

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



Moduli “Promocioni Shëndetësor”

Cikël leksionesh

Pjesa e dytë

Valbona Bezhani

Zamira Cabiri

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**



Tabela e përmbajtjes

Tema 1: Zhvillimi i një plani për parandalimin dhe promocionin shëndetësor	4
Tema 2: Procesi i planifikimit shëndetësor	14
Tema 3: Plani i promocionit shëndetësor në nivel komunitar.....	23
Tema 4: Aktiviteti fizik dhe ushqyerja. Përfitimet shëndetësore dhe risqet prej aktivitetit fizik	30
Tema 5: Nxitja e aktivitetit fizik dhe kapërcimi i pengesave në aktivitetin fizik.	37
Tema 6: Ndërhyrjet në komunitet për të promovuar aktivitetin fizik.....	45
Tema 7: Promovimi i dietave dhe ushqyerjes së shëndetshme	52
Tema 8: Faktorët që ndikojnë në sjelljen e të ushqyerit.....	59
Tema 9: Nxitja e ndryshimit dhe ndërhyrjeve në dietë	67
Tema 10: Vlerësimi i ndërhyrjeve tek individët dhe komuniteti	73
Tema 11: Qëllimi i vlerësimit të ndërhyrjes promociionale.....	81
Tema 12: Përzgjedhja e masave të rezultateve shëndetësore.	88
Tema 13: Promocioni në mjediset komunitare.....	97
Tema 14: Promocioni shëndetësor në familje, shkolla, në vendin e punës dhe në shërbimet parësore.....	105
Tema 15: Krijimi i partneriteteve shëndetësore	115
Tema 16: Pabarazitë shëndetësore në popullatat në nevojë	123
Referenca	132

Tema 1: Zhvillimi i një plani për parandalimin dhe promocionin shëndetësor

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë zhvillimin e një plani për parandalimin dhe promocionin shëndetësor dhe hapat e procesit të planifikimit shëndetësor. Gjithashtu do kuptojnë në zbatim zhvillimin e një plani individual të promovimit-parandalimit, kontrata infermier- klient.

Konceptet themelore

- Plani për parandalimin dhe promocionin shëndetësor
- Hapat e procesit të planifikimit shëndetësor
- Zhvillimi i një plani individual të promovimit
- Kontrata infermier- klient

Programet e parandalimit dhe të promovimit të shëndetit janë një grup i koordinuar aktiviteteve të drejtuara drejt arritjes së objektivave të përcaktuara, të ofruara nga organizata dhe profesionistët e shëndetësisë. Ato bazohen në përcaktuesit më të gjerë të shëndetit dhe synojnë të zvogëlojnë ndikimin negativ të këtyre përcaktuesve në shëndet dhe pabarazitë shëndetësore (www.moh.govt.nz)³⁶⁵.

Zhvillimi i një programi për promovimin e shëndetit përfshin **identifikimin dhe prioritizimin** e shëndetit, çështjet dhe nevojat, duke vendosur për mënyrat për t'i adresuar ato dhe duke ofruar mbështetje dhe burime për të vazhduar promovimin cilësor të shëndetit. Është një proces gjithëpërfshirës dhe pjesëmarrës që përfshin aktorët e interesuar.

Klientët (individët por dhe komuniteti) duhet të jenë pjesëmarrës aktivë në planifikimin dhe interpretimin e të dhënave të vlerësimit.

Bashkëpunimi i klientit me infermierën promovon perceptime pozitive. Ajo gjithashtu konfirmon aftësinë e individëve, familjeve ose komuniteteve për të krijuar kushtet që mbështesin një mënyrë jetese të shëndetshme.

Roli i infermieres është të ndihmojë klientët me planifikimin shëndetësor në vend që të kontrollojë procesin.

Gjatë vlerësimit, infermierja dhe klienti zhvillojnë një kuptim të ndërsjellë të:

- (1) gjendjes shëndetësore të klientit,
- (2) modeleve aktuale të sjelljes së shëndetit,
- (3) qëndrimeve dhe besimeve që ndikojnë në shëndetin dhe sjelljen shëndetësore
- (4) pritshmërive të grupeve të cilës i referohemi,
- (5) opsioneve të sjelljes potencialisht të disponueshme që ka ky individ ose komuniteti,
- (6) sfondit social-kulturor,
- (7) pengesave potenciale ose aktuale për ndryshimin e sjelljes shëndetësore,
- (8) sistemeve ekzistuese mbështetëse për sjelljet që promovojnë shëndetin (Nola J. Pender & al)³⁶⁶.

Zhvillimi i një plani sistematik për ndryshimin e sjelljes ofron një mundësi për klientin për të shprehur mënyra të qëllimshme për të rritur mirëqenien dhe për të rritur kënaqësinë nga jeta.

Planifikimi shëndetësor është një proces dinamik.

PROCESI I PLANIFIKIMIT SHËNDETËSOR

Procesi për zhvillimin e një plani për promovimin-parandalimin e shëndetit është përshkruar në çdo hap të procesit.

Këto nëntë hapa përfshijnë në mënyrë aktive të dyja palët në procesin e planifikimit të shëndetit:

1. Rishikoni dhe përmbledhni të dhënat nga vlerësimi.
2. Theksoni pikat e forta dhe kompetencat e klientit.
3. Identifikoni qëllimet shëndetësore dhe opsionet e ndërlidhura të ndryshimit të sjelljes.
4. Identifikoni rezultatet e sjelljes ose shëndetit që do të tregojnë se plani ka qenë i suksesshëm nga këndvështrimi i klientit.
5. Zhvilloni një plan të sjelljes-ndryshoni bazuar në preferencat e klientit dhe në "gjendjen e njohuritë e shkencës për ndërhyrjet efektive.
6. Përforconi përfitimet e ndryshimit dhe identifikoni stimujt për ndryshim nga perspektivat e klientit.
7. Adresoni lehtësuesit mjedisorë dhe ndërpersonalë dhe barrierat ndaj ndryshimit të sjelljes.
8. Përcaktoni një kornizë kohore për zbatimin.
9. Formalizoni një përkushtim ndaj sjelljes, ndryshoni qëllimet dhe ofroni mbështetjen e nevojshme për t'i realizuar ato (Nola J. Pender & al)³⁶⁶.

1. Rishikimi dhe përmbledhje e të dhënave nga vlerësimi

Gjatë vlerësimit, infermierja merr një mori të dhënash nga klienti. Informacioni duhet të përmbledhjet në një format që është i dobishëm. Rezultati i aktiviteteve të vlerësimit duhet të përfshijë informacionin e disponueshëm në fushat e mëposhtme si bazë për planifikim dhe veprim:

- a) Gjendja e shëndetit fizik
- b) Modelet funksionale të shëndetit. Modelet shëndetësore funksionale të Gordon (J I Hooper)³⁶⁷
- c) Aktiviteti fizik
- d) Statusi i ushqyerjes
- e) Faktorët stresantë të jetës
- f) Gjendja shpirtërore
- g) Mbështetja sociale
- h) Sjelljet e shëndetit personal
- i) Praktikat shëndetësore familjare
- j) Mbështetjet ose kufizimet mjedisore dhe angazhimi për sjelljet shëndetësore (Nola J. Pender & al)³⁶⁶

2. Theksimi i pikave të forta dhe kompetencat e klientit

Çdo 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 si në fushat për zhvillimin e mëtejshëm të kompetencave të vetëkujdesit. Klientët sjellin pikat e tyre të forta që përkrijnë me detyrën e planifikimit shëndetësor. Këto "pasuri" duhet të identifikohen, të njihen, dhe të përforcohen. Individët kryejnë sjellje shëndetësore sipas

bindjeve të tyre kulturore, preferencave dhe niveleve aktuale të njohurive dhe aftësive. Prandaj, është e rëndësishme që të integrojmë praktikat kulturore ekzistuese në planin e përgjithshëm shëndetësor.

Nëpërmjet të mësuarit, udhëzimit dhe mbështetjes, infermierja promovon kompetencat ekzistuese për të përmirësuar praktikat shëndetësore. Kërkesat dhe burimet e vetë-kujdesit do të ndryshojnë sipas moshës, gjinisë, fazës së zhvillimit dhe gjendjes shëndetësore të klientit. Kujdesi për veten, nevojat e familjeve do të ndryshojnë gjithashtu sipas përbërjes së familjes, duke u përballur dhe kërkesat e roleve. Edhe pse klientët ndryshojnë në kujdesin e tyre për veten dhe kompetencat e vetë-menaxhimit, është e rëndësishme të theksohet rëndësia e secilit klient si “agjent kryesor i vetë-kujdesit.” Megjithatë, edhe pse promovimi mund të jetë individual për shëndetin nuk e mohon rëndësinë e ndryshimit të infrastrukturës më të madhe sociale për ti bërë opsionet për promovimin e shëndetit më të disponueshme për grupet dhe komunitetet. Ndryshimi personal dhe ndryshimet sociale janë thelbësore për promovimin dhe parandalimin efektiv të shëndetit.

Një shembull i planit të promovimit-parandalimit të shëndetit për një individ është paraqitur tek tabela 1.

3. 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 ndryshimin 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 ndihen fajtorë për praktikat e tyre aktuale shëndetësore. Gjatë sesioneve të këshillimit shëndetësor, infermierja duhet të krijojë entuziazëm për arritjen 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)³⁶⁸. Psh ky individ që vendosi të lërë duhanin, tashmë ka filluar dhe aktivitetin fizik, ecjet në ajër të pastër, etj.

Klientët shpesh japin sinjale të rëndësishme emocionale për sjelljet që dëshirojnë të ndryshojnë, si për shembull:

"Çmendem me veten që jam kaq keq!"

"E vetmja herë që familja jonë është së bashku është para televizorit."

"Unë duhet të ndaloj së ngreni kaq shumë ushqime të pashëndetshme."

Tabela 1 Zhvillimi i një plani individual të promovimit-parandalimit

Përshtatur për: xxxx Adresa: xxxxxxxx Numër telefoni: 222-3333 I punësuar në (nëse punon): supervisor punimesh Etnia: Africo-American Data e lindjes: 3 /14/19 59 Datat e fillimit të planit: 1/15/2005			
Pikat e forta të klientit: Marrëdhënie e mirë me njerëzit; forcë shpirtërore, gjumë i mirë			
Faktorët madhorë të rrishtit: Kolesterol i rritur, obezitet i lehtë, jetë sedentare; ndryshime të lehta të sjelljes; shqetësime të përditshme; raporton pak frymëzim.			
Diagnoza infermierore: Deficit I aktivitetit fizik, ushqyerje e ndryshuar, më shumë sesa kërkesat e trupit, sforcim në rolin e kujdestarit (nëna e moshuar)			
Diagnoza mjekësore: Hipertension i mesëm			
Ekzaminim i rekomanduar për moshën: Presioni I gjakut; Fece për gjak okult; lezione malinje (të përfituara nga Guida për Shërbimet në lëkurë; depresion klinike parandaluese)			
Rezultatet e dëshiruara të sjelljes: Të bëjë ushtrime të rregullta (3x/javë), të ulë presionin e gjakut dhe peshën deri në 78 kg			
Shëndeti personal Objektivat *1 prioriteti më i lartë	Sjelljet e zgjedhura për tu arritur	Faza e Ndryshimit	Strategjitë/ ndërhyrjet për ndryshim
1.Dëshiron të ulë peshën trupore	a)Fillo një plan për ecje b) UI 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 përfortimit Kontraktimi i pacientëve Kontrolli i stimulit. Njohja e pasojave Ristrukturimi
2. Të ulë rrishtin e sëmundjeve hipertensive dhe sëmundjeve të tjera	Ndryshoni duke ulur dozën e kripës në ushqim	Synimi	Ndërgjegjësimi Ndihmë në edukim Rritja e vetëdijes Vetëvlerësimi

3. Të mësojë të menaxhojë stresin në mënyrë efektive	Merrni pjesë në grupe relaksimi dhe përdorni relaksim në shtëpi	Synimi	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)³⁶⁹.

4. Identifikimi i Rezultateve të 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 kam bërë përparim të dukshëm, a e kam arritur qëllimin tim?", kjo është një pyetje që klienti duhet ta bëjë në mënyrë periodike për të vlerësuar rëndësinë e planit. Duhet patur parasysh që klientët duhet të ndihmohen në vendosjen e rezultateve realiste. Për shembull, një qëllim i sjelljes për të ngrënë vetëm në oraret e vakteve mund të jetë më i lehtë për t'u arritur sesa një qëllim për të humbur një numër të caktuar kilogramësh.

Pesha ka shumë të ngjarë të reduktohet nëse ndiqet plani, por sjellje realiste dhe të prekshme që janë nën kontrollin e klientit janë më të lehta për t'u përforcuar dhe menaxhuar.

5. Zhvillimi i një Plani 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 që ekzistojnë, të sjelljeve me vlerë. 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)³⁷⁰ 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 të ndihmojë klientin të fitojë aftësitë e ndryshimit të sjelljes së nevojshme për të adoptuar dhe të mbajë sjelljet pozitive të shëndetit. Strategjitë dhe ndërhyrjet e duhura për të lehtësuar sjelljen individuale mund të gjenden në literaturën e shkencës së infermierisë dhe sjelljes. Infermierja mund të ndihmojë klientin në fitimin e aftësive të ndryshimit të sjelljes që nevojitet për të adoptuar dhe mbajtur sjelljet pozitive shëndetësore (Polly RYAN).³⁷¹

6. Përforcimi i përfitimeve të 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 rishihen shpesh, si në frigorifer, pasqyrë banjoje, kroskotin e makinës ose kompjuter etj. Sjelljet në planin e promovim-parandalimit të shëndetit janë personale, të vlefshme dhe të drejtuara drejt qëllimeve të rëndësishme (www.ruralhealthinfo.org)³⁷².

Përfitimet e ndryshimit përfshijnë 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)³⁶⁶.

7. Adresimi i lehtësuesve mjedisorë dhe ndërpersonalë dhe barrierat ndaj ndryshimit të sjelljes. Veçoritë e mjedisit fizik dhe marrëdhëniet ndërpersonale mbështetëse të ndryshimit pozitiv mund të përdoren për të forcuar përpjekjet për të modifikuar stilin e jetesës. Për shembull, rrjetet sociale ndihmojnë kundër barrierave për ndryshim. Inkurajimi nga familja dhe miqtë ndihmon klientin të këmbëngulë kur përpjekjet për ndryshim janë të vështira.

Të gjithë individët dhe familjet përjetojnë barrierë në tentativë për ndryshimin e sjelljes. 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 barrierë 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, moti i keq, etj. Infermieri/ja 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. Psh shumë e rëndësishme në këtë rast është barrierë mjedisore për një të ri që kërkon të largohet nga përdorimi i drogës, por lagja ku ai banon është e pasigurt për të, mungojnë objekte social-kulturore që do të mbështetnin stilin e ri të jetës së tij, mundësitë për puësim janë shumë të pakta, etj

8. Përcaktimi i 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 promovim-parandalimit të shëndetit. Nëse klienti po përpiqet të zvogëlojë rrezikun për sëmundje kronike ose për të përmirësuar shëndetin, ndryshimi gradual është i dëshirueshëm. Edukimi shëndetësor për kujdesin ndaj vetes duhet të vazhdojë me ritmin e nxënësit, ndryshimet në sjellje duhet të vazhdojnë me 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 kuptimplot kërkon që të caktohen afate për arritjen e qëllimeve specifike.

9. 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) kontratë midis infermieres dhe klientit, siç shihet në tabelën 2
- (2) kontrata personale e vetë klientit, sic paraqitet në tabelën 3
- (3) njoftime publike e qëllimeve për t'u angazhuar në sjellje të reja, për anëtarët e familjes dhe miqtë;
- (4) integrimi i sjelljeve të reja shëndetësore në një kalendar ditor ose javor;
- (5) blerje e furnizimeve të nevojshme (p.sh. ushqime me yndyrë të ulët, regjistrime 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)³⁶⁶.

Tabela 2 Shembull kontrate infermiere-klient (Nola J. Pender & al)³⁶⁶

Kontratë infermiere-klient	
Deklarata e Qëllimit të Shëndetit: unë <u>Arben</u> [klient]	<u>Zvogëlimi i ndjenjave të stresit dhe tensionit</u> <u>përdor teknikën e relaksimit progresiv</u> <u>kur të kthehem nga puna çdo ditë</u> (Përgjegjësi e klientit)
Për një periudhë <u>një javore</u> ku,	
<u>Pranvera</u> {infermiere}	do të më sigurojë mua dhe <u>(1) 2 kupona kafe për të ftuar një shoqe</u> <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)
_____	(Datë)

Tabela 3 Kontratë personale (Nola J. Pender & al)³⁶⁶

Kontratë personale
Objektivi personal I shëndetit : <u>Ndryshimi i dietës ushqimore</u> <u>Unë Era</u> I premtoj vetes që do të <u>ndjek një menu për një dietë me 1.200 kalori</u> <u>gjithsej me mëngjesin, drekën dhe darkën</u> për një periudhë <u>4 ditore</u> ku unë do ti <u>blej</u> <u>vetes sime një palë vathë të mërkurrën në 18 qershor</u>
Firma: _____
Date: _____

Një plan zhvillimi për Promovimin dhe Parandalimin e Shëndetit është ilustruar në tabelën 4. Suksesi në përmbushjen e këtyre formularëve rrit vetë-vlerësimin 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)³⁶⁶

Sjellja: Mësoni të përdorni relaksimin progresiv si një qasje në trajtimin e stresit	
<i>Përforcimi i Komponenti i Shpërblimit ose Përforcimit të Sjelljes</i>	<i>Komponenti i Shpërblimit ose Përforcimit të Sjelljes</i>
Merrni pjesë në sesionin e orës 9 të shtunën paradite në Qendrën e shëndetit	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 vizitë
E hënë	Shpenzoj një orë tek pista e makinave.
E martë	Blej një libër të ri.
E mërkurë	Lavdëroj veten, them që e kam praktikuar
E enjte	Ftoj Arbenin and Sidritin për të luajtur në pishinë
E premte	Do marr familjen time të shohim një film
Merrni pjesë sesionin e dytë të orës 9 të shtunën paradite në Departamentin e shëndetit	Marr një lëng portokalli në pushim me Andin, një nxënës i klasës.
Praktikoj teknikat e relaksimit për 20 minuta duke dhënë sugjerimet e mia në vend sesa të përdor kasetë.	Shkoj për një shëtitje të shkurtër me makinë dhe shijoj pejsazhin.

Të dielën	
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 me bicikletë me familjen
Mbaj shënimet e mia javore të praktikës së relaksit	Infermierja do të më sigurojë një kopje të "Përgjigje relaksimi" të Herbert Benson

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë termin “planifikim shëndetësor”, do të kuptojnë çështë Proçesi i Planifikimit shëndetësor, ç’është cikli i planifikimit dhe etapat nëpër të cilat ai kalon, objektivat dhe ndjekja e procesit.

Konceptet themelore

- Planifikim shëndetësor
- Proçesi i Planifikimit shëndetësor
- Objektivat e ndërhyrjes
- Cikli i planifikimit

Planifikimi është një proces sistematik i identifikimit dhe specifikimit të qëllimeve të dëshirueshme të së ardhmes dhe përvijimit të hapave të duhura të veprimit dhe përcaktimin e burimeve të nevojshme për t'i arritur ato (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷³.

Planifikimi Shëndetësor - është procesi i përcaktimit të problemeve të shëndetit të komunitetit. Identifikimi i nevojave dhe burimeve, krijimi i synimeve prioritare dhe përcaktimi i veprimit administrativ, nevojiten për të arritur këto qëllime (Challi Jira & al)³⁷⁴.

Me fjalë të tjera nëse planifikojmë se ku do arrijmë në shërbimet shëndetësore duhet të njohim mirë gjendjen, situatën, të përcaktojmë se ku do të shkojmë, të njohim sa burime kemi në dispozicion dhe të përcaktojmë hapat që do të ndërmarrim për të arritur atje ku duam.

Planifikimi shëndetësor duhet të synojë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të një popullsie të caktuar duke ruajtur njëkohësisht barazinë dhe drejtësinë në aksesin ndaj shërbimeve shëndetësore si dhe përgjegjshmërinë e sistemit shëndetësor ndaj nevojave të perceptuara të komunitetit.

Plani shëndetësor duhet ta arrijë këtë qëllim nëpërmjet ofrimit të shërbimeve shëndetësore efikase dhe efektive, duke marrë parasysh burimet në dispozicion, mjetet dhe metodat e disponueshme të kujdesit shëndetësor. (www.ihatepsm.com)³⁷⁵

Proçesi i Planifikimit shëndetësor është një cikël që përmban një sërë hapash që duhen ndjekur për të vendosur se çfarë do të përfshihet dhe kërkon të marrë përgjigje për një sërë pyetjesh si:

Ku jemi tani?

Kjo kërkon një analizë të situatës për të identifikuar nevojat dhe problemet aktuale shëndetësore e të lidhura me shëndetin.

Ku duam të shkojmë?

Kjo kërkon përzgjedhjen e prioriteteve dhe identifikimin e objektivave që duhet të arrihen për të përmirësuar situatën shëndetësore dhe/ose ofrimin e shërbimeve në një zonë të caktuar ose më gjërë.

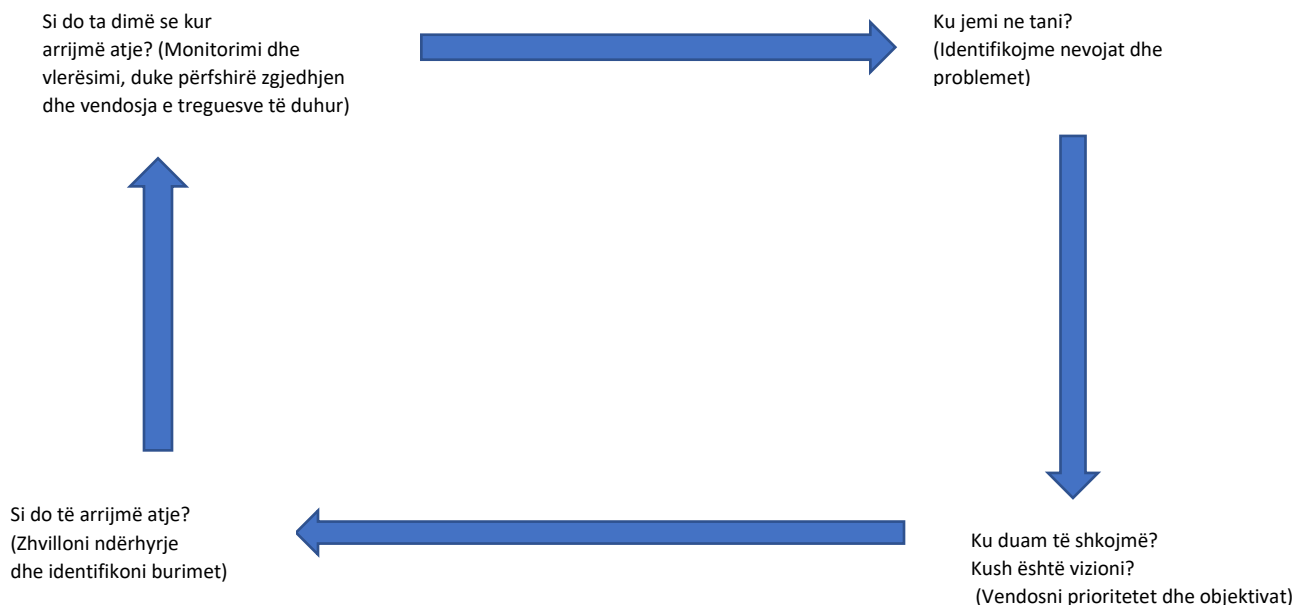
Si do të arrijmë atje?

Kjo detajon dhe organizon detyrat apo ndërhyrjet që do të kryhen, nga kush, gjatë cilës periudhë, me çfarë kostoje dhe çfarë burimesh do përdorim për të arritur objektivat e përcaktuara.

Si do ta dimë kur të arrijmë atje?

Kjo kërkon zhvillimin e treguesve të matshëm për monitorimin e progresit dhe vlerësimin e rezultateve.

Pyetjet e mësipërme formojnë një cikël planifikimi siç paraqitet në Figurën 1. (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶



1. Analiza e situatës dhe identifikimi i problemit

Analiza e situatës

Ky hap përfshin vlerësimin e situatës aktuale nga këndvështrime të ndryshme për të përcaktuar gjendjen aktuale, gjendjen shëndetësore për sa i përket nevojave dhe prioriteteve.

Në përgjithësi, analiza e situatës mund t'i përgjigjet pyetjes kryesore

'ku jemi tani?' (Identifikimi i nevojave dhe problemeve), dhe të çon në pyetjen tjetër kyçe

'ku duam të shkojmë'? (Vendosja e prioriteteve dhe objektivave).

Referojuni ciklit të planifikimit në figurën 1.

Rishikimi i planeve të mëparshme

Një analizë kritike e planit (ose planeve) të mëparshme është një hap thelbësor i hershëm në procesin e planifikimit:

- A ka ndryshuar politika e qeverisë gjatë periudhës dhe cili është ndikimi i saj në plan?
- Rishikoni planin e mëparshëm për të parë nëse ka ndonjë ndryshim në informacione të tilla si:

popullsia, ofrimi i shërbimit shëndetësor, pjesëmarrja e komunitetit dhe faktorët e tjerë socialë, ekonomikë dhe kulturorë.

- Njihni ndryshimin në disponueshmërinë e burimeve, p.sh. burimet njerëzore, paratë dhe materialet dhe alokimi i tyre në nivel kombëtar dhe komunitar.
- Analizoni mbështetjen e drejtuesit tuaj
- Rishikoni performancën e planit të mëparshëm
- Rishikoni dhe interpretoni dokumentat e politikave

Hapat që duhen ndjekur:

- Rishikoni udhëzimet e politikave kombëtare shëndetësore që rregullojnë zhvillimin dhe zbatimin e planit përsa i përket paketave shëndetësore që do të ofrohen, mjeteve të zbatimit të këtyre paketave dhe cilat janë problemet dhe kufizimet, cilat rregulla dhe rregullore duhet të ndiqen.
- Rishikimi i burimeve të disponueshme për zbatimin e planit në aspektin e burimeve njerëzore dhe financiare, pajisje, infrastrukturë dhe shërbime mbështetëse në rreth.
- Rishikimi i reformës së sektorit shëndetësor, burimeve njerëzore për politikën e zhvillimit të shëndetësisë, strategjisë së KSHP, udhëzimet për përgatitjen e planit të përhershëm dhe udhëzimet për buxhetin dhe programin.
- Mësoni rreth burimeve shtesë që kërkohen brenda komunitetit që mund të jenë të inkorporuara.
- ✓ Përcaktoni si kufizimet ashtu edhe avantazhet që mund të jenë të natyrshme në mjedisin socio-kulturor në të cilin po zhvillohet plani.

Identifikimi i problemit

Gjatë identifikimit të problemit duhet t'i kushtohet vëmendje problemeve shëndetësore dhe të lidhura me shëndetin bazuar në të dhënat nga: anketat e komunitetit, regjistrimi, raportet dhe përvoja juaj. Problemet shëndetësore mund të jenë parësore ose dytësore.

Problemet parësore

Këto përfshijnë sëmundje të identifikuar në komunitet si malaria, tuberkulozi, AIDS, sëmundje të tjera infektive, si dhe pabarazia ekzistuese, padrejtësia dhe pakënaqësia e klientit.

Probleme dytësore (të quajtura gjithashtu probleme kontribuese)

Këto mund të jenë burime të pamjaftueshme shëndetësore, shërbime joefikase të ofrimit të shëndetit ose aftësi të dobëta menaxhuese, të cilat shkaktojnë ose kontribuojnë në problemet parësore.

2 Analiza e problemeve dhe prioritizimi

2.1 Analiza e problemit (pema e problemeve dhe nevojave)

Është e rëndësishme që personeli shëndetësor të analizojë problemet e identifikuar në kontekstin e kushteve mbizotëruese në rrethet e tyre përkatëse, duke përdorur si pemën e problemit ashtu edhe ato të nevojave.

Analiza e problemit bëhet duke ndërtuar një pemë .

Pema e problemeve është një grup supozimesh mbi shkaqet që lidhen me problemin dhe pasojat e tij.

2.2 Prioritetizimi i problemit

Në planifikim, duke qënë se nevojat janë të shumta, por burimet janë të pakta, personeli duhet të bëjë zgjedhje midis nevojave në mënyrë që burimet e pakta të mund të përdoren me efikasitet. Prandaj një qasje praktike është renditja e problemeve sipas rëndësisë, psh. të merren parasysh prioritetet kombëtare të pasqyruara në udhëzimet e politikave shëndetësore kombëtare si kontrolli i HIV/AIDS dhe malaries dhe çrënjosja e poliomielitit, etj.

Pasi të jenë identifikuar problemet kryesore, duhet të analizohen shkaqet e tyre duke pyetur dhe gjetur se pse ekzistojnë. Kjo ndonjëherë është e qartë, por në disa raste është e nevojshme të kryhet gjerësisht konsultimi apo edhe kërkimi.

Prioritizimi është marrja e vendimeve se si burimet e kufizuara mund të ndahen më mirë për shëndetin prioritar, problemet apo nevojat. Ai përdor një kombinim të qasjeve dhe kriterëve të ndryshme.

Prioritetet shëndetësore, qofshin ato kombëtare apo rajonale, arrihen duke përdorur kriterë të qarta siç janë:

- Madhësia: Për sa i përket përqindjes së popullsisë së prekur si femrat, fëmijët e moshës parashkollore, fëmijët e shkollës, të moshuarit, etj. Kjo në thelb përshkruan se sa i madh është problemi.

- Ashpërsia/rreziku: Për individin dhe komunitetin. Sa serioze është gjendja?; A e bën atë kërcënuese për jetën?; Shkaktojnë vuajtje të mëdha?; Ulin aftësinë për të bërë një jetë normale?; Zvogëlojnë produktiviteti?

- Cënueshmëria ndaj ndërhyrjes (fizibiliteti): Nëse një problem nuk është i prekshëm ndaj ndërhyrjes, ai ka pak kuptim për ta përfshirë atë në listën e atyre që synohen për veprim.

- Kosto-efektiviteti i ndërhyrjes: i shprehur në terma të efektivitetit të koston. Këto kriterë duhet t'i përgjigjen pyetjes nëse problemi adresohet, ia vlen për koston financiare të përfshirë?.

