë përpjekje, dhe për këtë arsye personave ngurrues për të kryer aktivitet fizik në jetën e përditshme u këshillohet të shkojnë në punë në këmbë, apo duke ngjitur shkallët në vend të marrjes së ashensorit.

Jeta e individit nuk duhet të jetë problematike ose e pasigurt

Kapaciteti i personit për tu adaptuar dhe ndryshuar ka një kufi. P.sh. ato që jetojnë në kushte të vështira ekonomike do të lodhen nga përballja me varfërinë dhe pasigurinë e saj. Ndryshimi në sjelljet shëndetësore mund të jetë shumë për njerëzit, jeta e të cilëve është problematike

Mbështetja sociale është e vlefshme

Prania dhe interesimi i njerëzve të tjerë e përforcon dhe e ruan sjelljen. Ndryshimi i një sjelljeje të caktuar mund të jetë stresante dhe individët kanë nevojë për mbështetje. OBSH njeh rolin e rëndësishëm të punonjësve të promocionit shëndetësorë në stimulimin dhe mbajtjen e mbështetjes sociale për individët dhe grupet (WHO)²²⁸.

Përkufizime

Sipas teorive të psikologjisë mbi ndryshimin e sjelljes, sjellja e njerëzve përcaktohet pjesërisht nga qëndrimi i tyre rreth asaj sjellje. Qëndrimi i një individi ndaj një veprimi dhe synimi për ta ndërmarrë

këtë veprim influencohen nga besimet dhe motivimi që vjen nga vlerat, qëndrimet, shtysat, ose instiktet, dhe influencat nga normat sociale.

Besimet

Një besim bazohet në informacionin që ka një person për një objekt apo veprim. Ai lidh objektin me disa veti prsh. Një person që beson se patatet (objekti) të shëndoshin (vetja). Teoritë mbi ndryshimin e sjelljeve lidhur me shëndetin bazohen në idenë se sjellja individuale do të bazohet në besimet individuale. Në këtë shembull, personat që heqin dorë nga përdorimi i patates sepse duan të bien nga pesha. Nëse këta persona inkurajohen të besojnë se patatet nuk të shëndoshin por janë një ushqim që zë një vend të konsiderueshëm në dietë, atëherë ata do ta përfshinin atë në dietë.

Me fjalë të tjera ky informacion mund të influencojë besimet, të cilat do të influencojnë në sjelljet. Vetëm informacioni nuk është as i nevojshëm dhe as i mjaftueshëm për ndryshimin e sjelljes. Edhe pse rreziku i duhanpirjes tashmë njihet gjerësisht akoma rreth 30% e popullsisë vazhdojnë të konsumojnë duhan (Qirjako, G. Roshi, E. Byrazeri, G)²²⁹.

Vlerat

Këto fitohen nëpërmjet socializmit dhe janë ato besime të ngarkuara me emocione që ndërtojnë atë që një person mendon se është e rëndësishme. Vlerat që ka një person do të influencojnë në një varg ndjenjash rreth familjes, miqësisë, karrierës, shëndetit, etj.

Qëndrimet

Këto janë më specifike se sa vlerat dhe përshkruajnë ndjenja relativisht të qëndrueshme ndaj çështjeve të veçanta. Nuk ka lidhje të qartë midis qëndrimeve të njerëzve dhe sjelljes së tyre. Disa herë ndryshimi i qëndrimeve mund të stimulojë një ndryshim në sjellje dhe e kundërta. P.sh shumë njerëz vazhdojnë të pijnë duhan pavarësisht qëndrimit negativ që mbahet ndaj duhanit. Ndërsa, sapo e ndalojnë këtë sjellje pra e lënë duhanin, ata mund të zhvillojnë pikëpamje të fuqishme antiduhan.

Qëndrimet e njerëzve janë përbërë nga dy komponentë:

- Njohës- Njohuritë dhe informacioni që ata zotërojnë,
- Emocional- Ndjenjat dhe emocionet e tyre dhe vlerësimi i asaj çka është e rëndësishme.

Qëndrimet janë shumë të vështira për t'u ndryshuar. Ato mund të ndryshojnë nëse sigurohet më shumë informacion, ose nëpërmjet përmirësimit të aftësive individuale. P.sh, qëndrimi lidhur me dobitë e aktivitetit fizik mund të influencohet nëse individëve i sigurohet më shumë informacion mbi tipet e ndryshme të aktivitetit fizik dhe efekteve të tyre në trupin e njeriut. Gjithashtu mund të

influencohet nëse nëpërmjet përmirësimit të performancës trupore e cila motivon personat dhe i inkurajon ata të mendojnë për ushtrimet fizike si një proces që të jep kënaqësi.

Shtysat/Stimujt

Ky term është përdorur për të përshkruar faktorët e fortë motivues si uria, etja, seksi dhe dhimbja (Qirjako, G. Roshi, E. Byrazeri, G.)²³⁰. Gjithashtu, është përdorur për të përshkruar motivimet të cilat kthehen në shtysa/stimuj, siç është varësia nga droga, duhani, alkooli, etj. Disa studime sugjerojnë se varësia është konsequenca e veprimeve të përsëritura shpesh, të cilat kthehen në zakon dhe baza e saj është frika psikologjike nga tërheqja. Bandura (1977) përdor termin “instinkte” për të përshkruar sjelljet të cilat nuk mësohen por janë prezentë që në lindje. Instinktët mund t’i shtypin qëndrimet dhe besimet. P.sh uria mund të shtypë lehtësisht qëndrimin favorizues të një personi dhe qëllimin e tij për të mbajtur dietë.

Mjekët duhet të kuptojnë se çfarë ndikon në vendimet që marrin njerëzit lidhur me shëndetin dhe çfarë i bën disa njerëz më të bindur për të ndryshuar se të tjerët.

Modeli i njohjes sociale paraqet elementët e mëposhtëm si më të rëndësishëm:

- Pikëpamjet e njerëzve rreth shkaqeve dhe parandalimit të sëmundjes.
- Shkallën në të cilën njerëzit ndiejnë se mund ta kontrollojnë jetën e tyre dhe të bëjnë ndryshime.
- Nëse ata besojnë se ndryshimi është i nevojshëm.
- Nëse ndryshimi është perceptuar si i dobishëm për një afat të gjatë kohor, duke kapërcyer ndonjë vështirësi apo problem që mund të haset.

Të dish së çfarë është e suksesshme në fushën e ndryshimit të sjelljes është vendimtare për të arritur përmirësimet në shëndet dhe parandalimin e sëmundjeve të parandalueshme. Në vitet e fundit është rritur vlerësimi ndaj teorive të ndryshimit të sjelljeve dhe shumë punë janë ndërmarrë për të shqyrtuar qasjen më të mirë. Ka evidenca të konsiderueshme se përdorimi i teorive në hartimin dhe implementimin e programeve të promovimit të shëndetit përmirëson efektivitetin e tyre. Megjithatë ka pak evidenca që tregojnë se kush teknikë/përqasje duhet të përdoret. Përveç qëllimit të drejtpërdrejtë të sjelljes, ndërhyrjet duhet të ndihmojnë për të krijuar komunitete dhe mjedise të përshtatshme që mundësojnë ndryshimin e sjelljes. Vlerësimi i plotë i ndërhyrjeve të tilla është thelbësor për të avancuar kuptimin e ndryshimit të sjelljeve shëndetësore (WHO)²³¹.

Modelet komunitare për promovimin e shëndetit

Koncepti i komunitetit

Objektivi

Të kuptojnë çfarë është koncepti “komunitet” ç’janë grupimet komunitare, elementët bazë të praktikës infermierore të përfshira në shërbimet e komunitetit, rolet kryesore të infermierit të komunitetit si dhe teoritë dhe modelet e komunitare për promovimin e shëndetit.

Konceptet themelore

Komunitet

Grupime komunitare

Elementët bazë të praktikës infermierore

Modele komunitare për promovimin e shëndetit

Kuptimi i termit “Komunitet”

“Komuniteti” është një koncept për të përshkruar një organizatë shoqërore që konsiderohet themelore në një shoqëri, e cila shpesh konsiderohet si grupim natyror i bazuar në lidhjet e gjakut të përbashkët, të gjuhës, historisë, territorit dhe kulturës.

(<https://rdcastro1.wordpress.com/2017/12/11/the-concept-of-community>)²³²

Përgjithësisht komunitet përbëhen nga njerëz që jetojnë ose punojnë së bashku në një zonë. Por komunitet konsiderohen dhe njerëzit që marrin pjesë në të njëjtat institucione arsimore, që frekuentojnë aktivitetet e përbashkëta dhe që blejnë mallra nga dyqanet e njëjta.

Jetesa në komunitet ka qenë kultura e qënies njerëzore dhe kështu, ajo ka udhëhequr dhe është përballur me probleme të shumta për shkak të ndryshimeve shoqërore. Puna në komunitet si metodë, proces dhe ndërhyrje, ka fituar vëmendjen e profesionistëve që punojnë për zhvillimin e komuniteteve në nivele të ndryshme. Qeveria dhe institucionet e kanë marrë këtë koncept për

zbatimin e projekteve të tyre dhe sigurimin e zhvillimit të qëndrueshëm. Kjo njësi nxjerr në pah konceptin dhe historinë e punës në komunitet (K. Arockia Raj)²³³

Fjala bashkësi (community) rrjedh nga fjala franceze e vjetër "comunete", që do të thotë gjërat e përbashkëta dhe në terma më të qartë quhet shoqëri ose shoqëri e organizuar. Ajo gjithashtu tregon një grup të madh që jeton në afërsi me njëri-tjetrin. Termi "Komunitet" i referohet një grumbullimi të individëve dhe familjeve që jetojnë së bashku dhe ndajnë vlerat e përbashkëta në një zonë të caktuar gjeografike, ndajnë qeverinë dhe shpesh kanë një trashëgimi të përbashkët kulturore dhe historike. Synimi, besimi, preferencat, burimet, nevojat dhe rreziqet janë kushtet që ndikojnë në identitetin e komunitetit dhe shkallën e kohezionit. (K. Arockia Raj)²³⁴ Komuniteti i referohet një entiteti shoqëror të organizuar joformal i cili karakterizohet nga një ndjenjë identiteti (Community Directed Interventions to Enhance PHC and MCH)²³⁵

Llojet e Komuniteteve

Komunitetet klasifikohen më shumë në bazë të grupimeve në bazë territori, etnie, progresion interesash, statusi, etj :

Komunitetet e formuara në bazë të territorit

Mund të klasifikohen bashkësi banorët e një blloku, të një lagjeje, të një qyteti. Mund të nënklasifikohen si bashkësi urbane, rurale. Ai gjithashtu përfshin një bashki e cila është një zonë administrative lokale e përbërë nga një territor dhe komunitet i përcaktuar qartë që i referohet një qyteti ose fshati.

Komuniteti i bazuar në Organizim

Këto komunitete janë organizuar në mënyrë joformale rreth profesioneve dhe shoqatave , ose rrjete në shoqata më formale të përfshira sic janë struktura vendimmarrëse politike, ndërmarrje ekonomike ose shoqata profesionale në një shkallë kombëtare ose ndërkombëtare. Mund të quhet gjithashtu si bashkësi e qëllimshme.

Komuniteti i bazuar në profesione

Komunitetet mund të klasifikohen sipas profesionit të tyre si komuniteti bujqësor, komuniteti i peshkatarëve, komuniteti i fermerëve, etj.

Komuniteti i bazuar në Identitet

Këto organizohen mbi baza të etnive nënkulturave, civilizimi fetar, multikulturor, pluralist, ose kulturat e komunitetit global të sotëm, të cilat mund të përfshihen si bashkësi të nevojës ose identitetit, të tilla si persona me aftësi të kufizuara ose të moshuar, etj.

Komuniteti i bazuar në status

Komunitete në bazë statusi, psh komuniteti i intelektualëve, në sajë të pasurisë, fuqisë dhe pozitës. Këto mund të jenë treguesit për të klasifikuar komunitetet si klasë e lartë, klasë e mesme dhe klasë e ulët.

Komuniteti i bazuar në ideologji

Bazuar në besimin dhe praktikën, komunitetet mund të klasifikohen si bashkësi islame, bashkësi e krishterë, komunitet hindu, komunitet komunist, komunitet socialist, etj.

Komunitet bazuar në përbërjen/ kombinimin

Komunitetet mund të klasifikohen në bashkësi homogjene dhe bashkësi heterogjene.

Komuniteti i bazuar në Indeksin e Zhvillimit

Komunitetet mund të klasifikohen si bashkësi të zhvilluara ose të pazhvilluara, gjë që bëhet kryesisht në indekset e krijuara për të vlerësuar aspektet ekonomike, shëndetësore dhe arsimore të njerëzve që jetojnë në një vend gjeografik. (K. Arockia Raj)²³⁶

Karakteristikat e komuniteteve

Komunitetet njihen nga shumë elementë të ndryshëm. Një komunitet është ndërtuar mbi një grup marrëdhëniesh ndërmjet individëve dhe ndjenjave. Pjesëtarët e një komuniteti kanë një ndjenjë besimi, sigurie, dhe përkatësie midis njëri-tjetrit. Brenda një komuniteti të madh njerëzit marrin pjesë në komunitete vogla bazuar në gjininë, moshën, lagjen, besimin, hobi, politikën, përkatësinë etnike, orientimin seksual dhe racën. Komunitetet gjithashtu kanë institucione formale dhe joformale. Institucionet brenda territorit të komunitetit si shkollat, qendrat shëndetësore, institucionet e kultit, organizatat lokale, etj përmbushin disa nga nevojat e komuniteteve. Anëtarët e një komuniteti kanë ngjashmëri në zakone, gjuhë, kulturë dhe tradita. Grupime të veçanta janë

të vendosur brenda komuniteteve në një lagje, për shembull, mund të ketë komunitete të tjera që organizohen në bazë të etnisë, racës, moshës dhe interesave ekonomike. Komunitetet gjithashtu organizohen ndryshe për shembull, emigrantët në një destinacion të ri mund të formojnë një komunitet. (<https://kumti.com/cfare-eshte-komuniteti/>)²³⁷

Zhvillimi i komunitetit

Zhvillimi i komunitetit përfshin kontributin e aktorëve si, agjensitë qeveritare, fondacionet, OJQ-të dhe universitetet që kanë synim të zbatojnë programe që përmirësojnë gjendjen sociale të komuniteteve lokale, rajonale dhe madje edhe kombëtare. Organizimi i komunitetit i referohet përpjekjeve që njerëzit dhe grupet të sjellin ndryshime në shoqëritë e tyre duke i fuqizuar ata me aftësi specifike. Aftësi të tilla u mundësojnë njerëzve të ndërtojnë pushtet politik duke krijuar grupe të mëdha shoqërore me një axhendë të përbashkët (Terre des hommes)²³⁸

Elementët bazë të praktikës infermierore të përfshira në shërbimet e komunitetit

Gjashtë elementët bazë të praktikës infermierore të përfshira në programet dhe shërbimet shëndetësore të komunitetit janë:

(1) promovimi i jetesës së shëndetshme. Promovimi i shëndetit synon përmirësimin e shëndetit të popullatës dhe të individëve, përmes proceseve sociale e politike, në nivel kombëtar dhe vendor, për krijimin e kushteve sociale, mjedisore dhe ekonomike, që rezultojnë në shëndet, si dhe të veprimeve, që forcojnë aftësitë dhe mundësitë e komuniteteve e të individëve (<http://portal.tlas.org.al/sq/sherbimet/mbrojtja-e-sh%C3%ABndetit>)²³⁹.

(2) parandalimi i problemeve shëndetësore. "Parandalimi i sëmundjes" është tërësia e masave, që synojnë jo vetëm parandalimin e shfaqjes së sëmundjes, por edhe ndalimin e përparimit e reduktimin e pasojave të saj, në rast se ajo shfaqet.

(3) trajtimi i çrregullimeve që lidhen jo vetëm me sëmundje të ndryshme dhe roli i infermierit është në mjekimin, por dhe në çrregullimet e shëndetit mendor.

(4) rehabilitimi. Për të ndihmuar njerëzit me aftësi të kufizuara dhe sëmundje kronike të arrijnë funksionin, shëndetin optimal dhe të përshtaten me një mënyrë jetese të ndryshuar. Infermierët e rehabilitimit ndihmojnë pacientët në lëvizjen e tyre drejt pavarësisë duke vendosur qëllime realiste dhe plane trajtimi. (www.hopkinsmedicine.org)²⁴⁰

(5) vlerësimi. Vlerësimi është i rëndësishëm në kujdesin shëndetësor sepse mbështet një qasje për dhënien e praktikës të bazuar në dëshmi (Moule et al 2017). Përdoret për të ndihmuar në gjykimin se sa mirë ndërhyrja po funksionon. Ai mund të informojë vendimet në lidhje me efektivitetin e një shërbimi dhe çfarë ndryshimesh mund të konsiderohen për të përmirësuar ofrimin e shërbimit. (www.journals.rcni.com)²⁴¹

(6) kërkime. Pjesë e punës dhe e përgatitjes së infermierit është dhe kërkimi shkencor. Ajo merr pjesë nëpër konferenca dhe aktivitete të ndryshme.

Rolet kryesore të infermierit të komunitetit

Fokusi i infermierëve përfshin jo vetëm individin, por edhe familjen dhe komunitetin. Plotësimi i këtyre nevojave të shumta kërkon role të shumta. Shtatë rolet kryesore të një infermiere shëndetësore në komunitet janë:

- (1) ofruesi i kujdesit
- (2) edukator
- (3) avokat
- (4) menaxher
- (5) bashkëpunëtor
- (6) udhëheqës, dhe
- (7) studiues.

Cilësimet për infermierin e shëndetit në komunitet mund të grupohen në gjashtë kategori:

- (1) shtëpi
- (2) njësitë e kujdesit ambulator
- (3) shkolla
- (4) mjediset e shëndetit në punë
- (5) institucionet rezidenciale, dhe
- (6) komuniteti në përgjithësi.

Praktika e infermierit shëndetësor në komunitet nuk është e kufizuar në një zonë të caktuar, por mund të praktikohet kudo. (Allender J.N; Spradely B.W.)²⁴²

Teoritë dhe modelet komunitare

Teoritë dhe modelet komunitare për promovimin e shëndetit janë të shumta por ne do të përqendrohemi tek disa si më të sukseshme :

Korniza e parandalimit e Milio-s

Nancy Milio një infermiere dhe udhëheqëse në politikën e shëndetit publik dhe edukimin e shëndetit publik. Ajo krijoi një kornizë për parandalimin që përfshin konceptet e kujdesit të orientuar nga komuniteti, të përqendruar në popullatë. (1976,1981).

Ajo thoshte se modelet e sjelljes së grupeve dhe individëve janë rezultat i përzgjedhjes së zakonshme nga zgjedhjet e kufizuara që i vihen në dispozicion. Pra ajo thoshte se mundësitë e zgjedhjes janë të pakta. Ajo sfidoi nocionin e zakonshëm se një përcaktues kryesor për zgjedhjen jo të shëndetshme të sjelljes është mungesa e njohurive. Politikat qeveritare dhe institucionale, tha ajo përcaktojnë gamën e opsioneve për zgjedhjen personale. Sipas saj institucionet dhe politika duhet ti jepte më shumë alternativa zgjedhjeje.

Përkufizimi i Salmon White për shërbimin infermieristik në sektorin e shëndetit publik

Mark Salmon White (1982) e përshkruan shëndetin publik si përpjekje e organizuar e shoqërisë për të mbrojtur, promovuar dhe përmirësuar shëndetin e popullatës, dhe shërbimin në shëndetin publik si të fokusuar tek pasja dhe ruajtja e një popullate të shëndetshme.

Ai parashtroi 3 priorite për tu zbatuar, që janë: (i) parandalimi i sëmundshmërisë dhe problemeve me shëndetin, (ii) mbrojtja ndaj sëmundjeve dhe agentëve të jashtëm dhe (iii) promovimi i shëndetit. Për këto tre kategori të përgjithshme që lidhen me shërbimin infermieristik janë parashtuar edhe hapat që duhen të ndërmerren janë:

1. Edukim, që synon ndryshimin e vullnetshëm të qëndrimeve dhe të sjelljes së popullsisë
2. Hartimi i strategjive për menaxhimin e faktorëve të riskut
3. Vënia në zbatim e rregullave të detyrueshme për përmirësimin e shëndetit.
4. Qëllimi i parandalimit duhet të shtrihet te kujdesi ndaj individit, familjes, komunitetit dhe popullsisë globale.

Teoria e Block dhe Josten mbi etikën në shërbimin infermieristik të popullsisë

Specialistët e shëndetit publik Derryl Block dhe Lavohn Josten, duke u bazuar në pikat e takimit që ekzistojnë midis shëndetit publik dhe shërbimit infermieristik sugjerojnë si më poshtë. Ata kanë parashtuar 3 elementë thelbësorë të shërbimit infermieristik të popullsisë që lidhen me këto dy fusha:

1. Detyrimet karshi popullsisë
2. Përparesinë që duhet të ketë parandalimi
3. Rëndësinë e kujdesit si formë marrëdhënie

Dy elementët e parë lidhen me shëndetin publik ndërsa i treti me atë të shërbimit infermieristik. Pra kjo nënkupton që për shërbimin infermieristik kujdesi i bazuar tek marrëdhëniet është tepër i rëndësishëm në kuadër të kujdesit të popullsisë në përgjithësi.

Modeli kanadez mbi shërbimin në komunitet

Infermieri/ja e shëndetit komunitar punon me individë, familje, grupe, komunitete, popullata, sisteme dhe/ose shoqëri por në çdo rast shëndeti i individëve ose komunitetit është fokusi dhe nxitja e veprimtarisë së shërbimit infermieristik. Standardet që praktikohen zbatohen njëjloj në të gjitha hapsirat ku njerëzit jetojnë, punojnë, mësojnë, praktikojnë besimin ose luajnë. Bazat filozofike, vlerat dhe besimet themelore që karakterizojnë kujdesin e shërbimit shëndetsor komunitar, parimet e kujdesit shëndetsor parësor, shumëllojshmëria e mënyrave për të marrë informacion, forcimi dhe partneriteti individ-komunitet janë në themel të standardeve të procesit të shërbimit shëndetsor infermieristik komunitar dhe pasqyrohen në zhvillimin dhe zbatimin e tij.

Procesi i shërbimit infermieristik komunitar përfshin komponentët e procesit tradicional të shërbimit infermieristik siç janë konstatimi, planifikimi, ndërhyrja dhe vlerësimi por ai pasurohet prej infermierëve të shëndetit komunitar edhe në tre dimensione të tjera:

- Pjesëmarrja individuale/komunitare në çdo komponent

- Shumëllojshmëria e mënyrave për të marrë informacion; njohja dhe zbatimi i të gjithë këtyre mënyrave për të marrë informacion të bazuar në të dhëna konkrete në përputhshmëri me këto standarde, dhe

- ndikimin e natyrshëm të mjedisit më të gjerë të individit/komunitetit që është subjekt i kujdesit shëndetsor (që do të thotë se komuniteti do të ndikohet prej politikave rajonale/zonale, statusit të tij ekonomik dhe prej veprimeve të qytetarëve të caktuar).

Standardet e vënies në zbatim janë të bazuara tek vlerat dhe pasioni i infermierëve të shëndetit komunitar, dhe tek ofrimi i shërbimit shëndetsor infermieristik komunitar.

Modeli pasqyron natyrën dinamike të vënies në zbatim të shërbimit shëndetsor komunitar, i cili përqafon të tashmen dhe projektohet në të ardhmen. Vlerat dhe motivimi (i shfaqur ose i heshtur) të cilat aplikohen në të tashmen kanë një impakt në zhvillimin e shërbimit shëndetsor komunitar edhe në të ardhmen.

Procesi i shërbimit shëndetsor komunitar është mjeti me anë të të cilit infermierët e shëndetit komunitar punojnë me njerëzit, dhe gjithashtu jep nxitje për standardet që duhen ndjekur në shërbimin shëndetsor komunitar. Standardet e praktikuara janë të lidhura ngushtë me vlerat dhe motivimin e procesit të shërbimit infermieristik, dhe energjitë e shërbimit shëndetsor komunitar janë gjithmonë të fokusuara në përmirësimin e shëndetit të njerëzve në komunitet dhe kryerjen e ndryshimeve në struktura apo shoqëri, në favor të shëndetit. Praktikrat e shërbimit shëndetsor komunitar nuk kryhen të veçuara por zhvillohen brenda një mjedisi të

caktuar siç janë politikat e ndjekura në vendin e punës dhe baza ligjore që i referohet këtij profesioni.

Çdo infermier duhet të mbajë parasysh njohuritë dhe pritshmëritë themelore të profesionit të tij/saj pavarësisht specializimit të tij/saj apo mjedisit të punës. Këto standarde janë të përbashkëta për të gjitha llojet e praktikave në shërbimin infermieristik dhe përcaktojnë parimet dhe ndryshimet e mundshme në praktikën e shërbimit shëndetsor komunitar. Ndërkohë që infermierët me nivele të ndryshme përgatitjeje mund të ushtrohen në mjedisin komunitar, këto standarde aplikohen veçanërisht në punën e infermierëve të licensuar.

Standardet e praktikës

- Përcaktojnë qëllimin dhe thellësinë e praktikës së shërbimit infermieristik komunitar;
- Vendosin kritere ose pritshmëri për një praktikë infermieristike të pranueshme, të sigurtë dhe me përkujdesje etike;
- Mbështesin zhvillimin e vazhdueshëm të shërbimit shëndetsor infermieristik në komunitet;
- Promovojnë shërbimin infermieristik shëndetsor në komunitet si një specialitet i veçantë;
- Ofrojnë bazat për certifikimin e specialitetit të infermierëve që i shërbejnë komunitetit;
- Nxisin arritjen e përsosmërisë dhe përkushtimit tek infermierët e komunitetit.

Të gjithë infermierët pjesë e shërbimit shëndetsor të komunitetit duhet të njohin dhe venë në zbatim këto standarde gjatë punës në çdo sferë të praktikës, edukimit, administrimit ose punës kërkimore. Infermierët gjatë praktikës klinike duhet ti vënë në zbatim këto standarde në mënyrë që të jenë të qartë dhe të dinë të vlerësojnë vetë praktikën e tyre.

Ndërkohë që instancat drejtuese duhet ti përdorin këto standarde për të hartuar politika dhe si udhëzues për performancën e pritshme të infermierëve. Kërkuesit shkencorë do ti përdorin këto standarde për të orientuar zhvillimin e njohurive specifike që kanë të bëjnë me shërbimin shëndetsor infermieristik komunitar.

Praktika e infermierëve ekspertë në shërbimin shëndetsor komunitar shtrihet përtej këtyre standardeve.

Infermierët në shërbimin shëndetsor komunitar janë infermierë të licensuar specialiteti i të cilëve promovon shëndetin e individit, familjeve, komuniteteve dhe popullatës, si dhe një mjedis në mbështetje të shëndetit. Ata punojnë në ambjente të ndryshme si shtëpi, shkolla, qendra sociale, kisha, qendra të shëndetit komunitar, madje edhe nëpër rrugë.

Praktika e punës së infermierëve në shërbimin shëndetsor komunitar kërkon që të kombinohen teoria dhe njohuria mbi infermieristikën, me shkencat sociale dhe shkencën e

shëndetit publik, dhe me kujdesin shëndetsor parësor. Infermierët e shërbimit shëndetsor komunitar e konsiderojnë parandalimin e sëmundjeve, mbrojtjen e shëndetit dhe promovimin e tij si qëllime praktike të profesionit të infermierit (Smith, 1990). Ata bashkëpunojnë me individë, familje, grupe, komunitete dhe popullata që të hartojnë dhe zbatojnë strategji të zhvillimit komunitar, promovimit shëndetsor dhe parandalimit të sëmundjeve. Ata përcaktojnë dhe promovojnë vendime që lidhen me kujdesin shëndetsor të bazuara te kapacitetet e individëve apo komunitetit ku shërbejnë.

Një pjesë thelbësore e punës së tyre është angazhimi i burimeve në mbështetje të shëndetit nëpërmjet kordinimit të kujdesit shëndetsor dhe planifikimit të shërbimeve, programeve dhe politikave që përfshijnë individë, kujdestarë, familje, ose edhe grupe të tjera, organizata, komunitete dhe qeveri.