- Përshtatshmëria politike: Edhe nëse një problem plotëson të gjitha kriteret e mësipërme, nëse nuk njihet siç është politikisht e përshtatshme nga autoriteti qendror (Shih më lart: "Rishikimi dhe interpretimi i dokumenteve e politikave"), është shumë e vështirë ta përfshish atë në listën me prioritet të lartë. Kjo është arsyeja pse është e rëndësishme që të ketë një bazë provash për një prioritet të tillë në mënyrë që të bindë politikanët.

Është thelbësore të përfshihen nevojat e shprehura nga komuniteti në plane pasi ato sigurojnë pronësinë e komunitetit të ndërhyrjeve që çojnë në qëndrueshmëri të aktiviteteve.

2.3 Vendosja e objektivit dhe objektivave

Kjo fazë në ciklin e planifikimit përfshin përcaktimin e qëllimit dhe objektivave. Kjo fazë i përgjigjet pyetjes kryesore "ku duam të shkojmë"? Ose 'çfarë duam të arrijmë'?

Pritet që ekipet e menaxhimit të shëndetit të rretheve të kenë një pasqyrë të qartë të situatës shëndetësore të rrethit (nga analiza e situatës), nga e cila do të dalin prioritetet dhe objektivat.

Objektivi përcaktues për sistemin shëndetësor është përmirësimi shëndetit të popullatës. (Christopher J.L. Murray¹ & Julio Frenk)³⁷⁷ Nëse sistemet shëndetësore nuk do të kontribuonin në përmirësimin e shëndetit ne nuk do të zgjidhnim për t'i pasur ato. Shëndeti i popullatës duhet pasqyrojë shëndetin e individëve gjatë gjithë jetës. (Christopher J.L. Murray¹ & Julio Frenk)³⁷⁸. Kjo ka të bëjë si me nivelin mesatar të shëndetit të popullsisë dhe me pabarazitë e shpërndarjes së shëndetit.

Duhet të formulohen objektiva për të adresuar problemet prioritare të identifikuar dhe shkaqet imediate të tyre.

Objektivat duhet të jenë specifike, të matshëm (ose të paktën të vëzhgueshëm), të arritshëm, realistë dhe të kufizuar në kohë (SMART).

Pema e objektivave

Shndërrimi i problemeve në një peme problemore lehtëson zhvillimin e objektivave.

Për shembull, nëse një nga problemet në një pemë problematike deklarohet si:

“Referimi i vonuar i urgjencave obstetrike”, një objektiv mund të jetë:

“reduktimi i numrit të referimeve të vonuara të emergjencave obstetrikale me 40%” (do të jetë e nevojshme të përcaktohet qartë se çfarë duhet të konsiderohet një vonesë dhe çfarë të konsiderohet një urgjencë obstetrike).

Të gjitha deklaratat e problemit tani do të formojnë një pemë objektivash.

Objektivat mund të shprehen në termat e asaj që mund të arrihet brenda një periudhe relativisht të shkurtër kohore, që janë objektiva afatshkurtra të cilat në fund të fundit çojnë në arritjen e objektivave afatgjata.

Shembuj të objektivave afatshkurtër: Psh Të këshillojë dhe t'i referohen kujdesit antenatal 70% të grave shtatzëna në 10 fshatra në një vit.

Shembull i objektivit afatgjatë: Të reduktohet vdekshmërinë foshnjore nga 10/1000 aktuale në 8/1000 lindje të gjalla në një periudhë trevjeçare.

Pas përcaktimit të objektivave, ju duhet të përcaktoni numrin dhe cilësinë e aktiviteteve specifike që duhet të kryhen për të realizuar objektivat.

2.4 Formulimi (zhvillimi) i ndërhyrjeve (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Zhvillimi i ndërhyrjeve është procesi i identifikimit, përzgjedhjes dhe vendosjes ndërmjet alternativave qasjet dhe masat për të adresuar problemet dhe nevojat shëndetësore të identifikuara dhe të prioritzuara. (Fernandez, Maria E.& al)³⁷⁹ Në këtë fazë pyetja kryesore që duhet trajtuar është "si do të arrijmë atje?"

Formulimi i ndërhyrjeve kryhet në lidhje me fazën tjetër në rrethin e planifikimit, që është përcaktimi i kërkesave për burime dhe më pas përgatitja e planit të veprimit. Ndërhyrjet janë masa alternative për të adresuar nevojat prioritare shëndetësore.

Hapat e mëposhtëm nevojiten në zhvillimin e ndërhyrjeve:

- Identifikimi dhe renditja e boshllëqeve dhe dobësive në komponentët ekzistues të shërbimit duke kërkuar në:
 - inputet e duhura të shërbimit si infrastruktura e ofrimit të shërbimeve, burimet dhe mbështetja nga sistemi;
 - menaxhimi dhe organizimi, i fokusuar në kontrollin e burimeve, monitorimin e aktivitetit, cilësinë, kontrollin, shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore, përfshirjen dhe pjesëmarrjen e komunitetit.
- Identifikimi i komponentëve dhe aktiviteteve që kërkohen për të arritur ndryshimin e dëshiruar në komponentët ekzistues të shërbimit.
- Identifikimi i kufizimeve të mundshme për ndërhyrjet e planifikuara.
- Modifikimi i ndërhyrjeve të propozuara në përputhje me territorin, qasjet politike, kushtet socio-kulturore, duke përfshirë infrastrukturën ekzistuese, menaxhimin dhe organizimin.

Merrni parasysh kriteret e mëposhtme për modifikimin e ndërhyrjeve:

- çdo ndërhyrje ose opsion që ka mbështetje shumë të fortë politike, duhet të përfshihet;
- çdo ndërhyrje që ka një kufizim detyrues që do ta bënte atë të përealizueshme duhet të eliminohet;

2.5 Përcaktimi i Kërkesave për Burime (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Përcaktimi i kërkesave për burime përfshin përkthimin e ndërhyrjeve dhe të gjitha aktiviteteve të nevojshme në burime si puna njerëzore, materialet, paratë, hapësira, koha dhe informacioni.

Si të përcaktohen nevojat për burime?

Krijoni një tabelë të inventarit të burimeve. Tabela duhet të specifikojë burimet ekzistuese, burimet shtesë, burimet e nevojshme. Për ta bërë këtë, listoni të gjitha aktivitetet e programit, llojin dhe sasinë e burimeve të kërkuara nga çdo aktivitet programi.

Shembull:

Përcaktoni burimet e nevojshme për imunizimin e 10,000 grave midis 15 dhe 45 vjeç me dy injeksionet e secilit toksoid tetanoz brenda një viti.

2.6 Përgatitja e Planit të Veprimit (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Një plan veprimi zakonisht përgatitet në një format matrice dhe do të përmbajë pikat e mëposhtme:

- problemin
- objektiv(et)/ndërhyrjet
- aktivitetet
- inputet
- aktori/zbatuesi kryesor përgjegjës/i rëndësishëm
- supozimet dhe rreziqet
- treguesit e monitorimit të aktivitetit
- produktin e planifikuar
- koston e aktivitetit dhe zbatimin
- kornizën kohore.

2.7 Përgatitja e buxhetit (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Buxhetimi është një proces i kostos së inputeve dhe aktiviteteve në terma monetarë.

Përshkrimi i buxhetit:

- Buxhetimi bëhet nga kostot e vlerësuara të inputeve dhe aktiviteteve që do të kërkohen për t'u zbatuar sipas planit.
- Ekzistojnë dy lloje kostosh: kostot periodike dhe kostot kapitale:
 - Kostot e përsëritura i referohen kostove që bëhen çdo vit për të mbajtur sistemin, p.sh. rroga, barna dhe çdo material tjetër harxhues.
 - Kostot kapitale/zhvilluese i referohen kostove që kryhen në një aktiv fiks. Një aktiv me një jetëgjatësi më shumë se një vit, p.sh. pajisje imazherike, makina, termus, peshore, etj

- Kostot e amortizimit janë të dobishme për planifikim pasi ato na tregojnë se kur duhet inputet e kapitalit të zëvendësohen. Kjo mund të vendoset në buxhetin afatgjatë nëse kohëzgjatja e buxhetit është më shumë se një vit, p.sh. plani trevjeçar dhe buxheti i ardhshëm.
- Kostoja e inputeve të aktivitetit: Kostot e inputeve duhet të vlerësohen përpara dhe më pas të transferohen në buxhet. Ky proces është referuar si analiza e kostos.

2.8 Zbatimi

Pasi planifikimi dhe buxhetimi të jetë kryer dhe miratuar nga autoriteti përkatës, vazhdohet me zbatimin e planit. Tre janë aspektet që duhen mbajtur parasysh gjatë zbatimit të planit të veprimit:

- ❖ Efektiviteti
- ❖ Efikasiteti
- ❖ Kohëzgjatja.
- ❖ Efektiviteti

Kur një aktivitet zbatohet, rezultati quhet output. Për shembull, nëse kryeni një studim, rezultati është një raport studimi. Prandaj, raporti i studimit do të ishte një produkt i këtij aktiviteti.

Efektiviteti i referohet deri në çfarë mase janë arritur rezultatet e veçanta të aktivitetit në krahasim me objektivat e vendosura. Për të arritur objektivat e përcaktuara në planin e veprimit, të gjitha aktivitetet duhet të zbatohen plotësisht, duke arritur objektivat e përcaktuara dhe duke mbuluar të gjithë komponentët e aktivitetit.

❖ Efikasiteti

Zbatimi i çdo aktiviteti përfshin përdorimin e burimeve. Këto mund të jenë burime njerëzore, burimet financiare, koha dhe burimet e tjera materiale dhe logjistike. Siç u përshkrua më herët, zbatimi i një aktiviteti rezulton në një produkt.

Shembull:

Dy ekipeve të teknikëve të laboratorit, me të njëjtat pajisje, u jepen nga 100 mostra gjaku test për parazitët. Skuadra A i përfundon testet për 5 orë dhe skuadra B për 4 orë. Kjo do të thotë se ekipi A kryen 20 teste në orë ndërsa ekipi B kryen 25 teste në orë. Prandaj ekipi B prodhon më shumë rezultat se ekipi A, duke pasur parasysh të njëjtat burime. Atëherë mund të konkludohet se ekipi B është më shumë efikas se ekipi A sepse prodhon më shumë rezultate për njësi të dhënash të burimeve.

❖ Kohëzgjatja

Gjatë hartimit të planit të veprimit, aktivitetet janë planifikuar të zbatohen në kohë dhe brenda një periudhë të caktuar kohore. Në rastin e fundit është e qartë se zbatimi i pjesshëm ose i munguar i aktiviteteve sipas planit do të çonte në vonesë ose në mungesë të zbatimit të aktiviteteve të ardhshme. Prandaj është e rëndësishme të përpiqemi për të ndërmarrë dhe përfunduar aktivitetet siç janë planifikuar në planin e veprimit. Megjithatë, disa herë kjo nuk është e mundur për shkak të faktorëve të paparashikuar. Këta faktorë përfshijnë, ndër të tjera, edhe politikën, disponueshmëria e fondeve, aktivitetet e paplanifikuara, p.sh: Ekipi Shëndetësor i Qarkut thirret menjëherë të marrë pjesë në një seminar njëjavor të organizuar nga Ministria e Shëndetësisë. Ky transferimi i personelit bën që të zvarritet procesi.

Harmonizimi i planeve, kërkesa e hershme e fondeve dhe logjistikës dhe furnizimeve të tjera,

dhe përdorimi i takimeve koordinuese mund të ndihmojë në reduktimin e disa prej këtyre problemeve.

Këto afate dhe detyra të caktuara duhet t'u bëhen të njohura të gjithë anëtarëve të ekipit të përfshirë në aktivitet. Kjo do të sigurojë përfundimin në kohë të aktiviteteve.

2.9 Monitorimi dhe Vlerësimi (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Pyetja kryesore që duhet trajtuar në këtë fazë të ciklit të planifikimit është “si do të bëjmë kur arrijmë atje dhe çfarë kemi arritur?”

Çfarë është monitorimi?

Monitorimi është një vlerësim sistematik dhe i vazhdueshëm i ecurisë së një aktiviteti në kohë. Monitorimi mund të bëhet përmes procesit të mbledhjes, koordinimit, përpunimit, matjes dhe komunikimit të informacionit për të ndihmuar drejtuesin në vendimmarrje.

Monitorimi përfshin **ndjekjen e inputeve** (vaksinat, fondet, personelin, etj.), **procesin** (aktivitetet/ detyrat që kryhen sipas normave dhe standardeve të pranuar), **produktet** (shërbimet ofrohen siç është planifikuar, trajnimi rezulton në aftësi të reja, etj.) dhe në fund **rezultati** (efekti afatshkurtër i programit ose fushatës).

Monitorimi siguron që:

- puna ecën sipas planit;
- mbahen standarde të tilla si ruajtja dhe administrimi i vaksinave;
- burimet përdoren në mënyrë racionale dhe sipas planit;
- informacioni i kërkuar është i disponueshëm dhe përdoret;
- janë zbuluar probleme gjatë periudhës së zbatimit për të ndërmarrë masa korrigjuese; dhe
- verifikohen plane për të konstatuar se ato janë duke u zbatuar në mënyrën e planifikuar.

Çfarë është Vlerësimi? (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Vlerësimi është vlerësimi sistematik i veprimeve në mënyrë që të përmirësohet planifikimi ose zbatimi aktual dhe aktivitetet e ardhshme. Vlerësimi përfshin fusha të kontekstit, kontributit, procesit dhe ndikimit për të vlerësuar nëse objektivat e vendosura janë arritur. Mund të jetë i brendshëm, që kryhet nga zbatuesit, ose i jashtëm.

Pse bëhet vlerësimi?

Thelbi i vlerësimit është të përcaktojë performancën, efektivitetin dhe efikasitetin e programit.

Pra një vlerësim mund të kryhet për të:

- Vendosur nëse një aktivitet ia vlente të bëhej.
- Përcaktuar nëse objektivat e vendosura u arritën.
- Përcaktuar nëse aktivitetet duhet të vazhdojnë apo jo.
- Përcaktuar nëse projekti duhet të shtrihet diku tjetër, etj.

Kur do të vlerësohet?

Para zbatimit:

- të vlerësohen nevojat dhe potencialet e zhvillimit;
- për të përcaktohet fizibilitetin e planit.

Gjatë zbatimit (vlerësimi formues):

- të identifikohen fushat për ndryshime ose modifikime;
- për të zbuluar mangësitë dhe për të siguruar ridizajnimin e menjëhershëm të strategjive të ndërhyrjes.

Në fund të programit (vlerësimi përmbledhës):

Për të vlerësuar efektin dhe rezultatet e programit ose projektit me synimin për të marrë informacion mbi:

- efektiviteti i programit në arritjen e objektivave të tij të deklaruara;
- kontributi i tij në qëllimet zhvillimore;
- efikasiteti i programit ose projektit në shfrytëzimin e burimeve;
- qëndrueshmëria e rezultateve të projektit; dhe
- nëse do të vazhdohet, modifikohet apo të përfundojë projekti.

Vlerësimi gjithëpërfshirës trajton kontekstin, inputet, procesin dhe rezultatin.

Treguesit (Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime)³⁷⁶

Treguesit janë variabla me të cilët ne mund të masim ndryshimet drejtpërdrejt ose tërthorazi. Për shembull, nëse objektivi është trajnimi i një numri të personelit shëndetësor në vit, një tregues i drejtpërdrejtë është numri i personelit të trajnuar në një vit.

Për të gjykuar progresin në arritjen e objektivit të përmirësimit të shëndetit të fëmijëve në një popullatë të caktuar, mund të jetë e nevojshme të vlerësohet një përmirësim i tillë duke përdorur disa tregues që masin ndryshimet në shëndetin e fëmijëve si: statusi i të ushqyerit, mbulimi i imunizimit, vdekshmërisë sipas moshës etj.

Gjatë përzgjedhjes së treguesve, duhet të merret parasysh plotësisht nëse ata janë të **vlefshëm, të besueshëm, të ndjeshëm dhe specifikë**.

-Vlefshmëria: nënkupton që treguesi në të vërtetë mat atë që supozohet të matë.

- Besueshmëria: nënkupton që edhe nëse njerëz të ndryshëm e përdorin treguesin në kohë të ndryshme dhe në rrethana të ndryshme rezultatet do të jenë të njëjta.

-Ndjeshmëria: do të thotë që treguesi duhet të kapë, të perceptojë ndryshimet në situatë ose fenomenin për të cilin bëhet fjalë.

- Specifikimi: do të thotë që treguesi pasqyron ndryshimet vetëm në një situatë ose një fenomen të caktuar. Për shembull, IMR (është numri i vdekjeve për 1000 lindje të gjalla të fëmijëve nën një vjeç) është një tregues i ndjeshëm, por shumë i papërpunuar i nivelit të shëndetit të një popullate fëmijësh. Është një masë e drejtpërdrejtë e vdekjes, dhe vetëm një masë indirekte e shëndetit, por brenda këtij kufizimi është edhe tregues i vlefshëm dhe i besueshëm.

Tema 3: Plani i promocionit shëndetësor në nivel komunitar

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë rëndësinë e përfshirje së komunitetit në promocion, do të kuptojnë parimet e pjesëmarrjes së komunitetit në promocion, cilat janë programet ku mund të përfshihet komuniteti. Ato do të arrijnë të kuptojnë dallimet midis promocionit dhe edukimit shëndetësor.

Konceptet themelore

- Përfshirja e komunitetit në promocion
- Parimet e pjesëmarrjes
- Programet e edukimit
- Aktivitetet promovuese

Disa përcaktues shëndetësorë janë të lidhur me kushtet dhe parakushtet lokale në nivel komuniteti. Për këtë arsye, forcimi i veprimit të komunitetit ka qenë një nga pesë strategjitë e zbatuara në promovimin e shëndetit që nga fundi i viteve 1980. Një veprim i tillë përfshin përcaktimin e prioriteve, marrjen e vendimeve, planifikimin e strategjive dhe zbatimin e tyre për të arritur një shëndet më të mirë. (Elisabeth VG Jansson & Per E, Tillgren)³⁸⁰

Rëndësia e promovimit lokal të shëndetit është theksuar në disa dokumente të OBSH-së që nga vitet 1970. Karta e Otavës cilëson: mbrojtja dhe forcimi i përfshirjes së komunitetit si një strategji për të arritur barazi dhe shëndet më të mirë, duke përfshirë veprime të tilla si vendosja e prioriteve, vendimmarrja, planifikimi dhe zbatimi i strategjive të promovimit të shëndetit (WHO)³⁸¹. Ideja e efektivitetit të një qasjeje komunitare ndaj promovimit të shëndetit është tërheqëse, pasi disa faktorë që dihet se ndikojnë në shëndetin e njerëzve lidhen me strukturat sociale dhe mjediset e komunitetit (Erica Wimbush & Graham Robertson)³⁸².

Përfshirja e komunitetit

Përfaqësues nga një komunitet i caktuar mund të ftohet nga planifikuesit e promocionit shëndetësor.

Atyre mund t'u kërkohet të diskutojnë rreziqet ekzistuese ose të mundshme shëndetësore dhe të identifikojnë njerëzit dhe vendet e cënueshme. Kjo do të arrijë dy objektiva shumë të dobishëm:

-Planifikuesit do të marrin informacion shumë të detajuar në lidhje me rreziqet lokale dhe cënueshmërinë e jetës së njerëzve.

-ndërsa komuniteti do të bëhet më i vetëdijshëm për rreziqet shëndetësore me të cilat përballen. Mënyra më e mirë për një komunitet për të rritur ndërgjegjësimin e tij është zhvillimi i një organizimi dhe lidhësit të fortë të komunitetit me përvojë në mobilizimin e anëtarëve të saj dhe koordinimin e programeve.

Megjithatë, edhe aty ku nuk ka histori të organizimit të fortë lokal, pjesëmarrja e komunitetit duhet të jetë një pjesë thelbësore e ndihmës dhe ndryshimit të sjelljes.

Parimet e pjesëmarrjes së komunitetit

Pjesëmarrja e komunitetit nënkupton përfshirjen e njerëzve që në fazat më të hershme të procesit të zhvillimit, në dallim nga thjesht kërkimi i mendimit të tyre për projekt propozimet që janë zhvilluar tashmë, ose për kontributin e tyre në zbatimin e projekteve të imponuara nga jashtë. Qasjet pjesëmarrëse janë testuar gjerësisht në diskutimet e problematikave të ujit, kanalizimeve, higjenes dhe përvoja ka treguar se përfshirja e komunitetit mund të prodhojë përfitime të gjëra.

Parimet kryesore janë:

- Komunitetet mund dhe duhet të përcaktojnë prioritetet e tyre në trajtimin e problemet me të cilat përballen.
- Përvoja dhe njohuritë kolektive në komunitet mund të ndihmojnë për të sjellë ndryshime dhe përmirësime.
- Kur njerëzit kuptojnë një problem, ata do të veprojnë më lehtë për ta zgjidhur atë.
- Njerëzit i zgjidhin problemet e tyre më së miri në një proces pjesëmarrës në grup.

Prandaj, programet e fokusuara në komunitet synojnë të përfshijnë të gjithë anëtarët e një shoqërie në një proces pjesëmarrës që kalon në disa faza:

- ✓ vlerësimi të njohurive të tyre;
- ✓ hetimin e situatës së tyre mjedisore;
- ✓ vizualizimi i një të ardhmeje tjetër;
- ✓ analizimi i kufizimeve për ndryshim;
- ✓ planifikimi për ndryshim;
- ✓ dhe zbatimin e ndryshimit.

Suksesi i veprimit pjesëmarrës varet nga një dialog i vazhdueshëm në komunitet, që është i përkohshëm, qëllimet vendosen dhe testohen, veprimet pasuese bazohen në analiza, kërkime dhe edukim, dhe përvoja kthehet në proces (WHO)³⁸³.

Promocioni shëndetësor punon që të:

Risë cilësinë, disponueshmërinë dhe efektivitetin e programeve të edukimit të bazuara në komunitet, të krijuara për të parandaluar sëmundjet dhe lëndimet, për të përmirësuar shëndetin dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës së komunitetit (www.healthypeople.gov).³⁸⁴

Programet e edukimit të bazuara në komunitet luajnë një rol kyç në:

- Parandalimin e sëmundjeve dhe të lëndimeve
- Përmirësimin e shëndetit të popullatës
- Rritjen e cilësisë së jetës së njerëzve

Statusi shëndetësor dhe sjelljet e lidhura me shëndetin përcaktohen nga ndikimet në nivele të shumëfishta: personale, organizative/institucionale, mjedisore dhe politike. Për shkak se ekzistojnë marrëdhënie të rëndësishme dhe dinamike midis këtyre niveleve të ndryshme të përcaktuesve të shëndetit, programet e edukimit të bazuara në komunitet kanë më shumë gjasa të kenë sukses në përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies kur trajtojnë ndikimet në të gjitha nivelet dhe në një sërë mjedisesh (www.healthypeople.gov)³⁸⁵.

Pse janë të rëndësishme programet e edukimit të bazuara në komunitet?

Programet dhe strategjitë e edukimit dhe të bazuara në komunitet luajtën një rol të rëndësishëm në arritjen e objektivave të "Njerëz të shëndetshëm" 2010. Gjatë disa viteve të ardhshme, ata do të vazhdojnë të kontribuojnë në përmirësimin e rezultateve shëndetësore në Shtetet e Bashkuara. Programet dhe strategjitë e edukimit të bazuara në komunitet janë krijuar për të arritur njerëzit jashtë mjediseve tradicionale të kujdesit shëndetësor. Këto mjedise mund të përfshijnë:

- Shkollat
- Ndërmarrjet
- Objektet social-kulturore
- Komunitetet

Çdo mjedis ofron mundësi për të arritur njerëzit duke përdorur strukturat ekzistuese sociale. Kjo maksimizon ndikimin dhe redukton kohën dhe burimet e nevojshme për zhvillimin e programit. Njerëzit shpesh kanë nivele të larta të kontaktit me këto mjedise, drejtpërdrejt dhe indirekt. Programet që kombinojnë ambjente të shumta, nëse jo të gjitha ambjentet që cilësuam më lart, por është e padiskutueshme që mund të kenë një ndikim më të madh se programet që përdorin vetëm një ambient. Ndërsa popullsitë e arritura ndonjëherë do të mbivendosen (psh të rinj që frekuentojnë një qendër sociale, frekuentojnë dhe shkollën), njerëzit që nuk janë të aksesueshëm në një ambient mund të jenë në një tjetër (Gamm L, Castillo G, Williams L.).³⁸⁶

Përdorimi i mjediseve jo tradicionale mund të ndihmojë në inkurajimin e shkëmbimit informal të informacionit brenda komuniteteve përmes ndërveprimit social me kolegët. Kontakti me njerëzit në mjedise të ndryshme gjithashtu mundëson përshtatje më të madhe të informacionit shëndetësor dhe edukimit.

Programet e edukimit të bazuara në komunitet inkurajojnë dhe përmirësojnë shëndetin dhe mirëqenien duke edukuar komunitetet mbi tema të tilla si:

- Semundjet kronike
- Parandalimi i dhunës dhe lëndimeve
- Sëmundje mendore
- Shtatzënia e padëshiruar
- Shëndeti oral
- Përdorimi i duhanit
- Abuzimi me substanca
- Të ushqyerit
- Aktivitetin fizik
- Parandalimi i obezitetit (www.healthypeople.gov)³⁸⁷

Përqasja e punonjësve të shëndetit që punojnë me promocionin në komunitet

Ndryshimi i sjelljes shëndetësore të komuniteteve dhe jo të individëve bazohet në premisa se organizimi i komunitetit dhe ndërtimi i komunitetit janë thelbësore për edukimin e komunitetit

dhe promovimin shëndetësor (Minkler, M)³⁸⁸. Promovimi i shëndetit i bazuar në komunitet dhe programet parandaluese përfshijnë një sërë aktiviteteve si :

- (1) edukimin shëndetësor,
- (2) programet e ndërhyrjes së reduktimit të rrezikut,
- (3) programet e ndërgjegjësimit dhe përmirësimit mjedisor, dhe
- (4) iniciativat për të ndryshuar ligjet ose politikat rregullatore për të mbështetur shëndetin.

Katër vlera bazë ndikojnë në suksesin e profesionistëve të kujdesit shëndetësor që punojnë në komunitetet (Minkler, M)³⁸⁹. Aftësitë dhe vlerat e nevojshme në komunitet nuk janë të njëjta me ato që kanë qenë efektive në sistemin tradicional të kujdesit shëndetësor. Vlerat në themel në një qasje të komunitetit janë si më poshtë:

1. Profesionistët e kujdesit shëndetësor respektojnë mençurinë dhe eksperiencën e komunitetit.
2. Profesionistët e kujdesit shëndetësor ndajnë informacionin shëndetësor në një formë të kuptueshme.
3. Profesionistët e kujdesit përdorin kapacitetet, aftësitë, kontaktet dhe burimet e tyre për të fuqizuar komunitetin.
4. Profesionistët e kujdesit shëndetësor fokusohen te kapacitetet, jo tek nevojat dhe mangësitë.

Aktivizimi i komunitetit, një strategji për promovimin e shëndetit, përfshin përpjekje të organizuara për të rritur ndërgjegjësimin dhe konsensusin e komunitetit për problemet shëndetësore, për të planifikuar ndryshimet mjedisore, për të shpërndarë burime nëpër organizata brenda komunitetit dhe për të promovuar përfshirjen e qytetarëve në këto procese.

Aktivizimi i komunitetit përshtat programet me nevojat e komunitetit të identifikuar nga ata që banojnë në komunitet. Komuniteti është një organizëm "i gjallë" me ndërveprim në rrjet midis organizatave, lagjeve, familjeve dhe miqve. Sfidat e aktivizimit të komunitetit është përfshirja e anëtarëve të komunitetit në të gjitha aspektet e planifikimit që të arrijnë qëllimet që kanë përcaktuar.

Katër parime lehtësojnë bashkësinë në ngritjen e kapaciteteve dhe pronësinë e projektit (Potvin, L ; Cargo, M; McComber, A; Delormier, T.)³⁹⁰.

1. Anëtarët e komunitetit integrohen si partnerë të barabartë.
2. Komponentët e ndërhyrjes dhe vlerësimit duhet të integrohen.
3. Fleksibiliteti organizativ dhe programor është i nevojshëm për t'iu përgjigjur kërkesave në mjedisin e komunitetit.
4. Programi duhet të jetë një projekt për të gjithë të përfshirët.

Këto parime janë konfirmuar në projekte të shumta komunitare duke pasur parasysh që njohja e komunitetit dhe të parit e komunitetit si një partner i vërtetë është thelbësor për suksesin e projektit. Një partneritet në komunitet kërkon kohë, njerëz dhe burimet si dhe duhet të bazohen në ndershmëri dhe respekt. Programet komunitare janë dinamike, proceset e përcaktuara përmes një procesi negocimi të vazhdueshëm ndërmjet të gjithë anëtarëve (Michelle Crozier Kegler & al).³⁹¹

Programet e promovimit të shëndetit të bazuara në komunitet ofrojnë një qasje të shkëlqyer për të arritur komunitetet e varfëra me burime të kufizuara. Një ndërhyrje e bazuar në komunitet u zbatua në pesë komunitete për të përmirësuar ndërveprimin e prindërve me të ardhura të ulëta me fëmijët e tyre, arriti në përmirësimin e aftësive prindërore, kontribuoi në pjesëmarrjen e fëmijëve në funksionet e përditshme familjare dhe forcoi familjen dhe komunitetin.

Shërbimet e promovimit të shëndetit duhet të ofrohen aty ku njerëzit jetojnë, punojnë, besojnë, dhe veprojnë. Ofrimi i shërbimeve ushqimore në kisha dhe ekzaminimi mamografik në qendrat e banimit, me njësitë e lëvizshme sjell shërbime të vlefshme për njerëzit në mjediset e jetës reale.

Integrimi i strategjive klinike dhe komunitare të bazuara në prova është i nevojshëm për t'u përmirësuar shëndeti i komunitetit. Kërkohen kërkime shtesë për të zhvilluar strategji dhe sisteme për të integruar strategjitë parandaluese klinike dhe komunitare në program: planifikimi dhe zhvillimi i politikave (Ockene, K, J & al)³⁹².

Përmirësimi i Shëndetit nëpërmjet Organizimit dhe Ndërtimit të Komunitetit

Koncepti më i ri dhe i lidhur me ndërtimin e komunitetit mund të shihet jo aq shumë si një metodë sa një orientim drejt mënyrave në të cilat njerëzit që identifikohen si anëtarë të një komuniteti të përbashkët angazhohen së bashku në procesin e ndryshimit të komunitetit (www.med.upenn.edu)³⁹³.

I nënkuptuar në përkufizimet e organizimit të komunitetit dhe ndërtimit të komunitetit është koncepti i fuqizimit, i parë si një proces mundësues përmes të cilit individët ose komunitetet marrin kontrollin mbi jetën dhe mjedisin e tyre (www.med.upenn.edu)³⁹⁴. Një konstrukt me shumë nivele që përfshin "pjesëmarrjen, kontrollin dhe ndërgjegjësimin kritik" (www.med.upenn.edu)³⁹⁵ fuqizimi mishëron si proceset e ndryshimit shoqëror ashtu edhe rezultatet e kushteve të transformuara. Pa fuqizim, organizimi i komunitetit nuk mund të quhet se ka ndodhur.

Promovimi i shëndetit i bazuar në komunitet përfaqëson një kornizë konceptuale që thekson parandalimin parësor dhe një perspektivë të bazuar në popullatë. Sipas Blackburn, (Blackburn H.)³⁹⁶ programet parandaluese të bazuara në komunitet janë të integruara dhe gjithëpërfshirëse, nuk kufizohen në mjediset e kujdesit mjekësor dhe përfshijnë sistematikisht drejtuesit e komunitetit, rrjetet sociale, fushatat e komunikimit masiv dhe edukimin e drejtpërdrejtë të popullsisë së përgjithshme. Programet e bazuara në komunitet përdorin ndërhyrje të shumta, duke synuar ndryshimin midis individëve, grupeve dhe organizatave, dhe ato shpesh përfshijnë strategji për të krijuar ndryshime politikash (Elder JP, & al)³⁹⁷.

Elementët kryesorë të programeve të promovimit të shëndetit të bazuar në komunitet përfshijnë: (Mittelmark MB, & al)³⁹⁸

- mobilizimin e komuniteteve për të marrë pjesë aktive në arritjen e qëllimeve të programit;
- zbatimin e ndërhyrjeve në mjedise të shumta të komunitetit, duke përfshirë vendet e punës, vendet e kultit, objektet e kujdesit shëndetësor dhe shkollat;

- Përdorimi i strategjive të shumta ndërhyrjeje në nivel individual, duke përfshirë konkurset, programet e vetëndihmës, mediat masive , vizive, rrjetet sociale, etj;
- Zhvillimi i ndërhyrjeve mjedisore (shënjimi i menusë së restorantit, etiketimi i raftëve të supermarketeve për ushqimet e shëndetshme për zemrën dhe iniciativat e politikave).

Shumica e fushatave të promovimit të shëndetit u ofrojnë njerëzve shembuj të përsosur se si njerëzit, qeveritë dhe qytetet mund të punojnë së bashku për të gjeneruar një rezultat më të mirë shëndetësor për popullatën. Këto partneritete ndihmojnë më mirë normat e shëndetit të popullatës dhe efektiviteti është ndikuar pozitivisht nga pesë fushat e veprimit të Kartës së Otavës (www.improvingpdhpe.com)³⁹⁹ ku këto fusha veprimi përfshihen në hartimin e një strategjie të promovimit të shëndetit. Ato rezultojnë natyrshëm në një qasje të përbashkët ndërsektoriale të aftë për të trajtuar një gamë të gjerë faktorësh shëndetësorë dhe padrejtësish në nivele të shumta. (www.improvingpdhpe.com)⁴⁰⁰

Pikat kryesore të mëposhtme janë po aq të rëndësishme:

- Pjesëmarrja e komunitetit: Personat e interesuar duhet të bëhen pjesëmarrës aktivë
- Procesi i zhvillimit organizativ në mjedis ose komunitet
- Fuqizimi i njerëzve dhe administratës
- Cikli i veprimit të shëndetit publik:
 - Identifikimi dhe analizimi i shëndetit, problemet në popullatë (vlerësim);
 - Zhvillimi i strategjive të ndërhyrjes së politikave shëndetësore (zhvillimi i politikave);
 - Zbatimi i strategjive në sistemin e kujdesit shëndetësor (sigurimi);
 - Vlerësimi i pranimi dhe efektivitetit (vlerësimi)
- Elementet e orientuar drejt sjelljes
- Bashkëpunimi dhe komunikimi me të gjithë personat e përfshirë. Janë të disponueshme metoda të ndryshme për kryerjen e analizës së situatës dhe përcaktimin e nevojave (Carlo Fabian)⁴⁰¹.

Në kontekstin e komunitetit, Planifikimi i Promovimit dhe Parandalimit të Shëndetit në Komunitet” ka dëshmuar vlerën e tij në Zvicër. Sipas kësaj metode, 20 deri në 30 persona kyç në komunitet marrin pjesë në një seminar teorësh të strukturuar dhe përcaktojnë rreziqet dhe problemet lokale, burimet dhe potencialet dhe zhvillojnë ide. Nëpërmjet kësaj metode pjesëmarrëse, pikëpamjet e personave të interesuar dokumentohen dhe promovohen fuqishëm, angazhohen dhe fillon krijimi i rrjetit (Fabian,C & al)⁴⁰².

Nëse ne do ta paraqitnim në mënyrë grafike për të kuptuar se si funksionon ky si cikël do të kishim:



Tema 4: Aktiviteti fizik dhe ushqyerja. Përfitimet shëndetësore dhe risqet prej aktivitetit fizik

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë rëndësinë e aktivitetit fizik dhe ushqyerjes, do të kuptojnë përfitimet shëndetësore nga aktiviteti fizik, por dhe risqet prej aktivitetit fizik që duhet të kihet parasysh nga personeli shëndetsor.

Konceptet themelore

- Aktivitet fizik
- Ushqyerje e shëndetshme
- Përfitimet nga aktiviteti fizik
- Risqet nga aktiviteti fizik

Përveç të ngrënit të një diete me cilësi të lartë, aktiviteti fizik është një pjesë kyçe e ekuacionit për të qëndruar të shëndetshëm (www.hsph.harvard.edu)⁴⁰³.

Aktiviteti fizik i rregullt është një nga gjërat më të mira që mund të bëjë individ për shëndetin. Aktiviteti i rregullt fizik ndihmon trupin të funksionojë më mirë – mban larg sëmundjet e zemrës, diabetin dhe një sërë sëmundjesh të tjera dhe është një komponent kyç për kontrollin e peshës. Ai ul rrezikun e infarkteve të zemrës, diabetit, ishemisë cerebrale, hipertensionit, osteoporozës dhe kancereve të caktuara, dhe gjithashtu mund të ndihmojë në kontrollin e stresit, përmirësimin e gjumit, rritjen e humorit, kontrollimin e peshës, etj.

Nuk nevojitet një sforcim, apo aktivitet fizik i shtuar për të parë përfitime të vërteta shëndetësore. Një ecje e shpejtë prej 30 minutash në pesë ditët e javës është gjithçka që u nevojitet shumicës së njerëzve. Të bësh çdo lloj ushtrimi është më mirë se asgjë (Hu, F.B., et al.)⁴⁰⁴

Ushtrimet e nevojshme për të arritur ose mbajtur një peshë të shëndetshme ndryshon në bazë të dietës dhe gjeneve të një personi. Kolegji Amerikan i Mjekësisë Sportive dhe Shoqata Amerikane e Zemrës mbështesin idenë se "më shumë aktivitet rrit probabilitetin e suksesit" (Haskell, W.L., et al)⁴⁰⁵

Në vitin 2002, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) lëshoi një paralajmërim se një mënyrë jetese pasive, pa aktivitet fizik mund të jetë shumë mirë ndër dhjetë shkaqet kryesore të vdekjes dhe paaftësisë në botë (WHO)⁴⁰⁶

Shumë patologji janë të lidhura me mungesën e aktivitetit fizik. Studimi i Shëndetit të Infermierëve gjeti një lidhje të fortë midis të ndjekurit të televizorit për orë të tëra gjatë ditës dhe obezitetit. Hu, F.B., et al ⁴⁰⁷ndoqën më shumë se 50,000 gra të moshës së mesme për gjashtë vjet, duke anketuar zakonet e tyre të dietës dhe aktivitetit. Gjetjet treguan se për çdo dy orë që gratë shpenzonin duke parë televizor çdo ditë, ato kishin një rrezik 23 për qind më të lartë për t'u bërë obeze dhe 14 për qind më shumë rrezik për t'u prekur nga diabeti. Nuk kishte rëndësi nëse gratë ishin ushtruese të zellshme: sa më shumë televizor të shikonin, aq më shumë kishte gjasa që të shtonin në peshë ose të zhvillonin diabetin, pavarësisht nga aktiviteti i kohës së lirë dhe sa ecnin

(Hu, F.B., et al.)⁴⁰⁷. Orët e gjata të qëndrimit ulur në punë rrisin gjithashtu rrezikun e obezitetit dhe diabetit.

Studiuesit në Universitetin Mjekësor të Tokios zbuluan një lidhje midis shpenzimit të më pak kohë duke parë televizor dhe një rreziku më të ulët të mbipeshës dhe obezitetit tek të moshuarit, pavarësisht nëse pjesëmarrësit i përmbushnin udhëzimet e aktivitetit fizik. Studimi ndoqi 1806 pjesëmarrës nga mosha 65 deri në 74 vjeç. Pjesëmarrësit u vendosën në një nga katër kategoritë bazuar në kohën e shpenzuar para televizorit. Sa më pak kohë të kaloni duke parë televizor, aq më i ulët është rreziku i pjesëmarrësve për t'u bërë mbipeshë ose obezë. (Inoue, S., et al)⁴⁰⁸.

Një studim tjetër nga Dunstan, D.W. & al analizoi efektin global të pasivitetit në rritjen e sëmundjeve. Studiuesit vlerësuan se pasiviteti fizik përbën 6% të barrës së sëmundjeve të zemrës, 7% të diabetit të tipit 2, 10% të kancerit të gjirit dhe 10% të kancerit të zorrës së trashë. Mosaktiviteti gjithashtu shkakton 9% të vdekshmërisë së parakohshme. Këto statistika tregojnë rreziqet e vërteta që lidhen me pasivitetin në një perspektivë globale. (Dunstan, D.W., et al.)⁴⁰⁹

Rëndësia e ushqyes së shëndetshme

Ushqimi i mirë është po aq i rëndësishëm sa ushtrimet për shëndetin e individit. Duke përmirësuar dietën individit do të shijojë nivele të rritura të energjisë, një sistem imunitar më të fortë dhe në përgjithësi një mirëqenie fizike. Një dietë ushqyese e ekuilibruar me proteina, karbohidrate dhe yndyra të mira mund ti ndihmojë individët të eliminojnë peshën e tepërt dhe të zvogëlojnë rrezikun e shumë sëmundjeve si:

- Sëmundjet e zemrës, që çojnë në sulm në zemër ose goditje në tru
- Kanceri
- Diabeti
- Obeziteti
- Presioni i lartë i gjakut
- Gurët në veshka
- Osteoporoza (humbje kockore)

Ushqimi i mirë mund të ndihmojë gjithashtu në përmirësimin e problemeve të shëndetit mendor, si depresioni, çrregullimi bipolar, skizofrenia, ADHD dhe sëmundja e Alzheimerit (Axel F. Sigurdsson)⁴¹⁰.

Kush do të konsiderohej ushqyerje e shëndetshme?

Një dietë e duhur duhet të jetë e varfër në yndyrna të ngopura dhe trans, kolesterol dhe natrium. Shembuj të yndyrave që duhen shmangur janë yndyrat trans dhe yndyrnat e ngopura që përmbajnë ushqimet e skuqura, ushqimet e shpejta, ushqimet e paketuara, produktet e pjekura, ëmbëlsirat dhe çdo gjë e gatuar në sallo dhe vaj vegjetal.

Në mënyrë të ngjashme, ushqimet me kolesterol të lartë duhet të kufizohen dhe të hahen vetëm në moderim. Shembuj të ushqimeve me kolesterol të lartë janë të verdhat e vezëve, mishi i kuq, mishi i përpunuar si proshuta si dhe ëmbëlsirat, byrekët dhe biskotat.

Gjithashtu kripa e gjellës (natriumi), e cila gjendet natyrshëm në të gjitha ushqimet, por ka disa ushqime që duhet të shmangim mbingrënien si psh: mish të konservuar dhe të pakeluar (mish i konservuar, proshutë), vakte të ngrira si burritos dhe pica, dhe ushqime të konservuara si gjërat djegëse dhe fasule ose perime me kripë të shtuar.

Shmangia e ushqimeve të pasura me yndyrë, kolesterol dhe natrium do të përmirësojë shumë mirëqenien e organizmit dhe do ti ndihmojë individët jo vetëm në mbajtjen e peshës por dhe të ndihen më mirë fizikisht dhe mendërisht.

Një dietë e plotë duhet të përfshijë proteina pa yndyrë, karbohidrate dhe yndyrna të mira. Për proteinat pa yndyrë, përmendim quinoa, gjalpin natyral të arrave, tërshërën, fasulen e zezë dhe mish pule të bardhë. Proteina është thelbësore për dietën e shëndetshme, pasi jo vetëm që ngop, por ndihmon individin të mos shtojë në peshë.

Ushqimi i mirë përfshin gjithashtu karbohidrate të plota, të tilla si perimet, frutat, patatet, arrat dhe drithërat, si orizi kaf dhe quinoa.

Dieta e shëndetshme duhet të përfshijë yndyrna të mira. Ushqimet që përmbajnë yndyrna të mira janë avokado, ullinj, vaj ulliri, arrat dhe farat e pakripura dhe peshku.

Një tjetër aspekt i rëndësishëm i të ushqyerit të mirë është kalciumi, i cili i mban dhëmbët dhe kockat të forta. Produktet e qumështit si qumështi, djathi dhe kosi janë një burim i shkëlqyer i kalciumit. Perimet me ngjyrë jeshile të errët si brokoli janë gjithashtu të pasura me kalcium. Ekzistojnë gjithashtu ushqime të fortifikuara, që do të thotë se prodhuesit e këtyre ushqimeve kanë rritur qëllimisht nivelet e të ushqyerit përmes vitaminave dhe mineraleve. Shembuj të ushqimeve të fortifikuara përfshijnë disa produkte soje, bukë dhe drithëra.

Kur shumica e njerëzve mendojnë për aktivitetin fizik dhe ushqimin, ata mendojnë për humbjen e peshës, por tani ka shumë arsye të tjera pse është e rëndësishme të jesh fizikisht aktiv dhe të ushqehesh shëndetshëm (Axel F. Sigurdsson)⁴¹⁰.

Përfitimet shëndetësore dhe risqet prej aktivitetit fizik

Aktiviteti fizik dhe ushtrimet janë thelbësore për trupin. Ka shumë përfitime fizike, psikologjike dhe emocionale që vijnë nga aktiviteti fizik i përditshëm. Jo vetëm që stërvitja ndihmon individin për të mbajtur një peshë të shëndetshme, apo edhe të ulë peshën e tepërt, të ketë më shumë energji, dhe të ndjehet vazhdimisht aktiv.

Angazhimi në aktivitete të rregullta fizike dhe ushtrime ka shumë përfitime për organizmin dhe mund të ndihmojë në mbrojtjen nga shumë sëmundje:

- Sëmundjet e zemrës
- HTA
- Diabeti
- Obeziteti
- Dhimbje shpine
- Osteoporoza

Aktiviteti fizik duke përfshirë ushtrimin mund të përmirësojë në mënyrë indirekte mirëqenien subjektive dhe cilësinë e jetës duke mbajtur larg sëmundjen dhe vdekjen e parakohshme. Kohët e fundit ka pasur një interes në rritje për rolin e tij të drejtpërdrejtë në parandalimin dhe trajtimin e problemeve të shëndetit mendor (Kenneth RF)⁴¹¹, duke përfshirë:

- Depresionin
- Ankthin
- Stresin
- Çrregullimin e hiperaktivitetit me mungesë të vëmendjes (ADHD)
- Çrregullimin e Stresit Post-Traumatik (PTSD) dhe Trauma
- Bën që individi të ketë vetëvlerësim më të lartë (Syed Kamaruzaman Syed Ali)⁴¹²

Ka dhe përfitime të tjera befasuese që ofron ushtrimi fizik:

- Memorie më e mprehtë
- Koncentrim i përmirësuar
- Gjumi më i mirë
- Më shumë energji
- Sistem imunitar më i mirë

Përfitimet e aktivitetit fizik dhe ushtrimeve në rezultatet shëndetësore

Pikërisht në benefitet e aktivitetit fizik, materializohet postulati aq i vlefshëm i mjeksisë : “është më e thjeshtë të parandalosh sesa të mjekosh”

Vdekshmëria

Studime të mëdha vëzhguese tregojnë se aktiviteti fizik dhe stërvitja e rregullt reduktojnë rrezikun e vdekshmërisë për shumicën e individëve.

Aktiviteti fizik rekreativ dhe jo-rekreativ shoqërohet me një rrezik më të ulët të vdekshmërisë tek individët nga vendet me të ardhura të ulëta, me të ardhura mesatare dhe me të ardhura të larta (Scott A Lear & al)⁴¹³

Një studim tjetër zbuloi se aktiviteti fizik i kohës së lirë ishte i lidhur në mënyrë të kundërt me vdekshmërinë nga të gjitha shkaqet në të gjitha grupmoshat. Një përfitim u gjet nga aktiviteti fizik i moderuar i kohës së lirë, me përfitim të mëtejshëm nga aktiviteti sportiv dhe çiklizmi (Andersen L B & al)⁴¹⁴

Aktiviteti fizik ditor lidhet fort me një rrezik më të ulët të vdekshmërisë tek të moshuarit e shëndetshëm. Thjesht shpenzimi i energjisë përmes çdo aktiviteti mund të ndikojë në mbijetesën tek të moshuarit. (Todd M Manini & al)⁴¹⁵

Prandaj, rritja e aktivitetit fizik është një strategji globale e thjeshtë, gjerësisht e zbatueshme dhe me kosto të ulët që mund të zvogëlojë rrezikun e vdekjeve të parakohshme tek të gjithë njerëzit.

Sëmundjet kardiovaskulare

Studime të shumta vëzhguese tregojnë një lidhje midis ushtrimeve të rregullta dhe rrezikut të reduktuar të sëmundjeve kardiovaskulare.

Është zbuluar se aktiviteti fizik në kohën e lirë është efektiv në parandalimin e sëmundjeve kardiovaskulare. Një aktivitet i tillë shoqërohet me një reduktim rreth 20% të ngjarjeve kardiovaskulare dhe një rritje të jetëgjatësisë prej rreth 5 vjet.

Njerëzit që arrijnë nivele totale të aktivitetit fizik disa herë më të larta se niveli minimal i rekomanduar aktual, kanë një reduktim të ndjeshëm të rrezikut të sëmundjes së arterieve koronare, goditjes ishemike, kancerit të gjirit, kancerit të zorrës së trashë dhe diabetit (Hmwe H Kyu & al)⁴¹⁶.

Provat klinike tregojnë se të gjitha aktivitetet, duke përfshirë ushtrimet aerobike dhe stërvitjet me pesha, ulin presionin arterial. Aktiviteti ditor prodhoi ulje më të madhe të presionit arterial sesa kur kryhet tre herë në javë. Prandaj, aktiviteti fizik ka një kapacitet për të ulur tensionin arterial (Arroll, B. Beaglehole, R)⁴¹⁷.

Provat sugjerojnë gjithashtu se aktiviteti fizik mund të zvogëlojë rrezikun e insulteve cerebrale (Siobhan Gallanagh, & al)⁴¹⁸.

Ushtrimet aerobike kanë efekte të dobishme në lipidet e gjakut si LDL-kolesteroli dhe HDL-kolesteroli, trigliceridet dhe kolesteroli jo-HDL (Yating Wang & Danyan Xu)⁴¹⁹. Prandaj individëve në moshë i rekomandohen pikërisht ushtrimet fizike.

Kanceri

Provat vëzhguese tregojnë se ushtrimet fizike lidhen me rrezikun e reduktuar të kancerit .

Të dhënat epidemiologjike nga shumë studime të kryera në mbarë botën tregojnë një reduktim prej 25% të rrezikut të kancerit të gjirit tek gratë më aktive fizikisht krahasuar me ato që janë më pak aktive (Brigid M Lynch & al)⁴²⁰.

Disa studime treguan se aktiviteti fizik lidhet me rrezikun e reduktuar të kancerit të veshkave (G Behrens , M F Leitzmann)⁴²¹.

Në mënyrë të ngjashme, studime të shumta kanë vërtetuar rolin mbrojtës që luan aktiviteti fizik në uljen e rrezikut të shumë kancereve të tjerë, duke përfshirë kancerin e mushkërive (Jia-Yang Sun & al)⁴²², endometrit (Voskuil DW & al)⁴²³, zorrës së trashë, ndoshta dhe kancerin e prostatës (YuPeng Liu & al)⁴²⁴.

Diabeti

Ushtrimi i rregullt fizik mund të parandalojë ose vonojë zhvillimin e diabetit të tipit 2 (Schellenberg, S E & al)⁴²⁵.

Përveç kësaj, ushtrimet fizike përmirësojnë kontrollin e glukozës në gjak në diabetin e tipit 2, reduktojnë faktorët e rrezikut kardiovaskular, kontribuojnë në humbjen e peshës dhe përmirësojnë mirëqenien (Liang Chen & al)⁴²⁶.

Ushtrimi i rregullt gjithashtu ka përfitime të konsiderueshme shëndetësore për njerëzit me diabet të tipit 1, duke përfshirë përmirësimin e aftësisë kardiovaskulare, forcën e muskujve dhe ndjeshmërinë ndaj insulinës (Sheri R. Colberg & al)⁴²⁷.

Obeziteti

Prevalenca e mbipeshës dhe obezitetit është rritur ndjeshëm në të gjithë globin gjatë dekadave të fundit. Ky është një shqetësim i madh për shëndetin publik sepse rreziku i diabetit të tipit 2, sëmundjeve kardiovaskulare, llojeve të caktuara të kancerit dhe madje edhe vdekshmërisë është në proporcion të drejtë me shkallën e obezitetit (Daniel L. McGee)⁴²⁸.

Krahasuar vetëm me një dietë për humbje peshe, dieta e shoqëruar me stërvitje aerobike shoqërohet me një reduktim më të madh të yndyrës së trupit.

Për më tepër, ushtrimet aerobike dhe stërvitjet, edhe në mungesë të kufizimit të kalorive, mund të rezultojnë në humbje peshe dhe një reduktim të yndyrës trupore (Melinda L Irwin & al)⁴²⁹ (Barbara Strasser)⁴³⁰.

Megjithatë, nuk është vërtetuar në mënyrë definitive që ushtrimet kontribuojnë në mënyrë të konsiderueshme në humbjen e peshës tek individët obezë. Por gjithsesi duhet thënë që aktiviteti fizik i të gjitha llojeve, ka të ngjarë të çojë në disa përfitime shëndetësore tek njerëzit me obezitet.

Osteoporoza

Gjatë tre dekadave të para të jetës, masa kockore varet në një masë të madhe nga nivelet e aktivitetit fizik. Tek femrat, masa kockore fillon të ulet rreth moshës 30 vjeçare për shkak të fillimit të rënies së nivelit të estrogenit, duke çuar shpesh në osteoporozë pas menopauzës. Osteoporoza rrit rrezikun e thyerjes së kockave dhe dhimbjes së shpinës. Kështu, ai është një kontribuues i madh në vuajtjet individuale dhe përfaqëson një barrë të rëndësishme socio-ekonomike (Edzard Ernst)⁴³¹.

Ushtrimet e mbajtjes së peshës shoqërohen me rritjen e densitetit mineral kockor. Gjithashtu, stërvitja shoqërohet me një rrezik të zvogëluar të frakturave të baçinit tek pacientët me osteoporozë.

Provat klinike të rastësishme mbështesin fuqimisht pikëpamjen se programet e rregullta të stërvitjes janë efektive në parandalimin ose trajtimin e osteoporozës (Edzard Ernst)⁴³².

Njohja

Termi njohje i referohet aftësisë për të menduar. Ai përshkruan veprimin ose procesin e marrjes së njohurive dhe përpunimit të informacionit me anë të mendimit, përvojës dhe shqisave.

Ushtrimet kanë rezultuar në përmirësimin e funksionit njohës si tek të rinjtë ashtu edhe tek të moshuarit (Paul D Loprinzi, Christy J Kane)⁴³³ (Joseph Michael Northey & al)⁴³⁴. Rezultatet e studimeve tregojnë se ushtrimet fizike kanë efekte të dobishme në njohjen dhe ulin rrezikun e demencës (Sun Lin & al)⁴³⁵.

Efektet psikologjike

Ushtrimi i rregullt fizik shoqërohet me përmirësimin e gjumit, uljen e stresit dhe ankthit, si dhe një rrezik më të ulët të depresionit (Matthew P Herring & al)⁴³⁶.

Një meta-analizë paraqet prova bindëse që mbështesin faktin si një ndërhyrje e bazuar në prova për të përmirësuar gjumin tek individët e shëndetshëm, rezulton se ushtrimet për gjumin kanë një ndikim akut pozitiv në fazat e rëndësishme të gjumit. Për më tepër, rezultatet sugjerojnë se stërvitja e rregullt çon në përfitime edhe më të mëdha subjektive dhe objektive të gjumit me kalimin e kohës (M Alexandra Kredlow & al)⁴³⁷.

Një studim i bazuar në popullatë tregoi se ushtruesit janë mesatarisht më pak të shqetësuar dhe të depresuar, më pak neurotikë, më të prirur në kërkimin e emocioneve dhe aventurave sesa ata që nuk ushtrojnë (M H M De Moor & al)⁴³⁸.

Ushtrimi i rregullt fizik mund të nxisë një sërë kushtesh psikologjike dhe fiziologjike që mund të jenë të dobishme në kujdesin parësor të femrave adoleshente me simptoma depresive (Chanudda Nabkasorn & al)⁴³⁹.

Rrisqet e ushtrimeve fizike

Përfitimet e aktivitetit fizik janë shumë më të mëdha se rreziqet e mundshme që lidhen me shumicën e individëve.

Lëndimi muskuloskeletor është rreziku më i zakonshëm shëndetësor i lidhur me stërvitjen. Lloje të ndryshme tendosjesh, inflamacion i tendineve dhe fraktura të kockave mund të ndodhin si rezultat i aktivitetit fizik.

Çështjet më serioze, por shumë më pak të zakonshme përfshijnë *arrestin kardiak akut* dhe *infarktin e miokardit*.

Vdekja e papritur kardiake (SCD) dhe infarkti akut i miokardit

Rreziku i *infarktit akut të miokardit* dhe i *vdekjes së papritur kardiake* (SCD) rritet gjatë dhe menjëherë pas periudhave të sforcimeve të fuqishme fizike (Barry A. Franklin & al)⁴⁴⁰.

Përqindja e vdekjeve të papritura që ndodhin gjatë ushtrimeve fizike është më e lartë në grupmoshat më të reja (Reshmy Jayaraman & al)⁴⁴¹.

Përqindja e vdekjeve të papritura që ndodhin gjatë sforcimit fizik në atletët konkurrues nën moshën 35 vjeç është shumë më e lartë sesa në jo-atletët në popullatën e përgjithshme. Megjithatë, numrat absolutë të vdekjeve të papritura kardiake janë më të mëdha gjatë sporteve rekreative dhe shumica e tyre ndodhin tek të rriturit > 35 vjeç (Eloi Marijon & al)⁴⁴².

Ataket kardiake ndodhin gjithashtu me frekuencë më të lartë gjatë ose menjëherë pas ushtrimeve fizike. Ushtrimi është gjithashtu një nxitës për *diseksionin akut të aortës* të tipit A, i cili është raportuar në skiatorë, alpinistë dhe peshëngritës (Barry A. Franklin & al)⁴⁴³. Diseksioni i aortës ndodh kur një dëmtim në shtresën më të brendshme të aortës lejon që gjaku të rrjedhë midis shtresave të murit të aortës.

Ekziston një rrezik relativ i rritur i ngjarjeve akute kardiake në sforcot nga ushtrimet fizike të pamësuar. Aktiviteti i fortë fizik, veçanërisht kur është i papritur dhe i pamësuar, rrit rrezikun e atakeve kardiake dhe SCD. Kjo përfshin sporte të tilla si sportet me raketë, skijim në zbritje, vrapim në maratonë, pjesëmarrje në aktivitete sportive me intensitet të lartë (p.sh. basketboll, futboll) (R J Northcote, & al)⁴⁴⁴ (Martin Burtcher)⁴⁴⁵. Megjithatë, rreziku absolut për të përjetuar SCD ose atak në zemër gjatë sforcimeve fizike mbetet shumë i vogël.

Individët me rrezikun më të lartë të SCD të lidhur me ushtrimet janë individë me sëmundje të zemrës ose një histori të mëparshme të një ataku kardiak.

SCD që lidhet me ushtrimet tek të rinjtë shpesh lidhet me kardiomiopati hipertrofike ose anomali kongjenitale të arterieve koronare. (Aditya J Ullal & al)⁴⁴⁶.

Përfitimet e aktivitetit fizik janë shumë më të mëdha se rreziqet e mundshme që lidhen me shumicën e individëve. *Lëndimi muskuloskeletor* është rreziku më i zakonshëm shëndetësor i lidhur me stërvitjen. Ekziston një rrezik relativ i rritur i ngjarjeve akute kardiake me ushtrime fizike të pamësuar të fuqishme. Megjithatë, rreziku absolut për të përjetuar vdekje të papritur kardiake ose sulm në zemër gjatë sforcimeve fizike është shumë i vogël.

Megjithatë ne në këtë leksion pamë sesa pëfitime kishte pjesëmarrja në aktivitet fizik që krahasuar me rrisqet dallojmë që këto të fundit janë të papërfillshme.

Tema 5: Nxitja e aktivitetit fizik dhe kapërcimi i pengesave në aktivitetin fizik.

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë përfitimet e aktivitetit fizik dhe si mund të nxitet aktiviteti fizik. Do të mësojnë se sa aktiviteti fizik rekomandohet për grupmosha dhe për grupe të veçanta. Studentët do të kuptojnë pengesat në aktivitetin fizik dhe kush do të ishte roli i tyre si infermier i familjes në kapërcimin e këtyre pengesave.