Shërbimi shëndetsor infermieristik komunitar

Ndërkohë që konceptet dhe aftësitë që lidhen me shërbimin shëndetsor infermieristik komunitar janë pjesë e punës së infermierëve që mund të mbajnë funksione dhe poste të ndryshme në të gjithë Kanadanë, këto standarde të punës zbatohen drejtëpërsëdrejti në shërbimin shëndetsor të familjes dhe publikut. Shërbimi infermieristik shëndetsor familjar dhe ai publik historikisht kanë qenë të lidhur me anë të besimit, vlerave, traditave dhe aftësive të përbashkëta, dhe për më tepër me anë të fokusit të tyre të veçantë në nxitjen dhe mbrojtjen e shëndetit komunitar. Shërbimi infermieristik familjar dhe ai publik dallojnë nga njëri tjetri nga individët që trajtojnë dhe fokusi i programit të tyre.

Një infermier/e e shëndetit në familje është infermiere e shëndetit komunitar i/e cila:

- Ndërthur njohuritë që lidhen me kujdesin shëndetsor parësor (përfshirë edhe përcaktuesit e shëndetit), me shkencën e infermieristikës dhe shkencat sociale.
- Fokusohet në parandalimin e sëmundjeve, rimëkëmbjen ose ruajtjen e shëndetit, ose qetësimin e dhimbjeve.
- Fokusohet tek pacientët, kujdestarët e tyre dhe tek familjarët .
- Ndërthur promovimin e ruajtjes së shëndetit me dhënien e këshillave dhe njohurive që lidhen me kujdesin klinik dhe trajtimin e sëmundjeve.
- Inicion, menaxhon dhe vlerëson mjetet që i duhen pacientit për të arritur në një gjendje optimale dhe funksionale.
- Ofron dhënien e shërbimit në shtëpinë e pacientit, shkollë ose vendin e punës.
- Ka një diplomë ose titull në infermieristikë (preferohet pasja e një diplome bachelor në infermieristikë).

Një infermier/e në sektorin e shëndetit publik është infermier/e e shëndetit komunitar i/e cila:

- Ndërthur njohuritë nga shkenca e shëndetit publik me kujdesin shëndetsor parësor (përfshirë përcaktuesit e shëndetit), me shkencat infermieristike dhe shkencat sociale.
- Fokusohet në nxitjen, mbrojtjen dhe ruajtjen e shëndetit të popullatës.
- Fokusohet tek popullata dhe bën lidhjen midis eksperiencave shëndetësore dhe sëmundjeve të individëve, familjeve dhe komuniteteve me praktikën e promovimit të shëndetit të popullatës.
- Është i/e ndërgjegjshme se shëndeti i një komuniteti të caktuar është i lidhur ngushtë me shëndetin e pjestarëve të tij dhe shpesh pasqyrohet fillimisht në historikun e shëndetit të individëve dhe familjes .
- Është /e ndërgjegjshme se komunitetet shëndetsore dhe institucionet që mbështesin shëndetin kontribuojnë në dhënien e mundësive të ndryshme individëve, familjeve, grupeve dhe popullatave për një shëndet të mirë.
- Punon në një shumëllojshmëri ambjentesh siç janë, qendrat komunitare të shëndetit, shkollat, klinikat ambulatorë, qendrat për të rinjtë dhe ambulancat e lagjeve – dhe me partnerë të ndryshëm – në mënyrë që ti përgjigjet nevojave shëndetsore të popullatave të caktuara.
- Mban një diplomë bachelor në infermieristikë.

Marrëdhënia midis punës në shërbimin shëndetsor infermieristik në familje dhe atë publik janë si lentet e lëvizshme të një aparati fotografik. Infermieret e shërbimit shëndetsor në familje punojnë si lente për afër dhe zmadhojnë dhe fokusojnë objektivin e tyre dhe shërbejnë në punën e shëndetit publik.

Të gjitha infermieret e shërbimit shëndetsor në komunitet duhet të dinë dhe të venë në zbatim në punën e tyre standartet e mëposhtme

1. Të promovojnë shëndetin
 - a. Promovimi i shëndetit
 - b. Parandalimi i sëmundjeve dhe mbrojtja e shëndetit
 - c. Ruajtja dhe rimëkëmbja e shëndetit, dhe lehtësimi i dhimbjeve
2. Ngritja e kapaciteteve individuale dhe komunitare
3. Vendosja e marrëdhënieve
4. Ti mundësojnë pacientëve akses dhe barazi në shërbime
5. Të tregojnë përgjegjsi dhe përgjegjshmëri profesionale

Teoritë dhe modelet e përdorura shpesh në promovimin e shëndetit

Ekzistojnë disa teori dhe modele që mbështesin praktikën e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve. Teoritë dhe modelet përdoren në planifikimin e programit për të

kuptuar dhe shpjeguar sjelljen shëndetësore dhe për të udhëhequr identifikimin, zhvillimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve. (www.ruralhealthinfo.org)²⁴³

Kur identifikoni një teori ose model për të udhëhequr programet e promovimit të shëndetit ose parandalimit të sëmundjeve, është e rëndësishme të merren parasysh një sërë faktorësh, të tillë si problemi specifik shëndetësor që trajtohet, popullata që shërbehet dhe kontekstet brenda të cilave programi është duke u zbatuar. Programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve zakonisht kombinojnë një ose më shumë teori ose modele.

Teoritë dhe modelet e zgjedhura që përdoren për promovimin e shëndetit në komunitet dhe programet e parandalimit të sëmundjeve përfshijnë:

- Modele ekologjike
- Modeli i Besimit Shëndetësor
- Fazat e Modelit të Ndryshimit (Modeli Transteorik)
- Teoria Njohëse Sociale
- Teoria e Veprimit të Arsytuar/Sjellja e Planifikuar (www.ruralhealthinfo.org)²⁴⁴

Infermierët e shëndetit publik janë në një pozicion strategjik për të ruajtur, promovuar dhe mbrojtur shëndetin e popullatave si tani ashtu edhe në të ardhmen. Në ndryshimin e mjedisit të kujdesit shëndetësor të viteve 1990, përcaktimi i rolit në zgjerim dhe zhvillim të infermierisë së shëndetit publik ndihmon në shfrytëzimin efektiv të infermierëve të shëndetit publik. Gjatë një kohe kur mjedisi i kujdesit shëndetësor po thekson mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit, aksesin në shërbimet shëndetësore dhe parandalimin e sëmundjeve, është e nevojshme që infermierët e shëndetit publik të jenë në pararojë në ndryshimin e fokusit ndaj parandalimit parësor. Prandaj, një model për infermierinë e shëndetit publik propozohet për të siguruar një kuadër për përcaktimin e roleve dhe praktikave të infermierisë në shëndetin publik. Një pemë e lulëzuar është një simbol i infermierisë së shëndetit publik. Pema përbëhet nga shtatë pjesë që simbolizojnë nëntë koncepte të infermierisë për shëndetin publik. Ky model propozohet për të artikuluar qartë kapacitetin e infermierëve të shëndetit publik brenda mjedisit të sotëm gjithnjë në ndryshim dhe për të siguruar një kuadër për teorinë e infermierisë së shëndetit publik, praktikën e infermierisë për shëndetin publik, zhvillimin e politikave dhe kërkimin e shëndetit publik. (Trang Kuss R.N & al)²⁴⁵

Ndërhyrjet e komunitetit dhe promocioni shëndetësor

Objektivi

Studentët në këtë lëksion do të kuptojnë ç'janë ndërhyrjet shëndetësore të bazuara në komunitet termi i “ndërhyrja bazuar në komunitet” dhe modelet, përparësitë e ndërhyrjeve të komunitetit, avantazhet dhe disavantazhet e këtij koncepti dhe shembuj konkretë të ndërhyrjeve bazuar në komunitet.

Konceptet themelore

Ndërhyrjet shëndetësore

Ndërhyrja bazuar në komunitet

Modele ndërhyrjeje

Përparësitë e ndërhyrjeve

Programet e bazuara në komunitet bazohen në faktin se sjellja njerëzore formohet përmes ndërveprimeve që ndodhin në mjedisin shoqëror. (Merzel C, D'Afflitti J.)²⁴⁶

Termi i përdorur “ndërhyrjet shëndetësore bazuar në komunitet (community-based health intervention, CBHI) mund të interpretohet në përputhje me rolin që luan komuniteti në atë ndërhyrje. Mund të jetë "përcaktimi", "objektivi", "burimi", ose "agjenti". (McLeroy KR, & al.)²⁴⁷ Ai inkurajon përfshirjen e të gjithë pjesëmarrësve në të gjitha fazat e ndërhyrjes. Ai miraton bashkëveprimin dhe ndërthurjen e njohurive dhe veprimet për përfitimin kolektiv të të gjithë pjesëmarrësve. (Israel BA, & al.)²⁴⁸ Shumë modele dhe teori drejtojnë planifikimin dhe zbatimin e ndërhyrjeve shëndetësore të bazuara në komunitet. (Glanz K, Bishop DB.)²⁴⁹

Ndërhyrjet shëndetësore të bazuara në komunitet synojnë aftësitë e nevojshme për të ndryshuar shëndetin në një mjedis komunitar përmes zvogëlimit të sëmundjeve, kushteve të sëmundjeve dhe

rreziqeve për shëndetin, si dhe krijimin e një mjedisi mbështetës për ruajtjen e ndryshimeve të sjelljes. (Phinse Mappalakayil Philip & al)²⁵⁰

Studimet thonë se ndërhyrjet e bazuara në komunitet i referohen ndërhyrjeve në shumë komponente që përgjithësisht kombinojnë strategjitë e ndryshimit individual dhe mjedisor me qëllim parandalimin e sëmundshmërisë dhe promovimin e mirëqenies midis grupeve në komunitete lokale.

Ne më lart shprehëm që termi i përdorur “ndërhyrjet shëndetësore bazuar në komunitet, (CBHI) mund të interpretohet në përputhje me rolin që luan komuniteti në atë ndërhyrje.

Termi i “ndërhyrja bazuar në komunitet” ka një gamë të gjerë kuptimesh. Kenneth R. Mc Leroy & al. 2003 janë përqëndruar në 4 kategori të projekteve në komunitet, bazuar në vlerësimin e komunitetit si mjedis, komunitetit si objektiv, komunitetit si agjent dhe komunitetit si burim. (Kenneth R. McLeroy & al)²⁵¹

Siç tregohet nga disa nga studimet e Merzel dhe D'Afflitti, termi i bazuar në komunitet shpesh i referohet komunitetit si mjedisi për ndërhyrje. (Merzel C, D'Afflitti J.)²⁵² Si mjedis, komuniteti përcaktohet kryesisht gjeografikisht dhe është vendi në të cilin zbatohen ndërhyrjet. Ndërhyrje të tilla mund të jenë në të gjithë qytetin, duke përdorur media masive ose qasje të tjera, ose mund të bëhen brenda institucioneve të komunitetit, të tilla si lagje, shkolla, kisha, vende pune, organizata vullnetare ose organizata të tjera. Mund të përdoren nivele të ndryshme ndërhyrjeje, duke përfshirë ato edukative ose qasje të tjera që përfshijnë individë, familje, rrjete sociale, organizata dhe politika publike. Këto ndërhyrje të bazuara në komunitet mund të përfshijnë gjithashtu kontributin e komunitetit përmes komiteteve këshilluese ose koalicioneve të komunitetit që ndihmojnë në përshtatjen e ndërhyrjeve në grupe të caktuara të synuara ose në përshtatjen e programeve me karakteristikat e komunitetit. (Kenneth R. McLeroy & al)²⁵³ Sidoqoftë, ndërhyrjet të bazuara në komunitet kanë në fokus kryesisht ndryshimin e sjelljeve të individëve si një metodë për zvogëlimin e rrezikut të popullatës nga sëmundjet dhe rezultat i arritshëm është ndryshimi i qëndrimeve të popullatës, si rrjedhojë e ndryshimeve individuale.

Shembull i ndërhyrjeve të komunitetit të bazuara në mjedis është ai që përqëndrohet në zvogëlimin e përdorimit të alkoolit dhe problemet e lidhura me të.

Vlerësimet e këtij programi zbuluan se programet që ndryshojnë mjedisin e komunitetit mund të zvogëlojnë përdorimin e alkoolit dhe problemet e lidhura me të tek të rinjtë dhe të rriturit, madje edhe në komunitetet me jo shumë entuziastë për të trajtuar çështjet e alkoolit. Hulumtimi

gjithashtu identifikoi mjedise dhe situata të veçanta ku ndryshimet mjedisore të alkoolit janë veçanërisht të nevojshme, si dhe faktorë që ndikojnë në efektivitetin e strategjive të caktuara. (Traci L. Toomey & Kathleen M. Lenk. A)²⁵⁴

Termi i “bazuar në komunitet” ka gjithashtu një kuptim, atë të komunitetit që shërben si objektiv i ndryshimit. Komuniteti si “objektiv” i referohet qëllimit të krijimit të mjediseve të shëndetshme të komunitetit përmes ndryshimeve të gjëra sistemike në politikat publike dhe institucionet dhe shërbimet në mbarë komunitetin. Në këtë model, karakteristikat e gjendjes shëndetësore të komunitetit janë objektivat e ndërhyrjeve, dhe ndryshimet e komunitetit, veçanërisht ndryshimet që mendohet se lidhen me shëndetin, janë rezultatet e dëshiruara. Disa nisma të rëndësishme të shëndetit publik e kanë miratuar këtë model. Për shembull, projektet e treguesve të komunitetit përdorin të dhënat si një mjet katalitik për të shkuar përtej përdorimit të sjelljeve individuale si rezultate parësore. (Kenneth R. McLeroy & al)²⁵⁵ Treguesit mund të përdorin të dhënat statistikore siç mund të jenë për shembull niveli i ndotjes i matur, hapsirat e gjelbra dhe me densitetin e popullatës. Pra qasja e ndërhyrjes lidhet me treguesit e zgjedhur dhe suksesi përcaktohet si përmirësim i treguesve me kalimin e kohës.

Një model i tretë i "bazuar në komunitet" është komuniteti si “burim”. Ky model aplikohet zakonisht në promovimin e shëndetit të bazuar në komunitet për shkak të besimit të pranuar gjerësisht se një shkallë e lartë e pronësisë publike dhe pjesëmarrjes në komunitet është thelbësore për një sukses të qëndrueshëm, në rezultatet shëndetësore në nivel popullate. Këto programe kanë për qëllim të grumbullojnë burimet ose pasuritë e brendshme të një komuniteti, shpesh në të gjithë sektorët e komunitetit, për të përqendruar strategjikisht vëmendjen e tyre në një grup të zgjedhur të strategjive prioritare të lidhura me shëndetin. Nëse një çështje shëndetësore është e paracaktuar ose nëse komuniteti zgjedh një çështje që përbën përparësi, këto lloj ndërhyrjesh përfshijnë burime të jashtme, jashtë komunitetit dhe një shkallë aktorësh të jashtëm të komunitetit që synojnë të arrijnë rezultate shëndetësore duke punuar me një grup të madh institucioneve dhe burime të komunitetit. Shembuj të nismave kryesore të shëndetit publik që kanë zbatuar këtë model përfshijnë nismat "qytete të shëndetshme" brenda disa shteteve, ndërhyrje për parandalimin e abuzimit me substancat narkotike, etj duke u përqendruar në shembuj konkretë të promovimit të shëndetit të cilët përfshijnë një angazhim për pjesëmarrjen e komunitetit dhe bashkëpunimin ndërsektorial. (John Ashton & al)²⁵⁶

Projektet “Qytete të Shëndetshëm” përfshijnë njerëz dhe organizata në programet dhe aktivitetet që nevojiten për një shëndet më të mirë, që i mundëson një qyteti ose lagjeje të mobilizojë burimet

njerëzore dhe financiare të nevojshme për të adresuar shumë çështje të shëndetit dhe cilësisë së jetës përfshirë nismat kryesore të kontrollit të sëmundjeve. (G Goldstein) ²⁵⁷

Së fundi, një model i katërt i "bazuar në komunitet", dhe ai më pak i përdorur në shëndetin publik, është komuniteti si "agjent". Edhe pse i lidhur ngushtë me modelin e sapo përshkruar, theksi në këtë model është në respektimin dhe përforsimin e aftësive natyrore përshtatëse, mbështetëse dhe zhvillimore të komuniteteve. Komunitetet ofrojnë burime për plotësimin e nevojave tona të përditshme. Këto burime sigurohen përmes institucioneve të komunitetit duke përfshirë familjet, rrjetet sociale, lagjet, shkollat, vendin e punës, bizneset, dhe strukturat politike. Këto njësi plotësojnë nevojat e shumë, nëse jo të shumicës, anëtarëve të komunitetit. Sidoqoftë, komunitetet përcaktohen atëherë nga kush përjashtojnë atëherë sa përfshihen, dhe rrjeti i marrëdhënieve që përcakton komunitetet mund të jetë nën trysni (Kenneth R. McLeroy & al) ²⁵⁸

Qëllimi i programeve të bazuara në komunitet në këtë model është që të punojnë me kujdes me këto njësi të zgjidhjeve natyrore si njësitë tona të praktikës, ose ku dhe si zgjedhim të ndërhyjmë. Kjo kërkon një vlerësim të kujdesshëm të strukturave dhe proceseve të komunitetit, paraprakisht, të çdo ndërhyrjeje. Gjithashtu kërkon një njohje të komunitetit për të identifikuar dhe punuar me këto njësi të zgjidhjeve, për të adresuar problemet e komunitetit. Kështu, qëllimi është forcimi i këtyre njësive për të përmbushur më mirë nevojat e anëtarëve të komunitetit. Kjo qasje mund të përfshijë forcimin e komunitetit përmes organizatave të lagjes dhe lidhjeve të rrjetit, duke përfshirë rrjetet sociale joformale, lidhjet midis individëve dhe organizatave që u shërbejnë atyre, dhe lidhjet midis organizatave të komunitetit për të forcuar aftësinë e tyre për të bashkëpunuar. Modeli gjithashtu kërkon adresimin e çështjeve me interes të përbashkët për komunitetin, shumë ose shumica e të cilave nuk janë çështje të drejtpërdrejta shëndetësore. Me fjalë të tjera, ky model kërkon fillimin aty ku janë njerëzit. (Nyswander D) ²⁵⁹

Rëndësia e këtyre modeleve të ndërhyrjeve të bazuara në komunitet është se ato pasqyrojnë koncepte të ndryshme mbi natyrën e komunitetit, rolin e shëndetit publik në adresimin e problemeve të komunitetit dhe rëndësinë e rezultateve të ndryshme. Kur ato paraqiten si të veçanta, kuptohet se asnjë model nuk përdoret ekskluzivisht me praktikën e promovimit të shëndetit të bazuar në komunitet. Edhe pse komuniteti si mjedis është dukshëm i kufizuar në vizionin e tij, komuniteti si "agjent" mund të konsiderohet i "veçantë", veçanërisht duke patur parasysh ndryshimet strukturore ekonomike, sociale dhe politike që shoqërojnë disa komunitete. Për më tepër, Merzel dhe D'Aflitti (Merzel C, D'Aflitti J.) ²⁶⁰ ilustrojnë vështirësitë në përmbledhjen e modeleve të programeve me strategji të ndryshme dhe rezultate të pritshme. Edhe pse shumë studime të rishikuara nga Merzel dhe D'Aflitti u bazuan në idenë e komunitetit si mjedis, shumë

nga projektet e mëvonshme bazohen në njërin nga 3 modelet e tjera. Të tre modelet e fundit - bashkësia si objektiv, bashkësia si burim dhe bashkësia si agjent - sugjerojnë që rezultatet e duhura mund të mos jenë vetëm ndryshime në sjelljet individuale, por gjithashtu mund të përfshijnë ndryshime në kapacitetin e komunitetit. (Goodman RM, & al.)²⁶¹ Në fakt, mund të argumentohet se shëndeti publik bashkëkohor ka 2 qëllime: -forcimin e shëndetit të komuniteteve tona dhe - ngritjen e kapaciteteve të komunitetit për të adresuar çështjet e lidhura me shëndetin (Kenneth R. McLeroy & al)²⁶².

Programet e suksesshme advokojnë një paketë ose një zinxhir ndërhyrjesh sesa një ndërhyrje të vetme. Lloji i ndërhyrjeve në nivele të ndryshme, përkatësisht niveli individual, grupi, komuniteti dhe politika ndryshojnë në studime, por ndërhyrjet individuale dhe ato në grup përdoren më shpesh. (Phinse Mappalakayil Philip & al)²⁶³

Ndërhyrjet mund të përfshijnë mbështetjen e familjes (psh ndihma e familjes për një individ që do fillojë dietën, apo mbështetja e familjes në regjistrimin në palestër në ndërhyrjet e aktivitetit fizik), ndikimet në rrjetet sociale (për mbështetjen në luftën kundër duhanit, për promovimin e aktivitetit fizik, qasjen në kujdesin shëndetësor ,etj), karakteristikat e lagjes (si në programet e HIV dhe parandalimin e dhunës).

Rezultatet konfirmojnë se ndërhyrjet e bazuara në komunitet mund të zvogëlojnë pabarazitë shëndetësore absolute të popullatave të privuara dhe të pafavorizuara, por vëmendje më e madhe duhet t'i kushtohet pabarazive midis nëngrupeve brenda komuniteteve kur analizohen ndryshimet në pabarazinë shëndetësore. (Stefan Nickel & al)²⁶⁴

Ekzistojnë dy implikime të këtyre gjetjeve në zvogëlimin e pabarazive në shëndet: së pari, një ndërhyrje "për të gjithë" mund të mos jetë e mjaftueshme, por kërkohet një kombinim i strategjive të shumëfishta të ndërhyrjes, siç është edukimi individual ose në grup, përfshirë strategji më të gjëra të ndërhyrjes si ndryshime dhe politika mjedisore. Së dyti, ndërhyrjet të cilat janë përshtatur mirë për nevojat e individëve ose nëngrupeve brenda një popullate të synuar mund të rezultojnë në rezultate më të mira që përkundrazi sjellin më shumë barazi. (Rachel L. J. Thornton & al)²⁶⁵

Në fushën e ndërhyrjeve të promovimit të shëndetit të bazuar në komunitet me shumë përbërës ("kompleks"), vihet re që ndërhyrjet në mënyrë eksplicite i adresohen pabarazive në lidhje me statusin socio-ekonomik (përfshirë të ardhurat, statusin profesional, ose arsimin), në vend të faktorëve të tjerë të barazisë si gjinia ose përkatësia etnike (Stefan Nickel & al)²⁶⁶. Psh ndërhyrjet

e fokusuar në aktivitetin fizik dhe sjelljen e duhanpirjes kanë zbuluar prova se ka shumë pak pabarazi shëndetësore. Për më tepër, një problem themelor metodologjik lind në këtë kontekst: është e mundur që ndërhyrjet të përmirësojnë shëndetin e një popullate (të përcaktuar nga vendbanimi, mosha, statusi ekonomik, etj) në përgjithësi, por të mos zvogëlojnë ose përkundrazi të thellojnë pabarazitë në shëndet midis nëngrupeve brenda popullatës për shkak të marrjes preferenciale të grupeve të avantazuara në ndërhyrje (Mechanic D.)²⁶⁷.

Përparësitë e ndërhyrjeve të komunitetit

- Së pari, komunitetet formojnë sjelljet individuale përmes vlerave dhe normave të tyre.
- Së dyti, komunitetet mund të mobilizohen për të ndryshuar individin, sjelljet, duke legjitimuar sjelljet e dëshirueshme dhe ndryshimin e mjediseve për të lehtësuar sjelljet e reja.
- Supozimi i tretë është pjesëmarrja e komunitetit udhëheqësit është vendimtar për pronësinë e komunitetit;
- Së fundi, anëtarët e komunitetit duhet të ketë një ndjenjë përgjegjësie dhe kontrolli mbi ndryshimin e planifikuar.

Ndër të tjera ata duhet të zotërojnë ndryshimin e planifikuar që ai të jetë i suksesshëm. Njerëzit kanë më shumë gjasa të angazhohen dhe të mbështesin ndryshimin nëse marrin pjesë në identifikimin e problemit, zhvillimin dhe zbatimin e programit për të adresuar problemin (Green, L. W. & Kreuter, M. W.)²⁶⁸. Ndërhyrjet e komunitetit angazhojnë pjesëmarrësit për të promovuar ndryshim, sjellje të suksesshme. Anëtarët që janë përfshirë herët në procesin e planifikimit për të identifikuar nevojat, zhvillojnë përparësi dhe planifikojnë programe për të promovuar ndryshimin. Modelet me bazë komunitare marrin parasysh individët në bashkëveprim së bashku me familjet, kulturat e tyre, dhe strukturat shoqërore, si dhe mjedisin aktual.

"Shtyllat binjake" të programit të promovimit të shëndetit të bazuar në komunitet janë fuqizimi i komunitetit dhe pjesëmarrja e komunitetit (Nola J. Pender Carolyn L. Murdaugh)²⁶⁹

Akoma dhe sot vazhdon të diskutohet nëse ndërhyrjet e shumta të promovimit të shëndetit të bazuar në komunitet përmirësojnë shëndetin e një popullsie të privuar nga shoqëria në përgjithësi (niveli areal) dhe/ose zvogëlojnë pabarazitë midis nëngrupeve të përcaktuara socio-ekonomikisht? Vëmendje i kushtohet gjithashtu dinamikës në themel të efekteve të ndërhyrjes të përmendura më

lart, domethënë pabarazia brenda një komuniteti mund të rritet ndërsa në të njëjtën kohë shëndeti i popullsisë mbetet konstant ose madje zvogëlohet (Mechanic D.)²⁷⁰.

Programet e suksesshme advokojnë një paketë ose një zinxhir ndërhyrjesh sesa një ndërhyrje të vetme. Lloji i ndërhyrjeve në nivele të ndryshme, përkatësisht niveli individual, grupi, komuniteti dhe politike ndryshojnë në studime, por ndërhyrjet individuale dhe ato në grup përdoren më shpesh.

Avantazhet

Pikat e forta të programeve të pjesëmarrjes së komunitetit në promocion janë:

- Ata kanë potencialin për të bërë ndryshime në popullsi.
- Ndërhyrjet e bazuara në modelet e komunitetit fokusohen në të dy qasjet, në personat me rrezik të lartë dhe komunitetin më të madh për të promovuar shëndetin.
- Synimi i grupeve të popullsisë në 'rrezik të lartë' për të pësuar lëndime mund të jetë një qasje më e realizueshme sa i përket kostove ndërhyrëse si dhe në matjen e rezultatit të një nisme të tillë, pasi ka fuqi të mjaftueshme statistikore.
- Vlerësohen aktorët lokalë, organizatat qeveritare dhe organizatat joqeveritare (OJQ -të).
- Empatia dhe motivimi i lartë në punën për komunitetin, ndihma që jep vetë komuniteti
- Fuqizimi i komunitetit, prania e vullnetarëve i bën ato të fuqizohen në njohuri dhe të ndryshojnë qëndrime
- Vendimmarrja e bazuar në dëshmi dhe fakte për komunitetin ndihmon për zgjidhjen e problemeve.
- Siguron rëndësinë e politikave dhe praktikave të gjetjeve dhe ndihmon në përdorimin e këtyre gjetjeve për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve (Leung M. W, Yen I. H, Minkler M.)²⁷¹.

Disavantazhet

-Matja e rezultatit të ndërhyrjeve të tilla është e vështirë si në aspektin e periudhës kohore që është e nevojshme për të vëzhguar një ndryshim të rëndësishëm ashtu edhe në aspektin e rasteve të kërkuara për të arritur një fuqi statistikore të arsyeshme.

-ekziston një potencial i madh për zvogëlimin e dëmtimit për shkak të ekspozimit më të lartë ndaj faktorit të rrezikut. Për këtë qëllim, për të identifikuar grupet e tilla të popullsisë përdorimi i masave të besueshme të 'shqyrtimit', me ndjeshmëri dhe specifike të pranueshme është një kusht paraprak dhe kjo përbën në njëfarë mënyre disavantazh.

Rezultati i vlerësimit të proceseve të bazuara në komunitet mund të ndihmojë hartuesit e politikave kombëtare që të sigurojnë më shumë mbështetje nga këto programe në mënyrë që të realizojnë vendimmarrjen e bazuar në ndërhyrje dhe rezultate. Këtu kemi parasysh institucionalizimin e programeve pjesëmarrëse të bazuara në komunitet në sistemin shëndetësor. Gjithashtu bashkëpunimi i sektorit privat dhe organizatave joqeveritare mund t'i zhvillojë këto programe dhe të lehtësojë pjesëmarrjen dhe mobilizimin e komunitetit. (Monir Baradarn Eftekhari & al)²⁷²

Për më tepër, programet e komunitetit ofrojnë mundësinë për të stimuluar ndryshimet kulturore. (www.sciencedirect.com)²⁷³

Disa ndërhyrje të komunitetit në promocion

Modeli i Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) i *Komunitetit të Sigurt* është një kuadër i spikatur për parandalimin e dëmtimeve në nivel komuniteti që përdor strategji të shumta dhe synon të gjitha grupmoshat, mjediset dhe situatat. Në përgjithësi, gjetjet e këtyre programeve tregojnë se ndërhyrjet më të suksesshme që ndodhën në komunitete, zbuluan rëndësinë e homogjenitetit shoqëror dhe kulturor të komuniteteve pjesëmarrëse dhe arritën në përfundimin se programe të tilla mund të funksionojnë më mirë në kohezion homogjen, të qëndrueshëm dhe komunitete të izoluar.