Konceptet themelore

- Aktivitet fizik
- Pengesa në aktivitetin fizik
- Roli infermieror në kapërcimin e barrierave

Në vitin 2020 WHO ka renditur një sërë përfitimesh nga aktiviteti fizik, për ti nxitur individët që ta bëjnë pjesë të stilit të tyre të jetesës. Aktiviteti fizik ka përfitime të rëndësishme shëndetësore për zemrën, trupin dhe mendjen. Ai:

- kontribuon në parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve jo të transmetueshme si sëmundjet kardiovaskulare, kanceri dhe diabeti;
- zvogëlon simptomat e depresionit dhe ankthit;
- rrit aftësitë e të menduarit, të mësuarit dhe gjykit;
- siguron rritje dhe zhvillim të shëndetshëm tek të rinjtë;
- përmirëson mirëqenien e përgjithshme;

Globalisht, 1 në 4 të rritur nuk i plotëson nivelet e rekomanduara globale të aktivitetit fizik. Deri në 5 milionë vdekje në vit mund të shmangeshin nëse popullsia globale do të ishte më aktive. Njerëzit që janë mjaftueshëm aktivë kanë 20% deri në 30% rrezik më të lartë të vdekjes në krahasim me njerëzit që janë mjaftueshëm aktivë. Më shumë se 80% e popullsisë adoleshente në botë është mjaftueshëm fizikisht aktive (WHO)⁴⁴⁷

OBSH e përkufizon aktivitetin fizik si çdo lëvizje trupore e prodhuar nga muskujt skeletorë që kërkon shpenzim të energjisë. Aktiviteti fizik i referohet të gjitha lëvizjeve, përfshirë gjatë kohës së lirë, për transportin për të shkuar dhe nga vendet, ose si pjesë e punës së një personi. Aktiviteti fizik me intensitet të moderuar dhe të fuqishëm përmirëson shëndetin.

Mënyrat e njohura për të qenë aktiv përfshijnë ecjen, çiklizmin, ecjen me rrota, sportet, rekreacionin aktiv dhe lojën, dhe mund të bëhen në çdo nivel aftësie dhe për kënaqësi nga të gjithë.

Aktiviteti i rregullt fizik është vërtetuar se ndihmon në parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve jo të transmetueshme si sëmundjet e zemrës, insulti cerebral, diabeti dhe disa lloje

kanceri. Gjithashtu ndihmon në parandalimin e hipertensionit, ruajtjen e peshës trupore të shëndetshme dhe mund të përmirësojë shëndetin mendor, cilësinë e jetës dhe mirëqenien (WHO)⁴⁴⁷.

Si të nxitet aktiviteti fizik?

WHO sygjeron që vendet dhe komunitetet duhet të ndërmarrin veprime për t'i ofruar të gjithëve më shumë mundësi për të qenë aktivë, në mënyrë që të rritet aktiviteti fizik. Kjo kërkon një përpjekje kolektive, kombëtare dhe lokale, nëpër sektorë dhe disiplina të ndryshme për të zbatuar politika dhe zgjidhje të përshtatshme për mjedisin kulturor dhe social të një vendi për të promovuar, mundësuar dhe inkurajuar aktivitetin fizik.

Politikat për rritjen e aktivitetit fizik synojnë të sigurojnë që:

- Ecja në këmbë, çiklizmi dhe forma të tjera të formave aktive të transportit pa motor të jenë të aksesueshme dhe të sigurt për të gjithë;
- Politikat e punës dhe të vendit të punës të inkurajojnë lëvizjen aktive në punë dhe mundësitë për të qenë fizikisht aktiv gjatë ditës së punës;
- Kujdesi për fëmijët, shkollat dhe institucionet e arsimit të lartë të ofrojnë hapësira dhe lehtësira mbështetëse dhe të sigurt për të gjithë studentët që të kalojnë kohën e lirë në mënyrë aktive;
- Shkollat 9-vjeçare dhe të mesme të ofrojnë edukim fizik cilësor që i mbështet fëmijët të zhvillojnë modele sjelljeje që do t'i mbajnë ata fizikisht aktiv gjatë gjithë jetës së tyre;
- Programet e bazuara në komunitet dhe ato shkollore të ofrojnë mundësi të përshtatshme për të gjitha moshat dhe aftësitë;
- Ambientet sportive dhe rekreative të ofrojnë mundësi për të gjithë që të kenë akses dhe të marrin pjesë në një sërë sportesh të ndryshme, vallëzime, stërvitje dhe rekreacion aktiv; dhe
- Ofruesit e kujdesit shëndetësor të këshillojnë dhe mbështesin pacientët që të jenë rregullisht aktivë.

Sa aktivitet fizik rekomandohet?

Udhëzimet dhe rekomandimet e OBSH-së ofrojnë detaje për grupmosha të ndryshme dhe grupe specifike të popullsisë se sa aktivitet fizik nevojitet për një shëndet të mirë.

OBSH rekomandon:

- për fëmijët nën 5 vjeç (WHO)⁴⁴⁸ :
 - në një ditë 24-orëshe, foshnjat (më pak se 1 vit) duhet të jenë fizikisht aktivë disa herë në ditë në mënyra të ndryshme, veçanërisht përmes lojës interaktive të bazuar në dysHEME; më shumë është më mirë. Për ata që ende nuk ecin, kjo përfshin të paktën 30 minuta në pozicion barkas, të shpërndara në minuta gjatë gjithë ditës ndërsa janë zgjuar; Këto fëmijë rekomandohet të mos rrinë gjatë nëpër karroca, karrige të larta ose sexholino, etj. Koha para ekranit nuk rekomandohet.
 - në një ditë 24-orëshe, fëmijët 1-2 vjeç duhet të kalojnë të paktën 180 minuta në lloje të ndryshme aktiviteteve fizike me çdo intensitet, duke përfshirë aktivitetin fizik me intensitet të moderuar deri në të lartë, të shpërndarë gjatë gjithë ditës; sa më shumë

- aq më mirë; Për fëmijët 1 vjeç, nuk rekomandohet qëndrimi i ulur para ekranit (si të parit televizor ose video, luajtja e lojërave kompjuterike).
- Për ata të moshës 2 vjeç, koha e ulur në ekran duhet të jetë jo më shumë se 1 orë; më pak është më mirë. Kur qëndron ulur, inkurajohet përfshirja në lexim dhe tregim me një kujdestar; dhe 11-14 orë gjumë me cilësi të mirë, duke përfshirë dremitjet, me kohë të rregullta gjumi dhe zgjimi.
 - Në një ditë 24-orëshe, fëmijët 3-4 vjeç duhet: të kalojnë të paktën 180 minuta në një sërë aktivitesh fizike me çdo intensitet, nga të cilat të paktën 60 minuta janë aktivitete fizik me intensitet mesatar deri të lartë, i shpërndarë gjatë gjithë ditës; sa më shumë aq më mirë. Koha e ulur në ekran duhet të jetë jo më shumë se 1 orë; më pak është më mirë. Kur qëndron ulur preferohet përfshirja në lexim dhe tregim me një kujdestar; dhe 10-13 orë gjumë me cilësi të mirë.
- Fëmijët dhe adoleshentët e moshës 5-17 vjeç duhet të kryejnë të paktën një mesatare prej 60 minutash në ditë me intensitet të moderuar në të lartë, kryesisht aerobik, aktivitete fizik gjatë javës. Duhet të përfshijnë aktivitete aerobike me intensitet të fuqishëm, si dhe ato që forcojnë muskujt dhe kockat, të paktën 3 ditë në javë (Meghan Finch & al)⁴⁴⁹ dhe duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur, veçanërisht sasinë e kohës rekreative para ekranit.
 - Të rriturit e moshës 18-64 vjeç duhet të bëjnë të paktën 150-300 minuta aktivitete fizik aerobik me intensitet të moderuar ose të paktën 75–150 minuta aktivitete fizik aerobik me intensitet të lartë; ose një kombinim ekuivalent të aktivitetit me intensitet të moderuar dhe të fuqishëm gjatë gjithë javës. (WHO)⁴⁵⁰ Duhet gjithashtu të bëjnë aktivitete për forcimin e muskujve me intensitet të moderuar ose më të lartë që përfshijnë të gjitha grupet kryesore të muskujve në dy ose më shumë ditë në javë, pasi këto ofrojnë përfitime shtesë shëndetësore. Mund të rrisin aktivitetin fizik aerobik me intensitet të moderuar në më shumë se 300 minuta; ose të bëjnë më shumë se 150 minuta aktivitete fizik aerobik me intensitet të lartë; ose një kombinim ekuivalent të aktivitetit me intensitet të moderuar dhe të lartë gjatë gjithë javës për përfitime shtesë shëndetësore. Duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur. Zëvendësimi i kohës së ulur me aktivitete fizik të çdo intensiteti ofron përfitime shëndetësore dhe ndihmon në reduktimin e efekteve të dëmshme të niveleve të larta të sjelljes sedentare në shëndet. Të gjithë të rriturit dhe të moshuarit duhet të synojnë të bëjnë më shumë se nivelet e rekomanduara të aktivitetit fizik me intensitet të moderuar deri në të lartë. (www.health.gov)⁴⁵¹.
 - Të rriturit e moshës 65 vjeç e lart
- Njësoj si për të rriturit e tjerë si pjesë e aktivitetit të tyre fizik javor, duhet të bëjnë aktivitete të ndryshëm fizik me shumë komponentë që theksojnë ekuilibrin funksional dhe stërvitjen me intensitet të moderuar ose më të lartë, në 3 ose më shumë ditë në javë, për të rritur kapacitetin funksional dhe për të parandaluar rëniet dhe dëmtimet (www.health.gov)⁴⁵¹.
- Gratë shtatzëna dhe pas lindjes
- Në shtatzani, pasiviteti fizik dhe shtimi i tepërt i peshës janë njohur si faktorë rreziku të pavarur për obezitetin e nënës dhe ndërlikimet e lidhura me shtatzëninë, duke përfshirë diabetin melitus

gestacional (GDM) (Artal R)⁴⁵² (ACOG)⁴⁵³. Shqetësimet se aktiviteti i rregullt fizik gjatë shtatzënisë mund të shkaktojë abort, rritje të vogël të fetusit, lëndim muskuloskeletor, ose lindje parakohe nuk janë vërtetuar për gratë me shtatzani të pakomplikuara (Barakat R, & al)⁴⁵⁴. Në mungesë të komplikimeve obstetrike ose mjekësore ose kundërrindikacioneve, aktiviteti fizik në shtatzani është i sigurt dhe i dëshirueshëm dhe gratë shtatzëna duhet të inkurajohen të vazhdojnë ose për të filluar aktivitete të sigurta fizike (Daniele Di Mascio & al)⁴⁵⁵.

Të gjitha gratë shtatzëna por dhe ato pas lindjes pa kundërrindikacione duhet të bëjnë të paktën 150 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të moderuar gjatë gjithë javës, përfshirë një sërë aktivitete aerobike dhe për forcimin e muskujve.

Duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur. Zëvendësimi i kohës ulur me aktivitet fizik të çdo intensiteti ofron përfitime shëndetësore.

- Njerëzit që jetojnë me sëmundje kronike

Aktiviteti fizik është shumë i domosdoshëm dhe për pacientët që vuajnë nga sëmundje kronike si psh hipertensioni, diabeti i tipit 2, HIV dhe të mbijetuarit nga kanceri, etj (www.who.int)⁴⁵⁶.

Këto pacientë:

- o Duhet të bëjnë të paktën 150–300 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të moderuar/ ose të paktën 75–150 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të fuqishëm; ose një kombinim ekuivalent të aktivitetit me intensitet të moderuar dhe të fuqishëm gjatë gjithë javës.
- o Duhet gjithashtu të bëjnë aktivitete për forcimin e muskujve me intensitet të moderuar ose më të madh që përfshijnë të gjitha grupet kryesore të muskujve në dy ose më shumë ditë në javë, pasi këto ofrojnë përfitime shtesë shëndetësore.
- o Mund të rrisin aktivitetin fizik aerobik me intensitet të moderuar në më shumë se 300 minuta; ose bëjnë më shumë se 150 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të lartë; ose një kombinim ekuivalent të aktivitetit me intensitet të moderuar dhe të lartë gjatë gjithë javës për përfitime shtesë shëndetësore.
- o Duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur. Zëvendësimi i kohës ulur me aktivitet fizik të çdo intensiteti ofron përfitime shëndetësore, dhe për të ndihmuar në reduktimin e efekteve të dëmshme të sjelljes së qëndrimit ulur në shëndet.

- Fëmijët dhe adoleshentët me aftësi të kufizuara

Këto duhet të kryejnë të paktën një mesatare prej 60 minutash në ditë me intensitet mesatar, kryesisht aerobik, aktivitet fizik gjatë javës.

Duhet të përfshijnë aktivitete aerobike me intensitet të lartë, si dhe ato që forcojnë muskujt dhe kockat, të paktën 3 ditë në javë.

Duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur, veçanërisht sasinë e kohës rekreative para ekranit. (WHO)⁴⁵⁷.

- Të rriturit që jetojnë me aftësi të kufizuara

Duhet të bëjnë të paktën 150–300 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të moderuar/ ose të paktën 75–150 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të lartë; ose një kombinim ekuivalent të aktivitetit me intensitet të moderuar dhe të lartë gjatë gjithë javës.

Duhet gjithashtu të bëjnë aktivitete për forcimin e muskujve me intensitet të moderuar ose më të madh që përfshijnë të gjitha grupet kryesore të muskujve në dy ose më shumë ditë në javë, pasi këto ofrojnë përfitime shtesë shëndetësore.

Si pjesë e aktivitetit të tyre fizik javor, të rriturit e moshuar duhet të bëjnë aktivitete fizik të larmishëm me shumë komponentë që thekson stërvitjen funksionale të ekuilibrit dhe forcës me intensitet të moderuar ose më të madh, në tre ose më shumë ditë në javë, për të rritur kapacitetin funksional dhe për të parandaluar rëniet dhe dëmtimet.

Mund të rrisin aktivitetin fizik aerobik me intensitet të moderuar në më shumë se 300 minuta; ose bëjnë më shumë se 150 minuta aktivitet fizik aerobik me intensitet të fuqishëm.

Duhet të kufizojnë sasinë e kohës së kaluar duke qëndruar ulur. Zëvendësimi i kohës ulur me aktivitet fizik të çdo intensiteti ofron përfitime shëndetësore.

Do të ishte shumë mirë për këto persona, sidomos për ato me karrige me rrota të shmangnin pasivitetin ulur dhe të jenë fizikisht aktiv ndërsa janë ulur ose shtrirë, p.sh. aktivitete që vënë në lëvizje pjesën e sipërme të trupit, sporte dhe aktivitete gjithëpërfshirëse dhe/ose specifike për karriget me rrota (WHO)⁴⁵⁸.

Barrierat për aktivitetin fizik

Me përparimet teknologjike, jeta e njerëzve në shumë mënyra është bërë gjithnjë e më e lehtë, si dhe më pak aktive. Përveç kësaj, njerëzit kanë shumë arsye personale ose shpjegime për të qenë joaktivë (Vern Seefeldt & al)⁴⁵⁹. Arsyet më të zakonshme që të rriturit nuk adoptojnë stile jetese më aktive fizikisht (Manaf H.)⁴⁶⁰ janë:

- koha e pamjaftueshme për tu ushtruar
- shqetësim i ushtrimeve
- mungesa e vetë-motivimit
- mos shijimi i ushtrimeve
- mërzitje nga ushtrimet
- mungesa e besimit në aftësinë e tyre për të qenë fizikisht aktivë (vetë-efikasiteti i ulët)
- frika se mos lëndohen ose janë lënduar kohët e fundit
- mungesa e aftësive të vetë-menaxhimit, si aftësia për të vendosur synime personale
- mungesa e inkurajimit, mbështetjes ose shoqërimit nga familja dhe miqtë
- mosdisponueshmëria e parqeve, trotuareve, shtigjeve për biçikleta ose ecja e sigurt
- afërsia e shtëpisë me vendin e punës, etj

Tre barrierat kryesore për t'u angazhuar në aktivitete fizik gjatë jetës së të rriturve janë (www.cdc.gov)⁴⁶¹:

- koha
- energjia
- motivimi

Në një studim të vitit 2013 (Manaf H.)⁴⁶² që synonte të identifikonte barrierat e jashtme dhe të brendshme për aktivitetin fizik dhe pjesëmarrjen në ushtrime midis individëve të moshës së mesme dhe të moshuar, barrierat e jashtme më të zakonshme midis të anketuarve të moshës së mesme dhe të moshuar ishin 'koha e pamjaftueshme', 'se nuk kishte të tjerë për t'u ushtruar dhe

'mungesa e objekteve'. Barrierat e brendshme më të zakonshme për të anketuarit e moshës mesatare ishin 'shumë i lodhur', 'tashmë jam mjaftueshëm aktiv', 'nuk di si ta bëj' dhe 'jam shumë dembel', ndërsa ato për të anketuarit e moshuar ishin 'shumë të lodhur', 'mungesa i motivimit' dhe 'tashmë jam mjaftueshëm aktiv'.

Barriera të tjera përfshijnë (www.cdc.gov)⁴⁶³:

- koston e palestrave
- objektet në dispozicion
- sëmundjet ose lëndimet
- transportin
- çështjet e partnerit
- aftësitë
- konsideratat e sigurisë
- kujdesi për fëmijët
- programe të papërshtatshme

Përveç barrierave personale që lidhen me individin, ekzistojnë dhe disa barrierat e tjera si barrierat mjedisore. Mjedisin në të cilin jetojmë ka një ndikim të madh në nivelin e aktivitetit tonë fizik. Shumë faktorë në mjedisin tonë ndikojnë tek ne. Faktorët e dukshëm përfshijnë aksesin në shtigjet e ecjes, shtigjet e çiklizmit dhe objektet rekreative. Faktorë të tillë si trafiku, disponueshmëria e transportit publik, krimi dhe ndotja mund të kenë gjithashtu një efekt. Faktorë të tjerë mjedisorë përfshijnë mjedisin tonë shoqëror, si mbështetja nga familja dhe miqtë dhe komuniteti. Është e mundur të bëjmë ndryshime në mjedisin tonë përmes fushatave për të mbështetur transportin aktiv, (promovimin e lëvizjes me biçikleta, ditët pa makina, korsitë për biçikleta, etj) legjislativonin për komunitete më të sigurta dhe krijimin e zonave të reja rekreative (parqe, shtigje ecje, etj).

Politika është një mjet i fuqishëm për të formësuar mjediset dhe stilet tona të jetesës. Studiuesit e shëndetit publik janë veçanërisht të interesuar të identifikojnë se si ndryshimet e politikave dhe investimet në shkallë të gjerë në infrastrukturën e transportit mund të rrisin aktivitetin fizik (Heath GW, & al)⁴⁶⁴.

Kapërcimi i Barrierave

Si profesionistë të kujdesit shëndetësor, për më tepër infermieri në familje mund t'i ndihmojë njerëzit të identifikojnë barrierat për të ushtruar dhe të bëjnë sugjerime se si mund t'i kapërcejnë këto barrierat. Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (www.cdc.gov)⁴⁶³ bëjnë sugjerime për tejkalimin e barrierave të aktivitetit fizik (www.physio-pedia.com)⁴⁶⁵:

Mungesa e kohës

- Ndihmojini individët të identifikojnë hapësirat kohore të disponueshme.
- Monitoroni aktivitetet të përditshme për një javë. Identifikimi i të paktën tre periudhave kohore 30-minutëshe që mund t'i përdorin për aktivitet fizik.
- Shtimi i aktivitetit fizik në rutinën e tyre të përditshme, p.sh ecja ose ecja me biçikletë për në punë ose pazar, organizimi i aktivitete shkollore rreth aktivitetit fizik, ecje me qenin, ushtrime ndërsa shohin TV, parkimi i makinës më larg nga destinacioni i tyre etj.

- Zgjedhja aktiviteteve që kërkojnë kohë minimale, të tilla si ecja, vrapimi ose ngjitja e shkallëve.

Ndikimi social

- Shpjegojini miqve dhe familjarëve për interesin e tyre për aktivitetin fizik. Kërkojuni atyre të mbështesin përpjekjet e tyre.
- Ftoni miqtë dhe anëtarët e familjes të ushtrohen me to. Planifikoni aktivitete sociale që përfshijnë ushtrime.
- Ndhimojini të zhvillojnë miqësi të reja me njerëz fizikisht aktivë. Nxitini të bashkohen me një grup që ushtrojnë aktivitete, të tillë si një klub hiking, lëvizje me biçikletë. (Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO.)⁴⁶⁶

Mungesa e energjisë

- Nxitini individët të programojnë aktivitetin fizik për momentet e ditës ose javës kur ndihen energjikë.
- Bindini që nëse i jepni një shans, aktiviteti fizik do të rrisë nivelin e tyre të energjisë.

Mungesa e motivimit

- Nxitini individët ta bëjnë aktivitetin fizik pjesë të rregullt të programit të tyre ditor ose javor dhe ta shkruajnë në kalendar.
- Ftoni një mik të ushtrojë me të rregullisht ushtrimet, ose nxitini të bashkohen me një grup që ushtrohet.

Frika nga lëndimi

- Mësojini si të bëjnë nxemjen dhe ftohjen për të parandaluar lëndimet.
- Mësojini se si të ushtrohen siç duhet duke marrë parasysh moshën, nivelin e fitnesit, nivelin e aftësive dhe gjendjen e tyre shëndetësore.
- Zgjidhni për to aktivitete që përfshijnë rrezikun minimal.

Mungesa e aftësisë

- Zgjidhni bashkë me ta aktivitete që nuk kërkojnë aftësi të tilla si ecja, ngjitja e në lartësi ose vrapimi, etj.
- Nxitini që të zhvillojnë aftësi të reja.

Mungesa e burimeve

- Përzgjidhni aktivitete që kërkojnë lehtësira ose pajisje minimale, të tilla si ecja, vrapimi, kërcimi me litar etj.
- Identifikoni burimet e lira dhe të përshtatshme të disponueshme në komunitetin tuaj (programet e edukimit në komunitet, programet e parkut dhe rekreacionit, programet e vendit të punës, etj.).

Kushtet e motit

- Përpikuni ti orjentoni të zhvillojnë një sërë aktiviteteve të rregullta që janë gjithmonë të disponueshme pavarësisht nga moti (çiklistë në ambiente të mbyllura, kërcim aerobik, not në

ambiente të mbyllura, ngjitje shkallësh, kapërcim me litar, ecje në qendër tregtare, vallëzim, lojëra, etj.)

Detyrimet familjare

- Mësojini të ushtrohen me fëmijët, të shkojnë për një shëtitje së bashku, të luajnë lojëra, të vrapojnë, të marrin një kasetë kërcimi aerobik ose ushtrime për fëmijët dhe të ushtrohen së bashku.
- Ato mund të kërcëjnë me litar, bëjnë sporte, ngasin një biçikletë të palëvizshme ose përdorin pajisje të tjera të gjimnastikës në shtëpi ndërsa fëmijët janë të zënë duke luajtur ose duke fjetur.
- Mësojini të përpiqen të ushtrohen kur fëmijët nuk janë pranë tyre (p.sh., gjatë orëve të shkollës ose në kohën e gjumit të tyre).

Vitet e pensionit

- Përpiqui që të shfrytëzoni faktin që tani pensionistët kanë më shumë kohë të lirë për tu marrë me vehten.
- Tregojini se mund ta shohin daljen në pension si një mundësi për t'u bërë më aktiv. Të kalojnë më shumë kohë në kopshtari, duke shëtitur qenin dhe duke luajtur me nipërit dhe mbesat e tyre. Fëmijët me këmbë të shkurtra dhe gjyshërit me ecje më të ngadalta janë shpesh partnerë të shkëlqyer në ecje.
- Mësojini një aftësi të re për të cilën kanë qënë gjithmonë të interesuar, si vallëzimi në sallë, ose noti.
- Nxitini tani që kanë kohë, të bëjnë çdo ditë aktivitetin e rregullt fizik, psh të shkojnë për një shëtitje çdo mëngjes ose çdo mbrëmje para darkës (www.physio-pedia.com)⁴⁶⁵.

Tema 6: Ndërhyrjet në komunitet për të promovuar aktivitetin fizik.

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë çdo të thotë promovimi i aktivitetit fizik në komunitet dhe rezultatet e pritshme të kësaj ndërhyrje. Gjithashtu do të kuptojnë se ç'janë ndërhyrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet, kush janë konsiderata të veçanta për zhvillimin e programit për të promovuar aktivitetin fizik në komunitet si dhe strategji konkrete për të promovuar aktivitetin fizik në komunitet.

Konceptet themelore

- Promovim i aktivitetit fizik
- Ndërhyrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet
- Strategji për promovimin e aktivitetit fizik në komunitet

Promovimi i aktivitetit fizik në komunitet

Pasiviteti fizik është një çështje e shëndetit publik që prek komunitetet në mbarë botën. Me rritjen e përdorimit të transportit të motorizuar, urbanizimin e paplanifikuar dhe plakjen e popullsisë, pasiviteti fizik (PA) është në rritje, madje edhe në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (Hallal PC & al)⁴⁶⁷. Ky trend është shqetësues pasi pasiviteti fizik ka implikime negative për shëndetin e përgjithshëm (WHO).⁴⁶⁸

Provat tregojnë se pasiviteti fizik i vë njerëzit në rrezik të shtuar për obezitet (Booth FW, Roberts CK, Laye MJ.)⁴⁶⁹ ul jetëgjatësinë dhe rrit rrezikun për sëmundje jo të transmetueshme si sëmundjet koronare të zemrës, diabeti i tipit 2 dhe kanceri i gjirit dhe zorrës së trashë (Min Lee & al)⁴⁷⁰. Gjithashtu Min Lee et al vlerësojnë në këtë studim se 6-10% e sëmundjeve jo të transmetueshme të lartpërmendura dhe 9% e vdekshmërisë së parakohshme mund t'i atribuohen sjelljes sedentare. Po kështu, Organizata Botërore e Shëndetësisë e vendos pasivitetin fizik si faktorin e katërt kryesor të rrezikut për vdekshmërinë globale. (WHO)⁴⁶⁸

Në dritën e këtyre rrethanave, përfitimet e mundshme nga promovimi i aktivitetit fizik në nivel komuniteti janë të mëdha. Nëse të gjithë personat joaktivë bëheshin aktivë, 6% e barrës globale për shkak të sëmundjes koronare të zemrës mund të eliminohej. Për diabetin e tipit 2 dhe kancerin e gjirit dhe të zorrës së trashë, kjo përkthehet në një ulje prej 7% dhe 10% të ngarkesës së tyre globale, respektivisht. Edhe me një ulje prej 25% të pasivitetit fizik, 1.3 milionë vdekje globale mund të shmangen çdo vit. (Min Lee & al)⁴⁷⁰. Këto shifra e bëjnë promovimin e aktivitetit fizik një domosdoshmëri globale.

Mbështetja sociale është një nocion i përfshirë në një sërë teorish (Teoria njohëse sociale dhe e planifikuar e sjelljes) dhe modele (Besimi shëndetësor dhe modeli social ekologjik) të përdorura për të shpjeguar sjelljen e aktivitetit fizik (www.med.upenn.edu)⁴⁷¹. Ai përshkruhet si një veprim që ndihmon një person të adoptojë dhe/ose të mbajë një praktikë të veçantë që mund të ndodhë në mënyra të ndryshme si: instrumentale/direkte (karakterizohet nga blerja ose ndarja e pajisjeve sportive, lehtësimi i transportit në praktikatat lokale dhe përfshirja në aktivitete fizike së bashku); psikologjike/emocionale (duke transmetuar përmes stimuljeve, fjalëve motivuese dhe inkurajuese

për praktikat); dhe mbështetje udhëzuese/informative (e karakterizuar nga akte orientimi, këshillimi dhe bisedimesh për rëndësinë dhe mënyrat e duhura të përfshirjes në aktivitete fizike) (Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA.)⁴⁷². Prindët, anëtarët e familjes (vëllezërit, motrat dhe gjyshërit), miqtë dhe mësuesit janë burimet kryesore të mbështetjes (Barr-Anderson DJ, & al)⁴⁷³

Ndërhryrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet për aktivitetin fizik kombinojnë mundësitë e aktivitetit fizik dhe mbështetjen sociale për të ndërtuar, forcuar dhe mbajtur rrjete sociale që inkurajojnë ndryshime pozitive në sjellje. Ndërhryrjet mund të përfshijnë gjithashtu edukim, këshillim në grup ose individual, ose plane të përshtatura për nevojat individuale. Shembuj të ndërhryjeve të mbështetjes sociale të bazuara në komunitet përfshijnë grupet e ecjes, ngritjen e një sistemi ushtrimesh, plane të aktivitetit fizik me të tjerët. Psh grupet e ecjes janë efektive dhe të sigurt dhe me përfitime të gjëra shëndetësore. Ato mund të jenë një ndërhryje premtuese si një shtesë për kujdesin shëndetësor ose si një aktivitet proaktiv për promovimin e shëndetit, thonë Hanson & Jones. (Hanson S, Jones A.)⁴⁷⁴

Rezultatet e pritshme të dobishme (të vlerësuara) do të ishin:

- Rritja e aktivitetit fizik
- Përmirësimi i aftësisë fizike
- Përmirësimi i rezultateve shëndetësore
- Përmirësimi i shëndetit mendor

Ndërhryrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet kanë treguar gjithashtu se ofrojnë përfitime shëndetësore, si reduktimi i treguesve të sëmundjeve kardiovaskulare. Rreziku ulet për disa tregues, duke përfshirë presionin e gjakut, indeksin e masës trupore (BMI) dhe kolesterolin total (Amy J. Schulz & al)⁴⁷⁵ dhe simptomat e depresionit.

Mbështetja sociale për aktivitetin fizik rrit aktivitetin fizik tek të moshuarit, veçanërisht kur ndërhryrjet përfshijnë mbështetjen e familjes (Smith GL, & al)⁴⁷⁶. Gratë e moshës së mesme të regjistruara në një program për humbje peshe kanë më shumë gjasa të humbin peshë kur përjetojnë mbështetje sociale nga miqtë dhe familja (Kiernan M & al)⁴⁷⁷.

Ndërhryrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet për aktivitetin fizik me një kohëzgjatje prej të paktën 6 muajsh janë më efektive se ndërhryrjet më të shkurtra. Ndërhryrjet që fokusohen tek të rriturit më të mëdhenj janë më efektive se ato për të rinjtë (Kassavou A, Turner A, French DP)⁴⁷⁸. Ndërhryrje të tilla janë më efektive kur projektohen për të dyja gjinitë (Kassavou A, Turner A, French DP)⁴⁷⁸, kurse përshtatja e ndërhryjeve për gratë e rrit efektivitetin (Bock C, Jarczok MN, Litaker D)⁴⁷⁹.

Ndërhryrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet kanë treguar se rrisin aktivitetin fizik midis të rriturve në lagjet me status socio-ekonomik të ulët dhe të pafavorizuara (Cleland CL, & al)⁴⁸⁰. Banorët e komuniteteve me të ardhura të ulëta, por me rrjete sociale më aktive kanë më shumë gjasa të përmbushin udhëzimet e rekomanduara të aktivitetit fizik sesa banorët me më pak jetë sociale aktive (Child S, Kaczynski AT, Moore S.)⁴⁸¹.

Në përgjithësi, ndërhryrjet e mbështetjes sociale të bazuara në komunitet mund të mos rrisin aktivitetin fizik dhe aftësinë fizike tek adoleshentët (van Sluijs E MF, & al)⁴⁸². Megjithatë, adoleshentët me nivele të ulëta të mbështetjes sociale të perceptuar nga familja dhe miqtë duket

se kanë më shumë gjasa të përfshihen në sjellje jo të shëndetshme të kontrollit të peshës sesa bashkëmoshatarët me nivele më të larta të mbështetjes sociale (Vander Wal JS.)⁴⁸³.

Konsiderata të veçanta për zhvillimin e programit për të promovuar aktivitetin fizik në komunitet

Promovimi efektiv në nivel komuniteti kërkon zbatimin e ndërhyrjeve kulturore të ndjeshme, me shumë komponentë që bëjnë më të lehtë për njerëzit të qëndrojnë aktivë. (www.cdc.gov)⁴⁸⁴ (www.who.int)⁴⁸⁵ Më poshtë është një përmbledhje e karakteristikave të zgjedhura të bazuara në prova të mbështetura nga Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh).

Nuk ka dy komunitete të njëjta. Fokusi dhe mesazhet e promovimit të aktivitetit fizik duhet të ndryshojnë bazuar në karakteristikat kryesore të komunitetit dhe mjedisit të synuar (www.who.int)⁴⁸⁵. Ndër faktorët më të rëndësishëm janë mosha, kultura dhe vendi i audiencës së synuar.

Mosha e audiencës së synuar

Rekomandimet për aktivitetin fizik ndryshojnë në varësi të fazës së jetës. Për fëmijët 5-17 vjeç, promovimi i aktivitetit fizik duhet të theksojë adoptimin e transportit aktiv në komunitet, rritjen e edukimit fizik dhe lojërave gjatë kohës së lirë dhe sporteve (www.who.int)⁴⁸⁵. Zgjerimi i promovimit të aktivitetit fizik në aktivitete profesionale, punët e shtëpisë dhe ushtrimet e planifikuara është më i përshtatshëm për të rriturit midis moshës 18 dhe 64 vjeç. Në këtë gamë moshe, edukimi duhet të theksojë aktivitetet me rrezik të ulët dhe me intensitet të moderuar me një rritje progresive të intensitetit (www.who.int)⁴⁸⁵. Tek të rriturit 65 vjeç e lart, funksioni fizik mund të ndryshojë shumë. Për individët me nivele të ulëta fitnesi, aktivitetet me intensitet të moderuar mund të ndahen në periudha më të shkurtra për të ndihmuar në përmbushjen e rekomandimeve për kohën e kaluar për të qenë aktivë (www.who.int)⁴⁸⁵.

Kultura

Kultura luan një rol të madh në normat shoqërore, gjuhën, vlerat fetare, rolet gjinore dhe modelet ekzistuese të pjesëmarrjes në aktivitetin fizik. Të gjithë këta faktorë janë të rëndësishëm për zhvillimin e suksesshëm të programit (www.who.int)⁴⁸⁵. Për shembull, në komunitetet me pabarazi të konsiderueshme gjinore, programimi i aktivitetit fizik mund të ketë nevojë për komponentë të përshtatur në mënyrë specifike për nevojat dhe barrierat me të cilat përballen gratë. Në komunitetet multi-etnike, materialet edukative mund të kenë nevojë të përkthehen në shumë gjuhë për të arritur të gjithë audiencën e synuar. Po kështu, nëse feja luan një rol të madh në jetën e komunitetit, mesazhet duhet të jenë të ndjeshme ndaj vlerave përkatëse dhe normave shoqërore dhe fetare (www.physio-pedia.com)⁴⁸⁶.

Mjedisi

Promovimi i aktivitetit fizik duhet të përshtatet me mjedisin (www.who.int)⁴⁸⁵. Situata e sigurisë, faza e zhvillimit të një vendi, gjeografia, roli i bashkive/leadershipit lokal, stinët dhe klima duhet të merren parasysh gjatë planifikimit dhe zbatimit të programit. Për shembull, në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme, aktiviteti fizik është më i zakonshëm gjatë detyrave të punës dhe transportit në krahasim me kohën e lirë. Në këtë skenar, ndryshimet e politikave dhe mjedisit duhet të përdoren me kujdes (www.who.int)⁴⁸⁵.

Implikimet për praktikën e fizioterapeutit (www.physio-pedia.com)⁴⁸⁶

Fizioterapeutët kanë aftësinë të kontribuojnë në komponentë të ndryshëm të promovimit të aktivitetit fizik. Duke marrë parasysh mungesën e promovimit të shëndetit në praktikën aktuale të fizioterapistit (Bezner JR)⁴⁸⁷, hapi i parë mund të jetë kërkimi i mundësive të edukimit të vazhdueshëm në aftësitë e shëndetit publik si intervistimi motivues dhe teoria e ndryshimit të sjelljes. Në klinikë, fizioterapeuti mund të plotësojë kujdesin rutinë me këshilla në lidhje me sa vijon:

1. Përfitimet e aktivitetit fizik dhe udhëzimet e rekomanduara.
2. Si të kryejnë ushtrime, të vendosin synime dhe të monitorojnë rezultatet.
3. Burimet për të qenë fizikisht aktiv në komunitet.
4. Ndërtimi i mbështetjes sociale.
5. Strategjitë për të përballuar pengesat dhe barrierat ndaj aktivitetit fizik (Bezner JR)⁴⁸⁷

Në veçanti, fizioterapeutët zotërojnë ekspertizën klinike për t'i zbatuar këto kompetenca për personat me gjendje muskuloskeletore të shkaktuara dhe/ose të përkeqësuar nga sjellja e qëndrimit ulur dhe nevojat e veçanta të personave me gjendje kronike (p.sh. sëmundje kardiovaskulare, diabeti), individët me aftësi të kufizuara dhe të moshuarit .

Jashtë klinikës, fizioterapeutët së bashku me infermierët në komunitet mund të ndihmojnë me zhvillimin dhe zbatimin e ndryshimeve mjedisore, politikave dhe programeve që promovojnë jetesën aktive. Bezner⁴⁸⁷ fton fizioterapeutët të përfshihen në komunitet dhe të shërbejnë si konsulentë për projektimin e hapësirave publike të aksesueshme. Në nivel organizativ, rekomandon pjesëmarrjen në iniciativat qeveritare, krijimin e burimeve për të ndihmuar fizioterapeutët të shtojnë promovimin në praktikën e tyre profesionale dhe integrimin më të mirë të kompetencave të promovimit të shëndetit në kurrikulën e edukimit të fizioterapistëve.

Disa strategji për të promovuar aktivitetin fizik në komunitet

Matni aktivitetin fizik si një shenjë vitale (Phillip Tusso)⁴⁸⁸

Një ndërhyrje që mund të rrisë ndjeshëm normat e ushtrimeve është zbatimi i një procesi kombëtar në të cilin gjatë çdo vizite me një mjek, pacientit i kërkohet numri i minutave në javë që pacienti merr pjesë në një aktivitet fizik. Kjo pyetje i bën të ditur pacientit se stërvitja është një pjesë e rëndësishme e shëndetit ashtu si shenjat e tjera jetësore të shëndetit (siç është presioni i gjakut). Nëse pacienti nuk i përmbush objektivat e ushtrimeve, atëherë mjeku mund të fillojë një bisedë për rëndësinë e aktivitetit fizik në shëndet. Në fund të fundit, pacientët duhet të jenë

përgjegjës për shëndetin e tyre dhe nivelin e aktivitetit fizik. Të kuptuarit se çfarë pritet prej tyre është hapi i parë. Hapi i dytë është të mësojë se si të ndryshojë sjelljen nga pasiviteti në aktivitetin e përditshëm fizik.

Inkurajimi i pacientëve të jenë aktivë të paktën 150 min në javë.

Kemi përmendur kur kemi diskutuar për **ndryshimet e sjelljes** që ajo ndodh kur motivimi përputhet me aftësinë dhe nxitësit (Fogg BJ.)⁵¹⁵. Shëndeti i mirë duhet të jetë motivuesi kryesor që një individ të jetë fizikisht aktiv. Siç u tha më lart, aktiviteti fizik ka shumë përfitime shëndetësore. Disa pacientë do të kenë nevojë për edukim se si të jenë fizikisht aktivë (aftësia) dhe nxitës për t'u kujtuar atyre që të jenë fizikisht aktivë.

Ndërhyrjet në sjellje kanë treguar se rritja ndjeshëm aktivitetin fizik rezulton në kontroll të përmirësuar të diabetit dhe indeksit të masës trupore (Avery, L & al)⁴⁸⁹.

Ndërhyrjet në sjellje mund t'i nxisin pacientët të jenë më aktivë fizikisht. Broën et al raportuan se ndërhyrjet në sjellje kanë qenë efektive në popullata të ndryshme dhe në një sërë mjedisesh (Brown DR, Heath GW, Martin SL,)⁴⁹⁰. Për shembull, një studim tregoi se një nxitje në vendimin për të inkurajuar përdorimin e shkallëve (d.m.th., një shenjë pranë ashensorit që inkurajon përdorimin e shkallëve për të përmirësuar shëndetin) ishte efektive në rritjen e numrit të njerëzve që zgjedhën të përdorin shkallët në vend që të hipnin në ashensor (Soler RE & al)⁴⁹¹.

Promovimi i sjelljeve të shëndetshme është një pjesë kyçe për të ndihmuar pacientët të jenë më aktivë.

Pacientët mund të ndihmojnë veten të jenë më aktivë duke ndërtuar rrjete sociale. Ndërhyrjet e mbështetjes sociale fokusohen në ndryshimin e sjelljes së aktivitetit fizik përmes ndërtimit, forcimit dhe mirëmbajtjes së rrjeteve sociale që ofrojnë marrëdhënie mbështetëse për ndryshimin e sjelljes (Child S, Kaczynski AT, Moore S.)⁴⁸¹.

Krijimi i mjediseve të shëndetshme

Infermieret e familjes duhet të punojnë për të krijuar mjedise të shëndetshme duke bërë më të lehtë që individët të jenë fizikisht aktivë aty ku jetojnë, mësojnë, punojnë, luajnë dhe luten (Sallis JF, & al)⁴⁹².

Pacientët kanë jetë komplekse dhe kanë shumë pengesa për të qenë fizikisht aktivë. Ka ardhur koha për të punuar së bashku për të krijuar mjedise ku është më e lehtë të jesh fizikisht aktiv. Kjo mund të përfshijë një familje që është fizikisht aktive së bashku gjatë fundjavave, studentët që marrin pjesë në programet e edukimit fizik në shkollë, punonjësit që marrin pjesë në programet e aktivitetit fizik në mjedisin e punës dhe grupet e bazuara në besim që inkurajojnë anëtarët e komunitetit të jenë fizikisht aktivë në funksionet e bazuara në besim.

Një pengesë e identifikuar për aktivitetin fizik është mungesa e mjediseve të sigurta për të ecur, biçikletë dhe lojë. Krijimi i vendeve për aktivitet fizik, i kombinuar me edukimin se ku të gjenden vendet për të qenë fizikisht aktiv, sigurisht që do të ndihmojë të rriturit dhe fëmijët të jenë më aktivë fizikisht. Mjekët dhe pacientët punojnë së bashku me drejtuesit e komunitetit për të promovuar fushata në mbarë komunitetin dhe për të mbështetur familjet që duan të jenë fizikisht aktivë. Këto fushata në mbarë komunitetin mund të formojnë ekipe multidisiplinare që fokusohen në përdorimin e burimeve të komunitetit për të promovuar aktivitetin fizik ku jetojnë, mësojnë, punojnë, luajnë dhe luten (Sallis JF, & al)⁴⁹².

Këto ndërhyrje nuk duhet të jenë të komplikuar dhe mund të jenë aq të thjeshta sa t'u kërkohet njerëzve të ecin në vend që të ngasin makinën. Ndërhyrje të tjera më të vështira mund të përfshijnë ndryshimin e infrastrukturës për të promovuar shëndetin dhe mirëqenien. Këto përfshijnë mjedise të shëndetshme fizike (p.sh. shkallët e aksesueshme për ecje), aktivitete të shëndetshëm në punë (p.sh., kohë dhe hapësirë për aktivitete fizike) dhe aktivizimin e mjekëve dhe pacientëve për të punuar me grupet e punëdhënësve për të zbatuar programe të menaxhimit të stilit të jetesës në mjedisin e punës (King AC, & al)⁴⁹³.

Monitorimi mbi incidencën e sëmundjeve të pacientëve që janë fizikisht aktivë kundrejt atyre që nuk janë fizikisht aktivë.

Healthy People 2020 ka zhvilluar objektiva dhe synime të aktivitetit fizik për të ardhmen. Objektivat përputhen me Udhëzimet e Aktivitetit Fizik dhe vendosin objektiva dhe synime për të rriturit, fëmijët, shkollat dhe mjekët (www.healthypeople.gov)⁴⁹⁴

Qëllimet përfaqësojnë një përpjekje fillestare për t'i bërë njerëzit të lëvizin më shumë. Vlen të përmendet pritshmëria që shkollat të rrisin përqindjen e kohës që kanë nxënësit për edukimin fizik dhe që mjekët të këshillojnë pacientët që do përfitojnë më së shumti nga aktiviteti fizik (ata me obezitet dhe sëmundje shoqëruese).

Pasi të vendosim objektivat, do të jetë e rëndësishme për mjekët dhe institucionet shëndetësore të monitorojnë incidencën e sëmundjes pasi lidhet me aktivitetin fizik për të demonstruar marrëdhënien midis aktivitetit fizik, mirëqenies dhe përballueshmërisë së kujdesit shëndetësor. Aktiviteti fizik do të ulë kostot e kujdesit shëndetësor, do të parandalojë sëmundjet e parandalueshme dhe do të shpëtojë jetë. (activelivingresearch.org)⁴⁹⁵

Monitorimi i marrëdhënies ndërmjet kostove të kujdesit shëndetësor dhe incidencës së sëmundjeve për individët që janë fizikisht aktivë krahasuar me individët që nuk janë fizikisht aktivë do të na ndihmojë të kuptojmë se si aktiviteti fizik mund të përdoret si metodë për të trajtuar dhe parandaluar sëmundjet.

Përhapja e praktikave më të mira (Phillip Tusso)⁴⁹⁸

Për të arritur shëndet të plotë në të ardhmen, do të na duhen njerëz të shëndetshëm dhe komunitete të shëndetshme për të promovuar dhe ruajtur shëndetin.

Për shkak se pacientët kalojnë shumë pak kohë me mjekët e tyre, komunitetet tona duhet të jenë të shëndetshme dhe vetë-edukuese. Pjesë e vetë-edukimit është identifikimi i diçkaje që funksionon dhe ndarja me komunitetet e tjera. Çdo ditë mijëra pacientë kërkojnë mënyra për të qenë më aktivë. Aktualisht nuk ka një qasje të organizuar sistematike të bazuar në web për të lokalizuar këto shërbime që gjithashtu u mundëson organizatave të komunitetit të shohin shërbimet e aksesuara më parë nga një pacient. Kjo do të ishte shumë efektive nëse do të arrihej të realizohej. Përveç kësaj, nuk ka asnjë mënyrë objektive për të ditur nëse një shërbim i ofruar një komuniteti përmirëson rezultatet e kujdesit shëndetësor. Ne duhet të zhvillojmë një burim aktiviteti fizik të bazuar në ueb për të ndihmuar në përputhjen e pacientëve me një burim specifik të komunitetit që do t'i ndihmojë pacientët të jenë më aktivë aty ku jetojnë. Ky program do të ndihmojë në identifikimin e një praktike më të mirë të aktivitetit fizik në një pacient ose komunitet dhe të ndajë burimin ose idenë me një pacient ose komunitet tjetër. Shumë komunitete kanë një bollëk mundësish, të tjerët jo. Ndarja e asaj që funksionon në një komunitet me komunitetet e tjera do ta inkurajojë zgjedhjen e alternativave. Një nga mënyrat më të mira për të arritur këtë

qëllim është publikimi i të dhënave për incidencën e sëmundjeve dhe aktivitetin fizik në internet dhe për t'i lënë komunitetet anembanë vendit të shohin se cilat komunitete kanë ulur incidencën e sëmundjeve duke u bërë më aktive. Komunitetet e suksesshme mund të ndajnë me komunitetet e tjera dhe faktin se si i kapërcejnë barrierat drejt suksesit dhe për tu bërë më aktivë fizikisht. (Glickman, Dan & al)⁴⁹⁶

Tema 7: Promovimi i dietave dhe ushqyerjes së shëndetshme

Objekti

Studentët duhet të kuptojnë çdo të thotë promovimi i dietave të shëndetshme si dhe ushqyerje e shëndetshme. Gjithashtu do të kuptojnë se kush është roli i lëndëve ushqyese në dietat e shëndetshme. Do të njihen me përbërësit e një diete të shëndetshme dhe përfitimet e tyre, një piramidë e përgjithësuar e një stili jetese të shëndetshme si dhe do mësojnë qasjen e objektivave globale të një ushqyerje të shëndetshme.

Konceptet themelore

- Ushqyerje e shëndetshme
- Dietë e shëndetshme
- Roli i lëndëve ushqyese në dietë
- Objektivat globale të një ushqyerje të shëndetshme

Një dietë e shëndetshme ndihmon në mbrojtjen nga kequshqyerja në të gjitha format e tij, si dhe nga një sërë sëmundjesh jo të transmetueshme (NCD) dhe kushte të tjera (www.who.int)⁴⁹⁷. Megjithatë, rritja e prodhimit të ushqimeve të përpunuara, urbanizimi i shpejtë dhe ndryshimi i stilit të jetesës kanë çuar në ndryshim të modeleve dietike. Njerëzit tani po konsumojnë më shumë ushqime të pasura me energji, yndyrna, sheqerna të lira dhe kripë/natrium dhe shumë njerëz nuk hanë mjaftueshëm fruta, perime dhe drithëra integrale.

Dieta mund të varet nga zgjedhjet ushqimore të një individi, por edhe nga disponueshmëria dhe përballueshmëria e kostos së ushqimeve të shëndetshme dhe faktorëve sociokulturorë. Prandaj, promovimi i një mjedisi të shëndetshëm ushqimor kërkon përfshirje të shumë sektorëve dhe palëve të interesuara, duke përfshirë qeverinë, sektorin publik dhe privat (www.who.int)⁴⁹⁷.

Qeveritë kanë një rol kryesor në krijimin e një mjedisi ushqimor të shëndetshëm që u mundëson njerëzve të adoptojnë lehtësisht praktika diete të shëndetshme.

Veprimet efektive nga politikëbërësit përfshijnë:

- Koordinimin e politikave të tregtisë, sistemit ushqimor dhe bujqësisë me mbrojtjen dhe promovimin e shëndetit publik;
- Inkurajimin e kërkesës së konsumatorëve për ushqime dhe vakte të shëndetshme; dhe
- Promovimin e të ushqyerit të shëndetshëm gjatë gjithë jetës.

Strategjia globale e OBSH-së për dietën, aktivitetin fizik dhe shëndetin u miratua në vitin 2004 nga Asambleja Botërore e Shëndetësisë. Ajo u bëri thirrje qeverive, OBSH-së, partnerëve ndërkombëtarë, sektorit privat dhe shoqërisë civile që të ndërmarrin veprime në nivel global, rajonal dhe lokal për të mbështetur dietat e shëndetshme dhe aktivitetin fizik (www.who.int)⁴⁹⁷.

Iniciativat ekzistuese për të promovuar ushqimin e shëndetshëm mbeten kryesisht joefektive pasi individët luftojnë t'u përmbahen rekomandimeve dietike. Prandaj, sfidimi i strategjive të përdorura aktualisht ka shumë rëndësi. Studimet e fundit kanë treguar potencialin e një qasjeje të orientuar

drejt kënaqësisë së të ngrënit për të nxitur konsumimin e ushqimeve të shëndetshme (Axel F. Sigurdsson)⁴⁹⁸

"Çfarë është një dietë e shëndetshme?" (Patrick J. Skerrett, & Walter C. Willett)⁴⁹⁹

Shumë klinikistë e gjejnë veten në "kurth" për t'iu përgjigjur kësaj pyetjeje të zakonshme nga pacientët, në vështirësi për të ofruar një përgjigje të thjeshtë dhe kjo është e kuptueshme.

Vëllimi i të dhënave të gjeneruara nga nutricionistët, së bashku me gjetjet ndonjëherë kontradiktore, vërshimi i dezinformatave në librat e dietave dhe media mund ta bëjnë të duket sikur shpjegimi i bazave të ushqimit të shëndetshëm është aq i vështirë sikur jemi duke përshkruar ndërlikimet e fizikës. Kjo është për të ardhur keq, sepse tani ka mjaft argumente të forta nga burime të besueshme për të krijuar rekomandime të thjeshta, por bindëse rreth dietës.

Përkufizimi i asaj që përbën një dietë të shëndetshme po ndryshon vazhdimisht për të pasqyruar kuptimin në zhvillim të roleve që luajnë ushqime të ndryshme, lëndë ushqyese thelbësore dhe përbërës të tjerë ushqimor në shëndet dhe sëmundje (Patrick J. Skerrett, & Walter C. Willett)⁵⁰⁰. Një numër i madh dhe në rritje i provave mbështesin se marrja e disa llojeve të lëndëve ushqyese, grupeve specifike ushqimore ose modeleve të përgjithshme dietike ndikon pozitivisht në shëndetin dhe promovon parandalimin e sëmundjeve të zakonshme jo të transmetueshme (NCD). Konsumimi më i madh i ushqimeve që promovojnë shëndetin dhe marrja e kufizuar e opsioneve më të pasëndetshme janë thelbësore për zakonet e të ngrënit të disa dietave rajonale si dieta mesdhetare ose janë ndërtuar si pjesë e modeleve dietike të dizajnuara për të reduktuar rrezikun e sëmundjeve, të tilla si Hipertensioni, ose për vonesën në kohë të sëmundjeve neurodegenerative (MIND). Në krahasim me një dietë më tradicionale perëndimore, këto alternativa (psh dieta mesdhetare) janë më të pasura në ushqimet me bazë bimore, duke përfshirë frutat dhe perimet e freskëta, drithërat, bishtajoret, farat dhe arrat dhe më të varfra në ushqimet me bazë shtazore, veçanërisht mishrat e yndyrshëm dhe të përpunuar. Në total, provat nga studimet epidemiologjike dhe provat klinike tregojnë se këto lloje të modeleve dietike zvogëlojnë rrezikun e sëmundjeve jokronike, përfshirë sëmundjet kardiovaskulare dhe kancerin (Patrick J. Skerrett, & Walter C. Willett)⁵⁰¹.

Edhe pse mbetet shumë për t'u mësuar rreth rolit të lëndëve ushqyese specifike në uljen e rrezikut të sëmundjeve kronike, një numër i madh provash mbështesin dobinë e modeleve të një diete të shëndetshme që theksojnë ushqimet me drithëra të plota, bishtajore, perime dhe fruta dhe që kufizojnë ushqimin e rafinuar, niseshten, mishin e kuq, produkte qumështi me yndyrë të plotë dhe ushqime dhe pije me sheqerna të shtuara. Dieta të tilla janë shoqëruar me uljen e rrezikut të një sërë sëmundjesh kronike.

- Dieta, sigurisht, është vetëm një mënyrë për të parandaluar sëmundjet. *Kufizimi i marrjes së kalorive* për të mbajtur një peshë të shëndetshme, *ushtrimet e rregullta* dhe *mos pirja e duhanit* janë tre strategji të tjera thelbësore. Të dhënat bindëse nga Studimi i Shëndetit të Infermierëve tregojnë se gratë që ndiqnin një model jetese të shëndetshme që përfshin këto strategji, kishin 80% më pak gjasa të zhvillonin sëmundje kardiovaskulare gjatë një periudhe 14-vjeçare krahasuar me të gjitha gratë e tjera në studim.

Një studim shoqëruar, tregoi se zgjedhje të ngjashme të shëndetshme ishin të dobishme për meshkujt, madje edhe në mesin e atyre që merrnin medikamente për të ulur presionin e gjakut ose kolesterolin (Patrick J. Skerrett, & Walter C. Willett)⁵⁰¹.

Përbërësit e një diete të shëndetshme dhe përfitimet e tyre

Një dietë e shëndetshme është ajo në të cilën makronutrientët konsumohen në sasi të përshtatshme për të mbështetur nevojat energjetike dhe fiziologjike pa marrjen e tepërt, duke siguruar gjithashtu mikronutrientë të mjaftueshëm dhe hidratim për të plotësuar nevojat fiziologjike të trupit (Stark C.)⁵⁰². Makronutrientët (d.m.th., karbohidratet, proteinat dhe yndyrnat) sigurojnë energjinë e nevojshme për proceset qelizore të nevojshme për funksionimin e përditshëm (Stipanuk M.H., Caudill M.A.)⁵⁰³. Mikronutrientët (d.m.th., vitaminat dhe mineralet) kërkohen në sasi relativisht të vogla për rritjen normale, zhvillimin, metabolizmin dhe funksionimin fiziologjik (Stipanuk M.H., Caudill M.A.) (Stipanuk M.H., Caudill M.A.)^{504,505}.

Karbohidratet janë burimi kryesor i energjisë në dietë dhe gjenden në sasi më të madhe në drithëra, fruta, bishtajore dhe perime (Slavin J.)⁵⁰⁶. Për sa i përket nxjerrjes së një përfitimi shëndetësor, drithërat e plota preferohen mbi drithërat e përpunuara, (këto të fundit janë pa embrion dhe krunde, të hequra gjatë procesit të bluarjes), duke rezultuar në sasi më të ulëta të fibrave dhe mikronutrientëve (Benisi-Kohansal S. & al)⁵⁰⁷. Studimet e shumta në këtë fushë po lidhin konsumimin e shtuar të drithërave, me uljen e rrezikut të sëmundjeve koronare të zemrës, goditjes në tru, sëmundjeve kardiovaskulare dhe kancerit, si dhe me uljen e rrezikut të vdekshmërisë për çdo shkak, sëmundje kardiovaskulare, kancer, sëmundjet e frymëmarrjes, diabeti dhe sëmundjet infektive (Benisi-Kohansal S. & al)⁵⁰⁸ (Aune D. & al)⁵⁰⁹.

Frutat dhe perimet e freskëta furnizojnë me energji si dhe fibra dietike, të cilat promovojnë ndjenjën e ngopjes dhe kanë efekte pozitive në funksionin gastrointestinal, nivelet e kolesterolit dhe kontrollin e glicemisë (McRorie J.W., Jr., McKeown N.M.)⁵¹⁰. Përveç kësaj, frutat dhe perimet e freskëta janë burime kryesore të fitokimikave dhe ofrojnë disa përfitime në obezitetin dhe diabetin (Fraga C.G. & al)⁵¹¹. Për më tepër, polifenolet ndërveprojnë me mikroflorën gastrointestinale në mënyrë të dyanshme duke rritur bakteret e zorrëve dhe duke u metabolizuar nga këto baktere për të formuar më shumë kombinime bioaktive (Fraga C.G. & al)⁵¹¹.

Është vërtetuar përmes studimeve të shumta se marrja e frutave dhe perimeve lidhet në mënyrë të zhdrejtë me rrezikun e sëmundjeve jo të transmetueshme, duke përfshirë hipertensionin (Li B., Li F., Wang L., Zhang D.)⁵¹², sëmundjet kardiovaskulare (Zhan J. & al)⁵¹³, kancerin e mushkërive (Wang Y. & al)⁵¹⁴ dhe sindromën metabolike (Tian Y. & al)⁵¹⁵.

Modele të zakonshme dietike që promovojnë shëndetin (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶

Bazuar në të kuptuarit për kërkesat ushqyese dhe ndikimet e tyre të mundshme shëndetësore siç u përshkrua, modelet e shëndetshme diete mund të përshkruhen në përgjithësi si ato që janë të pasura me ushqime që promovojnë shëndetin, duke përfshirë ushqime me bazë bimë, fruta dhe perime të freskëta, antioksidantë, sojë, arra dhe burime të acideve yndyrore omega-3, dhe ato me sasi të ulta me yndyrna të ngopura dhe yndyrna trans, proteina me origjinë shtazore dhe sheqerna të shtuar/rafinuar (Pistollato F. & al)⁵¹⁷. Modele të tilla ndodhin natyrshëm në rajone të

caktuara të botës dhe janë të rrënjësura në traditën lokale/rajonale dhe burimet ushqimore, siç është rasti për dietat tradicionale mesdhetare dhe aziatike. Modele të shëndetshme diete janë zhvilluar gjithashtu bazuar në studimet e marrjes së lëndëve ushqyese dhe masave ose rezultateve shëndetësore pasuese (p.sh., dietat DASH dhe MIND (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶ që ndajnë disa karakteristika të përbashkëta.

Fig 1 Një piramidë e përgjithësuar e një stili jetese të shëndetshme (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶.



Dieta mesdhetare (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶

Dieta mesdhetare bazohet në përbërësit e modeleve tradicionale diete të vendeve euro-mesdhetare dhe përfshin jo vetëm llojet e ushqimeve të konsumuara por dhe kontributin e tyre relativ në marrjen e përditshme të lëndëve ushqyese. Ajo bazohet në një qasje ndaj të ngrënit, që është e vetëdijshme si janë burimi i ushqimeve (p.sh., qëndrueshmëria dhe miqësore me mjedisin), si dhe konsiderata të stilit të jetesës si përfshirja në aktivitet të rregullt fizik, pushimi i duhur dhe pjesëmarrja në shoqëri gjatë përgatitjes dhe ndarjes së vakteve (Bach-Faig A & al)⁵¹⁷. Brenda kuadrit thelbësor të dietës mesdhetare, variacionet e bazuara në gjeografi dhe kulturë reflektohen në përfshirjen e produkteve ushqimore tradicionale dhe vendase. Baza kryesore e vakteve ditore në dietën mesdhetare janë drithërat si: buka me drithëra të plota, makaronat, kuskusi dhe drithërat e tjera të parafinuara që janë të pasura me fibra si dhe një shumëllojshmëri frutash dhe perimesh me ngjyra dhe tekstura të ndryshme që janë të larta në mikronutriente, fibra dhe fitokimikate (Bach-Faig A & al)⁵¹⁷. Produktet e qumështit, mundësisht jogurti me pak yndyrë, djathi ose produkte të tjera të qumështit të fermentuara, rekomandohen çdo ditë në mënyrë të moderuar si burim kalciumi, i cili është i nevojshëm për shëndetin e kockave dhe zemrës. Vaji i ullirit shërben si burimi kryesor i lipideve dietike dhe plotësohet me ullinj, arra dhe fara. Uji (1,5–2,0 L/ditë ose ~ 8 gota) rekomandohet si burimi kryesor i hidratimit, ndërsa vera dhe pijet e tjera alkoolike të fermentuara përgjithësisht lejohen me moderim, për t'u konsumuar me vakte. Peshku, mishi i bardhë dhe vezët janë burimet kryesore të proteinave; mishi i kuq dhe mishi i përpunuar

konsumohen më rrallë dhe në pjesë më të vogla. Bishtajoret janë gjithashtu një burim i preferuar i proteinave me bazë bimore (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶.

Përfitimet shëndetësore të dietës mesdhetare u përshkruan për herë të parë në 1975 nga Ancel Keys, i cili vuri re një reduktim të rrezikut të sëmundjeve kardiovaskulare në mesin e popullatave, modeli ushqimor i të cilëve ishte në përputhje me praktikën e popujve nga pellgu i Mesdheut (Altomare R & al)⁵¹⁷. Që nga ajo kohë, hulumtimi ka zbuluar efektet e dobishme të dietës mesdhetare në një numër sëmundjesh dhe masave shëndetësore të lidhura me to duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare dhe cerebrovaskulare (Rosato V & al)⁵¹⁸, kancerin (Schwingshackl L. & al)⁵¹⁹, kontrollin e glicemisë (Esposito K. & al)⁵²⁰ dhe funksionin njohës (Loughrey D.G. & al)⁵²². Nënstudimet e PREDIMED (Hellas Cena & Philip C. Calder)⁵¹⁶ kanë treguar gjithashtu se krahasuar me një dietë kontrolli me pak yndyrë, dieta mesdhetare e plotësuar me vaj ulliri ose arra është e lidhur me një rrezik të reduktuar prej 30% të ngjarjeve kryesore të rrezikut kardiovaskular (Estruch R. & al)⁵²³ dhe ulje të presionit sistolik të gjakut (SBP) dhe presioni diastolik i gjakut (DBP) (Medina-Remon A. & al)⁵²⁴. Marrja më e madhe e polifenoleve (fitokemikale që gjenden në fruta, perime, çaj, vaj ulliri dhe verë) lidhet me një rrezik të reduktuar prej 36% të hipertensionit (Medina-Remon A & al)⁵²⁵.

Objektivat globale të një ushqyerje të shëndetshme

Një dietë e shëndetshme do të thotë një ushqyerje e shëndetshme (www.who.in)⁵²⁶. Këto objektiva ka OBSH kur promovon ushqyerjen e shëndetshme. Duhet thënë që ushqyerja e shëndetshme duhet të fillojë që me lindjen.

- Praktikën e shëndetshme dietike duhet të fillojnë herët në jetë – ushqyerja me gji nxit rritjen e shëndetshme dhe përmirëson zhvillimin dhe mund të ketë përfitime shëndetësore afatgjata, të tilla si zvogëlimi i rrezikut për t'u bërë mbipeshë ose obez dhe zhvillimin e sëmundjeve neurovaskulare më vonë në jetë.
- Marrja e energjisë (kalorive) duhet të jetë në ekuilibër me shpenzimin e energjisë. Për të shmangur shtimin e peshës, yndyra totale nuk duhet të kalojë 30% të marrjes totale të energjisë (Lee Hooper & al)⁵²⁷. Marrja e yndyrave të ngopura duhet të jetë më pak se 10% e marrjes totale të energjisë, dhe marrja e yndyrave trans më pak se 1% e marrjes totale të energjisë, me një zhvendosje në konsumin e yndyrës larg nga yndyrat e ngopura dhe yndyrat trans në yndyrat e pangopura, dhe drejt qëllimit të eliminimit të yndyrave trans të prodhuara në mënyrë industriale (C Nishida & R Uauy)⁵²⁸.
- Ushqyerja e shëndetshme ndihmon në mbrojtjen nga kequshqyerja në të gjitha format e tij, si dhe nga sëmundjet jo të transmetueshme, përfshirë diabetin, sëmundjet e zemrës, goditjet në tru dhe kancerin.
- Ushqimi jo i shëndetshëm dhe mungesa e aktivitetit fizik janë rreziqe globale për shëndetin.
- Kufizimi i marrjes së sheqernave të lira në më pak se 10% të marrjes totale të energjisë (WHO)⁵²⁹ është pjesë e një diete të shëndetshme. Një reduktim i mëtejshëm në më pak se 5% të marrjes totale të energjisë sugjerohet për përfitime shtesë shëndetësore (WHO)⁵²⁹.

- Marrja e kripës në më pak se 5 g në ditë (ekuivalente me marrjen e natriumit prej më pak se 2 g në ditë) ndihmon në parandalimin e hipertensionit dhe redukton rrezikun e sëmundjeve të zemrës dhe insulteve në popullatën e rritur (WHO)⁵³⁰.
- Shtetet Anëtare të OBSH-së kanë rënë dakord të reduktojnë marrjen e kripës nga popullsia globale me 30% deri në vitin 2025; ata gjithashtu kanë rënë dakord të ndalojnë rritjen e diabetit dhe obezitetit tek të rriturit dhe adoleshentët (www.who.int)⁵²⁶, si dhe në mbipeshën e fëmijëve deri në vitin 2025 (WHO)⁵³¹.

Si të promovojmë një dietë dhe ushqyerje të shëndetshme (WHO)⁵³²

Dieta evoluon me kalimin e kohës, duke u ndikuar nga shumë faktorë socialë dhe ekonomikë që ndërveprojnë në një mënyrë komplekse për të formuar modelet individuale të dietës. Këta faktorë përfshijnë të ardhurat, çmimet e ushqimeve (të cilat do të ndikojnë në disponueshmërinë dhe përballueshmërinë e ushqimeve të shëndetshme), preferencat dhe besimet individuale, traditat kulturore dhe aspektet gjeografike dhe mjedisore (përfshirë ndryshimin e klimës). Prandaj, promovimi i një mjedisi të shëndetshëm ushqimor – duke përfshirë sistemet ushqimore që promovojnë një dietë të larmishme, të ekuilibruar dhe të shëndetshme – kërkon përfshirjen e shumë sektorëve dhe palëve të interesuara, duke përfshirë qeverinë dhe sektorin publik dhe privat.

Qeveritë kanë një rol qendror në krijimin e një mjedisi të shëndetshëm ushqimor që u mundëson njerëzve të adoptojnë dhe mbajnë praktika të shëndetshme diete (WHO)⁵³².

Veprimet efektive nga politikëbërësit për të krijuar një mjedis ushqimor të shëndetshëm përfshijnë si më poshtë:

- Krijimi i koherencës në politikat kombëtare dhe planet e investimeve – duke përfshirë politikat tregtare, ushqimore dhe bujqësore – për të promovuar një dietë të shëndetshme dhe për të mbrojtur shëndetin publik nëpërmjet:
 - o rritjes së stimujve për prodhuesit dhe shitësit me pakicë për të rritur, përdorur dhe shitur fruta dhe perime të freskëta;
 - o reduktimin e stimujve për industrinë ushqimore për të vazhduar ose rritur prodhimin e ushqimeve të përpunuara që përmbajnë nivele të larta të yndyrave të ngopura, yndyrave trans, sheqernave të lira dhe kripës/natriumit;
 - o inkurajimi i riformulimit të produkteve ushqimore për të reduktuar përmbajtjen e yndyrave të ngopura, yndyrave trans, sheqernave të lira dhe kripës/natriumit, me qëllim eliminimin e yndyrave trans të prodhuara në mënyrë industriale;
 - o zbatimin e rekomandimeve të OBSH-së për tregtimin e ushqimeve dhe pijeve joalkoolike për fëmijët;
 - o vendosjen e standardeve për të nxitur praktika të shëndetshme diete përmes sigurimit të ushqimeve të shëndetshme, ushqyese, të sigurt dhe të përballueshme tek parashkollorët, shkollat, institucionet e tjera publike dhe vendin e punës;
 - o eksplorimin e instrumenteve rregullatore dhe vullnetare (p.sh. rregulloret e marketingut dhe politikat e etiketimit të ushqimit) dhe stimujve ose dekurajuesve ekonomikë (p.sh. taksat dhe subvencionet) për të promovuar një dietë të shëndetshme; dhe

o Inkurajimin e shërbimeve ushqimore dhe pikave ushqimore kombëtare dhe lokale për të përmirësuar cilësinë e ushqimeve të tyre – duke siguruar disponueshmërinë dhe përballueshmërinë e zgjedhjeve të shëndetshme – dhe rishikimin e madhësisë dhe çmimeve të porcioneve (WHO)⁵³².

- Inkurajimi i kërkesës së konsumatorëve për ushqime dhe vakte të shëndetshme nëpërmjet:
 - o promovim i ndërgjegjësimit të konsumatorëve për një dietë të shëndetshme;
 - o zhvillim i politikave dhe programeve shkollore që inkurajojnë fëmijët të adoptojnë dhe mbajnë një dietë të shëndetshme;
 - o edukim i fëmijëve, adoleshentëve dhe të rriturve për të ushqyerit dhe praktikat e shëndetshme;
 - o inkurajimi i aftësive të kuzhinës, duke përfshirë edhe fëmijët përmes shkollave;
 - o mbështetje e informacionit të pikave të shitjes, duke përfshirë etiketimin ushqimor që siguron informacion të saktë, të standardizuar dhe të kuptueshëm mbi përmbajtjen e lëndëve ushqyese në ushqime;
 - o ofrim i këshillimit për ushqyerjen dhe dietat në institucionet e kujdesit parësor shëndetësor (WHO)⁵³².

- Promovimi i praktikave të përshtatshme të ushqyerjes së foshnjave dhe fëmijëve të vegjël nëpërmjet:
 - o zbatimin e Kodit Ndërkombëtar të Tregtimit të Zëvendësuesve të Qumështit të Gjirit dhe rezolutat përkatëse të Asamblesë Botërore të Shëndetësisë;
 - o zbatimin e politikave dhe praktikave për të promovuar mbrojtjen e nënave që punojnë;
 - o promovimi, mbrojtja dhe mbështetja e ushqyerjes me gji në shërbimet shëndetësore dhe në komunitet, duke përfshirë edhe Iniciativën Spitalet Miqësore për Fëmijët (WHO)⁵³²

Tema 8: Faktorët që ndikojnë në sjelljen e të ushqyerit

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë teoritë e sjelljes që përdoren në të ushqyerit. Gjithashtu do të kuptojnë se cilët janë faktorët që ndikojnë në sjelljet tona të të ngrënit. Do të kuptojnë se cilët janë faktorët që ndikojnë në zgjedhjet tona ushqimore.

Konceptet themelore

- Teoritë e sjelljes së të ushqyerit
- Faktorët që ndikojnë në sjelljet e të ngrënit
- Faktorët që ndikojnë në zgjedhjet e ushqimit

Cilat janë teoritë e sjelljes që përdoren në të ushqyerit?

Teoritë e sjelljes shëndetësore (p.sh., teoria njohëse sociale, teoria e planifikuar e sjelljes dhe teoria e vetëvendosjes) janë të dobishme për të kuptuar sjelljet dietike të individëve dhe për të zhvilluar dhe drejtuar strategjitë e ndërhyrjes. Prandaj, studimet e bazuara në teori janë më efektive në lidhje me ndryshimet e sjelljes në krahasim me qasjet joteorike (Sonia Tucunduva Philippi & al)⁵³³. Ka prova që teoritë ndikohen nga përcaktuesit socialë dhe psikologjikë dhe se qasja bazohet në procesin e vetë-rregullimit dhe në mënyrën se si aspekte të ndryshme njohëse sociale lidhen me sjelljet e të ngrënit (Plotnikoff RC & al)⁵³⁴.

Ndryshimi social dhe i sjelljes (SBC) është një qasje ndaj programimit që zbaton njohuri rreth asaj se pse njerëzit sillen ashtu siç veprojnë dhe si ndryshojnë sjelljet brenda sistemeve më të gjera shoqërore dhe ekonomike, për të ndikuar në rezultatet pozitive, dhe nga grupe të veçanta njerëzish (USAID)⁵³⁶. Ndryshimi social dhe i sjelljes së të ushqyerit synon ndryshime në sjelljen sociale dhe individuale që përmirësojnë rezultatet e të ushqyerit për grupet prioritare. Të ushqyerit, komunikimi social dhe ndryshimi i sjelljes është një grup ndërhyrjesh që ndërthur elemente të komunikimit ndërpersonal, ndryshimeve sociale dhe aktiviteteve të mobilizimit të komunitetit, mediave masive dhe avokimit për të mbështetur individët, familjet, komunitetet, institucionet dhe vendet për të adoptuar dhe ndikuar në praktikën e lidhura me të ushqyerit. Ushqimi efektiv kërkon të rrisë faktorët që inkurajojnë këto sjellje duke reduktuar pengesat për ndryshim (USAID)⁵³⁶.

"Socialja" në ndryshimin social të sjelljes (SBC) është veçanërisht e rëndësishme për ushqimin. Nxitësi i ndryshimit të qëndrueshëm të sjelljes kërkon fuqizimin e popullatave kyçe dhe krijimin e politikave, tregut dhe mjediseve sociale aftësuese.

Ndryshimi i sjelljes në nivel individual dhe familjar mund të jetë veçanërisht sfidues kur bëhet fjalë për ushqimin sepse:

-Vendimet dhe sjelljet e të ushqyerit ndodhin shumë herë në ditë, dhe shpesh janë të pavetëdijshme, nga zakoni.

-Rezultatet ushqimore më të dëshiruara kërkojnë që njerëzit të provojnë sjellje të reja dhe t'i mbajnë ato me kalimin e kohës.

-Zgjedhjet dietike dhe sjelljet e tjera të lidhura me të ngrënit janë shpesh të lidhura fort me normat kulturore dhe sociale. Njerëzit rreth nesh (familja, miqtë dhe rrethet më të gjera shoqërore) kanë një ndikim të fortë në atë që hamë.

-Burimet e lidhura me ushqimin ndryshojnë shumë sipas zonës gjeografike dhe kohës së vitit, dhe janë të formuara nga sistemet lokale bujqësore dhe të tregut (USAID)⁵³⁶.

Cilët faktorë ndikojnë në sjelljet tona të të ngrënit? (my.clevelandclinic.org)⁵³⁷

Ekspertët besojnë se shumë faktorë mund të ndikojnë në ndjenjat tona për ushqimin dhe sjelljet e të ngrënit. Këta faktorë përfshijnë:

- Faktorët kulturorë.
- Faktorët evolucionarë
- Faktorët socialë
- Faktorët familjarë
- Faktorët individualë
- Gjendja ekonomike
- Gjendja psikologjike

Shumë njerëz përdorin ushqimin si një mekanizëm për t'u përballur me ndjenja të tilla si stresi, mërzia ose ankthi, apo edhe për të zgjatur ndjenjat e gëzimit. Ndërsa kjo mund të ndihmojë në afat të shkurtër, ngrënia për të qetësuar dhe lehtësuar ndjenjat shpesh çon në keqardhje dhe faj, dhe madje mund të rrisë ndjenjat negative. Në fakt njerëzit po përballen me problemin që shkakton stresin.

Faktorët që ndikojnë në zgjedhjet tona të ushqimit

1. Përcaktuesit kryesorë të zgjedhjes së ushqimit (www.eufic.org)⁵³⁸

Drejtuesi kryesor për të ngrënë është sigurisht uria, por ajo që ne zgjedhim të hamë nuk përcaktohet vetëm nga nevojat fiziologjike ose ushqyese.

Disa nga faktorët e tjerë që ndikojnë në zgjedhjen e ushqimit përfshijnë:

- Përcaktuesit biologjikë si uria, oreksi dhe shija
- Përcaktuesit ekonomikë si kostoja, të ardhurat, disponueshmëria
- Përcaktuesit fizikë si aksesit, edukimi, aftësitë (p.sh. gatimi) dhe koha
- Përcaktuesit socialë të tillë si kultura, familja, bashkëmoshatarët dhe modelet e ushqimit
- Përcaktuesit psikologjikë si disponimi, stresi dhe ndjenja e fajit
- Qëndrimet, besimet dhe njohuritë për ushqimin

Kompleksiteti i zgjedhjes së ushqimit është i dukshëm nga lista e mësipërme, e cila në vetvete nuk është shteruese. Faktorët e zgjedhjes së ushqimit ndryshojnë gjithashtu sipas fazës së jetës dhe fuqia e një faktori do të ndryshojë nga një individ ose grup njerëzish në tjetrin. Kështu, një lloj ndërhyrjeje për të modifikuar sjelljen e zgjedhjes së ushqimit nuk do t'i përshtatet të gjitha grupeve të popullsisë. Përkundrazi, ndërhyrjet duhet të drejtohen ndaj grupeve të ndryshme të popullsisë duke marrë parasysh shumë faktorë që ndikojnë në vendimet e tyre për zgjedhjen e ushqimit.

1.1 Përcaktuesit biologjikë të zgjedhjes së ushqimit (www.eufic.org)⁵³⁸

Uria dhe ngopja

Nevojat tona fiziologjike ofrojnë përcaktuesit bazë të zgjedhjes së ushqimit. Njerëzit kanë nevojë për energji dhe lëndë ushqyese për të mbijetuar dhe do t'i përgjigjen ndjenjës së urisë dhe ngopjes (kënaqësi e oreksit, gjendja e mungesës së urisë midis dy vakteve të ngrënies). Sistemi nervor qendror është i përfshirë në kontrollin e ekuilibrit midis urisë, stimulimit të oreksit dhe marrjes së ushqimit.

Makro-ushqyesit, d.m.th., karbohidratet, proteinat dhe yndyrnat gjenerojnë sinjale ngopjeje me fuqi të ndryshme. Provat sugjerojnë se yndyrat kanë fuqinë më të ulët ngopëse, karbohidratet kanë një efekt të ndërmjetëm dhe proteinat janë gjetur të jenë më ngopësit (Stubbs RJ, et al.)⁵³⁹. Një sinjal i rëndësishëm i ngopjes mund të jetë vëllimi i ushqimit ose sasia e porcionit të konsumuar. Shumë njerëz nuk janë të vetëdijshëm se çfarë përbën madhësinë e duhur të porcioneve dhe kështu konsumojnë pa dashje energji të tepërt.

1.2 Përcaktuesit ekonomikë dhe fizikë të zgjedhjes së ushqimit

Kostoja dhe aksesueshmëria

Nuk ka dyshim se kostoja e ushqimit është një përcaktues kryesor i zgjedhjes së ushqimit. Grupet me të ardhura të ulëta kanë një tendencë më të madhe për të konsumuar dieta të pabalancuara dhe në veçanti kanë konsum të ulët të frutave dhe perimeve (De Irala-Estevez J, et al.)⁵⁴⁰. Megjithatë, aksesit në më shumë para nuk barazohet automatikisht me një dietë më cilësore, por gama e ushqimeve nga të cilat mund të zgjedhësh duhet të rritet.

Aksesueshmëria në dyqane është një tjetër faktor i rëndësishëm fizik që ndikon në zgjedhjen e ushqimit, i cili varet nga burimet si transporti dhe vendndodhja gjeografike. Ushqimi i shëndetshëm priret të jetë më i shtrenjtë kur disponohet brenda qyteteve në krahasim me supermarketet në periferi (Donkin AJ, et al.)⁵⁴¹. Megjithatë, vetëm përmirësimi i aksesit nuk rrit blerjen e frutave dhe perimeve shtesë, të cilat ende konsiderohen si tepër të shtrenjta (Dibsdall LA, et al.)⁵⁴².

1.3 Përcaktuesit socialë të zgjedhjes së ushqimit (www.eufic.org)⁵³⁸

Ndikimi i klasës shoqërore

Ajo që njerëzit hanë formohet dhe kufizohet nga rrethana që në thelb janë sociale dhe kulturore. Studimet e popullsisë tregojnë se ka dallime të qarta në klasat shoqërore në lidhje me marrjen e ushqimit dhe lëndëve ushqyese. Dietat e dobëta mund të rezultojnë në nën-(mungesë të mikronutrientëve) dhe mbiushqyerje (energji mbi konsumin që rezulton në mbipeshë dhe obezitet); problemet me të cilat përballen sektorë të ndryshëm të shoqërisë, që kërkojnë nivele të ndryshme ekspertize dhe metodash ndërhyrjeje.

Ndikimet kulturore (www.eufic.org)⁵³⁸

Ndikimet kulturore çojnë në ndryshim në konsumin e zakonshëm të ushqimeve të caktuara dhe në traditat e përgatitjes, dhe në raste të caktuara mund të çojnë në kufizime të tilla si përjashtimi i mishit dhe qumështit nga dieta. Megjithatë, ndikimet kulturore mund të ndryshojnë kur zhvendosen në një vend të ri, individët shpesh adoptojnë zakone të veçanta ushqimore të kulturës lokale.

Konteksti social

Ndikimet shoqërore në marrjen e ushqimit i referohen ndikimit që një ose më shumë persona kanë në sjelljen e të ngrënies të të tjerëve, qoftë direkt (blerja e ushqimit) ose indirekt (të mësuar nga sjellja e bashkëmoshatarëve). Edhe kur individ i ushqehet vetëm, zgjedhja e ushqimit ndikohet nga faktorë socialë sepse qëndrimet dhe zakonet zhvillohen nëpërmjet ndërveprimit me të tjerët (Feunekes GIJ, et al.)⁵⁴³.

Mbështetja sociale mund të ketë një efekt të dobishëm në zgjedhjet e ushqimit dhe ndryshimin e shëndetshëm të dietës (Devine CM, & al.)⁵⁴⁴. Mbështetja sociale mund të përmirësojë promovimin e shëndetit përmes nxitjes së ndjenjës së përkatësisë në grup dhe duke ndihmuar njerëzit të jenë më kompetentë dhe më efikasë (Berkman LF)⁵⁴⁵.

Familja njihet gjerësisht si e rëndësishme në vendimet e ushqimit. Hulumtimet tregojnë formësimin e zgjedhjeve ushqimore që ndodhin në shtëpi. Për shkak se familja dhe miqtë mund të jenë një burim inkurajimi për të bërë dhe mbështetur ndryshimet dietike, adoptimin e strategjive dietike, ndërkohë që kanë një efekt edhe në zakonet e të ngrënies të të tjerëve (Anderson AS, & al.)⁵⁴⁶.

*Mjedisi social (www.eufic.org)*⁵³⁸

Edhe pse shumica e ushqimit hahet në shtëpi, një përqindje në rritje hahet jashtë shtëpisë, p.sh. në shkollë, në punë dhe në restorante. Vendi në të cilin hahet ushqimi mund të ndikojë në zgjedhjen e ushqimit, veçanërisht për sa i përket ushqimeve që ofrohen. Disponueshmëria e ushqimit të shëndetshëm në shtëpi dhe “larg shtëpisë” rrit konsumin e këtyre ushqimeve. Megjithatë, qasja në opsionet e ushqimit të shëndetshëm është e kufizuar në shumë mjedise pune/shkolle. Kjo është veçanërisht e vërtetë për ata me orare të parregullta ose me kërkesa të veçanta, p.sh. vegjetarianët (Faugier J, & al.)⁵⁴⁷.

*1.4 Modelet e vakteve (www.eufic.org)*⁵³⁸

Shumica e studimeve hetojnë faktorët që ndikojnë në zgjedhjen e zakonshme të ushqimit, por mund të jetë e dobishme të hetohet se çfarë ndikon në zgjedhjen e ushqimit në raste të ndryshme të ngrënies.

Efektet e snacking në shëndet janë debatuar gjerësisht. Provat tregojnë se ngrënia e zamrës (ushqim në mes të vakteve) mund të ketë efekt në marrjen e energjisë dhe lëndëve ushqyese, por jo domosdoshmërisht në indeksin e masës trupore (Hampel JS, Heaton CL & Taylor CA)⁵⁴⁸.

Qasja e njerëzve për të zgjedhur ushqime të shëndetshme paraqet një sfidë për shumë profesionistë shëndetësorë. Në shtëpi, në vend që të ndalojmë ushqimet e pashëndetshme, një qasje më pozitive mund të jetë futja e opsioneve të ushqimeve të shëndetshme me kalimin e kohës. Për më tepër, zgjedhjet e ushqimit të shëndetshëm jashtë shtëpisë gjithashtu duhet të bëhen më të disponueshme.

1.5 Faktorët psikologjikë

Stresi

Stresi psikologjik është një tipar i zakonshëm i jetës moderne dhe mund të modifikojë sjelljet që ndikojnë në shëndetin, si aktiviteti fizik, pirja e duhanit ose zgjedhja e ushqimit.

Ndikimi i stresit në zgjedhjen e ushqimit është kompleks jo vetëm për shkak të llojeve të ndryshme të stresit që mund të përjetojnë njerëzit. Efekti i stresit në marrjen e ushqimit varet nga individ, faktori stresues dhe nga rrethanat. Në përgjithësi, disa njerëz hanë më shumë dhe disa hanë më pak se normalisht kur përjetojnë stres (Oliver G, Wardle J)⁵⁴⁹.

Mekanizmat e propozuar për ndryshimet e shkaktuara nga stresi në të ngrënë dhe zgjedhjen e ushqimit janë dallimet motivuese (shqetësimi për kontrollin e peshës), fiziologjike (ulja e oreksit të shkaktuar nga proceset që lidhen me stresin) dhe ndryshimet praktike në mundësitë e të ngrënit, disponueshmëria e ushqimit dhe përgatitja e vaktit.

Studimet sugjerojnë gjithashtu se nëse stresi i punës është i zgjatur ose i shpeshtë, atëherë mund të rezultojnë ndryshime të pafavorshme në dietë, duke rritur mundësinë e shtimit të peshës dhe rrjedhimisht rrezikun kardiovaskular (Wardle J, et al.)⁵⁵⁰.

2. Çrregullime të të ngrënit

Sjellja e të ngrënit, ndryshe nga shumë funksione të tjera biologjike, shpesh i nënshtrohet kontrollit të sofistikuar njohës. Një nga format më të praktikuara të kontrollit konjitiv (njohës) mbi marrjen e ushqimit është dieta.

Shumë individë shprehin dëshirën për të humbur peshë ose për të përmirësuar formën e tyre trupore dhe kështu përfshihen në qasje për të arritur indeksin e tyre ideal të masës trupore. Megjithatë, problemet mund të lindin kur dieta dhe/ose ushtrimet arrijë në ekstreme. Etiologjia e çrregullimeve të të ngrënit është zakonisht një kombinim i faktorëve duke përfshirë ato biologjikë, psikologjikë, familjarë dhe socio-kulturor. Shfaqja e çrregullimeve të të ngrënit shoqërohet shpesh me një imazh të shtrembëruar për veten, vetëvlerësim të ulët, ankth jo specifik, obsesion, stres dhe pakënaqësi (C Mac Evily, C Kelly)⁵⁵¹.

3. Qëndrimet e konsumatorit, besimet, njohuritë dhe paragjykimet (www.eufic.org)⁵⁵²

Qëndrimet dhe besimet e konsumatorëve

Një kuptim më i mirë i mënyrës sesi publiku i percepton dietat e tyre do të ndihmonte në hartimin dhe zbatimin e iniciativave të të ushqyerit të shëndetshëm (Gibney MJ)⁵⁵².

Anketa Pan-Europiane e Qëndrimeve të Konsumatorëve ndaj Ushqimit, Ushqyerjes dhe Shëndetit zbuloi se pesë ndikimet kryesore në zgjedhjen e ushqimit në 15 shtete anëtare evropiane janë "cilësia/freskia" (74%), "çmimi" (43%), "shija". (38%), "përpjekja për të ngrënë shëndetshëm" (32%) dhe "ajo që familja ime dëshiron të hajë" (29%). Këto janë shifra mesatare të marra nga grupimi i rezultateve të 15 vendeve anëtare evropiane, të cilat ndryshonin ndjeshëm nga vendi në vend. Në SHBA është raportuar rendi i mëposhtëm i faktorëve që ndikojnë në zgjedhjen e ushqimit: "shqetësimet e shijes", "kostos", "komoditetit dhe peshës" (Glanz K, & al.)⁵⁵³. Psh meshkujt zgjedhin më shpesh 'shijen' dhe 'zakonin' si përcaktues kryesorë të zgjedhjes së tyre ushqimore. "Çmimi" dukej se ishte më i rëndësishmi për subjektet e papunë dhe pensionistë. Qëndrimet dhe besimet mund dhe ndryshojnë; qëndrimi ynë ndaj yndyrës dietike ka ndryshuar në 50 vitet e fundit me një ulje korresponduese të sasisë absolute të yndyrës së ngrënë dhe një ndryshim në raportin e yndyrës së ngopur me atë të pangopur.

Ekziston një nivel i ulët i nevojës së perceptuar midis popullatave evropiane për të ndryshuar zakonet e tyre të të ngrënit për arsye shëndetësore, 71% e anketuar besojnë se dietat e tyre tashmë janë mjaft të shëndetshme (Kearney M, & al.)⁵⁵⁴.

Mungesa e nevojës për të bërë ndryshime dietike, sugjeron një nivel të lartë të paragjykitimit optimist, i cili është një fenomen ku njerëzit besojnë se janë më pak të rrezikuar nga një rrezik në krahasim me të tjerët. Ky optimizëm i rremë reflektohet gjithashtu në studimet që tregojnë se si njerëzit nënvlerësojnë gjasat e tyre për të pasur një dietë të pasur me yndyrë në krahasim me të tjerët (Gatenby S)⁵⁵² dhe se si disa konsumatorë me konsum të ulët të frutave dhe perimeve e konsiderojnë veten si “konsumatorë të lartë” (Cox DN, & al)⁵⁵⁵.