Ndërhyrjet e bazuara në komunitet

Një ndërhyrje në komunitet që synoi parandalimin dhe zvogëlimin e obezitetit, uljen e numrit të përdoruesve të duhanit dhe të ekspozimit ndaj duhanpirjes pasive.

Qëllimet kryesore të nismës ishin:

- Përmirësimi i të ushqyerit.
- Rritja e aktivitetit fizik.
- Zvogëlimi i prevalencës së mbipeshës dhe obezitetit.
- Ulja prevalencën së pirjes së duhanit.

- Ulja e ekspozimit ndaj duhanpirjes pasive.

Për të arritur këto qëllime, u planifikuan, u zbatua, dhe u vlerësuan ndërhyrjet që kombinonin strategji të ndryshme të bazuara në dëshmi, që synonin përmirësimin e politikave, sistemeve dhe mjediseve që e bëjnë jetën më të shëndetshme e më të lehtë. (CDC, 2018)²⁷⁴

Si mund të zhvillohet një proces i ndërhyrjeve në komunitet dhe promovimi shëndetësor?

Procesi i planifikimit për të punuar në një komunitet kalon në katër faza.

-Faza e planifikimit të hershëm përfshin përzgjedhjen e komuniteteve bazuar në një grup kriteresh dhe identifikimin e masave të ndjekjes dhe vlerësimit.

-Në fazën e dytë, identifikohen dhe angazhohen aktorë kryesorë organizojnë takime planifikimi me komunitetin.

- Në fazën e tretë, stafi interviston aktorët kryesorë dhe partnerët e ndryshëm të komunitetit për të identifikuar përparësitë e komunitetit.

-Faza e katërt harton planifikimin strategjik të aktiviteteve që përfshijnë zhvillimin e aktiviteteve programore për të adresuar prioritetet shëndetësore të identifikuara nga komuniteti dhe për të koordinuar dhe zbatuar ato aktivitete.

Modeli Ekologjik Social dhe Teoria e Kapitalit Social

Objektivi

Studentët do të arrijnë të kuptojnë Modelin Ekologjik Social dhe Teorinë e Kapitalit Social, pesë faza të këtij modelit socio-ekologjik, parime bazë që nënvizojnë mënyrat se si modeli ekologjik social mund të kontribuojë në përpjekjet për përfshirjen e komuniteteve Ndërveprimi i niveleve të ndryshme të modelit. Të kuptojnë termin kapitali social dhe lidhjen midis kapitalit social dhe promovimit të shëndetit.

Konceptet themelore

Modeli Ekologjik Social

Teoria e Kapitalit Social

Kapitali individual

Kapitali kolektiv

Njerëzit mund të marrin pjesë në procesin e promovimit të shëndetit në mënyrë efektive vetëm kur kanë një pamje të qartë të faktorëve shoqërorë dhe mjedisorë që ndikojnë në shëndetin dhe mirëqenien. Përmes përvojave mësimore që pasqyrojnë perspektivën socio-ekologjike, studentët mund të kërkojnë të heqin barrierat për zgjedhje të shëndetshme. Ato mund të ndihmojnë në krijimin e kushteve që promovojnë mirëqenien e tyre dhe të njerëzve të tjerë dhe shoqërisë në tërësi. Përmes kësaj perspektive, studentët do të arrijnë një vlerësim më të mirë se si dhe pse individët ndryshojnë (<https://www.tki.org.nz/>)²⁷⁵.

Organizata Botërore e Shëndetit shtoi këtë pjesë nga një fushatë globale që trajton parandalimin e dhunës dhe Modelin Ekologjik Social:

Kuadri ekologjik trajton ndërveprimin midis faktorëve në nivele të ndryshme me rëndësi të njëjtë me ndikimin e faktorëve brenda një niveli të vetëm. Për shembull, studimet sugjerojnë që ndërlikimet e lidhura me shtatzëninë dhe lindjen, ndoshta sepse ato çojnë në dëmtime neurologjike

dhe çrregullime psikologjike ose të personalitetit, duket se parashikojnë dhunë në të rinjtë dhe në moshën e rritur kryesisht kur ato ndodhin në kombinim me probleme të tjera brenda familjes, të tilla si si praktika të dobëta të prindërimit. Kuadri ekologjik ndihmon në shpjegimin e rezultatit - dhunës më vonë në jetë - si ndërveprimi i një faktori rreziku individual, pasojat e komplikimeve gjatë lindjes dhe një faktor rreziku në marrëdhënie, përvoja e prindërimit të dobët (Core Principles of the Ecological Model)²⁷⁶

Modelet ekologjike sociale janë përshkrime vizuale të marrëdhënieve dinamike midis individëve, grupeve dhe mjediseve të tyre. Ato rrjedhin nga një sistem i orientuar drejt zhvillimit njerëzor, në të cilin individët kuptohet se ndikojnë dhe ndikohen nga njerëzit dhe organizatat me të cilët ndërveprojnë, burimet dhe institucionet në dispozicion, dhe normat dhe rregullat shoqërore (Bronfenbrenner, U.)²⁷⁷. Në fushën e promovimit të shëndetit, modelet ekologjike janë përdorur për të kuptuar dhe identifikuar objektivat për ndërhyrjet e përgjithshme dhe të veçanta të sjelljes shëndetësore (McLeroy, K. R., & al.)²⁷⁸. Në modelin tonë të propozuar, ne devijojmë nga qasjet tradicionale eko-logjike, të cilat përshkruajnë zhvillimin e individëve brenda nënsistemeve mjedisore të futura, në vend që të marrin në konsideratë zhvillimin e politikave dhe mjediseve të lidhura me shëndetin brenda konteksteve të folezuara. Ne tërheqim pesë qarqe koncentrike por të lidhura për të dalluar sistemet dhe forcat e ngulitura që ndikojnë reciprokisht në njëri -tjetrin (Marjo Anette Kristiina Mehtälä & al)²⁷⁹.

Modeli socio-ekologjik merr parasysh individin dhe përkatësinë e tij ndaj njerëzve, organizatave dhe komunitetit të tyre në përgjithësi për të qenë efektiv. Ekzistojnë pesë faza të këtij modeli - Politika Individuale, Ndërpersonale, Organizative, Komunitare dhe Publike.

Niveli individual lidhet me njohuritë dhe aftësitë e një individi. Tiparet dhe karakteristikat e ndryshme të një individi përbëjnë nivel e parë të Modelit Social-Ekologjik. Këto karakteristika kanë aftësinë për të ndikuar në sjelljen e një personi. Moshë, niveli i arsimit, orientimi seksual dhe statusi ekonomik janë disa nga faktorët e shumtë të përfshirë në këtë nivel. Këta faktorë janë të rëndësishëm për t'u marrë parasysh gjatë ndërtimit të strategjive të shëndetit publik, pasi karakteristika të tilla si statusi ekonomik janë të lidhura me aftësinë e një individi për të pasur kujdes shëndetësor. Njohuria nuk është e mjaftueshme për të ndryshuar qëndrimet shumicën e kohës, por, ajo ndihmon shumë duke ndikuar në qëndrimet dhe vendimet kryesore që marrin individët (Marjo Anette Kristiina Mehtälä & al)²⁸⁰.

Niveli ndërpersonale ka të bëjë me marrëdhëniet e një personi me njerëzit e tjerë - familjen, miqtë, etj. Marrëdhëniet dhe rrjetet sociale në të cilat merr pjesë një person gjithashtu kanë potencial të

madh për të ndikuar në sjellje. Familjet, miqtë dhe traditat luajnë rol kryesorë në fazën ndërpersonale të modelit. Duke përdorur terapi ose ndërhyrje, mund të promovojmë marrëdhënie të shëndetshme. Marrëdhëniet e dhunshme dekurajuese midis individëve gjithashtu luajnë një rol të rëndësishëm në përkeqësimin e mirëqënies së njerëzve.

Nivel Komuniteti. Ky nivel i Modelit Social-Ekologjik fokusohet në lidhjet midis organizatave dhe institucioneve që përbëjnë komunitetin më të madh. Këto shoqata përfshijnë biznese dhe aspekte të "mjedisit të ndërtuar", siç janë parqet. Strukturat e komunitetit janë shpesh të rëndësishme në përcaktimin e mënyrës se si sillen popullsitë dhe cilat zakone respektojnë ato, prandaj është e rëndësishme të kuptohet niveli i komunitetit për të përcaktuar se nga burojnë sjelljet shëndetësore.

Niveli organizativ. Organizatat janë të rëndësishme në zhvillimin e sjelljeve pasi ato shpesh zbatojnë rregulloret dhe kufizimet përcaktuese të sjelljes. Një shkollë, për shembull, kontrollon përhapjen e njohurive. Ky ndikim është i rëndësishëm kur bëhet fjalë për komunikimin dhe shpërndarjen e informacionit në lidhje me praktikën e sigurta shëndetësore. Gjithashtu përveç kësaj, një organizatë mund të ofrojë shërbime këshillimi dhe imunizimi, së bashku me planet efektive të sigurimit për punëtorët. Është gjithashtu shumë e rëndësishme ndërgjegjësimi i anëtarëve të organizatave për këto përfitime (Marjo Anette Kristiina Mehtälä & al)²⁸¹. Këto organizata mund të bashkojnë burimet dhe idetë së bashku në mënyrë që të përmirësojnë shëndetin e komunitetit. Për shembull, një spital pranon që disa nga infermierët e tij të mësojnë edukimin seksual në një shkollë aty pranë. Organizatat në një zonë mund të koordinojnë evente shëndetësore të dizajnuara për të edukuar dhe pajisur anëtarët me njohuri dhe materiale për të ndihmuar në parandalimin e përhapjes së SST në komunitet. (Core Principles of the Ecological Model)²⁸².

Në nivelin përfundimtar. Politikën dhe ligjet që nxiten në nivel lokal, kombëtar dhe global përbëjnë nivelin më të gjerë të Modelit Social-Ekologjik. Këto politika kanë potencialin të ndikojnë në një numër të madh njerëzish dhe disa prej tyre kanë efekte të gjera globale për dekada të tëra. Qeveria duhet të vendosë ligjet dhe t'i zbatojë ato ligje. Ky nivel i Modelit socio-ekologjik është i rëndësishëm sepse prek pjesë më të madhe të popullsisë sesa nivelet e tjera.

Ndërveprimi i niveleve të ndryshme të modelit

Modeli Ekologjik Social është një kornizë e krijuar për të kuptuar nivelet e shumëanshme brenda një shoqërie dhe mënyrën se si individët dhe mjedisi ndërveprojnë brenda një sistemi shoqëror. Faktorë dhe përcaktues të ndryshëm ekzistojnë në të gjitha nivelet e shëndetit, duke e bërë parandalimin, kontrollin dhe ndërhyrjen më efektive kur modeli adresohet nga të gjitha nivelet. Shumë modele të modelit janë bërë në mënyrë që nivelet e ndryshme të mbivendosen, duke

ilustruar sesi një nivel i modelit ndikon në nivelin tjetër. Sipas Qendrave për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve, për të parandaluar faktorë të caktuar rreziku, është e nevojshme të ndërmerren veprime me nivele të shumta të modelit në të njëjtën kohë (CDC, 2018). Kur i afrohem një problemi të mundshëm, është vërtetuar se për të mbështetur sa më mirë përpjekjet parandaluese, duhet të ndërmerren veprime në nivele të shumta të modelit në të njëjtën kohë (Core Principles of the Ecological Model)²⁸³.

Fig 1 Modeli Ekologjik Social (Marjo Anette Kristiina Mehtälä & al)²⁸⁴

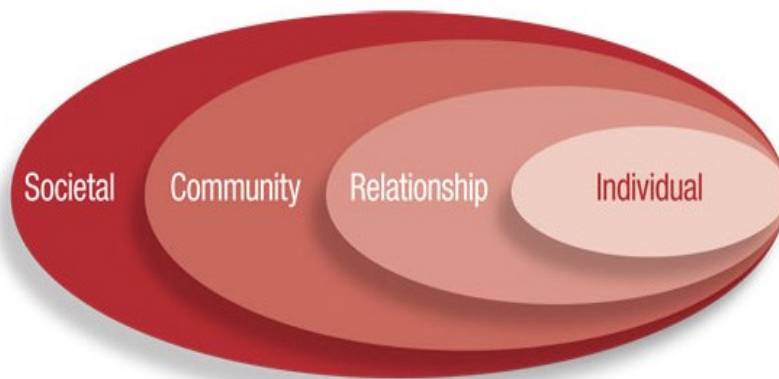


Figure 1.2. The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention

Kjo qasje fokusohet në integrimin e përjasjeve të ndryshme të cilat synojnë jo vetëm modifikimin e sjelljeve individuale që lidhen me shëndetin por edhe ndryshimin/përshtatjen e mjediseve fizike dhe sjelljeve shoqërore të komunitetit.

Stokols (1996) (cdc.gov)²⁸⁵ propozon katër parime bazë që nënvizojnë mënyrat se si modeli ekologjik social mund të kontribuojë në përpjekjet për përfshirjen e komuniteteve:

- **Statusi/Gjendja shëndetësore** – sipas këtij parimi mirëqenia emocionale dhe shoqërore ndikohet nga dimensionet fizike, sociale dhe kulturore të individit ose mjedisi komunitar si dhe nga faktorët personal (p.sh., modelet e sjelljes, psikologjia, gjenetika).
- I njëjti mjedis mund të ketë efekte të ndryshme në shëndetin e një individi në varësi të një sërë faktorësh, duke përfshirë **aftësinë për të kontrolluar mjedisin dhe burimet financiare**.
- Individët dhe grupet veprojnë dhe jetojnë në mjedise të shumta (p.sh., vendi i punës, lagja, komunitetet më të mëdha gjeografike) që **"përhapen" dhe ndikojnë mbi njëri -tjetrin**.

- Ekzistojnë faktorë personal dhe mjedisor, të tilla si **mjedisi fizik, burimet në dispozicion dhe normat shoqërore**, që ushtrojnë ndikime të mëdha në shëndetin dhe mirëqenien e individëve.

Modeli Ekologjik Social ka vërtetuar, në shumë situata të ndryshme, se për të marrë rezultatet më të mira nga njerëzit në rrezik, është mirë t'i qasemi situatës duke adresuar të gjitha nivelet e kornizës. Shumë situata mund të ndërlikohen në nivele të ndryshme, duke e bërë një qasje të shumëanshme mënyrën më të mirë për të kapërcyer një problem në të gjitha këndet e ndryshme (Malin Eriksson)²⁸⁶

Modelet ekologjike njohin nivele të shumta ndikimi në sjelljet shëndetësore, duke përfshirë:

Faktorët ndërpersonalë/individualë, të cilët ndikojnë në sjellje të tilla si njohuritë, qëndrimet, besimet dhe personaliteti.

Faktorët ndërnjerëzorë, siç janë ndërveprimet me njerëzit e tjerë, të cilët mund të ofrojnë mbështetje sociale ose të krijojnë barriera për rritjen ndërpersonale që promovon sjellje të shëndetshme.

Faktorët institucionalë dhe organizativë, duke përfshirë rregullat, rregulloret, politikat dhe strukturat joformale që kufizojnë ose promovojnë sjellje të shëndetshme.

Faktorët e komunitetit, siç janë normat shoqërore formale ose joformale që ekzistojnë midis individëve, grupeve ose organizatave, mund të kufizojnë ose rrisin sjelljet e shëndetshme.

Faktorët e politikave publike, përfshirë politikat dhe ligjet vendore, shtetërore dhe federale që rregullojnë ose mbështesin veprimet dhe praktikat shëndetësore për parandalimin e sëmundjeve, përfshirë zbulimin, kontrollin dhe menaxhimin e hershëm (www.ruralhealthinfo.org)²⁸⁷.

Programet më të suksesshme të shëndetit publik janë bazuar në një kuptim të sjelljeve shëndetësore dhe konteksteve në të cilat ato ndodhin (Glanz K, Rimer BK, Lewis FM)²⁸⁸. Qasja socio-ekologjike thekson se promovimi i shëndetit duhet të përqëndrohet jo vetëm në faktorët e sjelljes intrapersonale, por edhe në faktorët e niveleve të shumëfishta që ndikojnë në sjelljen specifike në fjalë. Modeli socio-ekologjik kështu fokusohet në marrëdhëniet e ndërsjella midis individëve dhe mjedisit social, fizik dhe politikave (Stokols D)²⁸⁹.

Perspektiva socio-ekologjike do të jetë e dukshme kur infermierët:

Do të identifikojnë dhe reflektojnë mbi faktorët që ndikojnë në zgjedhjet dhe sjelljet e njerëzve në lidhje me shëndetin dhe aktivitetin fizik, duke përfshirë:

- shoqërore
- ekonomike
- mjedisore
- kulturore
- faktorët e sjelljes dhe ndërveprimet e tyre

Do të njohin nevojën për kujdes reciprok dhe përgjegjësi të përbashkët mes tyre, njerëzve të tjerë dhe shoqërisë.

Do të kontribuojnë në mënyrë aktive për mirëqenien e tyre, për njerëzit dhe shoqërinë e tjera dhe për shëndetin e mjedisit ku ata jetojnë.

Përmes perspektivës socio-ekologjike, infermierët do të mësojnë të marrin parasysh konsideratat që ndikojnë në shoqërinë në tërësi si dhe konsideratat individuale dhe do të zbulojnë nevojën për t'i integruar ato (www.tki.org)²⁹⁰.

Kapitali social

Kapitali social është një burim i rëndësishëm që mund të mobilizohet për veprime të qëllimshme ose përfitime konkurruese. Shpërndarja e kapitalit shoqëror në sistemet socio-ekologjike mund të përcaktojë se kush është më produktiv në nxjerrjen e burimeve ekologjike dhe kush shfaqet me ndikim në drejtimin e menaxhimit të tyre, duke fuqizuar kështu disa ndërsa pa fuqizuar të tjerët. Pavarësisht rëndësisë së tij, faktorët që kontribuojnë në ndryshimin e kapitalit shoqëror midis individëve nuk janë studiuar gjerësisht. Ne miratojmë një perspektivë të rrjetit për të shqyrtuar atë që përcakton kapitalin shoqëror midis individëve në sistemet social-ekologjike. Ne fillojmë duke identifikuar masat e rrjetit të kapitalit shoqëror të rëndësishme për individët në këtë kontekst, dhe rishikojmë dëshmitë ekzistuese në lidhje me përcaktuesit e tyre. Duke përdorur një bazë të dhënash të plotë të rrjetit social, ne përdorim analiza të rrjeteve sociale dhe metoda të tjera statistikore për të vlerësuar në mënyrë empirike këto masa dhe për të përcaktuar shkallën në të cilën atributet individuale të palëve të interesuara shpjegojnë ndryshimet brenda tyre. Ne zbulojmë se përkatësia etnike është parashikuesi më i fortë i kapitalit shoqëror. Masat e kapitalit njerëzor (p.sh. arsimi, përvoja), vitet e jetesës në komunitet dhe qëndrimet për shkëmbimin e informacionit janë gjithashtu të rëndësishme. Rezultatet tona ofrojnë njohuri të reja sasiore mbi marrëdhëniet midis diversitetit të palëve të interesuara, rrjeteve sociale dhe kapitalit social në një sistem shoqëruar shoqëror-ekologjik, i cili mund të ndihmojë në identifikimin e barrierave dhe mundësive për veprim

për të kapërcyer problemet e menaxhimit të burimeve. Rezultatet tona gjithashtu kanë implikime për arritjen e qeverisjes së burimeve që nuk është vetëm ekologjikisht dhe ekonomikisht e qëndrueshme, por edhe e barabartë (Michele Barnes-Mauthe & al)²⁹¹.

Kapitali social, i konceptuar si një karakteristikë individuale, mund të kontribuojë në fushën e promovimit të shëndetit duke shtuar njohuri të reja mbi mënyrën se si ndërhyrjet në rrjetet sociale mund të dizajnohen më së miri për të përmbushur nevojat e grupit të synuar. Dallimi i formave të ndryshme të kapitalit shoqëror, domethënë lidhja ndërpersonale, dhe bashkëveprimi, mund të ndihmojë në krijimin e rrjeteve që janë në dispozicion dhe përmirësojnë shëndetin. Për më tepër, kapitali social mund të avancojë ndërhyrjet në rrjetet sociale duke pranuar rrezikun për shpërndarje të pabarabartë të investimeve dhe kthimeve nga përfshirja e rrjeteve sociale.

Kapitali social, i konceptuar si i karakterizuar nga komunitete të tëra, siguron një kuadër të dobishëm për atë që përbën mjedisë që mbështetin shëndetin dhe udhëzime sesi t'i arrijmë ato. Hartimi dhe mobilizimi i kapitalit social në komunitetet lokale mund të jetë një mënyrë për të arritur veprimin e komunitetit për promovimin e shëndetit. Kapitali social është i lidhur me kontekstin nga nevoja. Kështu, nga një perspektivë globale, nuk mund të përdoret si një 'libër gatimi' se si të arrihen mjediset mbështetëse dhe veprimet e komunitetit pa probleme. Sidoqoftë, kapitali social mund të japë ide të reja mbi proceset që ndikojnë në ndërveprimet njerëzore, bashkëpunimin dhe veprimin e komunitetit për promovimin e shëndetit në kontekste të ndryshme (Malin Eriksson)²⁹².

Kapitali social dhe promovimi i shëndetit

Duke pasur parasysh atë që dimë për lidhjet midis kapitalit shoqëror dhe shëndetit, cilat janë implikimet e mundshme për promovimin e shëndetit? Pika fillestare për diskutimin është përkufizimi i dhënë nga OBSH në Kartën e Otavës:

Promovimi i shëndetit është procesi i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre (WHO)²⁹³. Për të arritur një gjendje të mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale, një individ ose grup duhet të jetë në gjendje të identifikojë dhe të realizojë aspiratat, të plotësojë nevojat dhe të ndryshojë ose të përballojë mjedisin (WHO)²⁹⁴.

Sot sfidat e punonjësve shëndetësorë janë të përfshira në (1) sesi kapitali individual mund të forcohet si strategji e promovimit të shëndetit, dhe (2) sesi kapitali shoqëror kolektiv mund të mobilizohet si strategji e promovimit të shëndetit.

Forcimi i kapitalit individual

Siç u tha më herët, ka dëshmi në rritje që kapitali individual individual (d.m.th. përfshirja në rrjetet sociale) mund të ndikojë në sjelljet shëndetësore dhe shëndetësore në një mënyrë pozitive përmes mbështetjes sociale, ndikimit social, pjesëmarrjes sociale dhe qasjes në burimet materiale. Përmirësimi dhe mirëmbajtja e shëndetit varet jo vetëm nga sjelljet individuale, por edhe nga sjelljet e të tjerëve të rëndësishëm dhe aftësia për komunikim të frytshëm brenda rrjeteve sociale. Këto ide lidhen me fushën e "ndërhyrjeve në rrjetet sociale" brenda promovimit të shëndetit.

Mobilizimi i kapitalit kolektiv shoqëror

Mobilizimi i kapitalit shoqëror lidhet me 'qasjen e zhvillimit të komunitetit' të promovimit të shëndetit. Programet e promovimit të shëndetit që bazohen në parimet e zhvillimit të komunitetit nuk kanë objektivin kryesor parandalimin e një sëmundjeje specifike ose promovimin e një rezultati të veçantë shëndetësor. Përkundrazi, ata ndërtojnë kapacitetin e komunitetit për të përmirësuar bazën për një komunitet të lulëzuar (Mittelmark MB.)²⁹⁵. Këto lloj programesh nënvizojnë "rëndësinë e krijimit të mjediseve në të cilat individët dhe komunitetet mund të fuqizohen pasi rrisin kompetencën e tyre në komunitet ose aftësinë për zgjidhjen e problemeve" (Malin Eriksson)²⁹⁶

Promovimi i shëndetit duhet të funksionojë përmes veprimit efektiv të komunitetit, ku anëtarët e komunitetit përcaktojnë përparësitë, planifikojnë strategji dhe i zbatojnë ato për arritjen e shëndetit më të mirë (WHO)²⁹⁷. Këta dy qëllime për promovimin e shëndetit shkojnë paralelisht me idetë që qëndrojnë pas kapitalit kolektiv shoqëror, meqenëse veprimi i bashkësisë (pra kolektiv) shihet si pasojë e kapitalit social në nivel komuniteti. Mobilizimi i kapitalit social në bashkësitë lokale mund të shihet si një qëllim kryesor për qasjet e zhvillimit të komunitetit në promovimin e shëndetit.

Kapitali kolektiv shoqëror gjithashtu mund të ketë efekte indirekte pozitive në shëndet, duke lehtësuar aftësinë e komuniteteve për të punuar së bashku për të zgjidhur problemet kolektive të shëndetit (Kim D, Subramanian SV, Kawachi I)²⁹⁸.

Si përmbledhje, mobilizimi i qëllimshëm i kapitalit social në bashkësitë lokale me qëllim të promovimit të shëndetit ka nevojë që ju të:

- identifikoni atë që duhet kapërcyer në komunitetin e përcaktuar (p.sh. mungesa e sigurisë, shërbimet publike, një sëmundje);
- përdorni forcën e shpirtit luftarak nga drejtuesit vendorë të besuar;
- lejoni njohuri nga njerëzit brenda dhe jashtë komunitetit që kanë burime dhe interes të konsiderueshëm në çështjet shqetësuese;
- përpiqeni për mbështetje dhe legjitimitet të gjerë të komunitetit duke iu drejtuar të gjithëve me një ftesë personale për t'u bashkuar me procesin (Malin Eriksson)²⁹⁹.

Modele të shpërndarjes së komunitetit për të promovuar shëndetin

Objektivi

Të kuptojnë modelet e përfshirjes së komunitetit në promocion, disa nga modelet më të suksesshme, të kuptojnë Modeli i Organizimit të Komunitetit ,modelin PRECEDE-PROCEED, modelin Komunitetet që kujdesen, modelin MAPP PROCESS, modelin e Gatishmërisë së Komunitetit.

Konceptet themelore

Model i shpërndarjes së komunitetit
 Modeli i Organizimit të Komunitetit
 Modeli PRECEDE-PROCEED
 Modeli Komunitetet që kujdesen
 Modeli i Gatishmërisë së Komunitetit

Ne i kemi diskutuar në leksionet e mëparshme konceptin e komunitetit dhe modelet komunitare prandaj në këtë leksion do të ndalemi në disa modele që ndihmojnë personelin shëndetësor në bashkëpunim me komunitetin për të promovuar shëndetin.

Modeli i Organizimit të Komunitetit

Modeli i Organizimit të Komunitetit është një proces pjesëmarrës, vendimmarrës që fuqizon komunitetet për të përmirësuar shëndetin. Ai thekson pjesëmarrjen aktive nga komuniteti në identifikimin e çështjeve kryesore shëndetësore dhe strategjitë për t'i adresuar ato.

Komunitetet përqendrohen në pikat e tyre të forta dhe mobilizohen kolektivisht për të zhvilluar programe për të arritur qëllimet shëndetësore.

Karakteristikat e Modelit të Organizimit të Komunitetit përfshijnë:

- Kuptimi i kontekstit dhe shkaqeve kryesore të çështjeve shëndetësore
- Marrja e vendimeve të përbashkëta dhe zgjidhja e problemeve
- Përqendrimi i përpjekjeve në çështje specifike
- Angazhimi aktiv i pjesëmarrjes nga grupet dhe organizatat e ndryshme brenda komunitetit
- Zhvillimi dhe ruajtja e kapacitetit dhe fuqisë për të prodhuar ndryshime të qëndrueshme
- Sigurimi i feedback -ut për komunitetin (www.ruralhealthinfo.org)³⁰⁰

Profesionisti shëndetësor dhe në rastin tonë infermieri në famije angazhohet, jo në rolin e ekspertit, por përkundrazi vepron si një burim për komunitetin. Përmes pjesëmarrjes publike, anëtarët e komunitetit mblidhen dhe bashkëveprojnë si një njësi kolektive. Ato shprehin dhe demonstrojnë një ndjenjë bashkësie, para se të kalojnë në aksion për të mbledhur informacion, për të përcaktuar qëllimet, për të zbatuar planet dhe për të vlerësuar rezultatet. Modeli i veprimit të komunitetit mbështet pjesëmarrjen e komunitetit që çon në vlerësimin dhe ndryshimin e angazhuar nga komuniteti (Frances E. Rache, Robert C. Annis)³⁰¹.

PRECEDE-PROCEED

PRECEDE-PROCEED është zhvilluar për përdorim në shëndetin publik. Parimet themelore të tij, megjithatë, kalojnë edhe në çështje të tjera të komunitetit. Si rezultat, ne do ta trajtojmë atë si një model jo vetëm për ndërhyrjen shëndetësore, por për ndërhyrjen e komunitetit në përgjithësi. Dhe në fakt, PRECEDE/ PROCEED fokusohet në komunitet si burim i promovimit të shëndetit.

Në gjysmën e fundit të shekullit të 20-të, ndërsa përparimet mjekësore eliminuan shumë sëmundje infektive, shkaqet kryesore të paaftësisë dhe vdekjes në botën e zhvilluar ndryshuan në gjendje kronike - sëmundje të zemrës, goditje në tru, kancer, diabet,etj. Prandaj fokusi i shëndetit u zhvendos nga trajtimi i sëmundjes në parandalimin e këtyre sëmundjeve dhe kohët e fundit, në promovimin aktiv të sjelljeve dhe qëndrimeve - dieta e duhur, stërvitja dhe zvogëlimi i stresit, për shembull - që në ata bëjnë shumë për të ruajtur shëndetin dhe për të përmirësuar kohëzgjatjen dhe cilësinë e jetës (www.ctb.ku.edu)³⁰².

Prapa PRECEDE-PROCEED qëndrojnë disa supozime në lidhje me parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e shëndetit, por dhe më gjërë, edhe për çështje të tjera të komunitetit gjithashtu.

-Meqenëse sjelljet dhe aktivitetet promovuese të shëndetit në të cilat angazhohen individët janë pothuajse gjithmonë vullnetare, kryerja e promovimit të shëndetit duhet të përfshijë ata, sjelljet ose veprimet e të cilëve dëshirojmë të ndryshojmë. PRECEDE-PROCEED duhet të jetë një proces pjesëmarrës, që përfshin të gjithë aktorët, ata që preken nga çështja ose gjendja në fjalë që nga fillimi.

-Shëndeti, për nga natyra e tij, është një çështje e komunitetit. Ai ndikohet nga qëndrimet e komunitetit, të formuara nga mjedisi i komunitetit (fizik, social, politik dhe ekonomik), dhe nga historia e komunitetit.

-Shëndeti është një pjesë integrale e një konteksti më të madh, ndoshta më e qartë e definuar si cilësi e jetës, dhe brenda këtij konteksti duhet të merret parasysh. Është vetëm një nga shumë faktorë që e bëjnë jetën më të mirë ose më të keqe për individët dhe komunitetin në tërësi.

-Së fundi, shëndeti është më shumë sesa mirëqenia fizike, ose sesa mungesa e sëmundjeve, ose dëmtimeve. Janë një seri faktorësh ekonomikë, socialë, politikë, ekologjikë dhe fizikë që sigurojnë jetë të shëndetshme dhe me cilësi të lartë për individët dhe komunitetet.

Akronimi PRECEDE përfshin termat : predispozitë, fuqizim dhe rritje kapacitetesh në edukim/ mjedis, diagnostikim dhe vlerësim. Modeli PRECEDE bazohet në premisën se një vlerësim duhet të paraprijë një plan ndërhyrjeje. PROCEED u shtua në kuadër për të marrë parasysh rolin e faktorëve të mjedisit në shëndet. PROCEED njeh faktorët jashtë individit që mund të ndikojnë në sjelljet e jetesës (www.ctb.ku.edu)³⁰³.

PRECEDE ka pesë faza në ideim dhe PROCEED ka katër faza në zbatim:

Faza 1: Identifikimi i rezultatit përfundimtar të dëshiruar. Vlerësimi social

Faza 2: Vlerësimi rastësor. Identifikimi dhe përcaktimi i përparësive në çështjet e shëndetit ose komunitetit dhe përcaktuesit e tyre të sjelljes dhe mjedisit që kontribuojnë në arritjen e atij rezultati, ose kushtet që duhet të arrihen për të arritur atë rezultat;

Faza 3: dhe identifikimin e sjelljeve, mënyrave të jetesës dhe/ose faktorëve mjedisorë që ndikojnë në ato çështje ose kushte.

Faza 4: Identifikimi i faktorëve predispozues, mundësues dhe përforcues që mund të ndikojnë në sjelljet, qëndrimet dhe faktorët mjedisorë të cilëve u jepet përparësi në Fazën 2.

Faza 5: Identifikimi i faktorëve administrativë dhe politikave që ndikojnë në atë që mund të zbatohet.

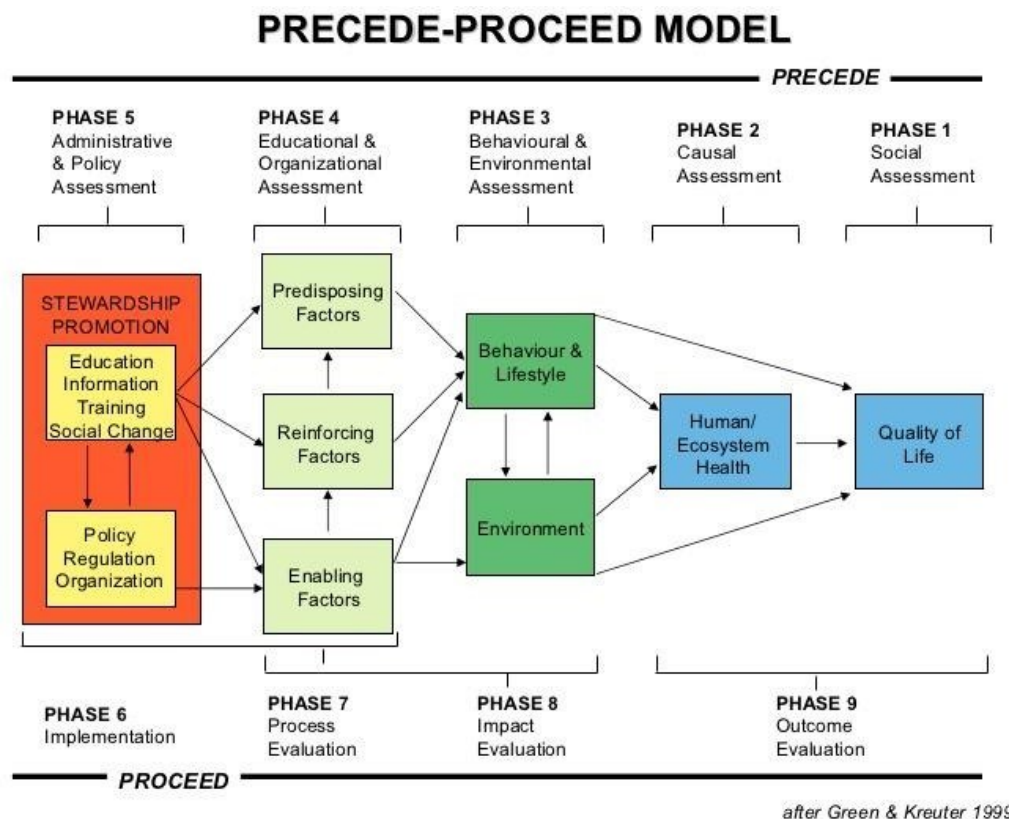
PROCEED gjithashtu ka katër faza të tjera që përfshijnë zbatimin aktual të ndërhyrjes dhe vlerësimin e kujdesshëm të saj, për të arritur rezultatin përfundimtar të dëshiruar të procesit.

Faza 6: Zbatimi - hartimi dhe kryerja aktuale e ndërhyrjes.

Faza 7: Vlerësimi i procesit, nëse po zhvillohen aktivitetet e planifikuara për ndërhyrjen

Faza 8: Vlerësimi i ndikimit, nëse po ndikon si duhet ndërhyrja në popullatën e synuar

Faza 9: Vlerësimi i rezultatit, nëse çoi ndërhyrja në rezultatin e dëshiruar që ishte parashikuar në fillim të procesit.



Faza 1: Përcaktimi i rezultatit përfundimtar. Fokusi këtu është në atë që dëshiron dhe ka nevojë komuniteti, e cila mund të duket e palidhur me çështjen në të cilën planifikoni të përqendroheni. Çfarë rezultati konsideron komuniteti më të rëndësishëm? Eliminimi ose zvogëlimi i një problemi të veçantë (strehimi)? Duke trajtuar një çështje (garë)? Përmirësimi ose ruajtja e aspekteve të caktuara të cilësisë së jetës (mbrojtja e mjedisit?) Përmirësimi i cilësisë së jetës në përgjithësi (rritja ose krijimi i mundësive rekreative dhe kulturore)?

Faza 2: Identifikimi i çështjes. Në Fazën 2 të PRECEDE, ju kërkon çështjet dhe faktorët që mund të shkaktojnë ose ndikojnë në rezultatin që keni identifikuar në Fazën 1 (përfshirë mbështetjet dhe barrierat për ta arritur atë), dhe zgjidhni ato që janë më të rëndësishmet, dhe që mund të jenë

ndikuar nga një ndërhyrje. (Një nga shkaqet e varfërisë së komunitetit, për shembull, mund të jetë ekonomia globale, një faktor në të cilin ndoshta nuk mund të keni shumë efekt. Sado i rëndësishëm të jetë ekonomia globale, ju do të duhet të ndryshoni kushtet në nivel lokal për të pasur ndonjë ndikim të vërtetë.)

Është e rëndësishme të analizojmë këto çështje me kujdes dhe të sigurohemi që kemi zgjedhur ato të duhurat.

Faza 3: Shqyrtimi i faktorëve që ndikojnë në sjelljen, stilin e jetës dhe reagimet ndaj mjedisit. Këtu, ju identifikoni faktorët që do të krijojnë sjelljen dhe ndryshimet mjedisore për të cilat keni vendosur në Fazën 2.

Shprehjet "sjellje e shëndetshme" dhe "sjellje e rrezikshme" i referohen jo vetëm shëndetit fizik, por çdo sjellje që është e dobishme ose e dëmshme për individin dhe/ose komunitetin, dhe ka të ngjarë të ketë një efekt të rëndësishëm në cilësinë e jetës së tyre.

Faktorët predispozues janë "të dhëna" intelektuale dhe emocionale që kanë tendencë t'i bëjnë individët pak a shumë të prirur të miratojnë sjellje ose stile jetese të shëndetshme ose të rrezikshme ose të miratojnë ose pranojnë kushte të veçanta mjedisore.

Njohuritë, qëndrimet, vlerat, besimi dhe konfidenca janë disa nga faktorët që shpesh mund të ndikohen nga ndërhyrjet edukative.

Faktorët mundësues janë ato kushte të brendshme dhe të jashtme të lidhura drejtpërdrejt me çështjen që i ndihmojnë njerëzit të miratojnë dhe ruajnë sjellje dhe stile jetese të shëndetshme ose jo të shëndetshme, ose të përqafojnë ose refuzojnë kushte të veçanta mjedisore. Midis tyre janë:

-Disponueshmëria e burimeve.

-Aksesueshmëria e shërbimeve

-komuniteti dhe/ose ligjet e qeverisë, politikat, përparësia dhe angazhimi për këtë çështje.

-Aftësitë që lidhen me çështjen

Faktorë përforcues, janë qëndrimet e njerëzve dhe komunitetit që mbështesin ose vështirësojnë adoptimin e sjelljeve të shëndetshme ose nxitjen e kushteve të shëndetshme mjedisore. Këto janë kryesisht qëndrimet e njerëzve me ndikim : familjes, bashkëmoshatarëve, mësuesve, punëdhënësve, ofruesve të shërbimeve shëndetësore, mediave, drejtuesve të komunitetit dhe politikanëve dhe vendimmarrësve të tjerë.

Fazat 4-5: Identifikimi i "praktikave më të mira" dhe burimeve të tjera për hartimin e ndërhyrjes, si dhe çështje administrative, politike dhe rregullore që mund të ndikojnë në zbatimin e programit ose ndërhyrjes. Fazat 4-5 ju ndihmojnë të shikoni çështjet organizative që mund të kenë ndikim në ndërhyrjen tuaj aktuale. Ai ndikon në efektet në ndërhyrjen e strukturës dhe politikave tuaja të brendshme administrative, si dhe politikat dhe rregulloret e jashtme (nga financuesit, agjencitë publike dhe të tjerët).

Faza 6: Zbatimi. Në këtë pikë, ju keni ideuar një ndërhyrje (kryesisht në Fazat 3 dhe 4), bazuar në analizën tuaj. Tani, ju duhet ta zbatoni atë. Kjo fazë përfshin të bësh pikërisht atë - ngritjen dhe zbatimin e ndërhyrjes që ke planifikuar.

Faza 7: Vlerësimi i procesit. Kjo fazë nuk ka të bëjë me rezultatet, por me procedurën. Vlerësimi këtu është nëse jeni duke bërë atë që keni planifikuar?. Nëse, për shembull, keni propozuar të ofroni shërbime të shëndetit mendor tre ditë në javë në një zonë rurale, a po i ofroni ato shërbime në fakt?

Faza 8: Vlerësimi i ndikimit. Këtu, ju filloni të vlerësoni suksesin fillestar të përpjekjeve tuaja. A ka ndërhyrja efektin e dëshiruar në faktorët e sjelljes ose të mjedisit që synonte të ndryshonte - domethënë, a po bën në të vërtetë atë që prisnit?

Faza 9: Vlerësimi i rezultatit. A po punon vërtet ndërhyrja juaj për të sjellë rezultatin e komunitetit të identifikuar në Fazën 1? Mund të jetë plotësisht i suksesshëm në çdo mënyrë tjetër - procesi është pikërisht ai që keni planifikuar dhe ndryshimet e pritshme të bëra - por rezultatet e tij mund të mos kenë efekt në çështjen më të madhe. Në atë rast, mund t'ju duhet të filloni përsëri procesin, për të parë pse faktorët në të cilët u fokusuat nuk janë ata të duhurit dhe për të identifikuar të tjerët që mund të funksionojnë.

Komunitetet që kujdesen

Ashtu si shumica e modeleve të tjera, dhe modeli i "Komunitetet që kujdesen" merr një perspektivë të gjerë të komunitetit dhe kërkon pjesëmarrje të gjerë të komunitetit. Ngjashëm me PRECEDE/PROCEED, ai identifikon problemet dhe burimet, krijon zgjidhje që synojnë drejtpërdrejt problemin e identifikuar dhe integron vlerësimin deri në zbatimin e zgjidhjes.

Psh ky model i afrohet shëndetit dhe mirëqënies së adoleshentëve nga një këndvështrim pozitiv, duke supozuar se nëse mund t'u sigurojmë të rinjve mbështetjen dhe mundësitë e duhura, zhvillimi do të vazhdojë në drejtimin e duhur, ato kanë gjasa të bëhën qytetarë të mirë (www.youth.gov)³⁰⁴.

Qëllimi kryesor është krijimi i një "bordi parandalues të komunitetit" i përbërë nga zyrtarë publikë dhe drejtues të komunitetit për të identifikuar dhe zvogëluar faktorët e rrezikut duke promovuar faktorët mbrojtës duke përzgjedhur dhe zbatuar ndërhyrje të testuara në të gjithë komunitetin. Vlerësimet e përsëritura përfshihen në sistemin CTC (Communities that Care) për të shërbyer si një vlerësim i vazhdueshëm i programit dhe si një udhërrëfyes për komunitetet që merren me shëndetin dhe problemet e sjelljes së adoleshentëve (www.youth.gov)³⁰⁵.

Por ka ndikime negative si dhe pozitive në punë në familje, shkolla dhe komunitete. Nëse askush në familjen e një adoleshenti nuk ka mbaruar shkollën e mesme, ai adoleshent mund ta shohë lënien e shkollës në moshën 16 vjeç si normale dhe të dëshirueshme. Të rinjtë mund ta kenë më të vështirë të shmangin përdorimin e drogës nëse droga gjendet lehtë në shkollë dhe në rrugë. Nëse komuniteti nxit një kulturë dhune, të rinjtë ka të ngjarë të përfshihen në të dhe ta bëjnë atë kulturë të tyre.

Ne shikojmë një model që pranon si faktorët pozitivë (mbrojtës) ashtu edhe ata negativë (të rrezikut) që punojnë tek adoleshentët, me qëllim rritjen e faktorëve pozitivë dhe zvogëlimin e faktorëve të rrezikut. Modeli ka një fokus më të ngushtë se ai që kemi profilizuar, por qëllimi i tij është i njëjtë - të rrisë zhvillimin e shëndetshëm të të rinjve, dhe kështu të krijojë një komunitet më të shëndetshëm.

Komunitetet që kujdesen, siç do të shohim, fokusohet veçanërisht në sjelljet problematike dhe parandalimin ose përmbysjen e tyre (www.ctb.ku.edu)³⁰⁶.

Komunitetet që kujdesen (CTC Communities that Care) bazohet në Strategjinë e Zhvillimit Social të formuluar nga J. David Haëkins dhe Richard Catalano në Universitetin e Uashingtonit (Hawkins, J., & Catalano, R.)³⁰⁷. Ai fokusohet në faktorët e rrezikut dhe mbrojtës, të cilët afrohen përmes një procesi të gjerë në komunitet që përfshin trajnime në çdo hap.

Bazuar në shkencën e parandalimit, Strategjia e tyre për Zhvillimin Social shikon mënyrat në të cilat faktorët e rrezikut dhe mbrojtës i shtojnë adoleshentët larg dhe drejt zhvillimit të shëndetshëm.

Komunitetet që kujdesen, fokusohet në pesë sjellje problematike të adoleshentëve: abuzimi me substancat, sjelljet e këqija, shtatzënia në adoleshencë, braktisja e shkollës dhe dhuna. Ai synon të zvogëlojë 19 faktorët e rrezikut të identifikuar nga hulumtimet të ndarë në kategori

individuale/bashkëmoshatare, familje, shkollë dhe komunitet që mund të inkurajojnë këto sjellje dhe të forcojnë tre faktorët mbrojtës: karakteristikat individuale, lidhjet dhe besimet e shëndetshme dhe standartet e qarta, që shmangin adoleshentët prej faktorëve të rrishtit. (www.ctb.ku.edu)³⁰⁸

CTC i paraqitet një komuniteti si një paketë që përfshin një strukturë të përgjithshme, disa trajnime, literaturë, instrumente studimi dhe vlerësimi, udhëzime gjatë gjithë kohës dhe asistencë teknike. Procesi fillon me analizën nëse komuniteti është i vetëdijshëm për çështjet, dhe i gatshëm për të mbështetur veprimet mbi to. Më tej, komuniteti duhet të edukohet në lidhje me sjelljet problematike, karakteristikat e tyre, ashpërsinë e tyre, shpeshtësinë e tyre në komunitet, kush është në rrezik, etj. Pastaj procesi fillon seriozisht.

Së pari, një numër i vogël i drejtuesve kryesorë të komunitetit rekrutohen, merr një orientim dhe pranon të sponsorizojë përpjekjen. Ata nga ana e tyre rekrutojnë 30 njerëz nga një sërë sektorësh të komunitetit për të formuar një bord të komunitetit. Bordi më pas i paraqet CTC komunitetit dhe gjeneron një vizion të përbashkët së bashku me kontributin e komunitetit.

Pas shumë trajnimeve, bordi angazhohet në vlerësimin e komunitetit për të identifikuar faktorët e rëndësishëm të rrishtit dhe popullatat më në nevojë, si dhe burimet në dispozicion për të financuar dhe mbështetur programin. Një proces planifikimi, i shoqëruar gjithashtu me trajnime, arrin në një strategji, dhe ndërhyrjet zgjidhen në mënyrë ideale në të gjitha fushat vendimtare të familjes, shkollës dhe faktorëve të komunitetit nga një numër praktikash më të mira që kanë qenë më efektive.

Një task forcë zbatimi, e cila përfshin ata që do të bëjnë punën e ndërhyrjes, merr përsipër të mbikëqyrë zbatimin e përpjekjes. Ata vendosin afate kohore, përcaktojnë llogaridhënien dhe rezultatet dhe hartojnë ndërhyrjen aktuale. Vlerësimi i rregullt është një pjesë integrale e procesit, dhe ka për qëllim të tregojë sukseset, të cilat duhet të vazhdojnë dhe problemet, të cilat duhet të korrigjohen. Ndërhyrja duhet të rregullohet dhe përmirësohet vazhdimisht bazuar në këtë vlerësim.

Së fundi, procesi dhe ndërhyrjet duhet të ruhen në mënyrë që arrijnë të vazhdojnë dhe të mos zbehen nga neglizhenca (www.ctb.ku.edu)³⁰⁹.

MAPP PROCESS Procesi i Mobilizimit për Veprim përmes Planifikimit dhe Partneriteteve

Vizioni i tij është "Komunitetet që arrijnë përmirësimin e shëndetit dhe cilësisë së jetës duke mobilizuar partneritete dhe duke ndërmarrë veprime strategjike." Arritja e këtij vizioni nuk

mbështetet vetëm në përmirësimin e organizatave ose proceseve specifike shëndetësore, por në ndërtimin e një komuniteti të shëndetshëm.

Përpjekjet e MAPP do të përqendrohen, edhe pse jo ekskluzivisht, në strukturat dhe institucionet publike të shëndetit publik.

Koncepti i shëndetit që MAPP përqafon është ai i shumicës së modeleve të tjera se shëndeti nuk është thjesht një çështje e trajtimit mjekësor ose mungesës së sëmundjes, por duhet shikohet nga perspektiva e komunitetit. Organizata Botërore e Shëndetit (OBSh) ka pranuar prej kohësh se shëndeti "është një gjendje dinamike e mirëqenies së plotë fizike, mendore, shpirtërore dhe sociale dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve ose dobësive (Komiteti Ekzekutiv i OBSh, 1998)."

Një pikëpamje e bazuar në komunitet për shëndetin nënkupton se shëndeti i vërtetë për të gjithë individët mund të arrihet vetëm kur komuniteti në tërësi është i shëndetshëm. Kjo kërkon një komunitet që inkurajon dhe mbështet jo vetëm shëndetin fizik, por edhe shëndetin ekonomik, mjedisor, social, psikologjik dhe politik (www.ctb.ku.edu)³¹⁰

Modeli i Gatishmërisë së Komunitetit

Në Modelin e Gatishmërisë së Komunitetit, komunitetet motivohen nga ndryshimi midis situatave ose sjelljeve aktuale shëndetësore dhe dëshirës për të arritur një qëllim. Gatishmëria e komunitetit i referohet asaj se sa i përgatitur është komuniteti për të ndërmarrë veprime për të adresuar një çështje të veçantë shëndetësore.

Ekzistojnë disa faza në gatishmërinë e komunitetit. Këto faza janë:

- Mungesa e ndërgjegjësimit - komuniteti nuk e njeh çështjen e shëndetit.
- Mohimi ose rezistenca - ka pak njohje ose shqetësim midis anëtarëve të komunitetit për çështjen e shëndetit.
- Vetëdija e paqartë - komuniteti mund të jetë i shqetësuar për çështjen e shëndetit, por motivimi për ta adresuar atë është i ulët.
- Paraplanifikimi-komuniteti pranon se nevojiten veprime, por mungon aktiviteti i fokusuar rreth çështjes së shëndetit.
- Përgatitja - udhëheqësit në komunitet fillojnë të planifikojnë dhe mbështesin qasjet për trajtimin e çështjes së shëndetit.
- Fillimi - komuniteti fillon aktivitetet për të adresuar çështjen e shëndetit.

- Stabilizimi - aktivitetet e komunitetit mbështeten nga administratorët dhe udhëheqësit e tjerë të komunitetit.
- Konfirmimi/zgjerimi - aktivitetet janë zbatuar dhe komuniteti është i kënaqur me trajtimin e çështjes së shëndetit.
- Niveli i lartë i pronësisë së komunitetit - po mblidhen të dhëna që mbështesin përpjekjet dhe qasja mund të përsëritet në komunitetet e tjera (www.ctb.ku.edu)³¹¹.

16

Vlerësimi i shëndetit dhe i sjelljeve shëndetësore. Kornizat e infermierisë për vlerësimin e shëndetit: NIC, NOC, NANDA

Objektivi

Studentët do të kuptojnë sesi arrihet të realizohet vlerësimi i shëndetit dhe i sjelljeve shëndetësore në popullatë. Do të mësojnë se bëhet klasifikimi i ndërhyrjeve dhe diagnozave infermirore Kornizat e infermierisë për vlerësimin e shëndetit: NIC, NOC, NANDA

Konceptet themelore

Klasifikimi i ndërhyrjeve Infermirore (NIC)

Klasifikimi i Rezultateve të Infermierisë (NOC)

Shoqata e diagnozës infermirore e amerikës veriore (NANDA)

Profili i stresit Derogatis

Globalizimi ka sjellë nevojën që shëndeti i njerëzve të trajtohet nga shumë ekipe profesionale, në mjedise që variojnë nga më të sofistikuara, me teknologjinë më të lartë, në mjedise ku kujdesi ofrohet drejtpërdrejtë në shtëpi ose në komunitete, veçanërisht komunitetet më të rriskuara, vulnerable dhe të varfëra, të cilat sidoqoftë kanë nevojë për ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor.

Nëse ofrohet kujdes shëndetësor për grupet e sipërpërmendura, analizimi i efikasitetit, efektivitetit dhe efienca e kësaj ndërhyrjeje do të lehtësojë proceset vendore, kombëtare dhe ndërkombëtare të vendimmarrjes, në lidhje me shëndetin e popullatës dhe cilësinë e jetës së tyre.

Infermiera, përmes profesionistëve infermierore, siguron kujdes shëndetësor të bazuar në një proces infermior të bazuar në metodologji, të cilin e mbështet modeli shkencor. Kjo përjasje e tillë i ndihmon infermierët në sistematizimin e veprimeve të tyre përmes proceseve të operacionalizuara, me hapa të ngadaltë, të shtrira në kohë, krahas hapave, duke i dhënë kështu karakter fleksibël.

Organizimi dhe sistemimi i veprimeve janë të qenësishme për qeniet njerëzore në mënyrë që të arrihen qëllimet/rezultatet. Një metodë e tillë, nëse mungojnë referencat teorike, nuk mundëson verifikimin e fenomeneve të vëzhguara nga profesionistët infermierë gjatë praktikës së tyre të përditshme (diagnozës), dhe të rezultateve (rezultateve) të veprimeve të tyre (ndërhyrjeve) (Barros, A. L. B. L.)³¹².

Infermiera, si profesionet e tjera të kujdesit shëndetësor, bazohet në idealet e shërbimit ndaj njerëzimit (Feo R., & al)³¹³ (Watson J.)³¹⁴. Ndërveprimi infermier -pacient nënkupton një marrëdhënie profesionale dhe terapeutike

të bazuar në planifikimin, sigurimin dhe vlerësimin e kujdesit që plotëson nevojat individuale të pacientit (Feo R., & al)³¹⁵. Kujdesi është një pjesë dhe aspekt i rëndësishëm i ofrimit të shërbimeve infermierore dhe

secili infermier ka përgjegjësinë për të zhvilluar dhe përmirësuar shërbimet infermierore përmes sjelljes së kujdesshme (Haryani A.)³¹⁶.

Roli i infermierëve zgjerohet, lakohet dhe kontraktohet në mënyra të zgjuara për të adresuar rrethanat në ndryshim dhe nevojat e sistemeve shëndetësore në të cilat ata punojnë. Popullatat e rrezikuara hasen kudo, dhe infermieret kanë gjetur mënyra për të ndihmuar në adresimin e nevojave të tyre. Shembujt përfshijnë:

- refugjatët dhe emigrantët (si në kampet ku presin për rivendosjen dhe mbërritjen në një vend të ri)

- individët dhe familjet në zonat e konfliktit

- viktima të fatkeqësive natyrore ose të shkaktuara nga njeriu

-ata të kërcënuar nga shpërthimet e sëmundjeve dhe epidemitë

-individë dhe familje të paaftë për të hyrë ose të nder veprojnë në mënyrë adekuate me sistemet dhe shërbime të kujdesit shëndetësor (Infermiere Navigatorë, duke ndihmuar familjet të kuptojnë nevojën për hospitalizim dhe çfarë ndodh në spital dhe dalja nga spitali në komunitet)

-popullata me risk të lartë në të cilën nevojitet ndihma për një kohortë specifike të pacientit.