Nëse njerëzit besojnë se dieta e tyre tashmë është e shëndetshme, mund të jetë e paarsyeshme të pritët që ata të ndryshojnë dietën e tyre, ose të konsiderojnë ushqimin/ushqyerjen e shëndetshme si një faktor shumë të rëndësishëm kur zgjedhin ushqimin e tyre. Gjithashtu nuk ka gjasa që këto grupe të motivohen më tej nga rekomandimet dietike. Prandaj, ndërhyrjet e ardhshme mund të kenë nevojë të rrisin ndërgjegjësimin e popullatës së përgjithshme se dieta e tyre nuk është plotësisht e përshtatshme për sa i përket, për shembull, konsumit të yndyrës ose frutave dhe perimeve (Cox RH, & al.)⁵⁵⁶. Për ata që besojnë se dietat e tyre janë të shëndetshme, është sugjeruar që nëse bindjet e tyre për rezultatet e ndryshimit të dietës mund të ndryshohen, qëndrimet e tyre mund të bëhen më të favorshme dhe për këtë arsye ata mund të kenë më shumë gjasa të ndryshojnë dietën e tyre (Paisley L, & al.)⁵⁵⁷.

4. Barrierat për ndryshimin e dietës dhe stilit të jetesës

Të ardhurat e familjes dhe kostoja e ushqimit janë një faktor i rëndësishëm që ndikon në zgjedhjen e ushqimit, veçanërisht për konsumatorët me të ardhura të ulëta. Mundësia për të humbur një ushqim çon në hezitim për të provuar ushqime 'të reja'. Përveç kësaj, mungesa e njohurive dhe humbja e aftësive të gatimit mund të pengojnë gjithashtu blerjen dhe përgatitjen e vakteve nga përbërësit bazë.

Barrierë tjetër është edukimi se si të rritet konsumi i frutave dhe perimeve në një mënyrë të përballueshme në mënyrë që të mos ketë shpenzime të mëtejshme në para. Përpjekjet e qeverive, autoriteteve të shëndetit publik, prodhuesve dhe shitësve me pakicë për të promovuar gatimet e frutave dhe perimeve mund të japin gjithashtu një kontribut pozitiv në ndryshimin e dietës (Cox DN, & al)⁵⁵⁶.

5. Modele për ndryshimin e sjelljes

Sjellja e të ushqyerit i referohet sjelljeve që lidhen me marrjen dhe konsumimin e ushqimit (www.nature.com)⁵⁵⁷.

Të kuptuarit se si njerëzit marrin vendime për shëndetin e tyre mund të ndihmojë në planifikimin e strategjive të promovimit të shëndetit. Këtu luan një rol ndikimi i psikologjisë sociale dhe modeleve të saj të bazuara në teori. Këto modele ndihmojnë për të shpjeguar sjelljen njerëzore dhe në veçanti për të kuptuar se si njerëzit marrin vendime për shëndetin e tyre. Ato janë përdorur gjithashtu për të parashikuar mundësinë që të ndodhë ndryshimi i sjelljes dietike.

Modeli i Besimit Shëndetësor (HBM) dhe Teoria e Motivimit të Mbrojtjes u propozua fillimisht nga Rosenstock(1966), u modifikua nga Becker (1974) dhe është përdorur për të parashikuar sjelljen

shëndetësore, të tilla si ekzaminimi, marrja e vaksinës dhe pajtueshmëria me këshillat mjekësore. Modeli sugjeron që njerëzit që mendojnë të ndryshojnë sjelljen e tyre duhet të ndihen personalisht të kërcënuar nga një sëmundje/sëmundje dhe që më pas të përfshihen në një analizë kosto-përfitim. Ky model sugjeron gjithashtu që njerëzit kanë nevojë për një lloj sugjerimi për të ndërmarrë veprime për të ndryshuar sjelljen ose për të marrë një vendim në lidhje me shëndetin dhe këtë mund ta bëjnë infermierët e familjes.

Teoria e veprimit të arsyetuar (ART) dhe Teoria e sjelljes së planifikuar (TPB)

Teoria e veprimit të arsyetuar, ose shtrirja e saj në formën e Teorisë së sjelljes së planifikuar, janë përdorur për të ndihmuar në shpjegimin, si dhe për të parashikuar qëllimin e një sjelljeje të caktuar. Këto modele bazohen në hipotezën se parashikuesi më i mirë i sjelljes është qëllimi i sjelljes.

Modeli propozon që qëllimi i sjelljes së një individi rrjedh së bashku nga tre komponentë:

1. qëndrimet,
2. perceptimi i presionit social për të kryer sjelljen dhe
3. kontrolli i perceptuar mbi sjelljen.

Teoria e veprimit të arsyetuar (ART) ka qenë e suksesshme në shpjegimin e sjelljeve të tilla si marrja e yndyrës, kripës dhe qumështit. Modeli i Teorisë së sjelljes së planifikuar (TPB) u përdor gjithashtu për të ndihmuar në shpjegimin e qëndrimeve dhe besimeve rreth ushqimeve me niseshte në Angli (Stubenitsky K & Mela DJ)⁵⁵⁸.

6. Ndryshimi i sjelljes ushqimore

Ndryshimi i dietës nuk është i lehtë sepse kërkon ndryshime në zakonet që janë krijuar gjatë gjithë jetës. Ambjente të ndryshme si shkollat, vendet e punës, supermarketet, kujdesi parësor dhe studimet e bazuara në komunitet janë përdorur për të identifikuar se çfarë funksionon për grupe të veçanta njerëzish. (www.eufic.org)⁵³⁸ Megjithëse rezultatet nga prova të tilla janë të vështira për t'u zhvendosur dhe aplikuar në mjedise të tjera ose në publikun e gjerë, ndërhyrje të tilla të synuara kanë qenë mjaft të suksesshme, duke ilustruar se nevojiten qasje të ndryshme për grupe të ndryshme njerëzish ose aspekte të ndryshme të dietës.

Ndërhyrjet në mjediset e supermarketeve janë të njohura duke qenë se këtu shumica e njerëzve blejnë pjesën më të madhe të ushqimit të tyre. Vizitat në dyqane dhe ndërhyrjet në pikën e blerjes janë mënyra në të cilat mund të sigurohet informacioni. Ndërhyrje të tilla janë të suksesshme në rritjen e ndërgjegjësimit dhe njohurive mbi të ushqyerit, por efektiviteti i tyre për çdo ndryshim real dhe afatgjatë të sjelljes është i paqartë për momentin (www.eufic.org)⁵³⁸.

Shkollat janë një tjetër mjedis i dukshëm ndërhyrjeje, sepse ato mund të arrijnë të nxënësit, prindërit e tyre dhe stafi i shkollës. Në këtë kuadër vitin e fundit ka patur një ndërhyrje për ushqyerjen nëpër shkolla, një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) implementuar nga organizata Save the children, projekti "Shkollat për shëndetin" të cilët përveçse po ndërhyjnë përmes një fushate masive edukimi dhe informimi nëpër shkolla dhe më gjërë, por dhe kanë hartuar një manual praktik për prindërit/ kujdestarët e fëmijëve të moshës shkollore 6-15 vjeç (Save the children)⁵⁵⁹

Ndërhryrjet në vendin e punës mund të arrijnë gjithashtu një numër të madh njerëzish dhe mund të synojnë ata në rrezik. Rritja e disponueshmërisë dhe tërheqjes së frutave dhe perimeve rezultoi e suksesshme në mensat e vendit të punës në një ndërhyrje në Danimarkë (Lassen A, & al.)²⁰⁸. Kështu, kombinimi i edukimit mbi ushqyerjen me ndryshimet në vendin e punës ka më shumë gjasa të ketë sukses, veçanërisht nëse përdoren aktivitete ndërvepruese dhe nëse aktivitete të tilla mbahen për periudha të gjata (Patterson RE, & al.)⁵⁶⁰. Trajtimi i disa faktorëve dietikë njëkohësisht, si ulja e yndyrës në dietë dhe rritja konsumit të frutave dhe perimeve, ka rezultuar efektiv në mjedisin e kujdesit parësor (Stevens VJ, & al.)⁵⁶¹. Këshillimi i sjelljes në lidhje me të ushqyerit duket më efektiv në mjedise të tilla.

Tema 9: Nxitja e ndryshimit dhe ndërhyrjeve në dietë

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë nocionin e nxitjes së ndryshimit në ushqyerje. Gjithashtu do të kuptojnë se si sjellja dietike ndryshon për të përmirësuar cilësinë ushqimore dhe rezultatet shëndetësore. Do të kuptojnë implikimet në praktikën e ndryshimit të sjelljes ndaj dietës si dhe çfarë ndërhyrjesh mund të bëjnë infermierët e familjes për të përmirësuar ushqyerjen e klientit.

Konceptet themelore

- Nxitja e ndryshimit në ushqyerje
- Sjellja dietike
- Implikimet e ndryshimit në dietë
- Ndërhyrjet në përmirësimin e ushqyerjes

Nxitje e ndryshimit në dietë do të thotë që duhet të fokusohemi tek promovimi i një ushqyerje të mirë, pasi thamë që ka shumë vështirësi në adaptimin e dietave dhe zbatimin e tyre.

Promovimi i të ushqyerit të mirë synon të përmirësojë njohuritë, qëndrimet dhe praktikatat e të ushqyerit të familjeve për të rritur kërkesën për ushqim adekuat, të shëndetshëm dhe të sigurt. Duhet thënë që ushqyerja e mirë fillon që në lindje. Disa nga objektivat e ushqyerjes së mirë janë:

- Rritja e numrit të foshnjave 0-6 muajsh që ushqehen ekskluzivisht me gji; dhe zvogëlimi i numrit të foshnjave që marrin ushqim dhe pije të tjera përveç qumështit të gjirit;
- Rritja e numrit të foshnjave 6-12 muajsh të cilëve u jepen ushqime plotësuese me kalori dhe lëndë ushqyese; dhe
- Rritja e numrit të familjeve që përmirësojnë dietat në aspektin cilësor dhe sasior dhe të përfshira në aktivitetet e gatimit të ushqimit (www.nnc.gov.ph)⁵⁶².

Disa nga mesazhet kryesore që duhen promovuar si nxitës të ndryshimit të cilat duhet ti promovojë një infermier në familje janë:

- Duhet të fillohet ushqyerja me gji brenda 1 ore nga lindja
- Duhet të ushqehen me gji foshnjat ekskluzivisht që nga lindja deri në gjashtë muaj, pastaj ti jepen ushqimet e duhura plotësuese duke vazhduar ushqyerjen me gji për dy vjet e më tej për rritje dhe zhvillim optimal.
- Futja e ushqimeve të përshtatshme plotësuese jo më herët se 6 muaj
- Praktikimi i ushqyerjes së duhur të foshnjave dhe fëmijëve të vegjël
- Të hanë një shumëllojshmëri ushqimesh çdo ditë për të marrë lëndët ushqyese të nevojshme për trupin.
- Të arrijnë peshën normale trupore përmes dietës së duhur dhe aktivitetit të moderuar fizik për të ruajtur një shëndet të mirë dhe për të parandaluar obezitetin.

- Të konsumojnë çdo ditë peshk, mish pa dhjamë, shpendë, vezë ose arra për rritjen dhe riparimin e indeve të trupit.
- Të hanë më shumë perime dhe fruta çdo ditë për të marrë vitaminat thelbësore, mineralet dhe fibrat për rregullimin e proceseve të trupit.
- Të kufizojnë marrjen e ushqimeve të kripura, të skuqura, yndyrore dhe të pasura me sheqer për të parandaluar sëmundjet kardiovaskulare.
- Të konsumojnë qumësht, produkte qumështi dhe ushqime të tjera të pasura me kalcium si peshq të vegjël dhe butakë, çdo ditë për kocka dhe dhëmbë të shëndetshëm.
- Të përdorin kripë të jodizuar për të parandaluar çrregullimet e mungesës së jodit.
- Të konsumojnë ushqime të sigurta dhe ujë për të parandaluar diarrenë dhe sëmundje të tjera të shkaktuara nga ushqimi dhe uji.
- Të jenë fizikisht aktiv, të bëjnë zgjedhje të shëndetshme ushqimore, të menaxhojnë stresin, shmangin pijet alkoolike dhe mos pijnë duhan për të ndihmuar në parandalimin e sëmundjeve jo të transmetueshme të lidhura me stilin e jetës (www.nnc.gov.ph)⁵⁶³.

Por shumë e rëndësishme për të nxitur ndryshimin duhet patjetër që te njihet gjendja aktuale e të ushqyerit. Pikërisht për vlerësimin e gjendjes ushqyese dhe njohurive, qëndrimeve dhe praktikave të nxënësve shqiptarë në lidhje me të ushqyerit për të mbështetur politikat dhe programet e ushqimit dhe të ushqyerjes në shkollë (Hyska, J & al)⁵⁶⁴, është ndërmarrë një studim në vitet 2017-2018.

Në Shqipëri, shumë fëmijë shfaqin status të ulët ushqimor, kanë dieta jo të shëndetshme dhe aktivitet fizik të pamjaftueshëm. Megjithatë, studimet gjithëpërfshirëse mbi statusin ushqimor, njohuritë mbi ushqimin dhe të ushqyerit, qëndrimet dhe praktikat (KAP) janë kryesisht inekzistente për fëmijët e moshës shkollore.

Në veçanti, gjetjet e studimit do të mbështesin zhvillimin e një programi kombëtar të ushqimit dhe të ushqyerjes shkollore në Shqipëri, të integruar në sistemin ushqimor vendas dhe hartimin e materialeve dhe fushatave edukative për ushqimin dhe ushqyerjen për të promovuar dieta dhe praktika të shëndetshme si tek fëmijët e moshës shkollore dhe popullsia shqiptare (Hyska, J & al)⁵⁶⁴.

Nutricionistët modifikojnë dietat në përgjigje të diagnozës së sëmundjes (p.sh. sëmundje kardiovaskulare, diabeti, kanceri, hipoglicemia, sindroma e mungesës së imunitetit të fituar (AIDS), ulçera, alergjitë). Individët e tjerë ndryshojnë dietën e tyre për arsye personale (p.sh. humbje peshe, dieta vegjetariane). Ndryshimet dietike përfshijnë përgjithësisht reduktimin e yndyrës në dietë, konvertimin në dieta vegjetariane ose vegane, kufizimin e marrjes totale të kilokalorive dhe eliminimin ose reduktimin e artikujve ushqimorë të veçantë (Judy Paisley & al)⁵⁶⁵.

Për të përmirësuar ushqimin duhet ti nxitni të:

1. Inkurajojnë zgjedhje më të shëndetshme ushqimore
2. Konsumojnë ushqime të shëndetshme që është një mënyrë e mirë për të marrë lëndë ushqyese dhe kalori shtesë ndërmjet vakteve
3. Bëjnë ushqimin të shijojë sërish
4. Konsiderojnë të shtojnë suplemente në dietë

5. Inkurajoni ushtrimet
6. Planifikoni aktivitete sociale (familydoctor.org)⁵⁶⁶.

Teoritë ose modelet e ndryshimit të sjelljes përdoren për të hartuar dhe zbatuar ndërhyrje ushqimore.

Sjellja dietike ndryshon për të përmirësuar cilësinë ushqimore dhe rezultatet shëndetësore (Linda C. Tapsell)⁵⁶⁷

Promovimi i ndryshimit të sjelljes dietike së pari kërkon një bazë të shëndoshë të provave për marrëdhënien midis faktorëve dietikë dhe sëmundjes. Kjo bazë e provave ekspozon faktorë të dobishëm dhe të dëmshëm. Kur njerëzit konsumojnë ushqim, komponimet e shumta kimike i dërgohen trupit dhe ndërveprojnë me procese të ndryshme fiziologjike dhe metabolike (Trujillo E., Davis C., Milner J.)⁵⁶⁸. Një sasi e konsiderueshme kërkimesh janë kryer mbi mënyrën në të cilën ushqimet dhe përbërësit e ushqimit ndikojnë në rrugët dhe mekanizmat e veprimit që lidhen me sëmundjet kardiovaskulare dhe shëndetin metabolik. Një rishikim i kohëve të fundit mbi prioritetet dietike dhe të politikave për sëmundjet kardiovaskulare, diabetin dhe obezitetin vuri në dukje se deri më sot dihet se një numër faktorësh dietikë ndikojnë në shëndetin (Mozaffarian D)⁵⁶⁹. Këto përfshijnë 11 ushqime të ndryshme që duket se kanë një ndikim pozitiv (fruta, perime, arra, drithërat integrale, bishtajoret, peshk, butak, kos, djathë, qumësht, vajra bimore) dhe disa të tjera që mund të jenë të dëmshme (drithëra të rafinuara, mish të përpunuar). U identifikuan gjithashtu përbërës ushqimorë dhe pije që do të ishin të dobishme (siç janë fitokimikatat dhe kafeja) ose të dëmshme (si natriumi i tepërt dhe pijet me sheqer). Në përgjithësi, megjithatë, duhet të merret parasysh ndikimi i përgatitjes së ushqimit, përpunimit të ushqimit dhe modeleve dietike.

Disa nga këta faktorë dietikë janë ushqime të plota, disa janë përbërës ushqimorë dhe të tjerë janë modele dietike. Një dietë me pak yndyrë, për shembull, mund të shfaqet si një model diete, por ajo arrin profilin e karakteristikave të saj në sajë të lëndës ushqyese (përmbajtja e yndyrës). Po kështu, kjo përmbajtje ushqyese është e arritshme për shkak të një sërë zgjedhjesh ushqimore, në këtë rast me fokus në ushqimet me pak yndyrë. Vlerësimi i lidhjes ndërmjet lëndëve ushqyese, ushqimeve dhe dietave të plota është një komponent i zhvillimit të udhëzimeve dietike (Tapsell L.C & al)⁵⁷⁰.

Nevoja për ndryshim të sjelljes dietike është e dukshme. Megjithatë, ndryshimi i sjelljes është një fushë komplekse dhe ku kërkohet që përpjekjet ndërdisiplinore që kombinojnë dietën, aktivitetin fizik dhe mbështetjen psikologjike të jenë bashkë. Hulumtimet dietike tregojnë se përqendrimi te ushqimet dhe modelet dietike është pjesë përbërëse e ndryshimit specifik të dietës që kërkohet për rezultatet shëndetësore, por faktorët social dhe të sjelljes do të ndikojnë në arritjen e këtyre ndryshimeve (Tapsell L.C & al)⁵⁷⁰.

Implikimet për praktikën në ndryshimin e sjelljes

Në kontekstin e praktikës, rezultatet shëndetësore arrihen kur ekipi i kujdesit shëndetësor punon së bashku për të mbështetur ndryshimin e sjelljes. Për shembull, në rastin e menaxhimit të obezitetit në praktikën klinike, ka prova që një kombinim i dietës, aktivitetit fizik dhe mbështetjes së sjelljes do të prodhojë humbje më të madhe në peshë sesa vetëm ndërhyrjet e një stili jetese

(www.nhmrc.gov.au)⁵⁷¹. Në provat dietike janë gjetur se qëllimet personale të pjesëmarrësve nuk përputhen gjithmonë me rezultatet klinike, ndërsa ndikimet e jashtme, të tilla si çështjet familjare, kanë një ndikim në qëllimet personale (McMahon, A. T. & al)⁵⁷². Kjo do të thotë se përkthimi i mesazheve dietike duhet të marrë parasysh rrethanat e jetës së një personi. Mbështetja e ndryshimit të dietës kërkon ndihmë për të identifikuar çështjet me zgjedhjet e ushqimit dhe mund të përfitojë nga qasje të tilla si teknikat e bisedave të shëndetshme.

Ndryshimi i sjelljes mund të rezultojë në modele të përmirësuara diete që çojnë në rezultate më të mira shëndetësore dhe rezultatet më të mira mund të shihen në ato që fillojnë me zakonet më të këqija të të ngrënit. Pikërisht për këtë është bërë një studim duke përdorur analizën e grupeve për të identifikuar modele diete të shëndetshme dhe jo të shëndetshme. U zbulua se njerëzit që hynë në studim duke bërë zgjedhje ushqimore jo të shëndetshme (Grupi 2) dolën më mirë se ata që tashmë po zgjidhnin ushqime kryesisht të shëndetshme (Grupi 1). Pas 3 muajsh ndërhyrje, grupi 2 raportoi se konsumonte më pak energji dhe arriti një humbje më të madhe në peshë sesa grupi 1 (Graenauer S.J & al)⁵⁷³. Në këtë rast, heqja e ushqimeve të shëndetshme nga ngrënia e zakonshme duket se mundësojnë humbje më të madhe në peshë, sesa thjesht të hahet më pak ushqim i shëndetshëm. Kjo do të thotë se në praktikë, si sasia ashtu edhe lloji i ushqimit të konsumuar janë konsiderata të rëndësishme për ndryshimin e dietës (Tapsell L.C & al)⁵⁷⁰.

Rëndësia e konsumimit të ushqimeve individuale dhe modeleve dietike për rezultate më të mira shëndetësore është identifikuar brenda popullatave, por marrëdhëniet janë gjithashtu të rëndësishme për grupet klinike. Një meta-analizë e studimeve mbi modelet dietike dhe presionin sistolik të gjakut gjeti efekte mbrojtëse nga modelet e shëndetshme të të ushqyerit në të gjithë globin, (të përfaqësuara nga dieta Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), të dietave mesdhetare, nordike dhe tibetane (Li, Y & al)⁵⁷⁴. Kjo sugjeron që modelet dietike luajnë gjithashtu një rol të rëndësishëm.

Cilat janë ndërhyrjet dietike?

Ndërhyrjet në sjellje fokusohen në përshtatjen e praktikave dhe zakoneve personale. Shtimi i lëndëve ushqyese në ushqimet bazë quhet fortifikim, ndërsa plotësimi i referohet dhënies së lëndëve ushqyese individuale ose përzierjeve të veçanta nga dieta.

Ndërhyrjet rregullatore janë ato që synojnë rregullimin e disa aktiviteteve ose veprimeve të lidhura me të ushqyerit, të cilat kanë ndikim në rezultatet e të ushqyerit dhe shëndetit. Ndërhyrjet ushqyese që ndodhin në një mjedis specifik kategorizohen si veprime shëndetësore të situatës. (WHO)⁵⁷⁵.

Çfarë ndërhyrjesh mund të bëjnë infermierët e familjes për të përmirësuar ushqyerjen e klientit?

Për të përmirësuar ushqimin e tyre, duhet të (familydoctor.org)⁵⁶⁶:

1. Inkurajoni të bëjnë zgjedhje më të shëndetshme ushqimore
2. Konsumimi i ushqimeve të shëndetshme është një mënyrë e mirë për të marrë lëndë ushqyese dhe kalori shtesë ndërmjet vakteve
3. Inkurajoni të shtojnë suplemente në dietën tyre

4. Inkurajoni ushtrimet
5. Planifikoni aktivitete sociale.

Promovimi i ndryshimit në dietë

A janë ndërhyrjet dietike efektive në ndryshimin e modeleve dietike?

Termi "model i plotë diete" mund të përkufizohet si sasia, frekuenca, shumëllojshmëria dhe kombinimi i ushqimeve dhe pijeve të ndryshme të konsumuara zakonisht dhe një numër në rritje i kërkimeve mbështet rolin e modeleve të tëra diete në ndikimin e rrezikut të sëmundjeve jo të transmetueshme (H.R.J. Van Kernebeek & al)⁵⁷⁶. Për shembull, "dieta mesdhetare", e cila krahasuar me dietën tipike perëndimore është e pasur me fruta dhe perime, drithëra dhe peshk me vaj, lidhet me rrezikun e reduktuar të sëmundjeve kardiovaskulare dhe kancerit. Modelet e njohjes sociale ofrojnë një bazë për të kuptuar përcaktuesit e sjelljes dhe përbëhen nga ndërtimi i sjelljes që ndërhyrjet synojnë në ndryshimin e sjelljes dietike. Përdorimi i teorisë psikologjike në ndërhyrjet dietike që promovojnë një model të tërë diete është domethënës.

Ndërhyrjet dietike në përgjithësi synojnë individin, ku ndërhyrja kryhet në një sërë formatesh, duke përfshirë shpërndarjen midis njëri- tjetrit, shpërndarjen në grupe ose klasa dhe shpërndarjen përmes formateve të tjera, si rrjetet sociale, interneti, etj. Këtu ne i referohemi të gjitha ndërhyrjeve të tilla si qasje në nivel individual ndaj ndryshimit të dietës. Ndërhyrjet mund të synojnë gjithashtu ndryshimin në nivel të komunitetit, në të cilin komunitet mund të nënkuptojë qytete të tëra, shkolla, kisha ose vende pune. Këto ndërhyrje dhe perspektiva referohen si qasje të shëndetit publik ndaj ndryshimit të dietës. (McCann, B. S., & Bovbjerg, V. E)⁵⁷⁷.

Programet e të ushqyerit me bazë në komunitet (CBNP) në përgjithësi përfshijnë aktivitete të tilla si monitorimi i rritjes, promovimi i ushqyerjes me gji, edukimi i të ushqyerit, promovimi i praktikave më të mira të shpërndarjes nga gjiri, dhe nganjëherë programe për mikronutrientët. Përcaktimi i suksesit në këto programe përfshinë arritjen e objektivave të lidhura me procesin, rezultatin dhe qëndrueshmërinë (financiare dhe funksionale), të cilat ndikohen nga faktorët sociopolitikë, faktorë teknikë dhe financiarë.

Janë përdorur katër programe të njohura që përgjithësisht njihen si të suksesshëm për të ilustruar kombinimin e faktorëve kontekstualë (sociopolitikë), programatikë (teknikë) dhe financiarë që të sigurojë sukses në programet e të ushqyerit me bazë në komunitet. Sa më shumë programe teknike janë më udhëzuese dhe të përsëritshme, duke pasur parasysh vështirësinë në krijimin e faktorëve favorizues sociopolitikë. Megjithatë, dëshmitë tregojnë se me projektim të kujdesshëm dhe me faza zbatimi të komponentëve të ndryshëm, aktivitetet e të ushqyerit mund të rrisin faktorë pozitivë sociopolitikë, në këtë mënyrë krijimi i një konteksti pozitiv për programet e të ushqyerit dhe për ngritjen e kapaciteteve për komunitetet (Deborah J. Bowen. Shirley A. A. Beresford)⁵⁷⁸.

Disa shembuj të fushatave të ndërhyrjeve për ndërhyrjet në dietë

Fushata Pesë në Ditë (Foerster SB & al)⁵⁷⁹ u vlerësua për herë të parë në Kaliforni nëpërmjet përpjekjeve të departamentit të shëndetësisë shtetërore për të zbatuar një fushatë mbarëkombëtare. Ndërhyrjet përbëheshin nga pesë fushata, të iniciuara gjatë një periudhe prej 18 muajsh dhe duke përfshirë njoftimet në media të plotësuar nga informacioni në pikat e blerjes së produkteve. Metoda e vlerësimit përbëhej nga pyetje që matnin racionet e frutave dhe perimeve në një anketë me numra të rastësishëm me 1000 banorë të rritur të Kalifornisë dhe pyetje të tjera që matin ndërgjegjësimin, njohuritë, besimet dhe qëndrimet rreth kancerit. Konsumi u rrit me gati 0.3 racione për të bardhët dhe afrikano-amerikanët, ndërsa racionet për latinët me 0.7.

Në Izrael, një ndërhyrje në të gjithë komunitetin u zbatua për të reduktuar faktorët e rrezikut koronar në popullsinë që jetonte atje (Sperber AD & al)⁵⁸⁰. Pati ndërhyrje të bazuara në popullatë (ndryshime në politikën e shërbimit ushqimor në kuzhinën e lokaleve) dhe ndërhyrje në nivel individual për individë me rrezik të lartë dhe mesatar (programe këshillimi dhe edukimi shëndetësor) gjatë një periudhe njëvjeçare. Individët raportuan ndryshime të rëndësishme në modelet e tyre të ushqimit, duke përfshirë uljen e konsumit të vezëve, vajit dhe mishit të kuq, dhe rritjes së konsumit të qumështit me pak yndyrë.

Në kuadër të fushatës për Kontrollin e Kolesterolit u zbatua një program i koordinuar i shqyrtimit dhe ndjekjes së kolesterolit për banorët e një zone të caktuar në Australinë Veriore (van Beurden E & al)⁵⁸¹. Vlerësimi përbëhej nga anketa tërthore të banorëve që matën ushqimin, kolesterolin në gjak dhe shkallën e ndërgjegjësimit dhe qëndrimet. Ndryshime të rëndësishme në kolesterol ndodhën nga niveli fillestar deri në tre muaj, me ndryshime më të vogla në anketat pasuese një dhe trevjeçare. Gjithashtu, një fushatë kombëtare për të reduktuar yndyrën, është zhvilluar çdo vit në Holandë, duke filluar nga viti 1991 (van Wechem SN & al)⁵⁸².

Një fushatë e mediave masive kombëtare në Norvegji zbuloi se një e katërta e të rriturve të anketuar ishin të interesuar të ndryshonin sjelljet dietike pasi shihnin shfaqjet në televizion (Sogaard AJ, Fonnebo V.)⁵⁸³. Një tjetër ndërhyrje nëpërmjet medias, në Danimarkë, rriti përpjekjet për të ngrënë më pak yndyrë pas një viti ndërhyrjeje (Osler M, Jespersen NB.)⁵⁸⁴.

Projekti Bootheel Heart Health, i fokusuar në reduktimin e rrezikut kardiovaskular në gjashtë qarqe rurale, ofroi aktivitete të bazuara në komunitet si demonstrime, klasa, shfaqje, demonstrime gatimi dhe programe të tjera arsimore (Brownson RC & al)⁵⁸⁵. Nuk u gjetën dallime të rëndësishme në konsumin e frutave dhe perimeve, por prevalenca e mbipeshës u ul në kampionin e gjashtë qarqeve, krahasuar me të dhënat shtetërore.

Tema 10: Vlerësimi i ndërhyrjeve tek individët dhe komuniteti

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë çështje vlerësimi i ndërhyrjeve tek individët dhe komuniteti. Gjithashtu do të kuptojnë pse është e rëndësishme të vlerësojmë programet e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit. Studentet do të kuptojnë se cilat janë dimensionet që vlerësohen në një program, një kuadër për vlerësimin e programit. Do të arrijnë të kuptojnë rëndësinë e përfshirjes së grupeve të interesit.