Këto shembuj mund të ndihmojnë për të informuar punën e të tjerëve në situata të ngjashme. Megjithatë, ka shembuj të tjerë të panumërta që nuk janë dokumentuar dhe që janë pjesë e njohurive të përbashkëta që ndihmojnë në avancimin e shëndetit. Është thelbësore që profesionistët infermieror të punojmë më tej në artikullimin e nevojave të grupeve vulnerabël dhe të marginalizuar; vlerësimin dhe ndarjen e suksesit të programeve që këta profesionist hartojnë, vlerësojnë dhe publikimin e raporteve të programeve që zhvillojnë. Infermieret gjithashtu kanë gjetur se ndonjëherë është e nevojshme për të dalë nga praktika për të vazhduar kërkimin e tyre "infermieror" për sa i përket Shëndetit për të Gjithë. Infermierët duhet të kuptojnë se ndikimi i tyre mund të jetë më i madh tek krijuesit e politikave duke qenë më afër ose pjesë e vendimmarrjes së politikave.

Klasifikimi i ndërhyrjeve dhe diagnozave infermierore

Klasifikimet e diagnozave, ndërhyrjeve dhe rezultateve janë ndërtuar në vende të ndryshme që nga vitet shtatëdhjetë, dhe janë ndryshuar dhe përmirësuar përmes kërkimit shkencor. Në fillim të viteve 1970, infermierët dhe edukatorët shëndetësor në Shtetet e Bashkuara zbuluan faktin se infermierët diagnostikuan dhe trajtuan në mënyrë të pavarur "diçka" që lidhej me pacientët dhe familjet e tyre, e cila ishte e ndryshme nga diagnozat mjekësore. Mendjemprehtësia e tyre e madhe hapi derën e re për taksonominë e diagnozave të infermierisë dhe krijimin e një organizate profesionale që tani njihet si NANDA Internacional (North American Nursing Diagnosis Association-<https://nanda.org/>) (NANDA-I). NANDA është krijuar në vitin 1982 si rezultat i Konferencës së parë të Amerikës Veriore për diagnozën infermierore (1973). Konferencat vazhduan të realizoheshin, deri sa në vitin 1980 termat e diagnozës u përcaktuan, rafinuan dhe klasifikuan. Pas konferencës dyvjeçare, në prill 1994, Komiteti i Taksonomisë zhvilloi një takim për të shtuar diagnozat e paraqitura nga NADA në strukturë dhe, rrjedhimisht, mendoi se ishte e nevojshme të krijohesh një strukturë e re taksonomie.

Siç është zakonisht me diagnozat mjekësore për mjekët, infermierët duhet të kenë "diçka" për të dokumentuar një fushë të tërë praktike për të ndihmuar studentët të marrin njohuritë unike dhe t'u mundësojnë infermierëve të mbledhin dhe analizojnë të dhëna për të avancuar disiplinën e infermierisë. Kanë kaluar më shumë se 40 vjet dhe ideja e "diagnozës së infermierisë" ka frymëzuar

dhe inkurajuar infermierët në të gjithë botën që kërkojnë praktikë të pavarur bazuar në njohuritë profesionale.

Fillimisht, infermierët që jetojnë jashtë Amerikës së Veriut mund të kenë qenë thjesht përdoruesit përfundimtarë të taksonomisë NANDA-I. Sot, zhvillimi dhe përsosja e taksonomisë bazohet shumë në një përpjekje globale

Taksonomia është praktika dhe shkenca e kategorizimit ose klasifikimit. Fjala i gjen rrënjët në gjuhën greke taxis (që do të thotë 'urdhër', 'rregullim') dhe nomos ('ligj' ose 'shkencë').

Një taksonomi (ose klasifikim taksonomik) është një skemë e klasifikimit, veçanërisht një klasifikim hierarkik, në të cilin gjërat organizohen në grupe ose lloje. Ndër të tjera, një taksonomi mund të përdoret për të organizuar dhe indeksuar njohuritë (të ruajtura si dokumente, artikuj, video, etj.), Të tilla si në formën e një sistemi të klasifikimit të bibliotekës, ose një taksonomi të motorit të kërkimit, në mënyrë që përdoruesit të mundën më lehtë gjeni informacionin që ata po kërkojnë. Shumë taksonomi janë hierarki (dhe kështu, kanë një strukturë të brendshme të pemës), por jo të gjitha janë.

Fillimisht, taksonomia i referohej vetëm kategorizimit të organizmave ose një kategorizimi të veçantë të organizmave. Në një kuptim më të gjerë, më të përgjithshëm, mund t'i referohet një kategorizimi të gjërave ose koncepteve, si dhe parimeve që qëndrojnë në themel të një kategorizimi të tillë. Taksonomia organizon njësi taksonomike të njohura si "taxa" (<https://en.wikipedia.org/wiki/Taxonomy>)³¹⁷

Gjenerata e parë e procesit infermior u përcaktua nga arsyetimi klinik që do të ndodhë për të provuar dhe identifikuar problemet që duhet të zgjidhen bazuar në referencat teorike që do të lejojnë identifikimin e problemit dhe do të mbështesë veprimet infermiore me qëllim zgjidhjen e tyre.

Gjenerata e dytë e proceseve infermiore lidhet me përdorimin e Klasifikimit të Diagnozave, ku arsyetimi klinik zhvillohet përmes formulimit të hipotezave të diagnozës, e cila më pas do të konfirmohet ose refuzohet në rast se qëllimet/objektivat e deklaruar arrihen ose jo. Përdorimi i Klasifikimit të Ndërhyrjeve mund të miratohet ose jo në këtë gjeneratë të përdorur

Në gjeneratën e tretë të proceseve infermiore, tre klasifikimet do të përdoren domosdoshmërisht:

Diagnoza, Rezultatet dhe Ndërhyrjet. Arsyetimi klinik bazohet në vlerësimin e një rezultati fillestar, të nxjerrë nga treguesit e rezultateve të vendosur për diagnozën e supozuar dhe përparimi i saj, ose mungesa e përparimit, gjykohet pas ndërhyrjes. Prandaj, njohja e klasifikimeve, përdorimi,

hulumtimi dhe përhapja e tyre është një domosdoshmëri në botën e globalizuar, ku dëshmitë shkencore diktojnë sjelljet e profesionistëve të kujdesit shëndetësor.

Klasifikimi i Ndërhyrjeve Infermierore (NIC) (Bulechek GM, McCloskey JC.)³¹⁸, dhe Klasifikimi i Rezultateve të Infermierisë (NOC) (Johnson M, Maas M.)³¹⁹ duhet të përkthehen me kujdes, sepse ato pasqyrojnë konceptet që i përkasin praktikës, duke kërkuar, një ekip që përdor dhe hulumton fenomene të tilla.

Klasifikimi i ndërhyrjeve Infermierore (NIC) është klasifikimi i parë gjithëpërfshirës i trajtimeve që kryejnë infermierët. NIC është një klasifikim me gjuhë të standardizuar e trajtimeve infermierore të iniciuara nga infermieret dhe ato të iniciuara nga mjeku. Çdo ndërhyrje NIC përbëhet nga një titull, një përkufizim, një grup aktivitetsesh që bën një infermiere për të kryer ndërhyrjen dhe informacion të shkurtër. Koha për ekzekutimin e një ndërhyrjeje të tillë, si dhe nivelet e diplomimit për administrimin e tyre të sigurt, janë përshkruar gjithashtu. Ndërhyrjet NIC përfshijnë: ndërhyrjet fiziologjike dhe ato psikosociale (p.sh., Reduktimi i Ankthit, informacioni përgatitor sensor, ndihma për mirëmbajtjen e shtëpisë); trajtimi i sëmundjeve (p.sh., Menaxhimi i Hiperglicemisë, Menaxhimi i Shokut), parandalimi i sëmundjeve (p.sh., Mbrojtja nga Infeksionet, Imunizim/Vaksinim) dhe promovimi i shëndetit (p.sh., Promovimi i aktivitetit fizik, Menaxhimi i të ushqyerit, Ndihma për ndalimin e duhanpirjes); dhe ndërhyrjet që përdoren për individët dhe ato për familjet (p.sh., Promovimi i Integritetit të Familjes, Mbështetja e Familjes). NIC u ndërtua nga studiuesit nga Universiteti i Iowa -s dhe u lançua në vitin 1992. Tani është në edicionin e saj të gjashtë. Edicioni i parë paraqiti 336 ndërhyrje dhe i katërti 514 ndërhyrje, me më shumë se 12000 veprime/aktivitete. Edicioni i gjashtë ka më shumë se 13000 veprime/aktivitete.

Klasifikimi i Rezultateve të Infermierisë (NOC) është një taksonomi gjithëpërfshirëse e rezultateve të pacientëve të ardhura si pasojë e kujdesit infermieror. Çdo rezultat deklarohet si një koncept i ndryshueshëm i matur në një shkallë Likert me pesë pikë dhe përfshin një përkufizim, tregues dhe referenca. Klasifikimi siguron rezultate që mund të përdoren në të gjithë ecurinë (vazhdueshmërinë) e kujdesit shëndetësor infermieror për të vlerësuar statusin e pacientit pas ndërhyrjeve infermierore. Klasifikimi ka një numër përparësish, duke përfshirë të qenit i bazuar në kërkim shkencor, i standardizuar, gjithëpërfshirës dhe fleksibël për përdorim klinik.

Termi "Diagnoza Infermierore" është përcaktuar nga NANDA si "një gjykim klinik në lidhje me përgjigjet individuale, familjare ose komunitare ndaj problemeve aktuale/potenciale shëndetësore/procese të jetës. Diagnoza infermierore siguron bazën për përzgjedhjen e

ndërrhyrjeve infermierore për të arritur rezultate për të cilat infermierja është përgjegjëse ” (T. Heather Herdman)³²⁰.

Sipas NIC, ndërrhyrjet infermierore janë "çdo trajtim i bazuar në gjykimin klinik dhe njohuritë që një infermier performon për të përmirësuar rezultatet e pacientit/klientit. Ndërrhyrjet NIC lidhen me diagnozën infermierore të NANDA, me problemet e sistemit Omaha (<https://www.omahasystem.org/>)³²¹ dhe me klasifikimin e rezultateve të NOC.

Ilustrimi 1 – Fushat dhe Klasat e NANDA 's Taxonomy II

The current structure of NANDA's nursing diagnoses is referred to as Taxonomy II and has three levels: Domains (13), Classes (47) and Diagnoses (237) (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Domain	Health promotion	Nutrition	Elimination/Exchange	Activity/Rest	Perception/Cognition	Self-perception	Role relationship	Sexuality	Coping/Stress tolerance	Life principles	Safety/Protection	Comfort	Growth/Development
Class 1	Health awareness	Ingestion	Urinary function	Sleep/Rest	Attention	Self-concept	Caregiving roles	Sexual identity	Post-trauma responses	Values	Infection	Physical comfort	Growth
Class 2	Health management	Digestion	Gastrointestinal function	Activity/Exercise	Orientation	Self-esteem	Family relationships	Sexual function	Coping responses	Beliefs	Physical injury	Environmental comfort	Development
Class 3		Absorption	Integumentary function	Energy balance	Sensation/Perception	Body image	Role performance	Reproduction	Neuro-behavioral stress	Value/Belief/Action congruence	Violence	Social comfort	
Class 4		Metabolism	Respiratory function	Cardio-vascular/Pulmonary responses	Cognition						Environmental hazards		
Class 5		Hydration		Self-care	Communication						Defensive processes		
Class 6											Thermo-regulation		

NANDA International zhvilloi një terminologji të përbashkët NANDA-NIC-NOC (NNN), për të lidhur diagnozën, ndërrhyrjet dhe rezultatet (Dochterman C, Jones DA,)³²². Vlen të theksohet se klasifikime të tilla janë gjithashtu pjesë e termave që përfshijnë Klasifikimi Ndërkombëtar për Praktikant Infermierore (CIPE). Një Klasifikim i tillë u organizua nga Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve dhe u përcaktua si një fenomen infermieror, klasifikimi i ndërrhyrjeve/veprimeve dhe rezultateve (<https://www.icn.ch/>)³²³.

Performanca e kërkuesve shkencorë për përmirësimin e klasifikimit dhe përdorimi i klasifikimit në përditshmëri nga infermierët, përveçse mundëson verifikimin e ndërrhyrjeve infermierore, duke sjellë kështu një rritje të përdorimit dhe vizibilitetit, do të ofrojë dëshirën dhe aspektin shkencor për profesionet infermierore. Kështu, përdorimi gjatë mësimdhënies, gjatë ofrimit të kujdesit dhe hulumtimit shkencor vazhdon të jetë një zotim i profesionistëve infermieror, duke reflektuar cilësinë dhe përgjegjësinë profesionale.

Ilustrimi 2 – Fushat dhe klasat e taksonomisë së ndërhyrjeve infermierore

<https://nurseslabs.com/nursing-diagnosis/>

NIC Taxonomy: Domains and Classes

From *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 4th ed., edited by J.M. Dochterman and G.M. Bulechek (St. Louis: Mosby, 2004), pp. 112-113.

1	Physiological: Basic Care that supports physical functioning	2	Physiological: Complex Care that supports homeostatic regulation	3	Behavioral Care that supports psychosocial functioning and facilitates lifestyle changes	4	Safety Care that supports protection against harm	5	Family Care that supports the family	6	Health System Care that supports effective use of the health care delivery system	7	Community Care that supports the health of the community
A	Activity & Exercise Mgt.: Interventions to organize or assist with physical activity and energy conservation and expenditure	G	Electrolyte & Acid-Base Mgt.: Interventions to regulate electrolyte/acid base balance and prevent complications	O	Behavior Therapy: Interventions to reinforce or promote desirable behaviors or alter undesirable behaviors	U	Crisis Mgt.: Interventions to provide immediate short-term help in both psychological and physiological crises	W	Childbearing Care: Interventions to assist in the preparation of childbirth and management of the psychological and physiological changes before, during, and immediately following childbirth	Y	Health System Mediation: Interventions to facilitate the interface between patient / family and the health care system	Yc	Community Health Promotion: Interventions that promote the health of the whole community
B	Elimination Mgt.: Interventions to establish and maintain regular bowel and urinary elimination patterns and manage complications due to altered patterns	H	Drug Mgt.: Interventions to facilitate desired effects of pharmacologic agents	P	Cognitive Therapy: Interventions to reinforce or promote desirable cognitive functioning or alter undesirable cognitive functioning	V	Risk Mgt.: Interventions to initiate risk reduction activities and continue monitoring risks over time.	Z	Childrearing Care: Interventions to assist in raising children	Ya	Health System Mgt.: Interventions to provide and enhance support service for the delivery of care	Yd	Community Risk Mgt.: Interventions that assist in detecting or preventing health risks to the whole community
C	Immobility Mgt.: Interventions to manage restricted body movement and the sequelae	I	Neurological Mgt.: Interventions to optimize neurologic function	Q	Communication Enhancement: Interventions to facilitate delivering and receiving verbal and nonverbal messages			X	Lifespan Care: Interventions to facilitate family unit functioning and promote the health and welfare of family members throughout the lifespan	Yb	Information Mgt.: Interventions to facilitate communication about health care		
D	Nutrition Support: Interventions to modify or maintain nutritional status	J	Perioperative Care: Interventions to provide care prior to, during, and immediately after surgery	R	Coping Assistance: Interventions to assist another to build on own strengths, to adapt to a change in function, or achieve a higher level of function								
E	Physical Comfort Promotion: Interventions to promote comfort using physical techniques	K	Respiratory Mgt.: Interventions to promote airway patency and gas exchange	S	Patient Education: Interventions to facilitate learning								
F	Self-Care Facilitation: Interventions to provide or assist with routine activities of daily living	L	Skin/Wound Mgt.: Interventions to maintain or restore tissue integrity	T	Psychological Comfort Promotion: Interventions to promote comfort using psychological techniques								
		M	Thermoregulation: Interventions to maintain body temperature within a normal range										
		N	Tissue Perfusion Mgt.: Interventions to optimize circulation of blood and fluids to the tissue										

Kuadri infermieror për vlerësimin e shëndetit

Vlerësimi infermieror është një mbledhje sistematike e të dhënave në lidhje me besimet dhe sjelljet rreth gjendjes shëndetësore të pacientit, të rëndësishme për zhvillimin e një plani parandalues dhe promovimit të shëndetit.

Rezultatet e dëshiruara duhet të përcaktohen nga:

Asetet shëndetësore;

Problemet e shëndetit;

Stili i jetesës lidhur me shëndetin;

Besimet kryesore të lidhura me shëndetin;

Sjelljet shëndetësore që e vënë në rrezik shëndetësor individin;

Ndryshimet e dëshiruara që do të përmirësonin cilësinë e jetës.

Diagnoza infermierore është identifikimi i hapësirave/mënyrave që mund të zgjerohen/përmirësuar për të maksimizuar gjendjen shëndetësore. Ajo shërben si një udhërrëfyes

për planifikimin e kujdesit shëndetësor i cili është i standardizuar, flet të njëjtën gjuhë dhe shërben për të përmirësuar komunikimin midis profesionistëve infermieror dhe anëtarëve të tjerë të ekipit ndërdisiplinor të kujdesit shëndetësor. Duke shmangur gjuhën e pa standardizuar, shmangen supozimet, duke rritur kështu saktësinë në praktikën infermierore.

Në 2002, NANDA u bë NANDA International (NANDA-I) për të pasqyruar një interes në rritje në mbarë botën në fushën e terminologjisë së diagnostikimit infermieror.

Në vitin 2012, u bë NANDA International, Inc. NANDA International ka miratuar më shumë se 200 diagnoza infermierore për përdorim, testim dhe përmirësim klinik.

Klasifikimi i nderhyrjeve infermierore (NIC) - është i rëndësishëm për shëndetin e komunitetit sepse shërbimi infermieror kategorizohet dhe lidhet me rimbursimin/përfitimin e drejtpërdrejtë të shëndetit në tërë popullatën. Sidoqoftë, NIC nuk ka kategorizuar sjelljen shëndetësore të komuniteteve.

Vlerësimi individual i pacientit.

- ✓ Gjendja fizike
- ✓ Gjendja nutricionalë
- ✓ Gjendjet stresante
- ✓ Shëndeti Spiritual
- ✓ Sistemi i mbështetjes Sociale
- ✓ Stili jetesës.

Gjendja fizike – Një vlerësim i aftësisë së trupit për të funksionuar në mënyrë efikase dhe efektive në punë dhe aktivitete gjatë kohës së lirë, aftësisë për ti rezistuar sëmundjeve hipokinetike (sëmundjeve nga mënyra e jetesës sedentare) dhe të përballojë situatat emergjente.

Gjendja fizike e lidhur me aftësitë përcaktohet nga cilësitë që kontribuojnë në performancën e suksesshme atletike: gatishmëria, shpejtësia, fuqia dhe koha e reagimit.

Gjendja fizike e lidhur me shëndetin përfshin cilësi që gjenden për të kontribuar në shëndetin e përgjithshëm të dikujt, duke përfshirë qëndrueshmërinë kardio-respiratore, qëndrueshmërinë muskulare, përbërjen e trupit dhe fleksibilitetin e tij.

Gjendja nutricionalë- është statusi aktual i trupit të një personi ose një popullsie në lidhje me gjendjen e tyre të ushqyerit (konsumi dhe përdorimi i ushqyesve). Metodën direkte merren me individin dhe masin kriteret objektive, ndërsa metodat indirekte përdorin indekset e shëndetit të komunitetit që pasqyrojnë ndikimet ushqyese.

Metodat Indirekte të Vlerësimit Ushqimor

1. Variablat ekologjike përfshirë prodhimin e bimëve
2. Faktorët ekonomikë, p.sh. të ardhurat për frymë, dendësia e popullsisë dhe zakonet sociale
3. Statistikat vitale të shëndetit veçanërisht indeksi i vdekshmërisë për fëmijët nën pesë vjeç.

Metodat Direkte të Vlerësimit Ushqimor

Këto përmbliken si ABCD;

Metoda antropometrike;

Metodat laboratorike biokimike;

Metodat klinike;

Metodat e vlerësimit të dietës.

Gjendjet stresante - ngjarje ose përvoja që prodhojnë nivele stresi të larta.

Shkallët e Stresit:

Profili i stresit Derogatis (DSP): kuantifikimi (vlerësimi sasior) i stresit psikologjik, përdoret për të vlerësuar stresin personal dhe profesional tek adoleshentët dhe të rriturit. Instrumenti është krijuar për të kontrolluar përgjigjen e një individi në lidhje me presionin e kohës, sjelljet e nxitura, qëndrimet dhe zhvendosjen në një mjedis të ri, mjedisin e punës, marrëdhëniet familjare, armiqësinë, ankthin, depresionin dhe shëndetin.

Vlerësimi i ankthit

State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD) (STAI-AD) është një instrument për matjen e ankthit tek të rriturit. Ky instrument dallon qartë midis gjendjes së përkohshme të "gjëndjes së ankthit" dhe cilësisë më të përgjithshme dhe afatgjatë të "ankthit tipar". Ky instrument ndihmon profesionistët të bëjnë dallimin midis ndjenjave të ankthit dhe depresionit të pacientit. Thjeshtësia e këtij instrumenti e bën atë ideal për vlerësimin e individëve me prejardhje më të ulët arsimore

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-CH) Është një instrument për matjen e ankthit tek fëmijët. Bazuar në të njëjtën teori si STAI-AD, instrumenti (STAI-CH) bën dallimin midis një prirje të përgjithshme ndaj sjelljes ankthioze të rrënjësuar në personalitetin si dhe ankthit si një gjendje emocionale kalimtare. Instrumenti është krijuar për t'u përdorur me fëmijët e moshës së shkollës fillore dhe të mesme dhe përbëhet nga dy shkallë njëzetëshe temash. Vlerësimi është e lehtë për t'u lexuar dhe mund t'u jepet me gojë fëmijëve më të vegjël.

Përballimi i situatave: Përballimi përkufizohet si përpjekjet e vazhdueshme e një individi për të menaxhuar kërkesat specifike të brendshme dhe të jashtme që vlerësohen si tejkalim i burimeve personale. Përballimi është gjithashtu një proces që ndryshon me kalimin e kohës në lidhje me ndryshimet e ngjarjeve stresuese në jetën e dikujt.

Pyetësi për mënyrat e përballimit (WCQ): Standardi në Vlerësimin e tipit Field-Likert përbëhet nga 8 nën-shkallë që vlerësojnë të dyja strategjitë e përballimit të situatave stresante të fokusuara në emocione si dhe të fokusuara në probleme, që përdor një individ kur i përgjigjet një situatë stresuese.

Instrumenti SCHOOLAGER për strategjitë e përballimit të situatave, është një instrument me vetë raportim, dhe përdoret për të matur llojin e shpeshtësisë dhe efektivitetit të fëmijëve mbi strategjitë e përballimit të stresit.

Shëndeti shpirtëror- përfshin ndjenjën e përmbushjes dhe kënaqësisë nga vetë jeta, vlerave pozitive, vetëbesimit dhe vetëvlerësimit, paqes dhe qetësisë dinamike me ekuilibrin emocional të brendshëm dhe ndaj mjedisit.

Udhërrëfyesit për shërbimet parandaluese dhe depistimet

Objektivi

Të kuptojnë rëndësinë e udhëzuesve për përmirësimin e shëndetit të komunitetit dhe individit, vlerësimin që bëhet për të kuptuar gjendjen shëndetësore të klientit. Të kuptojnë pikat e forta dhe kompetencat e klientit, procesin për zhvillimin e një plani promovimi-parandalimi të shëndetit; zhvillimin e një Plani për Promovimin dhe Parandalimin e shëndetit personal. Të kuptojnë si realizohet Plani i promovimit-parandalimit të shëndetit në nivel komuniteti.

Konceptet themelore

Udhëzues për përmirësimin e shëndetit

Zhvillimin e një plani promovimi

Procesin për zhvillimin e një plani

Plani për Promovimin dhe Parandalimin e shëndetit personal

Plani i promovimit-parandalimit të shëndetit në nivel komuniteti

Udhërrëfyesit ose udhëzuesit mund të luajnë një rol të vlefshëm në përpjekjet për përmirësimin e shëndetit të komunitetit të spitaleve, sistemeve shëndetësore dhe departamenteve shëndetësore. Udhëzuesi për Shërbimet Parandaluese Klinike përmban rekomandimet mbi përdorimin e ekzaminimeve depistuese, këshillimit dhe shërbimeve të tjera parandaluese që zakonisht ofrohen në mjediset e kujdesit parësor.

Ndërhyrjet e bazuara në komunitet dhe të bazuara në sistemin shëndetësor të rishikuara nga **Guida e Komunitetit** mund të ofrojnë mbështetje për ndërhyrjet e kujdesit parësor duke:

- Përforcuar rekomandimet e ofruesve të kujdesit shëndetësor për pacientët e tyre
- Identifikojnë programe efektive të bazuara në komunitet dhe të bazuara në sistemin e kujdesit shëndetësor, tek të cilët ofruesit mund t'i referojnë pacientët e tyre për trajnim dhe mbështetje shtesë (p.sh., linja telefonike që plotësojnë këshillimin e mjekut për lënien e duhanit)

- Identifikimi i mbështetjeve efektive të sistemit shëndetësor për ofruesit e kujdesit shëndetësor (p.sh., sistemet e kujtesës së ofruesve)

Ofruesit e kujdesit shëndetësor gjithashtu mund të ndihmojnë, si në komunitetet e tyre lokale ashtu edhe në mbarë vendin, për të mbështetur përpjekjet e bazuara në komunitet që i ndihmojnë ata në përmbushjen e nevojave të shëndetit publik të pacientëve të tyre, por dhe më gjërë. (The Guide to Clinical Preventive Services)³²⁴

Nga ana tjetër klientët ose pacientët duhet të jenë pjesëmarrës aktivë në planifikimin dhe interpretimin e të dhënave të vlerësimit.

Bashkëpunimi i klientit me infermierin gjithashtu pohon aftësinë e individëve, familjeve ose komuniteteve për të krijuar kushte mbështetëse për një jetesë të shëndetshme. Roli i infermierit është më shumë të ndihmojë klientët me planifikimin e shëndetit sesa të kontrollojë procesin.

Gjatë vlerësimit, infermierja dhe klienti zhvillojnë një të kuptuar të ndërsjelltë të gjendjes shëndetësore të klientit, që përfshin:

- (1) gjendjen shëndetësore
- (2) shëndetin aktual - modelet e sjelljes,
- (3) qëndrimet dhe besimet që ndikojnë në shëndetin dhe sjelljet,
- (4) grupin shoqëror në të cilin bën pjesë individi,
- (5) opsionet e sjelljes potencialisht të disponueshme,
- (6) sfondi social-etnokulturor,
- (7) barrierat potenciale ose aktuale për ndryshimin e sjelljes shëndetësore,
- (8) sistemet ekzistuese mbështetëse për sjelljet që promovojnë shëndetin.

Zhvillimi i një plani sistematik për ndryshimin e sjelljes siguron një mundësi për klientin për të shprehur vendosshmërinë për të rritur mirëqenien dhe për të rritur kënaqësinë për jetën.

Planifikimi i shëndetit është një proces dinamik.

Plani jep sistematikisht drejtim, por nuk dikton qëllime që duhet të arrihen ose sjelljet që duhet të mësohen.

Plani i promovimit-parandalimit të shëndetit duhet të jetë i arsyeshëm për sa i përket kërkesave ndaj klientit dhe afatit të caktuar për të arritur qëllimet e dëshiruara shëndetësore ose të lidhura me shëndetin. Njohuritë, aftësitë dhe pikat e forta të klienti duhet të merren parasysh në procesin e planifikimit. Duke përfutur nga praktikatat pozitive shëndetësore krijojmë një ndjenjë kompetence ose efikasiteti, thelbësor dhe të suksesshëm për ndryshimin e sjelljes. Infermierja dhe klienti së bashku duhet të vlerësojnë sjelljet që klienti dëshiron të modifikojë. Infermierja pastaj mund të diskutojë strategjitë për ndryshim që ka të ngjarë të jetë më efektive.

Plani duhet të rishikohet sipas nevojës për të bërë një ndryshim pozitiv në sjellje, një përvojë në rritje. Qëllimi përfundimtar i planifikimit dhe zbatimit është t'i bëjë promovimin dhe parandalimin e shëndetit një mënyrë jetese për individët, familjet dhe komunitetet.

Zhvillimet inovative në teknologjinë e informacionit gjithnjë e më shumë lejojnë vlerësimin dhe protokollet e ndërhyrjes të personalizohen sipas karakteristikave dhe nevojave unike të klientëve. Përveç kësaj, të dhënat elektronike shëndetësore do t'u mundësojnë klientëve të ndajnë të dhënat e tyre planin e promovimit të shëndetit me ofrues të shumtë të kujdesit.

Infermierët duhet të jenë njohës të teknologjisë kompjuterike për vlerësimet shëndetësore, si dhe teknologji e bazuar në ëeb për ndërhyrjet shëndetësore, pasi ato punojnë me klientët për të zhvilluar dhe zbatuar planet për promovimin e shëndetit (Sandra Vosbergen & al)³²⁵.

Udhërrëfyesit për shërbimet parandaluese dhe ekzaminimet

Theksi i shtuar në parandalimin e sëmundjeve ka rezultuar në udhëzime të dobishme për ofrimi i shërbimeve parandaluese për individët dhe familjet gjatë gjithë jetës.

Këto udhëzime përqendrohen në kujdesin klinik për të parandaluar kushte specifike, të tilla si: infeksioni i HIV, ose abuzimi me substancat narkotike. Udhëzuesit për shërbimet parandaluese klinike shihen si një komponent i rëndësishëm i parandalimit.

Vlerat dhe përfitimet e ekzaminimeve bazuar në moshë, në gjini dhe faktorët individualë të rrezikut janë në dispozicion në udhëzuesit (www.cancer.org)³²⁶.

Këshillimi i klientëve për zakonet e tyre personale të shëndetit identifikohen si një nga komponentët më të rëndësishëm të vizitave shëndetësore. Infermierët në mjediset e kujdesit parësor duhet të njihen me udhëzuesit në dispozicion për të siguruar që klientët e tyre të përfitojnë nga parandalimi.

Shërbimet parandaluese që kanë ndikimin më të madh në shëndet dhe koston më vlerë të ulët janë gjithashtu të disponueshme (Michael V Maciosek & al)³²⁷.

Proçesi për zhvillimin e një plani promovimi-parandalimi të shëndetit kalon përmes nëntë hapave që përfshijnë në mënyrë aktive klientin dhe infermierin në proces:

1. Rishikimi dhe përmbledhja e të dhënave nga vlerësimi.
2. Theksimi i pikave të forta dhe kompetencave të klientit.
3. Identifikimi i qëllimeve shëndetësore dhe opsioneve përkatëse të ndryshimit të sjelljes.
4. Identifikimi i rezultateve të sjelljeve ose shëndetit që do të tregojnë se plani ka qenë

i suksesshëm nga perspektiva e klientit.

5. Zhvillimi i një sjellje – ndryshimi i planit bazuar në preferencat e klientit dhe në "gjendjen e njohurive shkencore në lidhje me ndërhyrjet efektive.

6. Përforsimi i përfitimeve ,ndryshimet dhe identifikimi i stimuljeve për ndryshimin nga perspektivat e klientit

7. Adresimi i faktorëve mjedisorë dhe ndërpersonalë dhe barrierat në sjellje që sjellin ndryshim.

8. Përcaktimi i një kornize kohore për zbatimin.

9. Formalizimi i një angazhimi për sjelljen – ndryshimi i qëllimeve dhe sigurimi i mbështetjes së nevojshme për t'i realizuar ato.

Rishikimi dhe Përmbledhja e të dhënave nga Vlerësimi

Gjatë vlerësimit, infermierja merr një mori të dhënash nga klienti. Informacioni duhet të përmbledhet në një format që është i dobishëm. Rezultati i aktiviteteve të vlerësimit duhet të përfshijë informacionin në dispozicion në fushat e mëposhtme si bazë për planifikimin dhe veprimin:

1. Gjendja e shëndetit
2. Modelet funksionale të shëndetit
3. Aktiviteti fizik
4. Gjendja e ushqyerjes
5. Streset e përjetuara
6. Gjendja emocionale
7. Mbështetje sociale
8. Sjelljet e shëndetit personal
9. Praktikrat e shëndetit në familje
10. Mbështetjet ose kufizimet mjedisore dhe kufizimet për sjelljet shëndetësore

Gjatë një ose më shumë takimeve në klinikë ose vizitave në shtëpi, infermierja dhe klienti rishikojnë përmbledhjen e vlerësimit. Të dy duhet të mbajnë ose një kopje të shtypur ose një kopje elektronike për referencë të vazhdueshme gjatë procesit të planifikimit të shëndetit.

Pikat e forta dhe kompetencat e klientit

Secili individ ose familje ka një sistem praktikash të kujdesit shëndetësor të pajtueshëm me orientimin kulturor të klientit. Kështu, infermierja dhe klienti duhet të arrijnë konsensus për fushat në të cilat klienti tashmë po ndërmerr veprime shëndetësore të informuara dhe të përgjegjshme gjithashtu si në fushat për zhvillimin e mëtejshëm të kompetencave të vetëkujdesit. Individët kryejnë sjellje shëndetësore sipas bindjeve të tyre kulturore, preferencave, dhe niveleve aktuale të njohurive dhe aftësive. Prandaj, është e rëndësishme që të integrohen praktikrat ekzistuese kulturore në planin e përgjithshëm shëndetësor.

Ndjenja e klientit si krenaria e etnisë, e kulturës duhet të inkurajohet dhe përforcohet gjatë planifikimit të shëndetit.

Përmes edukimit, udhëzimit dhe mbështetjes, infermierja promovon kompetencat ekzistuese për të përmirësuar praktikën shëndetësore. Kërkesat dhe burimet e vetëkujdesit do të ndryshojnë sipas moshës, gjinisë, fazës së zhvillimit dhe gjendjes shëndetësore të klientit. Kujdesi për veten nevojat e familjeve gjithashtu do të ndryshojnë sipas përbërjes së familjes, duke u përballur me detyrat e zhvillimit.

Edhe pse klientët ndryshojnë në vetë-kujdesin e tyre dhe kompetencat e vetë-menaxhimit, është e rëndësishme të theksohet rëndësia e secilit klient si "agjenti kryesor i vetë -kujdesit." Pra është e rëndësishme të kuptohet që çdo individ është i veçantë dhe më mirë se e njeh ai veten nuk e njohin të tjerët.

Megjithatë, promovimi i përgjegjësisë individuale për shëndetin nuk mohon rëndësinë e ndryshimit të infrastrukturës sociale për të bërë opsionet e promovimit të shëndetit më të disponueshme për grupet dhe komunitetet.

Ndryshimi personal dhe ndryshimet shoqërore janë të dyja thelbësore për promovimin dhe parandalimin efektiv të shëndetit. (Nola J. Pender & al)³²⁸

Një model i planit të promovimit-parandalimit të shëndetit për një individ është paraqitur në tabelën 1.

Identifikimi i Qëllimit Shëndetësor dhe Opsionet e Ndryshuara të Sjelljes

Hapi tjetër në procesin e planifikimit është identifikimi dhe dhënia e përparësive personale ose familjare, qëllimet shëndetësore dhe rishikimi i opsioneve për ndërrimin e sjelljes. Rishikimi sistematik i një sërë ndryshimesh që janë të mundshme për të arritur qëllimet shëndetësore mund të ndihmojnë klientët të vendosin ndryshimet e sjelljes në të cilat do të fokusohen fillimisht. Sigurimi i opsioneve përkatëse i mundëson klientit të japë përparësi strategjive të ndryshimit të sjelljes. Klientët nuk duhet të bëhen të ndihen fajtorë për praktikën e tyre aktuale shëndetësore. Gjatë sesioneve të këshillimit shëndetësor, infermierja duhet të krijojë entuziazëm për rritjen pozitive dhe përfitimet e përvojave të reja të lidhura me shëndetin.

Shumë klientë fillimisht do t'i japin përparësi të madhe sjelljeve parandaluese për të cilat kërcënimi i sëmundjes është i prekshëm dhe kuptohet lehtë, psh një klient duhanpirës që ka probleme me mushkëritë duhet të ndërpresë pirjen e duhanit. Nëse individ ka interes të lartë për të zvogëluar rrezikun e sëmundjeve kjo tregon se parandalimi ka të ngjarë të jetë i sukseshëm në planifikimin e hershëm të shëndetit.

Nëse individ do të marrë masa specifike parandaluese për shëndetin kjo do t'i motivojë klientët të marrin në konsideratë ndryshime shtesë të jetesës drejt promovimit të shëndetit për të përjetuar një nivel më të lartë të shëndetit dhe mirëqenies (Nola J. Pender & al)³²⁹.

Klientët shpesh japin sinjale të rëndësishme emocionale për sjelljet që dëshirojnë të ndryshojnë.

Shembuj të sugjerimeve të tilla:

"Çmendem me veten që jam kaq keq!"

"E vetmja herë që familja jonë është së bashku është para televizorit."

"Unë duhet të ndaloj së ngrëni kaq shumë ushqime të pashëndetshme."

"Ne jemi shumë kritikë ndaj njëri -tjetrit."

"Ne nuk marrim pjesë në aktivitetet fizike së bashku."

Tabela 1 Zhvillimi i një Plani për Promovimin dhe Parandalimin e Shëndetit personal

Shëndeti personal Objektivat *1 prioriteti më i lartë	Sjelljet e zgjedhura për tu arritur	Faza e Ndryshimit	Strategjitë/ ndërhyrjet për ndryshim
1.Dëshiron peshën trupore	a)Fillo nje plan për ecje b_Ul kaloritë e marra përmes ushqimeve	Veprim (hani 2 fruta dhe 2 perime në ditë, përdorni produkte pa yndyrë për të paktën 2 muaj)	Menaxhimi i përforcimit Kontraktimi i pacientëve Kontrolli i stimulit. Njohja e pasojave Ristrukturimi
2. Të ulë rrishtun e sëmundjeve hipertensive dhe sëmundjeve të tjera	Ndryshoni duke ulur dozën e natriumit në ushqim	Synimi	Ndërgjegjësimi Ndihmë në edukim
3. Të mësojë të menaxhojë stresin në mënyrë efektive	Merrni pjesë në grupe relaksimi dhe përdorni relaksimin në shtëpi	Synimi	Rritja e vetëdijes Vetëvlerësimi Relaksim i thjeshtë Terapi

4. Të rrisë aktivitetet e kohës së lirë	Bashkohuni në një aktivitet sportiv	Synimi	Përmirësimi i sistemit të mbështetjes
---	-------------------------------------	--------	---------------------------------------

Sa më i hapur të jetë një individ ose familja në diskutimin e shqetësimeve shëndetësore me infermierin, aq më i madh është probabiliteti i zhvillimit të një plani promovimi dhe parandalimi shëndetësor. Fushat për të cilat klientët ngurrojnë të diskutojnë - siç janë marrëdhëniet martesore, seksualiteti, spiritualiteti dhe kohezioni i familjes - shpesh janë ato më vendimtare për ndryshimin e sjelljes. Duhet krijuar një klimë "të sigurt" në të cilën çështjet e shëndetit personal mund të diskutohen duke ruajtur konfidencialitetin (Michael V Maciosek & al)³³⁰.

Identifikoni Rezultatet e Sjelljes ose Shëndetit

Së bashku, infermierja dhe klienti vendosin rezultatet e dëshiruara shëndetësore të planit të parandalimit, promovimit të shëndetit. Identifikimi i qartë i rezultateve i jep energji dhe e udhëheq klientin në ndryshimin ose krijimin e sjelljeve të reja shëndetësore. Perceptimet e klientit në lidhje me rezultatet e dëshiruara duhet të udhëheqin kriteret e përdorura për të vlerësuar suksesin e planit dhe zbatimin e tij.

"A e kam bërë përparim të dukshëm, a e kam arritur qëllimin tim?" Është një pyetje që klienti duhet të bëjë në mënyrë periodike për të vlerësuar rëndësinë e planit.

Zhvilloni një Plan të Ndryshimit të Sjelljes

Një program pozitiv i ndryshimit bazohet në atë që klienti merr "pronësinë" e sjelljes dhe ndryshimeve. Klienti duhet të ndihmohet në shqyrtimin e mospërputhjeve të rëndësishme të sjelljes me vlerë që ekzistojnë. Veprimet alternative që janë edhe të shëndetshme edhe të këndshme duhet të zëvendësojnë sjelljet që nuk janë në përputhje me vlerat personale. Shumë individë dhe familjet preferojnë ose vlerësojnë stilin e jetës amerikane, e cila konsiderohet shpesh të dëmshme për shëndetin. Është e rëndësishme të sqarohet vlera dhe kuptimi i shëndetit para zhvillimit të një plani të ndryshimit të sjelljes individuale ose familjare (Robert James Campbell)³³¹. Klientët duhet të zgjedhin, nga opsionet në dispozicion, sjelljet që janë tërheqëse dhe që ata janë të gatshëm ti zbatojnë. Prioritetet e klientit për sjellje do të ndryshojnë dhe do të pasqyrojnë vlerat personale, aftësitë njohëse dhe psikomotorike, përgjigjet afektive ndaj opsioneve të ndryshme të

sjelljes, pritshmëritë për sukses dhe lehtësia me të cilat sjelljet e zgjedhura mund të integrohen në stilin e jetës së përditshme të individit.

Infermierja mund ndihmojë klientin në fitimin e aftësive të ndryshimit të sjelljes të nevojshme për të adoptuar dhe mbajtur sjelljet pozitive të shëndetit.

Përforconi përfitimet e ndryshimit

Edhe pse klientët janë të vetëdijshëm për përfitimet e ndryshimit të dëshiruar, përfitimet pozitive duhet të përforcohen dhe një listë e përfitimeve duhet të mbahet në një vend shumë të dukshëm në mënyrë që ato të rishikohen shpesh, të tilla si në frigorifer, pasqyrë banjoje, kroskotin e makinës ose kompjuterin, etj. Sjelljet në planin e promovimit-parandalimit të shëndetit janë personale, të vlefshme dhe të drejtuara drejt qëllimeve të rëndësishme.

Përfitimet e ndryshimit përfshijnë dhe ato që lidhen me shëndetin dhe ato që nuk lidhen me shëndetin. Ndjeshmëria ndaj përfitimeve të ndryshimit që nuk lidhen me shëndetin, siç është rritja e popullaritetit ose më shumë kohë me miqtë është e rëndësishme, pasi këto mund të jenë të rëndësishme në motivimin e klientit që ai të angazhohet në planifikimin dhe zbatimin e promovim-parandalimit të shëndetit (Nola J. Pender & al)³³².

Të gjithë individët dhe familjet përjetojnë barriera për të ndryshuar sjellje. Edhe pse disa pengesa nuk mund të parashikohen, të tjerat mund të planifikohen dhe ndikimi i tyre potencial negativ dobësohet ndjeshëm. Nëse klienti është në dijeni për barrierat e mundshme dhe ka hartuar plane për menaxhimin e tyre, ndryshimet në sjellje të suksesshme ka më shumë mundësi që të ndodhin. Pengesat për sjelljen efektive shëndetësore mund të lindin nga konfliktet e brendshme të klientëve, ose mjedisi. Pengesat e brendshme për tu ndryshuar përfshijnë mungesën e motivimit, lodhjen, mërzitjen, heqjen dorë, mungesën e aftësive të duhura dhe mosbesim në atë sjellje, por këto mund të ndryshohen me sukses. Anëtarët e familjes mund të vendosin barriera të konsiderueshme nëse ata inkurajojnë vazhdimin e sjelljeve që dëmtojnë shëndetin 'ose nëse ato dekurajojnë në mënyrë aktive përpjekjet për të ndryshuar sjelljen. Barrierat mjedisore që mund të pengojnë ndryshimet pozitive përfshijnë lagje të pasigurta, të tilla si trafiku i rëndë ose shkalla e lartë e krimit; mungesa e objekteve për të mbështetur sjelljet pozitive, të tilla si qasja në parqe ose dyqane ushqimore; dhe moti i keq,etj. Infermierja duhet të ndihmojë klientin dhe komunitetin që të punojnë për të adresuar barrierat mjedisore, pasi ato janë sfida kryesore me të cilat ballafaqohet ndryshimi i sjelljes.

Përcaktoni një kornizë kohore për zbatim

Zhvillimi i sjelljeve të shëndetshme kërkon kohë pasi sjelljet e reja duhet të mësohen, integrohen

në stilin e jetës. Përpjekja për të ndryshuar ose iniciuar sjelljet e reja njëkohësisht mund të rezultojnë në konfuzion, dekurajim dhe madje edhe braktisje të planit të promovimit-parandalimit të shëndetit. Nëse klienti po përpiqet të zvogëlojë rrezikun për sëmundje kronike ose për të përmirësuar shëndetin, ndryshimi gradual është i dëshirueshëm. Thjesht edukimi shëndetësor për kujdesin ndaj vetes duhet të vazhdojë me ritmin e nxënësit, ndryshimet në sjellje duhet të vazhdojnë më hapa të arsyeshëm të përshtatshëm për klientin.

Zhvillimi i një plani kohor për zbatimin lejon njohuri të përshtatshme dhe aftësitë për t'u zotëruar para se të zbatohet një sjellje e re. Për shembull, është e vështirë për t'u ngrohur para ecjes së shpejtë ose vrapimit nëse klienti nuk është i vetëdijshëm për ushtrimet e përshtatshme për nxemjen. Korniza kohore për zhvillimin e një sjelljeje të veçantë mund të jetë disa javë ose disa muaj. Arritja e qëllimeve afatshkurtra duhet të shpërblehet, pasi kjo siguron inkurajim për të vazhduar ndjekjen e qëllimeve afatgjata dhe rezultateve të dëshiruara.

Një plan kuptimplotë kërkon që të caktohen afate për arritjen e qëllimeve specifike.

Formalizimi i angazhimit ndaj planit të ndryshimit të sjelljes

Klienti mund të jetë më i motivuar për të vazhduar me veprimet e zgjedhura nëse angazhimi “zyrtarizohet”

Një angazhim për ndryshim mund të zyrtarizohet duke përdorur një nga opsionet e mëposhtme:

- (1) marrëveshje kontrate infermiere -klient, siç shihet në tabelën 2
- (2) vetë-kontrata, të tilla si ato të paraqitura në tabelën 3
- (3) njoftime publike për anëtarët e familjes dhe miqtë e qëllimeve për t'u angazhuar në sjellje të reja;
- (4) integrimi i sjelljet e reja shëndetësore në një kalendar ditor ose javor;
- (5) blerjen e furnizimeve të nevojshme (p.sh. ushqime me yndyrë të ulët, kaseta audio për stërvitje) dhe pajisje (p.sh. biçikleta stërvitore, atlete sportive,etj).

Kontratat e sjelljes përmbajnë informacion specifik në lidhje me:

- (1) ndryshimin që duhet bërë,
- (2) si do të realizohet ndryshimi,
- (3) individit ose anëtarët e familjes që do të përfshihen në ndryshim,
- (4) afati kohor për ndryshimin e sjelljes dhe
- (5) pasojat e përmbushjes ose mos përmbushjes së kushteve të marrëveshjes.

Një kontratë infermier -klient siguron identifikimin e objektivave reciproke dhe përgjegjësi të secilës palë. Kontratat u mundësojnë klientëve të marrin pjesë aktivisht duke zgjedhur qëllimet që mund të jenë realiste .Në përgjithësi, klienti është përgjegjës për kryerjen e sjelljeve të caktuara,

ndërsa infermierja është përgjegjëse për dhënien e informacionit, trajnimit, këshillimit (Nola J. Pender & al)³³³.

Në një kontratë infermiere -klient me një familje, marrëveshja mund të bëhet për familjen, me anëtarët për të ulur peshën e tyre trupore duke vrapuar ose biçikletuar së bashku dy deri në tre herë në javë ose për të modifikuar praktikën e tyre ushqyese, si shtimi i sasisë së perimeve në vaktet familjare. Pjesëtarët e familjes shërbejnë si burime të rëndësishme inkurajimi, përforcimi dhe shpërblimi për njëri -tjetrin për shkak të kontaktit të tyre të vazhdueshëm dhe lidhjes emocionale midis tyre.

Efektiviteti i kontratës duhet të vlerësohet: A janë arritur qëllimet plotësisht, pjesërisht, ose aspak? Nëse ka ndodhur dështimi, cilat ishin arsyet? Si mund kontrata të rishkruhet për të rritur probabilitetin e suksesit? A duhet ta rinegociojnë kontratën? A duhet të përfundohet kontrata?

Analiza e kujdesshme e kontraktimit, procesit dhe vlerësimit të rezultateve të mëvonshme do t'i mundësojë infermierit dhe klientit që të hartojnë kontrata që i shtojnë me sukses klientët drejt qëllimeve të dëshiruara shëndetësore.

Me një vetë-kontratë, klienti është përgjegjës për angazhimin e sjelljes dhe përforcimi i sjelljeve të identifikuar. Vetë-kontraktimi është një qasje efektive për të rritur kontrollin e vetë individit mbi sjelljen, duke krijuar kështu një ndjenjë pavarësie, kompetence, dhe autonomie. Klienti nuk bëhet tepër i varur nga infermierja.

Në vend të kësaj, individët mund të zgjedhin burime të jashtme për shpërblime të tilla si ato të prekshme objekte (p.sh. revista) ose përvoja (p.sh. dush i ngrohtë, telefonatë një shoku), ose shpërblime të brendshme (p.sh. .., vetë-lavdërim, ndjenja e krenarisë).

Tabela 2 Shembull kontrate infermiere-klient (Nola J. Pender & al)³³⁴

Kontratë infermiere-klient			
Deklarata e Qëllimit të Shëndetit: <u>Zvogëlimi i ndjenjave të stresit dhe tensionit</u>			
unë <u>Arben</u>	premtoj të	<u>përdor relaksimin progresiv</u>	
[klient]		<u>teknikë kur të kthehem cdo ditë nga puna</u>	
(Përgjegjësi e klientit)			
Për një periudhë <u>një javore</u>	ku	<u>Pranvera</u> {infermiere}	do të më sigurojë mua <u>(1) 2 kupona kafe për të ftuar një shoqe</u> dhe
		<u>(2) mesazh komplimenti</u>	
[përgjegjësi e infermieres]			
<u>Të shtunën në dt 7, Mars.</u>			

Nëse nuk i përmbush kushtet e kësaj kontrate në total, unë e kuptoj që shpërblimi i caktuar do të mbahet.

Firmat:

(Klient)

(Datë)

(Infermier)

(Date)

Tabela 3 Kontratë personale (Nola J. Pender & al)³³⁵

Kontratë personale

Objektivi personal I shëndetit : **Ndryshimi I dietës ushqimore**

unë **Era** I premtoj vetes që une do të **ndjek**

një menu për një dietë me 1.200 kalori gjithsej me mengjesin, drekën dhe darkën

për një periudhë **4 ditë**

ku unë do ti **blej vetes sime një palë vathë**

të **mërkurrën në 18 qershor**

Firma: _____

Date: _____

Një plan zhvillimi për Promovimin dhe Parandalimin e Shëndetit është ilustruar në tabelën 4. Suksesi në përmbushjen e këtyre formularëve rrit vetëvlerësimin dhe zgjidhjen e problemeve të klientit.

Klienti fiton besim të shtuar në përmbushjen e nevojave të ardhshme shëndetësore.

Në realitet, është klienti ai që duhet të mësojë të menaxhojë një sistem vetë zhvillimi për të mbështetur një praktikë të re, pozitive për shëndetin e tij.

Bërja publike e synimeve për t'u përfshirë në një sjellje të re tek anëtarët e familjes dhe miqtë e ngushtë është një mënyrë tjetër për të rritur angazhimin e dikujt në një proces të veçantë të veprimit. Pritshmëritë pozitive të anëtarëve të familjes ose miqve shpesh rrisin motivimin për të ndryshuar sjelljen.

Integrimi i sjelljeve të reja në kalendarin e dikujt është një strategji tjetër e rëndësishme për t'i përfshirë ato në rutinën e përditshme. Për shembull, koha e stërvitjes mund të caktohet gjatë orës së drekës. Takimi për stërvitje mbahet më pas, ashtu si një takim me dikë, mik apo bashkëpunëtor. Mungesa e kohës është një justifikim i shpeshtë i personave që janë të paaftë për të ndjekur sjellje të reja të adoptuara.

Gjithashtu kur bëhet një investim monetar, klientët kanë më shumë gjasa të vazhdojnë me sjelljen e dëshiruar, sepse kanë paguar për të. Për shembull, njerëzit që kanë pajisjet e stërvitjes dhe videot e stërvitjes në shtëpinë e tyre kanë më shumë gjasa të jenë aktivë, sesa personat që nuk i kanë.

Tabela 4 Zhvillimi i një Plani për Promovimin dhe Parandalimin e Shëndetit (Nola J. Pender & al)³³⁶

Sjellja: Mësoni të përdorni relaksimin progresiv si një qasje në trajtimin e stresit	
Përforcimi i Komponentit të Shpërblimit ose Përforcimit të Sjelljes	Komponenti i Shpërblimit ose Përforcimit të Sjelljes
Merrni pjesë sesionin e orës 9 të shtunën paradite në Qendrën shëndetsore	Shikoj ndeshje futbolli në TV mbasdite
Përdorni kasetë audio për relaksim në shtëpi për 20 minuta stërvitje Të dielën	I telefonoj Gentit dhe i shkoj për vizite

E hënë	Shpenzoj një orë tek pista e makinave
E martë	Blej një libër të ri
E mërkurë	Lavdëroj veten, them qe e kam praktikuar
E enjte	Ftoj Arben and Sidritin për të luajtur në kalçeto
E premte	Do marr familjen time të shohim një film
Merrni pjesë sesionin e dytë të orës 9 të shtunën paradite në Qendrën shëndetsore	Marr një lëng portokalli në pushim me Brend, një nxënës i klasës
Praktikoj teknikat e relaksimit për 20 minuta duke dhënë sugjerimet e mia në vend sesa të përdor kasetë. Të dielën unë	Shkoj për një shëtitje të shkurtër me makinë dhe shijoj pejsazhin
E hënë	Shpenzoj 30 minuta duke lexuar novelën time
E martë	Blej për vete një shishe të re solucion pas rroje
E mërkurë	Lavdëroj veten për këmbënguljen dhe praktikën e suksesshme
E enjte	Lejoj veten të qëndroj në dush me ujë të ngrohtë më gjatë se zakonisht
E premte	Shkoj në piknik me bicikletë, me familjen
Mbaj shënimet e mia javore të praktikës së relaksit	Infermierja do të më sigurojë një kopje të Përgjigje relaksimi nga Herbert Benson

Plani i riparë i promovimit-parandalimit të shëndetit (Nola J. Pender & al)³³⁷

Është mirë që planit të promovimit dhe parandalimit ti bëhen ndryshime herë pas here. Rishikimet mund të bëhen gjatë sesioneve të këshillimit, me të dy, klienti dhe infermierja që kontribuon në proces. Mund të rezultojë shtysë për ndryshime në plan nga zotërimi i sjelljeve të synuara, ndryshimet në vlerat dhe përparësitë e klientit, ose ndërgjegjësimi për opsione të reja në dispozicion të klientit. Planet e vjetruara nuk arrijnë të japin motivim ose drejtim për ndryshim dhe kështu të bëhen jo interesante dhe i pakuptimtë për klientin.

Rishikimet dhe përditësimet periodike ofrojnë një qasje sistematike për të ndihmuar klientin duke lëvizur drejt sjelljeve më pozitive shëndetësore dhe një nivel më të lartë të shëndetit.

Plani i promovimit - parandalimit të shëndetit në nivel komuniteti

Planet dhe ndërhyrjet në nivel komuniteti mund të jenë mënyra më efektive për t'u angazhuar anëtarët në përmirësimin e shëndetit të tyre. Shqetësime të rëndësishme shëndetësore si rinia dhe dhuna në familje, abuzimi me substancat, shtatzënia e padëshiruar tek adoleshentët, etj mund të kërkojnë planifikim dhe ndërhyrje të gjerë. Është provuar ndikimi i mjediseve sociale dhe fizike të komunitetit në shëndetin e njerëzve të saj. Pasuria, qasja në shërbimet shëndetësore, pabarazia sociale, raca dhe përkatësia etnike janë vetëm disa nga faktorët që duhet të merren parasysh kur vlerësohet një komunitet - planifikimi për ndryshimin e sjelljes (A Cheadle & al) ³³⁸. Infermierja duhet të jetë e informuar për nismat e komunitetit dhe inkurajon pjesëmarrjen e klientëve. Infermierja gjithashtu mund të shërbejë si konsulent për komunitetet për të zbatuar programe dhe për të qenë një avokat për shëndetin e bazuar në komunitet për planet dhe ndërhyrjet.

Konsiderata për praktikën në planifikimin e shëndetit

Zhvillimi i një plani për të këshilluar klientët për sjelljet e tyre shëndetësore është një përgjegjësi kryesore e infermierëve në praktikë. Infermierja duhet të ketë aftësitë e nevojshme për të udhëzuar klientët për të marrë pjesë në zhvillimin e një plani realist dhe pozitiv. Infermierët duhet të njohin udhëzimet aktuale, duhet të sigurojnë që informacioni të jetë i saktë, i përditësuar i përfshirë në plan. Një qasje ndërdisiplinore mund të jetë më efektive në interpretimin e të dhënave të vlerësimit dhe rekomandimin e qëllimeve të përshtatshme. Mbështetja është kritike gjatë procesit të ndryshimit, kështu që infermierja gjithashtu duhet të mësojë të identifikojë familjen dhe burimet e mbështetjes për klientin, dhe për të zhvilluar strategji krijuese për t'i përfshirë ato si mbështetje në plan.

Njohja e çështjeve kulturore mund të luajë një rol është e rëndësishme për hartimin e një plani të ndjeshëm kulturor, i përshtatshëm për moshën dhe gjininë. Kurdo që të jetë e mundur, teknologjia duhet të përfshihet në zhvillimin e planit. Softueri interaktiv siguron arritjen e rezultateve, rrit motivimin, pasi rezultatet e menjëhershme janë në dispozicion dhe të të tjerëve. Zhvillimi i një plani promovim-parandalimi të shëndetit është i drejtpërdrejtë, por kompleks dhe

infirmierja duhet të përditësojë vazhdimisht aftësitë për të ndihmuar klientët në këtë proces të rëndësishëm (Nola J. Pender & al)³³⁹.

Vlerësimi i familjes dhe komunitetit

Objektivi

Të kuptojnë termin dhe procesin e vlerësimit të familjes, termin dhe procesin e vlerësimit të komunitetit, instrumentat e vlerësimit të familjes dhe të komunitetit.

Të kuptojnë mjetet e vlerësimit dhe benefitet e vlerësimit të familjes, qasjet në vlerësimin e komunitetit, hapat e vlerësimit të nevojave të komunitetit, të kuptojnë përbërësit në hartimin e një plani të përmirësimit të shëndetit të komunitetit

Konceptet themelore

Vlerësimi i familjes

Vlerësimi i komunitetit

Instrumentat e vlerësimit

Hapat e vlerësimit

Familjet luajnë një rol të rëndësishëm në përcaktimin e shëndetit të individëve dhe grupeve brenda komunitetit. Vlerësimi i familjes është një proces integral në infermierin, pasi ndihmon në adresimin e nevojave të një familjeje, në mënyrë që të ofrojë kujdes cilësor për pacientin dhe familjen (www.cram.com)³⁴⁰.

Kur ne vlerësojmë familjen ne mbledhim të dhëna për përbërjen e familjes, marrëdhëniet dhe ndërveprimet midis anëtarëve të saj. Është një proces evolues, i vazhdueshëm i mbledhjes së të dhënave. Të dhënat për familjen mbledhen sistematikisht duke përdorur udhëzime ose pyetje të paracaktuara, dhe më pas klasifikohen dhe analizohen sipas kuptimit të tyre (www.tdmuv.com)³⁴¹.

Parimet e një vlerësimi familjar bazohen në shqyrtimin e familjes në tërësi, në mënyrë që të sigurohet një tablo e qartë e dinamikës së familjes: përberja e familjes, niveli arsimor, besimi fetar, vlerat dhe qëndrimet e familjes, modelet e komunikimit, statusi shëndetësor ,etj . Kjo është njohuri themelore për infermierin, pasi ndihmon në identifikimin dhe kuptimin e çështjeve aktuale me të cilat përballlet familja (Kendall, Rodger, & Palmer)³⁴²

Përsa i përket vleresimit, zgjedhja e mjetit të vlerësimit varet nga faktorë, të tillë si kompetenca e infermierit, rezultati i synuar dhe preferencat personale (Barnes, M. Rowe, J.)³⁴³.

Vlerësimi i familjes është një proces integral në infermierinë, pasi ndihmon në adresimin e nevojave të një familjeje, në mënyrë që të sigurojë kujdes cilësor për pacientin dhe familjen (Lorraine M. Wright & Maureen Leahey) ³⁴⁴

Në kujdesin shëndetësor tradicional fokusi ishte vetëm tek individi, ndërsa kur ne vlerësojmë familjen kjo na ndihmon në përfshirjen e familjes si kontribuese në procesin e kujdesit shëndetësor.

Instrumentet e Vlerësimit

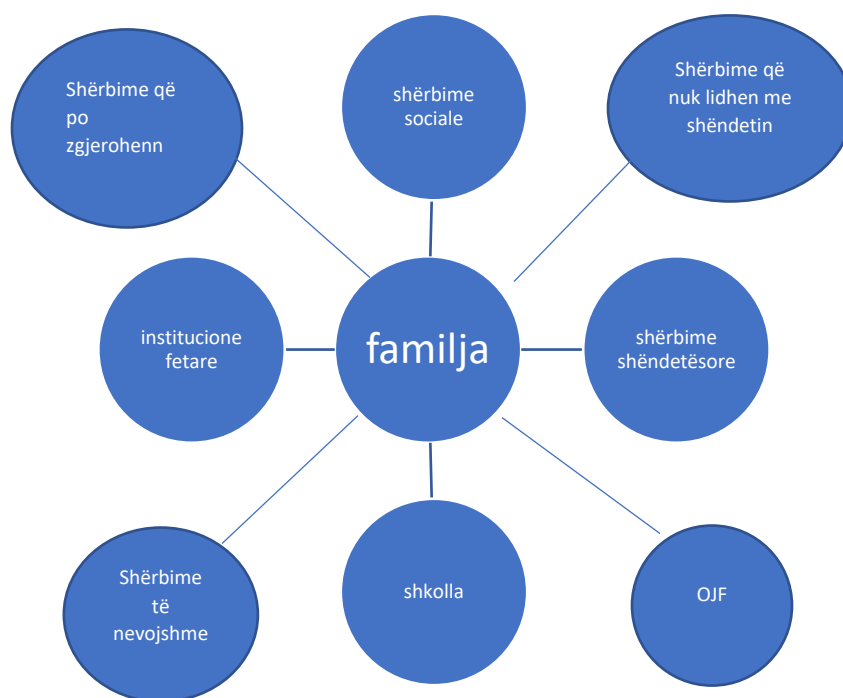
Dy nga instrumentet më të përdorur për zhvillimin e një baze të dhënash familjare janë genogrami dhe harta elektronike. Asnjëra prej tyre nuk kërkon blerjen e një instrumenti të standardizuar vlerësimi; megjithatë, të dy kanë avantazhin e sigurimit të një mjeti për ndërveprimin me fëmijët dhe anëtarët e familjes së tyre në një mënyrë jo kërcënuese për të marrë të dhëna në lidhje me çështje potencialisht komplekse dhe të vështira. (www.tdmuv.com) ³⁴⁵

Një genogram, është një format për vizatimin e një peme familje që regjistron informacion në lidhje me anëtarët e familjes dhe marrëdhëniet e tyre gjatë një periudhe kohore, zakonisht tre breza. Kjo hartëzon strukturën e familjes dhe të gjithë historinë e shëndetit të gjithë anëtarëve (sëmundshmëria, vdekshmëria dhe fillimi i sëmundjeve), duke zbuluar kështu informacion në lidhje me sëmundjet gjenetike, kronike të gjithë familjarëve.

Përmes tij ne sigurojmë një pasqyrë të shpejtë të sëmundshmërië, të vdekjeve në moshë të hershme dhe shkakun dhe arrijmë të kemi një informacion për familjen. Gjithashtu kjo është një

mënyrë efikase dhe jogjyqësore për të përcjellë informacionin për një familje tek ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor (www.tdmuv.com)³⁴⁶.

Një ecohartë - është një përfaqësim vizual i një familje në lidhje me komunitetin. Ajo demonstroi natyrën dhe cilësinë e marrëdhënieve familjare dhe çfarë lloj burimesh apo energjish hyjnë brenda dhe jashtë familjes. Ky instrument vlerësimi është i dobishëm në identifikimin e pikave të forta, të rrjeteve familjare dhe burimeve që ato kanë në dispozicion personeli shëndetësor që mund të përdorë më pas në ndërhyrje. Figura tregon një ecomap të familjes (www.family.lovetoknow.com)³⁴⁷



Një vlerësim i thelluar i familjes kërkon një kohë të konsiderueshme dhe jo çdo familje ka nevojë për një vlerësim gjithëpërfshirës, përkundrazi, për vlerësim të thelluar flasim për familjet me probleme shëndetësore dhe sociale. Sidoqoftë, kur një infermiere familje identifikon një familje në rrezik për mosfunksionim, mund të kërkohej një vlerësim i tillë. Referimi tek profesionistët e

tjerë të kujdesit shëndetësor dhe organizatat e ndryshme që operojnë në komunitet është i përshtatshëm në këto situata. Informacioni i vlerësimit mund të realizohet duke vëzhguar mënyrën sesi bashkëveprojnë anëtarët e familjes, përmes intervistimit dhe pyetjeve që i bëhen familjarëve dhe përdorimit të një instrumenti vlerësimi familjar. Në mënyrë ideale, të gjithë anëtarët e familjes përfshihen në intervistë dhe kjo zhvillohet në ambjentin e shtëpisë.

Mënyra më e mirë për të njohur një familje është një vlerësim formal i familjes. Ai i ofron ofruesve të shërbimit shëndetësor një mundësi për të kuptuar familjen në të gjitha aspektet, shëndetësore, shoqërore, ekonomike si dhe nga pikpamja e komunikimit. (www.tdmuv.com)³⁴⁸

Është thelbësore që vlerësimi i familjes të përfshijë përbërës për jetën e përditshme të familjes, si dhe mjedisin në të cilin ata jetojnë.

Vlerësimi i familjes gjithashtu mund të përdoret në çdo kohë për të kuptuar ndryshimet brenda secilës familje. Si një mjet për mbledhjen e informacionit vlerësimi i familjes përqendrohet në rutinën e familjes, aftësitë, nevojat dhe mbështetjen sidomos të fëmijës. Ai gjithashtu përqendrohet në burimet që përdor familja për të mbështetur zhvillimin e fëmijëve të saj (www.tdmuv.com)³⁴⁹.

Mjetet e Vlerësimit të Familjes

Pavarësisht nga mjeti i zgjedhur, disa ide kryesore që duhen marrë parasysh kur zgjidhni një mjet për secilën familje të veçantë përfshijnë:

- Koha (para ose në fillim të ofrimit të shërbimit për të hartuar strategji, gjatë ndërhyrjes për të vlerësuar efektivitetin)
- Metoda (bisedë, listë kontrolli ose pyetësor)
- Të dhënat e mbledhura (interesat familjare, prioritetet, shqetësimet, rutinat, traditat, burimet dhe aktivitetet)
- Kuadri zhvillimor (zhvillimi i fëmijëve)
- Metoda e raportimit (informacioni i metodës ndahet me familjen/praktikuesit për të informuar zhvillimin e planit të edukimit individual (IEP) /planin e individualizuar të shërbimeve në familje (IFSP) dhe praktika e bazuar në evidencë (PBB)
- Kërkesat për ndërhyrjen e hershme ose ofruesit e fëmijërisë së hershme (dëgjim aktiv, reagime dhe shkëmbim informacioni)

-Konfidencialitet për familjen (konfidencialiteti i informacionit dhe siguria që informacioni i marrë nuk rrjedh) (www.teachingei.org)³⁵⁰

Përmes dëgjimit aktiv, reagimeve dhe shkëmbimit të informacionit, një vlerësim familjar është në gjendje të identifikojë jetën e një familjeje në një mënyrë që të shërbejë dhe të ndikojë drejtpërdrejt në ofrimin e shërbimeve. Ai duhet të angazhojë anëtarët e familjes (jo vetëm prindërit) në biseda me njëri -tjetrin ose me infermierin për të marrë parasysh të tashmen, të ardhmen, sukseset dhe sfidat.

Përfitimet e Vlerësimit të Familjes

Përfitimet janë të shumta për të dy palët sepse :

- Lehtëson pjesëmarrjen e familjes në procesin e vlerësimit.
- Ndhmon ofruesit të kuptojnë pikat e forta, qëllimet dhe përparësitë e familjes, ku do të mbështeten për të ndërhyrë.
- Ndhmon në identifikimin e funksionimit dhe burimeve të familjes
- Ndhmon për të pasqyruar problematikat dhe zgjedhjet e familjes
- Ai pasqyron nevojat e familjeve në mënyrë që ndërhyrja të përshtatet për të adresuar këto nevoja (www.teachingei.org)³⁵¹.
- Ndhmon personelin shëndetësor që të ketë në çdo kohë një pasqyrë të situatës së familjeve.

Në këtë mënyrë infermieri jo vetëm njeh mirë çdo familje, por indirekt njeh mirë dhe komunitetin.

Vlerësimi i Komunitetit

Vlerësimi i komunitetit është mbledhja dhe analiza e të dhënave që lidhen me nevojat dhe karakteristikat e fëmijëve dhe familjeve që kanë të drejtën jo vetëm të shërbimeve shëndetësore por dhe më gjërë në zonë. Ai identifikon programin dhe burimet e komunitetit në dispozicion për të përmbushur nevojat e tyre dhe specifikon se ku ka boshllëqe. Ai siguron të dhëna të rëndësishme demografike të komunitetit që mund të përdoren për të drejtuar përpjekjet dhe ndërhyrjet tek ata fëmijë dhe familje që kanë më shumë nevojë për shërbime (www.teachingei.org)³⁵².

Vlerësimi i komunitetit gjithashtu ndihmon të identifikojmë dhe kuptojmë çështjet dhe tendencat më domethënëse që prekin familjet me fëmijë të vegjël në zonën apo territorin e shërbimit. Për shembull, mund të identifikojë një familje me të ardhura të ulëta që ka nevojë urgjente për strehim, sepse nga kushtet e vështira të jetesës fëmijët po sëmuren. Familja referohet në strukturat përkatëse për të gjetur zgjidhje për strehimin.

Informacioni nga vlerësimi i komunitetit përdoret për të informuar vendimet programatike, përfshirë planifikimin, ofrimin e shërbimeve dhe vlerësimin, si në nivelin e përfituesit ashtu edhe në atë të pushtetit lokal. Gjetjet nga vlerësimi i komunitetit mund të ndikojnë gjithashtu në qëllimet afatgjata të programit dhe objektivat afatshkurtra.

Në nivel lokal, gjetjet e vlerësimit të komunitetit të mbledhura në programet e përfituesve të granteve mund të tregojnë për nevojat në zhvillim ose ndryshimin brenda popullatave specifike ose zonave gjeografike, të cilat nga ana e tyre mund të nxisin përparësi të reja në nivel kombëtar. Për shembull, vlerësimet e komunitetit në një rajon mund të tregojnë nevojën për të rritur mbështetjen për nxënësit e gjuhëve të dyfishta(etnive), ose trajnimin e synuar për stafin që përballlet me pasojat e fatkeqësive natyrore. (www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov)³⁵³

Qasjet në Vlerësimin e Komunitetit

Vlerësimi i një komuniteti kërkon kohë. Nuk është diçka që kërkon domosdoshmërisht përfundim dhe është ndoshta një proces i vazhdueshëm në të cilin modifikimet dhe ndërhyrjet vazhdojnë pafundësisht. Disa qasje për vlerësimin e komunitetit janë paraqitur më poshtë, secila me pikat e forta dhe kufizimet e veta. Këto përfshijnë eko-hartëzimin; një hartë të rrjetit social; një hartë organizative në mbarë komunitetin; analiza e lidhësive; qasja kryesore informuese; dhe koncepti i lidhjeve horizontale/vertikale. Për të lehtësuar kuptimin dhe krahasimin e teknikave të ndryshme të vlerësimit, shembulli i rastit të mëposhtëm do të përdoret në të gjitha diagramet. (www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov)³⁵⁴

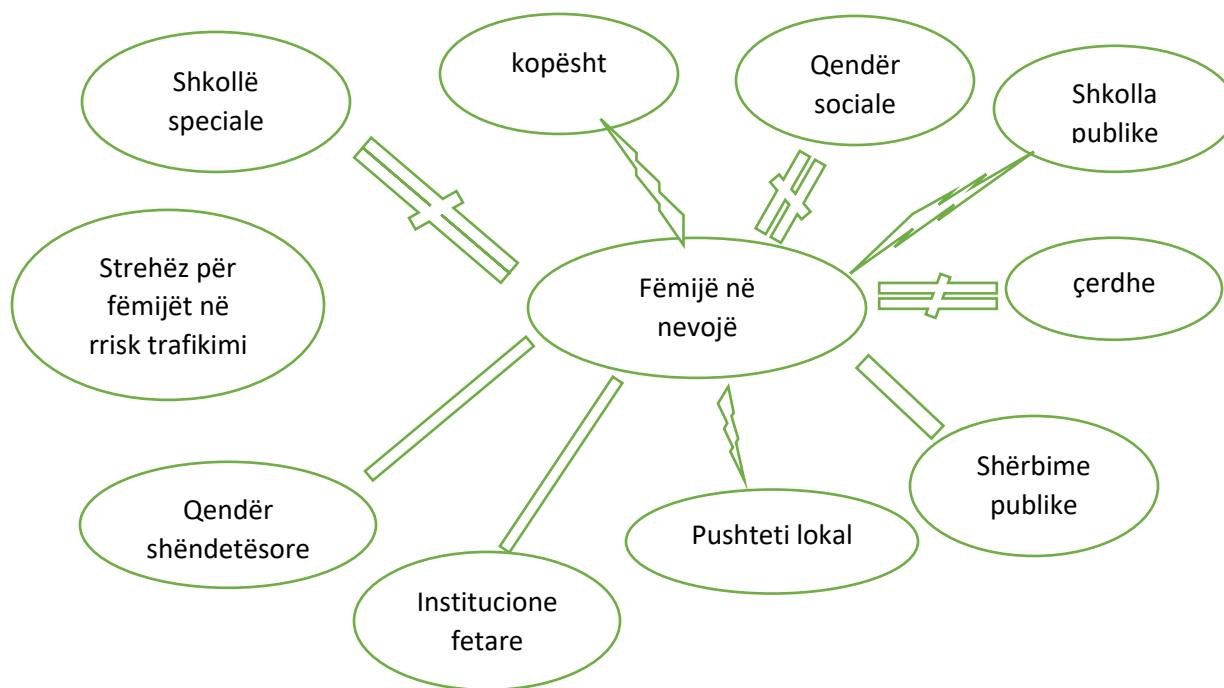
Edhe në vlerësimin e komunitetit si tek vlerësimi i familjes ne mund të përdorim eko hartën.

Eko-mapping është një teknikë vlerësimi e përdorur zakonisht nga punonjësit socialë por dhe nga stafi mjeksor. Sipas Lauffer (1982), "përdorimi i mjeteve të eko-hartës ju siguron një kuadër vizual për vlerësimin e ekuilibrit midis një organizmi dhe mjedisit të tij". Megjithatë një eko-hartë përdoret kryesisht për të ilustruar marrëdhëniet midis një individi dhe të tjerëve në mjedisin e tyre,

mund të përdoret gjithashtu për të eksploruar marrëdhëniet midis institucioneve, organizatave dhe grupeve në një komunitet. Marrëdhëniet midis grupeve ose organizatave në komunitete janë shpesh komplekse dhe arrijnë një përfaqësim më të qartë duke u hartuar në letër. Në këtë mënyrë, punonjësi mund të përcaktojë marrëdhëniet kryesore, zonat e konfliktit, ose lidhjet e dobëta ose marrëdhëniet e tendosura midis këtyre institucioneve dhe komunitetit (Keith Brownlee & al)³⁵⁵.

Kështu, eko-hartografimi është një mënyrë efektive për të vlerësuar atë që po ndodh aktualisht në një komunitet dhe një mënyrë për të organizuar të menduarit për një organizatë dhe lidhjet e saj brenda komunitetit. Eko-harta mund të përdoret gjithashtu për të shqyrtuar sesi organizatat mund t'i përgjigjen një çështjeje të caktuar, siç është fëmijë me probleme në komunitet. Në një rast të tillë, marrëdhëniet do të shqyrtoheshin midis institucioneve dhe organizatave që do të përfshiheshin drejtpërdrejt në çështjen e sëmundshmërisë dhe forcave që mund të ndikojnë në përgjigjet e tyre.

Model i plotësimit të eko-hartës (Keith Brownlee & al)³⁵⁶



Psh, ju jeni duke vlerësuar komunitetin dhe në të keni identifikuar fëmijë në nevojë, që mund të jenë fëmijë me sëmundje kronike, PAK, fëmijë nga familje me status shumë të ulët ekonomik , etj.

Në qënder të eco hartës kemi fëmijët në nevojë dhe rreth tyre vendosim të gjithë institucionet dhe organizatat që operojnë në zonë dhe të shohim lidhjen midis tyre.

Për të kuptuar lidhjet e këtyre me institucionet dhe organizatat ne kemi përdorur linjat , ku linja e vazhduar do të thotë që marrëdhëniet janë shumë të mira dhe të forta dhe keto institucione po ndihmojnë aktualisht këto fëmijë në nevojë, psh QSH, shërbimet publike, institucionet fetare. Ndërsa marrëdhëniet me çerdhen, shkollën speciale, qendrën sociale mungojnë fare, sepse në çerdhe nuk pranohen këto fëmijë me probleme shëndetësore, qendra sociale është shumë larg dhe prindët nuk i dërgojnë dot, ndërsa në shkollën speciale pranohen vetëm fëmijët që nuk dëgjojnë dhe shikojnë.

Ndërsa një vijë e fortë me pjerrësi dhe e dhëmbëzuar , tregon për një marrëdhënie stresuese, me shumë probleme, psh kopshti, shkolla publike, sepse nuk ka mësues ndihmës dhe mësueset refuzojnë ti marrin në grupe kopshti dhe në klasa këto fëmijë. Ndërsa me pushtetin lokal këto familje akoma po përpiqen që të marrin kujdestarinë e fëmijëve dhe akoma pushteti lokal nuk ka krijuar infrastrukturën dhe shërbimet adekuate për këto fëmijë.

Kështu me këtë hartëzim personeli shëndetsor identifikon problemet, identifikon lidhjet me institucionet, identifikon burime dhe aktorë të tjerë në territor dhe punon mbi këto për të siguruar bashkëpunimin e tyre në të mirë të këtij grupi fëmijësh.

E njëjta hartë mund të krijohet dhe për të identifikuar lidhjen e institucionit të shëndetit me institucione apo organizata, apo dhe grupe të tjera komunitare në zonë.

Lauffer (1982) përshkruan dy teknika eko-hartë: hartën e mjedisit të detyrave dhe hartën e lidhjeve ndër-organizative. Harta e mjedisit të detyrave shikon marrëdhëniet midis ndërhyrjeve të një organizate me elementë të ndryshëm në mjedisin e saj. Mjedisi i detyrave "është i përbërë nga të gjithë ata elementë në mjedisin e përgjithshëm që ndikojnë drejtpërdrejtë në aftësinë e agjencisë për të kryer detyrat e saj ose për të arritur objektivat e saj" (Keith Brownlee & al)³⁵⁷. Kjo mund të përfshijë organizata, grupe ose popullata specifike të cilat janë pjesë përbërëse e ekzistencës së organizatës siç janë ofruesit e ndihmës, bashkëpunëtorët dhe/ose konkurrentët, dhe konsumatorët aktualë apo potencialë (Keith Brownlee & al)³⁵⁸.

Së paku, vlerësimi i komunitetit duhet të përfshijë:

- A. Informacione demografike për foshnjat, fëmijët 0-3 vjec, fëmijët e moshës parashkollore dhe nënat shtatzënë.
- B. Informacion në lidhje me arsimin, shëndetin, ushqimin dhe nevojat për shërbime sociale të përshtatshme për fëmijët dhe familjeve të tyre
- C. Oraret e punës, shkollës dhe trajnimit të prindërve me fëmijë
- D. Informacion në lidhje me shërbimet e tjera të zhvillimit të fëmijëve, qendrat e kujdesit për

fëmijët dhe programet e përshtatshme të kujdesit për familjet e fëmijëve

E. Burimet në dispozicion të komunitit

F. Pikat e forta të komunitetit (www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov)³⁵⁹

Ekzistojnë shumë metoda për kryerjen e një vlerësimi, por në përgjithësi përfshijnë:

1. Takimet e palëve të interesuara;
2. Fokus grupet e komunitetit;
3. Sondazhet;
4. Intervista me drejtuesit e komunitetit;
5. Shëndeti i popullsisë dhe të dhëna të tjera të lidhura me shëndetin (www.ruralhealth.und.edu)³⁶⁰.

Pasqyra e hapave të vlerësimit të nevojave të komunitetit

Ekzistojnë qasje të ndryshme për realizimin e nevojave të komunitetit të cilat do ti diskutojmë.

Personeli shëndetësor dhe ai social do të mbledhë dhe vlerësojë të dhënat, asetet e komunitetit dhe do të përcaktojë fushat për zhvillimin.

Në këtë proces do të ndiqen këto hapa kryesorë:

Hapi 1: Planifikim një vlerësim të nevojave të komunitetit

- Identifikojmë dhe mbledhim një ekip të larmishëm të komunitetit
- Zhvillojmë një strategji ekipore
- Përcaktojmë komunitetin që do të vlerësohet (p.sh., rajoni, fshati)
- Identifikojmë sektorët e komunitetit për t'u vlerësuar (p.sh. kujdesi shëndetësor, shkollat)
- Identifikojmë komponentët e komunitetit për t'u vlerësuar (p.sh., ushqimi, duhani)
- Zhvillojmë pyetje për secilin komponent të komunitetit
- Zgjedhim numrin e vendeve për t'u vizituar brenda secilit sektor
- Përcaktojmë të dhënat ekzistuese për t'u përdorur ose metodat për mbledhjen e të dhënave
- Identifikojmë individët kryesorë për t'u kontaktuar

Hapi 2: Kryerja e vlerësimit të nevojave. Për udhëzime se si të bëni një vlerësim të nevojave (për shembull, si të përgatiteni dhe zhvilloni intervista dhe fokus grupe) (CDC)³⁶¹

Hapi 3: Rishikojmë dhe vlerësojmë të dhënat

- Zhvillojmë një shkallë vlerësimi dhe,
- Marrim një vendim ekipor për vlerësimet.

Hapi 4: Regjistrojmë dhe rishikojmë të dhënat e konsoliduara

- Fusim të dhënat në një sistem të krijuar enkas,
- Përmbledhim dhe analizojmë të dhënat.

Hapi 5: Zhvillojmë një plan veprimi të komunitetit

- Identifikojmë asetet dhe nevojat e komunitetit,
- Vendosim përparësitë e nevojave nga gjetjet e të dhënave
- Zhvillojmë dhe priorizojmë strategjitë për përmirësim,
- Krijojmë një plan veprimi për strategjitë me përparësi kryesore (CDC)³⁶².

Një vlerësim i shëndetit të komunitetit, i njohur gjithashtu si vlerësimi i nevojave të shëndetit të komunitetit, i referohet një vlerësimi shëndetësor, fisnor, lokal ose territorial që identifikon nevojat dhe çështjet kryesore shëndetësore përmes mbledhjes dhe analizës sistematike, gjithëpërfshirëse të të dhënave (www.cdc.gov)³⁶³.

Nëse ne njohim mirë nevojat e komunitetit, sidomos në fushën e shëndetit ne së bashku me aktorët e tjerë arrijmë të hartojmë një plan të përmirësimit të shëndetit të komunitetit.

Studimet kanë treguar se planet efektive kërkojnë përbërësit e mëposhtëm:

- Prioritetet që identifikohen dhe bien dakord nga komuniteti;
- Objektivat dhe synime specifike për secilin prioritet;
- Qasje të bazuara në dëshmi që identifikojnë strategjitë e duhura për secilin qëllim;
- Aktivitete specifike për të realizuar strategji për secilin qëllim;
- Masat me të cilat do të vlerësohet progresi dhe një përshkrim se si do të monitorohet në mënyrë të vazhdueshme;
- Rolet përkatëse të njësive të veçanta në komunitet që do të përfshihen në zbatimin dhe monitorimin e planit;
- Afatet kohore për arritjen e qëllimeve afatshkurtra dhe afatgjata dhe standartet. (www.ctb.ku.edu)³⁶⁴

References

- Green & Kreuter,. "Health promotion planning : an educational and environmental approach ISBN 0874847796 9780874847796." 1991.
- Hoxha, K. *Promocioni shëndetësor* . 2014.
- <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0312> . 2017.
- Jennifer R. Pharr & al. *The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors volume 2012*<https://doi.org/10.5402/2012/483432>. 2012.
- Sholom Glouberman & al. "Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada." *Am J Public Health*. 2003 March; 93(3): 388–392. (2003).
- A Cheadle & al . " Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health-promotion programs ." *Am J Prev Med Nov-Dec 1992*;8(6):345-50. 1992.
- A. Woodward and I. Kawachi. "Why reduce health inequalities? Dec; 54(12): 923–929." *J Epidemiol Community Health*. 2000.
- Alejandro R Jadad &. al, *A global conversation on defining health 2008* <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/12/10/alex-jadad-on-defining-health/>. 2008.
- Deanna L. Williamson &. al, *Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization March 2009 Critical Public Health 19(1):107-122 DOI:10.1080/09581590802376234*. 2009.
- Alejandro R Jadad & al . *A global conversation on defining health 2008* <https://blogs.bmj.com/bmj/2008/12/10/alex-jadad-on-defining-health/>. 2008.
- Allender J.N; Spradely B.W. "Community Health Nursing Concepts and practice. (8th edn) .Lippincott,." 2001. 342-45.
- Alyson Ross & al, 2017. *Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care AORN J*. 2017 Mar; 105(3): 267–275. doi: 10.1016/j.aorn.2016.12.018. 2017.
- Anna Lydia Svalastog & al. *Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society Croat Med J*. 2017 Dec; 58(6): 431–435. doi: 10.3325/cmj.2017.58.431. 2017.

- Australia's health 2016. "Determinants of health Australia's health 2016 . 15th biennial report on the health of Australians Chapter 4 DOI: 10.25816/5ec1e4cd2547f." 2016.
- Barnes, M. Rowe, J. *Child Youth and Family Health: Strengthening Communities 2007*. 2007.
- Barros, A. L. B. L. *Classification of nursing diagnoses and interventions: NANDA and NIC*. *Acta Paul Enferm.*, 22(special issue), 864-867. 2009.
- bradley uiversity . "THE POSITIVE ROLE NURSES CAN PLAY IN PREVENTATIVE HEALTH CARE ." 2021. <https://onlinedegrees.bradley.edu/blog/the-positive-role-nurses-can-play-in-preventative-health-care/>.
- Bronfenbrenner, U. "Ecological systems theory. London, England." 1992.
- Budapest-Declaration. "The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals pdf." n.d. <https://www.hphnet.org/ep-content/uploads/2020/03/>.
- Bulechek GM, McCloskey JC. . *Nursing interventions classification (NIC) 1995*. 1995.
- CDC. *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics* CDC 2006. 2006.
- CDC . *Community Needs Assessment*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *workbook 2013*. 2013.
- <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/communitiesputtingpreventiontoöork/pdf/community-based-interventions-executive-brief-update.pdf>. 2018.
- CDC. <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/about.html>. n.d.
- CDC, 2018. <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/communitiesputtingpreventiontoöork/pdf/community-based-interventions-executive-brief-update.pdf>. 2018.
- cdc.gov. https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pce_models.html. n.d.
- Cesario, J Higgins, T. E.& al. " Regulatory Fit and Persuasion: Basic Principles and Remaining Questions ." *Social and Personality Psychology Compass* 2/1 (2008): 444–463, 10.1111/j.1751-9004.2007.00055.x 2008.
- "Community Directed Interventions to Enhance PHC and MCH ." 2015. <http://malariamatters.org/community-directed-interventions-to-enhance-phc-and-mch/>.
- "Core Principles of the Ecological Model ." 2000. <https://courses.lumenlearning.com/suny-buffalo-environmentalhealth/chapter/core-principles-of-the-ecological-model/>.
- <https://ctb.ku.edu/en/table-contents/overview/other-models-promoting-community-health-and-development/preceder-proceder/main>. n.d.

- Dan Grabowski & al. *Principled Promotion of Health: Implementing Five Guiding Health Promotion Principles for Research-Based Prevention and Management of Diabetes* . 2017.
- Dariusz D. FARHUD. "Impact of Lifestyle on Health . 2015 Nov; 44(11): 1442–1444." *Iran J Public Health* (2015).
- Deanna L. Williamson & al. *Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization* March 2009 *Critical Public Health* 19(1):107-122 DOI:10.1080/09581590802376234. 2009.
- Debbie L. Stoewen. *Dimensions of wellness: Change your habits, change your life* *Can Vet J*. 2017 Aug; 58(8): 861–862. 2017.
- Denise Fry, Avigdor Zask. "Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design ." (2017).
- Derick TWade & al. "Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*. 2004 Dec 11; 329(7479): 1398–1401. doi: 10.1136/bmj.329.7479.1398." (2004).
- Dochterman C, Jones DA,. *Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC and NOC*. 2004. 2004.
- Dominika Kwasnicka & al. "Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories." *Health Psychol Rev*. 2016 Jul 2; 10(3): 277–296. 2016.
- Edlyne Eze Anugwom. *Health Promotion and Its Challenges to Public Health Delivery System in Africa*. 2020.
- Eileen M. Crimmins & al. *Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Health Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. 2004. 2004.
- Eileen M. Crimmins & al . *Race/Ethnicity, Socioeconomic Status, and Health Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life*. 2004. 2004.
- Elena Shipkovenska . *HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers Title Preventive Health Care and Disease Prevention 2014*. 2014.
- Epiphaniou & Ogden. *Process of reinvention theory* . 2010.
- Falastine R. Hamdan Mariam Kaëafhah. *THE ROLE OF THE NURSES IN HEALTH PROMOTION FROM THE VIEW POINT OF PATIENTS AT KINGABDULLAH HOSPITAL IN IRBID* *European Scientific Journal* November 2015 edition vol.11, . 2015.
- Feo R., & al . "Instruments measuring behavioural aspects of the nurse–patient relationship: A scoping review." *J. Clin. Nurs*. 2019.
- Frances E. Rache, Robert C. Annis . *The Community Health Action Model: Health Promotion by the Community* 2007. 2007.
- FSDKSH, 2021. <https://fsdksh.gov.al/ep-content/uploads/2021/01/KONTRATA-QSH-2021.pdf>. n.d.

- G Goldstein. " Healthy cities: overview of a WHO international program ." *Rev Environ Health*. Jan-Jun 2000;15(1-2):207-14. doi: 10.1515/reveh.2000.15.1-2.207 2000.
- G,Kok. *Health Education and Health Promotion International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2001.
- G.Qirjako, E.Roshi, G.Burazeri,. *Promocioni Shëndetësor*, 2010. 2010.
- Galobardes, Bruna. "Indicators of socioeconomic position (part 1) . 2006 ." *J Epidemiol Community Health* Jan; 60(1): 7–12. doi: 10.1136/jech.2004.023531 2006.
- Glanz K, Bishop DB. "The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. ." *Annu Rev Public Health*. 2010;31:399–418 2010.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. 3rd Edition. . 2002.
- Goodman RM, & al. " Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. ." *Health Educ Behav*. 1998;25:258–278 1998.
- Green & Kreuter. *Health promotion planning : an educational and environmental approach* 1991 ISBN 0874847796 9780874847796. 1991.
- Green, L. E. & Kreuter. M. E. . *Health promotion program planning: An educational and ecological approach (4th ed.)*. 2005. 2005.
- Harper,S et al. "Measuring Social Disparities in Health ." *American Journal of Epidemiology* Vol. 167, No. 8 DOI: 10.1093/aje/kwn015 2008.
- Haryani A. . *Predictors of Nurse's Caring Behavior towards Patients with Critical Illness*. *Kne Life Sci*. 2019 . 2019.
- Hawkins, J., & Catalano, R. . *Communities That Care: Action for Drug Abuse Prevention*. . 1992.
- Hobbs, N & al. *Are behavioral interventions effective in increasing physical activity at 12 to 36 months in adults aged 55 to 70 years?* 2013.
- "The role of the nurse in health promotion ." n.d. <https://hospitalnews.com/the-role-of-the-nurse-in-health-promotion/>. 2021.
- "How Nurses Are Caring for Their Communities ." 2017. <https://www.rej.org/en/blog/2017/05/how-nurses-are-caring-for-their-communities.html>.
- Hoxha, K. *Promocioni shendetesor book update* 2021. 2014.
- Hoxha, K. "Promocioni shëndetësor ." 2012.
- . *Promocioni shëndetësor* 2014. 2014.
- Hoxha, K, 2021. *Promocioni shëndetësor book update* 2021. n.d.

<http://portal.tlas.org.al/sq/sherbimet/mbrojtja-e-sh%C3%ABndetit>. n.d.

<https://en.wikipedia.org/ëiki/Taxonomy>. n.d.

<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>. n.d.

<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>. n.d.

<https://itsmy.albanianforum.net/t129-kendveshtrimi-bio-mjekesor-mbi-shendetin>. n.d.

<https://journals.rcni.com/nursing-standard/evaluation-and-its-importance-for-nursing-practice-ns.2017.e10782>. n.d.

<https://kumti.com/cfare-eshte-komuniteti/>. n.d.

<https://online.umfk.edu/articles/rnbsn/health-promotion-action-areas-every-nurse.aspx>. n.d.

<https://rdcastro1.wordpress.com/2017/12/11/the-concept-of-community>. n.d.

<https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/rehabilitation-nurse>. n.d.

<https://www.icn.ch/> . n.d.

<https://www.omahasystem.org/> . n.d.

<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/program-models/community-organization>. n.d.

<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/community-based-intervention>. n.d.

<https://www.tki.org.nz/>. "The socio-ecological perspective and health promotion in Health and Physical Education in the New Zealand Curriculum ." 1999. <https://health.tki.org.nz/Key-collections/Curriculum-in-action/Making-Meaning/Socio-ecological-perspective/Defining-the-socio-ecolo>.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>. n.d.

<https://youth.gov/content/communities-care>. n.d.

ICN . SHËNDETI PËR TË GJITHË INFERMIERIA, SHËNDETI GLOBAL DHE MBULIMI SHËNDETËSOR UNIVERSAL DITA NDËRKOMBËTARE E INFERMIERËVE 2019 The International Council of Nurses (ICN). 2019.

ICN, 2019. https://2019.icnvoicetolead.com/ëp-content/uploads/2017/04/IND2019_Albanian.pdf. 2019.

ISHP . <http://www.ishp.gov.al/departamenti-i-promocionit-te-shen/>. n.d.

ISHP. Indikatorët e përbashkët shëndetësorë Evropiane (ECHI), Manual i indikatorëve shëndetësorë për Shqipërinë ISHP 2015. 2015.

ISHP, 2015. <http://www.ishp.gov.al/konferenca-nderkombetare-e-shendetit-publik-determinantet-sociale-te-shendetit-12-maj-2015>. 2015.

- Israel BA, & al. " Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health." *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173–202 1998.
- J Macleod, G Davey Smith. *Evidence based public health policy and practice. Psychosocial factors and public health: a suistable for treatment?* 2003.
- Jennifer R. Pharr & al . *The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors International Scholarly Research* 2012. 2012.
- Jennifer R. Pharr & al. *The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors volume 2012*<https://doi.org/10.5402/2012/483432>. 2012.
- Johan P. Mackenbach. *Socioeconomic inequalities in health in high-income countries: the facts and the options DOI: 10.1093/med/9780199661756.003.0008*. 2015.
- John Ashton & al . *Healthy cities — WHO's New Public Health initiative* 1991. 1991.
- John R Hughes & al . *Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers* 2004. 2004.
- Johnson M, Maas M. *The Nursing Outcomes Classification. J Nurs Care Qual*. 1998 Jun;12(5):9-20; . 1998.
- Journal of health global. *Journal of health global Vol. 7 No. 2/1 December 2017 ISSN 2047-2978*. 2017.
- Joy Darch, & al . "Nurses as role models in health promotion: A concept analysis 2017, Vol 26, No 17 pg 986." *British Journal of Nursing*, 2017.
- . "Nurses as role models in health promotion: A concept analysis, Vol 26, No 17." *British Journal of Nursing* (2017).
- K Lee. " Global health promotion: hoë can ëe strengthen governance and build effective strategies? Health Promotion International, Vol. 21 No. S1 # The Author (2007). All rights reserved. doi:10.1093/heapro/dal050." *Published by Oxford University Press*. 2007.
- K. Arockia Raj. *Concept of Community Organization: Meaning, Definition, Types of Community and History of Community*. 2016.
- Kaldybekovna, M,Sh. *Health promotion and disease prevention - the basis of future medicine* 2016. 2016.
- Keith Brownlee & al . *Strategie for community assessment* . 2009.
- . *Strategie for community assessment* . 2009.
- Kendall, Rodger, & Palmer. *The use of ëhole family assessment to identify the needs of families with multiple problems*. 2010.
- Kenneth R. McLeroy& al . "Community-Based Interventions ." *Am J Public Health*. 2003 April; 93(4): 529–533. 2003.

- Kim D, Subramanian SV, Kaëachi I. *Social capital and physical health: a systematic review of the literature*. 2008.
- Kumar,S & GS Preetha. " Health Promotion: An Effective Tool for Global Health . 2012 Jan-Mar; 37(1): 5–12. doi: 10.4103/0970-0218.94009." *Indian J Community Med* 2012.
- . " Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. 2012 Jan-Mar; 37(1): 5–12. doi: 10.4103/0970-0218.94009." *Indian J Community Med* 2012.
- "Kuptimi i përcaktuesve socialë të shëndetit ." 2019. <https://eshendetesia.com/blog/46/vieë>.
- Kuptimi i përcaktuesve socialë të shëndetit 2019-10-23 06:53:39* <https://eshendetesia.com/blog/46/vieë>. 2019.
- KZLNDQ. "MONITORIMI I SHËRBIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI KZLNDQ 2014 pg 17." 2014.
- Last JM. *USA: Oxford University Press; 2000. A Dictionary of Epidemiology*. [Google Scholar]. 2000.
- Leung M. W, Yen I. H, Minkler M. . "Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. ." *International Journal of Epidemiology*. 2004;33(3):499-506. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyh010> 2004.
- Lorraine M. Wright & Maureen Leahey . *Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention 5th edition* 2009. 2009.
- Machteld Huber & al. "How should we define health? ;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163." *BMJ* 2011 (n.d.).
- . "How should we define health? BMJ 2011;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163." (2011).
- . "How should we define health? BMJ 2011;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163." (2011).
- Malin Eriksson. "Social capital and health – implications for health promotion ." *Published online 2011 doi: 10.3402/gha.v4i0.5611* (2011).
- . *Social capital and health – implications for health promotion Published online 2011 doi: 10.3402/gha.v4i0.5611*. 2011.
- Marjo Anette Kristiina Mehtälä & al . "A socio-ecological approach to physical activity interventions in childcare: a systematic review ." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2014.
- McLeroy KR, & al. " Community-based interventions. ." *Am J Public Health*. 2003;93:529–33 2003.
- McLeroy, K. R., & al. "An ecological perspective on health promotion programs." *Health Education & Behavior* 1988.
- Mechanic D. . *Disadvantage, inequality, and social policy*. *Health Aff*. 2002;21(2):48–59. 2002.

- Merzel C, D'Afflitti J. "Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. ." *Am J Public Health*. 2003;93:557–74. 2003.
- Michael A. Rosen & al . "Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care May-Jun; 73(4): 433–450. doi: 10.1037/amp0000298." *Am Psychol*. 2018 (2018).
- Michael V Maciosek & al. "Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis ." *Am J Prev Med* doi: 10.1016/j.amepre.2006.03.012 2006.
- . "Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis ." *Am J Prev Med* doi: 10.1016/j.amepre.2006.03.012. 2006.
- Michele Barnes-Mauthe & al . *What determines social capital in a social-ecological system? Insights from a network perspective* doi: 10.1007/s00267-014-0395-7. . 2014.
- Mittelmark MB. . *Health promotion at the community level: lessons from diverse perspectives. Health promotion at the community level 2. New Advances. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999. 1999.*
- MOH. *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 fq 10*. n.d.
- . *Organizimi i sistemit shëndetësor* . 2019.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021*. 2017.
- MOH. "PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021." 2017. 18-20.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021*. 2017.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021* . n.d.
- . "PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 10." n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 10*. n.d.
- . "PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 10." n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 10*. n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 fq 12*. n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 fq 18*. 2017.
- MOH, 2017. *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 11*. n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 18-20*. n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 , pg 14*. n.d.
- MOH,2017. *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021* . n.d.
- . *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 pg 15*. n.d.

—. *PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021 fq 18-20*. n.d.

MOH,2019. *URDHRIN PER MIRATIMIN E RREGULLORES SE BRENDSHME PER MENYREN E ORGANIZIMIT DHE FUNKSIONIMIT TE OPERATORIT TE SHERBIMEVE TE KUJDESIT SHENDETESOR dt 17.10.2019*. 2019.

Monir Baradarn Eftekhari & al. "The Main Advantages of Community Based Participatory Health Programs: An Experience from the Islamic Republic of Iran ." *Glob J Health Sci*. 2013 May; 5(3): 28–33. doi: 10.5539/gjhs.v5n3p28 2013.

Nezih Guner . *Marriage and Health: Selection, Protection, and Assortative Mating Eur Econ Rev*. 2018 May; 104: 138–166. Published online 2018 Mar 11. doi: 10.1016/j.eurocorev.2018.02.005. 2018.

Nola J. Pender & al . *Health Promotion in Nursing Practice Sixth Edition 2014 ISBN 13: 978-1-292-02782-1*. 2014.

Nola J. Pender Carolyn L. Murdaugh. *Community Models to Promote Health Health Promotion in Nursing Practice*. 2015.

Nutbeam D. *Health promotion glossary, Health Promotion, 1, 113-27*. 1986.

Nutbeam, D. *Health Promotion Glossary, World Health Organisation Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Australia,*. 1998.

Nutbeam, D. 1998. *Health Promotion Glossary, World Health Organisation Collaborating Centre for Health Promotion, Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney, Australia,* 1998. 1998.

Nyswander D. *Education for health: some principles and their applications. Health Educ Monogr*. 1956;14:65–70. 2000.

PAHO-WHO. *Health Indicators-Conceptual and operational consideration*. 2021.

Patricia A Chiverton& al . "The future role of nursing in health promotion Nov-Dec 2003;18(2):192-4." *Am J Health Promot* (2003).

Paula Braveman & al. *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes Public Health Rep*. 2014 Jan-Feb; 129(Suppl 2): 19–31. doi: 10.1177/00333549141291S206. 2014.

Phinse Mappalakayil Philip & al . "Community-based interventions for health promotion and disease prevention in noncommunicable diseases: A narrative review ." *J Educ Health Promot*. 2018; 7: 141. doi: 10.4103/jehp.jehp_145_18 2018.

Puci, V. *SHËRBIME SOCIAL SHËNDETËSORE* . 2018 . <http://ëëë.akafp.gov.al/ëp-content/uploads/2014/09/16-Lenda-Ekonomi-shendeti-kl.13-Sherbime-soc-shendet-2018.pdf>.

Puci, V 2018. *SHËRBIME SOCIAL SHËNDETËSORE 2018* <http://ëëë.akafp.gov.al/ëp-content/uploads/2014/09/16-Lenda-Ekonomi-shendeti-kl.13-Sherbime-soc-shendet-2018.pdf>. 2018.

- Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G. *Promocioni Shëndetësor*. 2010.
- Rachel L. J. Thornton & al. *Evaluating Strategies For Reducing Health Disparities By Addressing The Social Determinants Of Health Health Aff (Millëood)*. 2016 Aug 1; 35(8): 1416–1423. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1357. 2016.
- René Mendes, Elizabeth Costa Dias . *Health Protection, Health Promotion, and Disease Prevention at the Workplace 2011 DOI:10.1093/acprof:oso/9780195380002.003.0018* . 2011.
- René Mendes, Elizabeth Costa Dias 2011. *Health Protection, Health Promotion, and Disease Prevention at the Workplace 2011 DOI:10.1093/acprof:oso/9780195380002.003.0018* . 2011.
- Report. " Health Education and Promotion Terminology ." 2011.
- "Report of the 2011 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology DOI: 10.1080/19325037.2012.11008225." 2012.
- Robert James Campbell. "Change Management in Health Care The Health Care Manager Volume 27, Number 1, ." 2008. 23–39.
- ruralhealthinfo.org. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/1/definition>. n.d.
- . <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/program-models/community-organization>. n.d.
- . <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/1/definition>. 2021.
- . <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/ecological>. n.d.
- Ryan, & Deci. *Self- Determination*. 2000.
- Sandra Vosbergen & al. "An online survey to study the relationship between patients' health literacy and coping style and their preferences for self-management-related information ." *Patient Prefer Adherence*. 2014; 8: 631–642. 2014.
- Sanjiv Kumar and GS Preetha . " Health Promotion: An Effective Tool for Global Health 2012 Jan-Mar; 37(1): 5–12. doi: 10.4103/0970-0218.94009." *Indian J Community Med* 2012.
- Sanjiv Kumar and GS Preetha. "Health Promotion: An Effective Tool for Global Health 2012 Jan-Mar; 37(1): 5–12. doi: 10.4103/0970-0218.94009." *Indian J Community Med*. 2012.
- Smith PG, Morroë RH, Ross D. *Field Trials of Health Interventions: A Toolbox. 3rd edition. Oxford* 2015. 2015.
- Stachenko, S & Jenicek. *Difference between prevention and health promotion & Research* . 1990.
- Stefan Nickel & al . "Do multiple community-based interventions on health promotion tackle health inequalities?" *Internationale Journal for Equity in Health* , vol 19 2020.
- Stokols D. " Translating socio-ecological theory into guidelines for community health promotion. ." *Am J Health Promot*. 1996, 10: 282-298. 10.4278/0890-1171-10.4.282 1996.

- Stoto MA, Behrens R, Rosemont C. *Health Promotion and Disease Prevention in Community Settings Healthy People 2000: Citizens Chart the Course 1990*. 2000.
- Susan E. Short & al. *Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances Curr Opin Psychol*. 2015 Oct; 5: 78–84.doi: 10.1016/j.copsyc.2015.05.002. 2015.
- T. Heather Herdman. *NANDA-I nursing diagnoses : definitions & classification, 2009-2011*. 2008.
- Tengland, Per-Anders. *Health promotion and disease prevention : A real difference in public health practice? 2007*. 2007.
- Terre des hommes. *Komunitet mbështetës, familje bashkëpunuese, fëmijë të mbrojtur* . 2012.
- Terris M. *Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy*. 1992;13:267–76. [PubMed] [Google Scholar]. 1992.
- "The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health ." 2011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209871>.
- "The Guide to Clinical Preventive Services." n.d. <https://www.thecommunityguide.org/content/guide-clinical-preventive-services-0>.
- <https://health.tki.org.nz/Teaching-in-Health-and-Physical-Education-HPE/HPE-in-the-New-Zealand-curriculum/Health-and-PE-in-the-NZC-1999/Underlying-concepts/The-socio-ecological-perspective>. n.d.
- Tones, K . "Education and Health Promotion: new direction. ." *The Journal of the Institute of Health Education*, 21 121-31.doi.org/10.1080/03073289.1983.10805553 (1983).
- Traci L. Toomey & Kathleen M. Lenk. A . *Review of Environmental-Based Community Interventions Alcohol Res Health*. 2011; 34(2): 163–166. 2011.
- Trang Kuss R.N & al . *A Public Health Nursing Model* <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1997.tb00276.x>. 2007.
- UN, 2016. "Identifying social inclusion and exclusion ." 2016. <https://www.un.org/esa/socdev/röss/2016/chapter1.pdf>.
- UNICEF 2011. "Role of the Health Sector in Promoting Early Childhood Development ." 2011.
- Virpi kemppainen& al. " Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review." *Health Promotion International* ,Vol 28 No 4 (2012).
- . " Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review." *Health Promotion International* Vol 28 No 4 (2012).
- Watson J. . *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nd ed. Jones and Bartlett Learning LLC.; Sudbury, MA, USA: 2012 . 2012.

- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. *A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing*. . 1992.
- Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*, WHO . 1990.
- Whitehead, M. " The concepts and principles of equity and health, WHO Regional Office for Europe." Copenhagen, Denmark, 1990.
- . *The concepts and principles of equity and health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark*, . 1990.
- . "The concepts and principles of equity and health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, ." 1990.
- . "The concepts and principles of equity and health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 1990." n.d.
- Whitehead, M.1990. *The concepts and principles of equity and health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 1990*. Copenhagen , 1990.
- WHO. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* 2010 pg 39. 2010.
- WHO . *Behaviour change strategies and health: the role of health systems*. EUR/RC58/10. Tbilisi, Georgia: EHO. 2008.
- WHO. " Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity." (n.d.).
- . *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. n.d.
- . " Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity." n.d.
- . *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity*. 2014.
- . *Health Promotion Glossary* 1998 pg 10. 1998.
- WHO . <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. 1998.
- WHO. *Lifestyles and health social Science. Medicine* . 1986.
- . "Designing the road to better health and well-being in Europe" at the 14th European Health. 2011.
- . "COMMITTEE OF EXPERTS ON CRITERIA FOR PREVENTATIVE POLICIES AND HEALTH PROMOTION." 1998.
- . "Definitions of Sexual Health ." 2021. <https://www.health.state.mn.us/people/sexualhealth/definitions.html>.
- . *Evaluation in health promotion Principles and perspectives* nr 92 pg 192 2001. 2001.

- . "Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000 seventh report on the World Health situation. Vol. 5, European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986." 1986.
- . *Geneva. Milestones in Health Promotion, Statements in Global conferences. 2009 [Google Scholar. 2009.*
- . *Global strategy for Health for All by the year 2000 . 1981. 1981.*
- . *Glossary of Terms used in Health for All series. WHO, Geneva,1984. 1984.*
- . *Health 21 The health for all policy framework for WHO European Region 1998. 1998.*
- . *Health 21 The health for all policy framework for WHO European Region 1998. 1998.*
- . *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies 2012. 2012.*
- . "Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity." n.d.
- . *Health Promotion Glossary. 1986.*
- . <https://www.who.int/about/governance/constitution>. n.d.
- . <https://www.who.int/about/governance/constitution>. n.d.
- . <https://www.who.int/about/governance/constitution>. n.d. 2021.
- . https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. 2021.
- . <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. 1998.
- . *Milestones in Health promotion Statements from Global Conferences*
https://www.who.int/healthpromotion/milestones_yelloedocument.pdf. Copenhagen, 1984.
- . *Milestones in Health Promotion . 2009.*
- . *Milestones in Health Promotion . 2009.*
- . *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences . 2009.*
- . *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences . 2009.*
- . *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century 2009. 2009.*
- . *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences 2009. 2009.*
- . *Ottawa Charter for Health Promotion. , Geneva,1986. 1986.*
- . *Park's Textbook of Preventive and Social Medicine – 24th edition; Health Indicators-Conceptual and operational consideration. 2017.*
- . *Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration 2018. 2018.*

- . *South East Asia Regional Office. Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia. 2008. [Last accessed on 2011 Apr 10]. Available . 2008.*
- . *South East Asia Regional Office. Regional Strategy for Health Promotion for South East Asia. 2008. [Last accessed on 2011 Apr 10]. Available from: http://ëëë.searo.ëho.int/LinkFiles/Reports_and_Publications_HE_194.pdf. 2011.*
- . *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? 2004 pg 6. 2004.*
- WHO, 2009. *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences . 2009.*
- WHO, 2021. <https://www.who.int/about/governance/constitution>. n.d.
- WHO, Regional Office for Europe. *Measurement in health promotion and protection- 1987. Copenhagen, 1987.*
- WHO,1986. *Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva,1986. 1986.*
- . *Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva,1986. 1986.*
- . *Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva,1986). n.d.*
- WHO,1998. n.d.
- WHO,2008 . "Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health Chapter 7 Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT 2008 WHO." 2008.
- WHO,2011. *"Designing the road to better health and ëell-being in Europe" at the 14th European Health. 2011.*
- WHO,2020. *Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. n.d.*
- WHO. (1986). " Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottaëa, 21 November." n.d.
- Wilkinson& Marmot. *Social determinants of health The solid facts second edition 2003. 2003.*
- Wurzbach M. . *Community Health Education and Promotion 2004. 2004.*
- www.cancer.org. <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines.html>. n.d.
- www.cdc.gov. <https://www.cdc.gov/publichealthgateëay/cha/index.html>. n.d.
- www.cram.com. <https://www.cram.com/essay/Importance-Of-Family-Assessment-In-Nursing/PK2SL5LU6E45>. n.d.
- www.ctb.ku.edu. <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/analyzing-community-problems/main>. n.d.

www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/program-planning/community-assessment-foundation-program-planning-head-start/ehat-community-assessment>. n.d.

www.family.lovetoknow.com. <https://family.lovetoknow.com/about-family-values/family-ecomap-explained-examples-template>. n.d.

www.ruralhealth.und.edu. <https://ruralhealth.und.edu/projects/community-health-needs-assessment>. n.d.

www.tdmuv.com. "FAMILY ASSESSMENT. COMMUNITY AND HOME HEALTH NURSING. SCHOOL NURSING ." n.d. https://tdmuv.com/kafedra/internal/i_nurse/classes_stud/.

www.teachingei.org. <https://www.teachingei.org/families/09-family-assessment.php>. n.d.