Konceptet themelore

- Vlerësimi i ndërhyrjeve
- Rëndësia e vlerësimit të programit të shëndetit
- Dimensionet në vlerësimin e programit
- Rëndësia e përfshirjes së grupeve të interesit

Në mbarë botën, ekzistojnë shumë programe dhe ndërhyrje të zhvilluara për të përmirësuar kushtet në komunitetet lokale. Komunitetet bashkohen për të ulur nivelin e dhunës që ekziston, për të punuar për strehim të sigurt dhe të përballueshëm për të gjithë, ose për të ndihmuar më shumë studentë të ecin mirë në shkollë.

Por si do ta dimë nëse këto programe po funksionojnë? Nëse ato nuk janë efektive, dhe nëse janë, si mund t'i përmirësojmë për t'i bërë më të mira për komunitetet lokale? Dhe së fundi, si mundet një organizatë të bëjë zgjedhje inteligjente se cilat programe premtuese ka të ngjarë të funksionojnë më mirë në komunitetin e tyre?

Gjatë viteve të fundit, ka pasur një prirje në rritje drejt përdorimit më të mirë të vlerësimit për të kuptuar dhe përmirësuar praktikën. Përdorimi sistematik i vlerësimit ka zgjidhur shumë probleme dhe ka ndihmuar organizata të panumërta me bazë në komunitet të bëjnë atë që bëjnë më mirë.

Megjithatë, para se të fillojmë, ne do të ë ofrojmë disa përkufizime të termave që do t'i përdorim gjatë gjithë këtij leksioni.

Me vlerësim, nënkuptojmë hetimin sistematik të meritës, vlerës ose rëndësisë së një objekti ose përpjekjeje. Praktika e vlerësimit ka ndryshuar në mënyrë dramatike gjatë tre dekadave të fundit janë zhvilluar metoda dhe qasje të reja dhe tani përdoret për projekte dhe audienca gjithnjë e më të ndryshme (Perrin, E, Koshel J.)⁵⁸⁶

Gjatë gjithë këtij seksioni, termi program përdoret për të përshkruar objektin ose përpjekjen që po vlerësohet. Ai mund të zbatohet për çdo veprim me qëllim të përmirësimit të rezultateve për komunitete të tëra, për sektorë më specifike (p.sh. shkolla, vendet e punës) ose për nëngrupe (p.sh., të rinjtë, njerëzit që përjetojnë dhunë ose HIV/AIDS). Ky përkufizim është menduar të jetë shumë i gjerë.

Shembuj të llojeve të ndryshme të programeve përfshijnë:

Ndërhyrjet e drejtpërdrejta të shërbimit (p.sh., një program që ofron mëngjes falas për të përmirësuar ushqimin për fëmijët e shkollave të mesme);

Përpjekjet për mobilizimin e komunitetit;

Iniciativat kërkimore (p.sh., një përpjekje për të gjetur nëse pabarazitë në rezultatet shëndetësore bazuar në racë mund të reduktohen);

Puna avokuese (p.sh., një fushatë për të ndikuar në legjislaturën e shtetit për të miratuar legjislacionin në lidhje me kontrollin e duhanit);

Fushata të marketingut social (p.sh., një fushatë që inkurajon nënat të ushqejnë me gji foshnjat e tyre për të reduktuar vdekshmërinë foshnjore);

Projektet e ndërtimit të infrastrukturës (p.sh., një program për të ndërtuar kapacitetin e agjencive shtetërore për të mbështetur iniciativat e zhvillimit të komunitetit);

Programet e trajnimit (p.sh., një program trajnimi për punë për të reduktuar papunësinë në lagjet urbane);

Sistemet administrative (p.sh., një program nxitës për të përmirësuar efikasitetin e shërbimeve shëndetësore).

Vlerësimi i programit, është një praktikë organizative thelbësore për të gjitha llojet e punës rreth shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit. Është një mënyrë për të vlerësuar projektet dhe aktivitetet specifike në të cilat grupet e komunitetit mund të marrin pjesë, në vend të vlerësimit të një organizate të tërë ose një nisme gjithëpërfshirëse të komunitetit. (Weiss, C.)⁵⁸⁷

Palët e interesuara u referohen atyre që kujdesen për programin ose përpjekjen. Këto mund të përfshijnë ata që supozohet se përfitojnë (p.sh. fëmijët dhe prindërit ose kujdestarët e tyre), ata me ndikim të veçantë (p.sh., zyrtarët e zgjedhur ose të emëruar) dhe ata që mund ta mbështesin përpjekjen (d.m.th., aleatët e mundshëm) ose ta kundërshtojnë atë (d.m.th. kundërshtarët e mundshëm). Pyetjet kryesore në të menduarit për palët e interesuara janë: Kush kujdeset? Për çfarë kujdesen ata?

Duke shqyrtuar tre elementët e një ndërhyrjeje – procesin, ndikimin dhe rezultatet – vlerësimi mund t'ju tregojë nëse kemi bërë atë që kishim planifikuar; nëse ajo që bëmë kishte ndikimin që prisnim në sjelljet dhe faktorët që synonim të ndikonim; dhe nëse ndryshimet në këta faktorë çuan në rezultatet e synuara?. Kjo njohuri mund të tregojë se çfarë mund të ndryshojmë për të përmirësuar programin, si dhe efektivitetin e përgjithshëm të ndërhyrjes. Dhe, informacioni mund të përdoret për të inkurajuar për arritjet (www.ctb.ku.edu)⁵⁸⁸.

Qëllimi i përgjithshëm i vlerësimit të programit është që të gjithë të përfshirë në punën e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit ta bëjnë më të lehtë vlerësimin e përpjekjeve të tyre.

Pse të vlerësojmë programet e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit?

Lloji i vlerësimit për të cilin flasim në këtë seksion mund të lidhet ngushtë me operacionet e përditshme të programit. Theksi ynë është në vlerësimin praktik dhe të vazhdueshëm që përfshin stafin e programit, anëtarët e komunitetit dhe palët e tjera të interesit, jo vetëm ekspertët e vlerësimit. Ky lloj vlerësimi ofron shumë përparësi për profesionistët e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit.

Për shembull, ai plotëson menaxhimin e programit duke:

- Ndihmuar për të qartësuar planet e programit
- Përmirësuar komunikimin ndërmjet partnerëve
- Mbledhur komentet e nevojshme për të përmirësuar dhe për të qenë përgjegjës për efektivitetin e programit. (Teutsch, S.)⁵⁸⁹

Është e rëndësishme të mbani mend gjithashtu se vlerësimi nuk është një aktivitet i ri për ata që punojnë për të përmirësuar individët dhe komunitetet tona. Në fakt, ne vlerësojmë meritat e punës sonë gjatë gjithë kohës kur bëjmë pyetje, konsultohemi me partnerë, bëjmë vlerësime të bazuara në reagime dhe më pas përdorim ato gjykime për të përmirësuar punën tonë.

Kur ndërhyrjet janë bazike, ky lloj vlerësimi informal mund të jetë i mjaftueshëm. Megjithatë, kur ndërhyrjet rriten - kur përfshihet një pjesë e mirë e kohës ose parave, ose kur mund të preken shumë njerëz - atëherë mund të ketë kuptim që organizata të përdorë procedura vlerësimi që janë më formale, të dukshme dhe të justifikueshme.

Si vlerësohet një program specifik?

Para të fillojë organizimi për vlerësimin e programit, grupi duhet të jetë shume i qartë për përgjigjet e pyetjeve të mëposhtme:

- Çfarë do të vlerësohet?
- Cilat kritere do të përdoren për të gjykuar performancën e programit?
- Cilat standarde të performancës duhet të arrihen që programi të konsiderohet i suksesshëm?
- Cilat përfundime në lidhje me performancën e programit justifikohen bazuar në dëshmitë në dispozicion?

Një kuadër për vlerësimin e programit

Vlerësimi i programit ofron një mënyrë për të kuptuar dhe përmirësuar praktikën e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit duke përdorur metoda që janë të dobishme, të realizueshme, të duhura dhe të sakta. Korniza e përshkruar më poshtë është një mjet praktik që përmbledh në një mënyrë logjike elementët e rëndësishëm të vlerësimit të programit.

Kuadri përmban dy dimensionin të lidhur:

- Hapat në praktikën e vlerësimit, dhe
- Standardet për vlerësimin "mirë".

Gjashtë hapat e ndërlidhur të kornizës janë veprime që duhet të jenë pjesë e çdo vlerësimi. Megjithatë në praktikë hapat mund të hasen jashtë rendit, zakonisht do të ketë kuptim t'i ndiqni ato në sekuencën e rekomanduar. Kjo sepse hapat e mëparshëm ofrojnë bazën për përparimin e mëvonshëm. Kështu, vendimet se si të kryhet një hap i caktuar nuk duhet të finalizohen derisa hapat e mëparshëm të jenë adresuar tërësisht.

Megjithatë, këto hapa kanë për qëllim të jenë të adaptueshëm, jo të ngurtë. Ndjeshmëria ndaj kontekstit unik të secilit program (për shembull, historia e programit dhe klima organizative) është thelbësore për një vlerësim të shëndoshë. Ato synojnë të shërbejnë si pikënisje rreth të cilave

organizatat e komunitetit mund të bëjnë një vlerësim për të përmbushur sa më mirë nevojat e tyre.

- Angazhoni palët e interesuara
- Përshkruani programin
- Fokusimi i dizajnit të vlerësimit
- Mblidhni dëshmi të besueshme
- Arsyetoni përfundimet
- Siguroni përdorimin dhe shkëmbimin e mësimave të nxjerra

Kuptimi dhe respektimi i këtyre hapave bazë do të përmirësojë shumicën e përpjekjeve për vlerësim.

Pjesa e dytë e kornizës është një grup bazë standardesh për të vlerësuar cilësinë e aktiviteteve të vlerësimit. Ekzistojnë 30 standarde specifike, të organizuara në katër grupet e mëposhtme:

- Shërbimet
- Fizibiliteti
- Përshtatshmëri
- Saktësia

Këto standarde ndihmojnë në përgjigjen e pyetjes, "A do të jetë ky vlerësim një vlerësim 'i mirë'?" Ato rekomandohen si kriteret fillestare me të cilat gjykohet cilësia e përpjekjeve për vlerësimin e programit (Shadish, W., Cook, T., Leviton, L.)⁵⁹⁰.

Angazhoni palët e interesit

Palët e interesuara janë njerëz ose organizata që kanë diçka për të fituar ose humbur nga ajo që do të mësohet nga një vlerësim, dhe gjithashtu në atë që do të bëhet me atë njohuri. Vlerësimi nuk mund të bëhet i izoluar. Pothuajse gjithçka që bëhet në punën e shëndetit dhe zhvillimit të komunitetit përfshin partneritete - aleanca midis organizatave të ndryshme, anëtarëve të bordit, atyre që preken nga problemi dhe të tjerëve. Prandaj, çdo përpjekje serioze për të vlerësuar një program duhet të marrë parasysh vlerat e ndryshme të mbajtura nga partnerët. Palët e interesuara duhet të jenë pjesë e vlerësimit për të siguruar që perspektivat e tyre unike janë kuptuar. Kur palët e interesuara nuk përfshihen siç duhet, gjetjet e vlerësimit ka të ngjarë të injorohen, kritikohen ose rezistohen.

Megjithatë, nëse ata janë pjesë e procesit, njerëzit ka të ngjarë të ndiejnë një pjesë të mirë të pronësisë për procesin e vlerësimit dhe rezultatet. Ata ndoshta do të duan ta zhvillojnë atë, ta mbrojnë atë dhe të sigurohen që vlerësimi të funksionojë vërtet.

Kjo është arsyeja pse ky cikël vlerësimi fillon me angazhimin e palëve të interesuara. Pasi të përfshihen, këta njerëz do të ndihmojnë për të kryer secilin nga hapat që vijnë.

Rëndësia e përfshirjes së grupeve të interesit:

- Njerëzit ose organizatat e përfshira në operacionet e programit mund të përfshijnë anëtarët e komunitetit, sponsorët, bashkëpunëtorët, partnerët e koalicionit, financuesit, administratorët, menaxherët dhe stafi.

- Njerëzit ose organizatat që u shërbejnë ose preken nga programi mund të përfshijnë klientët, anëtarët e familjes, organizatat e lagjes, institucionet akademike, zyrtarët e zgjedhur dhe

të emëruar, grupet e avokimit dhe banorët e komunitetit. Individët që janë hapur skeptikë ose antagonistë ndaj programit mund të jenë gjithashtu të rëndësishme për t'u përfshirë. Hapja e një vlerësimi ndaj perspektivave të kundërta dhe kërkimi i ndihmës së "kundërshtarëve" të mundshëm të programit mund të forcojë besueshmërinë e vlerësimit.

Po kështu, individët ose grupet që mund të ndikohen negativisht ose pa dashje nga ndryshimet që rrjedhin nga vlerësimi kanë të drejtë të angazhohen. Për shembull, është e rëndësishme të përfshihen ata që do të prekeshin nëse shërbimet e programit do të zgjeroheshin, ndryshonin, kufizoheshin ose përfundonin si rezultat i vlerësimit.

- Përdoruesit kryesorë të synuar të vlerësimit janë individë të veçantë të cilët janë në gjendje të vendosin dhe/ose të bëjnë diçka me rezultatet. Ata nuk duhet të ngatërrohen me përdoruesit kryesorë të synuar të programit, megjithëse disa prej tyre duhet të përfshihen në këtë grup. Një vlerësim i suksesshëm do të caktojë përdoruesit kryesorë të synuar, si stafin e programit dhe financuesit, në fillim të zhvillimit të tij dhe do të mbajë ndërveprim të shpeshtë me ta për t'u siguruar që vlerësimi adreson në mënyrë specifike vlerat dhe nevojat e tyre.

Sasia dhe lloji i përfshirjes së palëve të interesuara do të jetë i ndryshëm për secilin vlerësim të programit. Për shembull, palët e interesuara mund të përfshihen drejtpërdrejt në hartimin dhe kryerjen e vlerësimit. Ata mund të mbahen të informuar për ecurinë e vlerësimit përmes takimeve periodike, raporteve dhe mjeteve të tjera të komunikimit.

Mund të jetë e dobishme, kur punoni me një grup si ky, të zhvilloni një proces të qartë për të ndarë pushtetin dhe për të zgjidhur konfliktet (Taylor-Powell, E., Rossing, B., Geran, J.)⁵⁹¹.

Fokusi tek dizenjimi i vlerësimit

Me fokusimin tek dizenjimi i vlerësimit, nënkuptojmë planifikimin paraprak se ku po shkon vlerësimi dhe çfarë hapash do të marrë për të arritur atje. Nuk është e mundur ose e dobishme që një vlerësim të përpikët t'u përgjigjet të gjitha pyetjeve për të gjitha palët e interesuara; duhet të ketë një fokus. Një plan i fokusuar mirë është një mbrojtje kundër përdorimit joefikas të kohës dhe burimeve.

Në varësi të asaj që dëshirojmë të mësojmë, disa lloje vlerësimi do të jenë më të përshtatshme se të tjerët. Megjithatë, sapo të fillojë mbledhja e të dhënave, mund të jetë e vështirë ose e pamundur të ndryshojmë atë që po bëni, edhe nëse bëhet e qartë se metodat e tjera do të funksiononin më mirë. Një plan i plotë parashikon përdorimet e synuara dhe krijon një strategji vlerësimi me shansin më të madh për të qenë i dobishëm, i realizueshëm, i duhur dhe i saktë. (Basch, C & al)⁵⁹²

Ndërmjet çështjeve që duhen konsideruar kur të fokusohet një vlerësim janë:

Qëllimi

Qëllimi i referohet qëllimit të përgjithshëm të vlerësimit. Një qëllim i qartë shërben si bazë për hartimin, metodat dhe përdorimin e vlerësimit. Marrja e kohës për të artikuluar një qëllim të përgjithshëm do ta ndalojë marrjen e vendimeve të painformuara për mënyrën se si duhet të kryhet dhe të përdoret vlerësimi.

Standardet për vlerësim "mirë".

Ekzistojnë standarde për të vlerësuar nëse të gjitha pjesët e një vlerësimi janë të dizajnuara mirë dhe funksionojnë sipas potencialit të tyre. Standartet e zhvilluara "Standartet e Vlerësimit të Programit" janë krijuara për të vlerësuar programet dhe ndërhyrjet që lidhen me shëndetin dhe zhvillimin e komunitetit.

Standartet e vlerësimit të programit e bëjnë praktikë kryerjen e vlerësimeve të shëndosha dhe të drejta. Respektimi i standardeve mund të mbrojë kundër një vlerësimi të çekuilibruar, si ai që është i saktë dhe i realizueshëm, por jo shumë i dobishëm ose i ndjeshëm ndaj kontekstit. Një shembull tjetër i një vlerësimi të çekuilibruar është ai që do të ishte vërtet i dobishëm, por është i pamundur të kryhet.

Standartet e mëposhtme mund të zbatohen gjatë zhvillimit të një modeli vlerësimi dhe gjatë gjithë rrjedhës së zbatimit të tij. Mos harroni, standartet janë shkruar si parime udhëzuese, jo si rregulla të ngurta që duhen ndjekur në të gjitha situatat. (Greene, J.)⁵⁹³

I përmendëm dhe më lart katër kategoritë kryesore të standardeve:

- Shërbimet
- Fizibiliteti
- Përshtatshmëria
- Saktësia

Standartet e shërbimeve janë:

- Identifikimi i palëve të interesuara: Njerëzit që janë të përfshirë në (ose do të ndikohen nga) vlerësim duhet të identifikohen, në mënyrë që nevojat e tyre të mund të adresohen.
- Besueshmëria e vlerësuesit: Personat që kryejnë vlerësimin duhet të jenë njëkohësisht të besueshëm dhe kompetentë, në mënyrë që vlerësimi të pranohet përgjithësisht si i besueshëm.
- Fushëveprimi dhe përzgjedhja e informacionit: Informacioni i mbledhur duhet të adresojë pyetjet përkatëse në lidhje me programin dhe duhet t'u përgjigjet nevojave dhe interesave të klientëve dhe palëve të tjera të interesuara, të specifikuara.
- Identifikimi i vlerave: Perspektivat, procedurat dhe arsyetimi i përdorur për të interpretuar gjetjet duhet të përshkruhen me kujdes, në mënyrë që bazat për gjykimet rreth meritës dhe vlerës të jenë të qarta.
- Qartësia e raportit: Raportet e vlerësimit duhet të përshkruajnë qartë programin që vlerësohet, duke përfshirë kontekstin e tij, dhe qëllimet, procedurat dhe gjetjet e vlerësimit. Kjo do të ndihmojë të sigurohet që informacioni thelbësor të sigurohet dhe të kuptohet lehtësisht.
- Kohëzgjatja e raportit dhe shpërndarja: Gjetjet e rëndësishme në mes të ndërhyrjes dhe raportet e vlerësimit duhet të ndahen me përdoruesit e synuar në mënyrë që ato të mund të përdoren në kohën e duhur.
- Ndikimi i Vlerësimit: Vlerësimet duhet të planifikohen, kryhen dhe raportohen në mënyrë që inkurajojnë ndjekjen nga palët e interesuara, në mënyrë që vlerësimi të përdoret.

Standartet e fizibilitetit

Standartet e fizibilitetit duhet të sigurojnë që vlerësimi të ketë kuptim - që hapat që planifikohen të jenë të zbatueshëm dhe pragmatikë.

Standartet e fizibilitetit janë:

- Procedurat praktike: Procedurat e vlerësimit duhet të jenë praktike, për të mbajtur në minimum ndërprerjen e aktiviteteve të përditshme gjatë marrjes së informacionit të nevojshëm.
- Qëndrueshmëria politike: Vlerësimi duhet të planifikohet dhe kryhet duke parashikuar pozicionet ose interesat e ndryshme të grupeve të ndryshme. Kjo duhet të ndihmojë në arritjen e bashkëpunimit të tyre në mënyrë që përpjekjet e mundshme nga këto grupe për të kufizuar operacionet e vlerësimit ose për të keqpërdorur rezultatet mund të shmangen.
- Efektiviteti i kostos: Vlerësimi duhet të jetë efikas dhe të prodhojë mjaft informacion të vlefshëm që burimet e përdorura të mund të justifikohen (Adler. M., & Ziglio, E.)⁵⁹⁴.

Standardet e përshtatshmërisë

Standardet e përshtatshmërisë sigurojnë që vlerësimi të jetë etik, i kryer në lidhje me të drejtat dhe interesat e atyre që janë të përfshirë.

Pasojnë tetë standardet e përshtatshmërisë.

- Orientimi i shërbimit: Vlerësimet duhet të hartohen për të ndihmuar që t'u shërbejnë në mënyrë efektive nevojave të të gjithë pjesëmarrësve të synuar.
- Marrëveshjet formale: Përgjegjësitë në një vlerësim (çfarë duhet bërë, si, nga kush, kur) duhet të bien dakord me shkrim, në mënyrë që të përfshirët të jenë të detyruar të respektojnë të gjitha kushtet e marrëveshjes, ose ta rinegociojnë zyrtarisht atë.
- Të drejtat e subjekteve njerëzore: Vlerësimi duhet të hartohet dhe kryhet për të respektuar dhe mbrojtur të drejtat dhe mirëqenien e subjekteve njerëzore, domethënë të gjithë pjesëmarrësve në studim.
- Ndërveprimet njerëzore: Vlerësuesit duhet të respektojnë dinjitetin dhe vlerën bazë njerëzore kur punojnë me njerëz të tjerë në një vlerësim, në mënyrë që pjesëmarrësit të mos ndihen të kërcënuar ose të dëmtuar.
- Vlerësimi i plotë dhe i drejtë: Vlerësimi duhet të jetë i plotë dhe i drejtë në shqyrtimin e tij, duke regjistruar si pikat e forta ashtu edhe ato të dobëta të programit që vlerësohet. Kjo lejon që të ndërtohen pikat e forta dhe të adresohen fushat problematike.
- Zbulimi i gjetjeve: Personat që punojnë në vlerësim duhet të sigurojnë që të gjitha gjetjet e vlerësimit, së bashku me kufizimet e vlerësimit, të jenë të aksesueshme për të gjithë ata që preken nga vlerësimi, dhe për çdo person tjetër me të drejta të shprehura ligjore për të marrë rezultatet.
- Konflikti i interesit: Konflikti i interesit duhet trajtuar hapur dhe me ndershmëri, në mënyrë që të mos rrezikojë proceset dhe rezultatet e vlerësimit.
- Përgjegjësia fiskale: Përdorimi i burimeve nga vlerësuesi duhet të pasqyrojë procedura të shëndosha të llogaridhënies dhe përndryshe të jetë i kujdesshëm dhe i përgjegjshëm etikisht, në mënyrë që shpenzimet të jenë të kontabilizuara dhe të përshtatshme (de Vries, H & al)⁵⁹⁵

Standardet e saktësisë

Standardet e saktësisë sigurojnë që gjetjet e vlerësimit të konsiderohen të sakta.

Ekzistojnë 12 standarde të saktësisë:

- Dokumentacioni i Programit: Programi duhet të përshkruhet dhe dokumentohet qartë dhe saktë, në mënyrë që ajo që vlerësohet të identifikohet qartë.
- Analiza e kontekstit: Konteksti në të cilin ekziston programi duhet të shqyrtohet tërësisht në mënyrë që të identifikohen ndikimet e mundshme në program.

- Qëllimet dhe procedurat e përshkruara: Qëllimet dhe procedurat e vlerësimit duhet të monitorohen dhe të përshkruhen në detaje të mjaftueshme që ato të mund të identifikohen dhe vlerësohen.
- Burimet e informacionit të mbrojtura: Burimet e informacionit të përdorura në një vlerësim të programit duhet të përshkruhen në detaje të mjaftueshme që të mund të vlerësohet përshtatshmëria e informacionit.
- Informacion i vlefshëm: Procedurat e mbledhjes së informacionit duhet të zgjidhen ose zhvillohen dhe më pas të zbatohen në mënyrë të tillë që të sigurojnë që interpretimi i arritur është i vlefshëm.
- Informacion i besueshëm: Procedurat e mbledhjes së informacionit duhet të zgjidhen ose zhvillohen dhe më pas të zbatohen në mënyrë që ato të sigurojnë që informacioni i marrë është mjaftueshëm i besueshëm.
- Informacioni sistematik: Informacioni nga një vlerësim duhet të rishikohet sistematikisht dhe çdo gabim i gjetur duhet të korrigjohet.
- Analiza e informacionit sasior: Informacioni sasior - të dhënat nga vëzhgimet ose anketat - në një vlerësim duhet të analizohen në mënyrë të përshtatshme dhe sistematike në mënyrë që pyetjeve të vlerësimit të marrin përgjigje efektive.
- Analiza e informacionit cilësor: Informacioni cilësor - informacioni përshkruar nga intervistat dhe burimet e tjera - në një vlerësim duhet të analizohet në mënyrë të përshtatshme dhe sistematike në mënyrë që pyetjet e vlerësimit të marrin përgjigje efektive.
- Konkluzione të justifikuara: Konkluzionet e arritura në një vlerësim duhet të arsyetohen në mënyrë eksplicite, në mënyrë që palët e interesuara të kuptojnë vlerën e tyre.
- Raportimi i paanshëm: Procedurat e raportimit duhet të mbrojnë nga shtrembërimi i shkaktuar nga ndjenjat personale dhe paragjykimet e njerëzve të përfshirë në vlerësim, në mënyrë që raportet e vlerësimit të pasqyrojnë në mënyrë të drejtë gjetjet e vlerësimit.
- Metavlerësimi: Vetë vlerësimi duhet të vlerësohet kundrejt këtyre dhe standardeve të tjera përkatëse, në mënyrë që të udhëhiqet siç duhet dhe, pas përfundimit, palët e interesuara të mund të shqyrtojnë nga afër anët e forta dhe të dobëta të tij.

Vlerësimi është një strategji e fuqishme për të dalluar programet dhe ndërhyrjet që bëjnë ndryshim nga ato që nuk e bëjnë këtë. Është një forcë shtytëse për zhvillimin dhe përshtatjen e strategjive të shëndosha, përmirësimin e programeve ekzistuese dhe demonstrimin e rezultateve të investimeve në kohë dhe burime të tjera. Gjithashtu ndihmon në përcaktimin nëse ajo që po bëhet ia vlen për koston.

Ky kuadër i rekomanduar për vlerësimin e programit është njëkohësisht një sintezë e praktikave më të mira ekzistuese dhe një grup standardesh për përmirësime të mëtejshme. Ai mbështet një qasje praktike ndaj vlerësimit bazuar në hapat dhe standardet që mund të zbatohen pothuajse në çdo mjedis. Për shkak se kuadri është qëllimisht i përgjithshëm, ai ofron një udhëzues të qëndrueshëm për të hartuar dhe kryer një gamë të gjerë përpjekjesh vlerësimi në një sërë fushash specifike programore. Korniza mund të përdoret si një model për të krijuar plane të dobishme vlerësimi për të kontribuar në kuptimin dhe përmirësimin e programit.

Tema 11: Qëllimi i vlerësimit të ndërhyrjes promovionale

Objekti

Studentët duhet të kuptojnë pse është e rëndësishme vlerësimi i ndërhyrjeve në promovimin e shëndetit. Gjithashtu do të kuptojnë se pse janë të rëndësishme të vlerësohen programet e promovimit të shëndetit. Do të kuptojnë nivelet ose llojet e vlerësimit si dhe qasjet e vlerësimit dhe aplikimet në mjedisin e promovimit të shëndetit.

Konceptet themelore

- Qëllimi i vlerësimit
- Vlerësim i programeve
- Nivelet dhe llojet e vlerësimit
- Qasjet dhe aplikimet e vlerësimit

Vlerësimi i ndërhyrjeve në promovimin e shëndetit është thelbësor për të mbledhur prova në lidhje me efikasitetin e një programi, për të identifikuar mënyrat për të përmirësuar praktikën, për të justifikuar përdorimin e burimeve dhe për të identifikuar rezultatet e pritura. Vlerësimi është një komponent thelbësor i ndërhyrjeve në promovimin e shëndetit. Ai përmbledh elementët kryesorë të kornizave më të përdorura të planifikimit/vlerësimit të nevojshëm për vlerësime konstruktive të ndërhyrjeve në promovimin e shëndetit dhe i përfshin ato në një qasje të vetme. Ai siguron një kornizë metodike për ofrimin e udhëzimeve të vlerësimit për praktikuesit e promovimit të shëndetit dhe diskuton rëndësinë e përfshirjes së vlerësimit kur planifikohet çdo ndërhyrje për promovimin e shëndetit (Mary Louise O'Connor-Fleming & al)⁵⁹⁶.

Vlerësimi ofron një metodë sistematike për të studiuar një program, praktikë, ndërhyrje ose iniciativë për të kuptuar se sa mirë i arrin qëllimet e tij. Vlerësimet ndihmojnë në përcaktimin se çfarë funksionon mirë dhe çfarë mund të përmirësohet në një program ose iniciativë (www.ruralhealthinfo.org)⁵⁹⁷.

Pse është e rëndësishme të vlerësohen programet e promovimit të shëndetit?

Qëllimet e vlerësimit të programit të shëndetit publik janë:

- përmirësimi i programeve për ta bërë më mirë herën tjetër;
- për të përmirësuar objektivat dhe për të mësuar nga eksperiencia;
- për llogaridhënie ndaj palëve të interesuara, ndaj qeverisë, financuesit kryesor;
- për të përshkruar aktivitetet, sukseset dhe kostot e drejtimit të programit ;
- për punimet shkencore, për të gjeneruar prova mbi efikasitetin ose efektivitetin e programit në arritjen e objektivave të tij dhe përmirësimin e shëndetit;
- si një model i praktikës së mirë për këtë fushë, për të përshkruar kontekstin dhe strategjitë e programit në mënyrë që të mund të përshtatet dhe të përsëritet për përdorim diku tjetër (Adrian Bauman)⁵⁹⁸

Cili është qëllimi i vlerësimit të programeve në kuadër të programeve të sektorit publik?

Vlerësimi i programit në qeveri synon:

- të vlerësojë rëndësinë dhe prioritetin e vazhdueshëm të objektivave të programit në dritën e rrethanave aktuale, duke përfshirë ndryshimet e politikave të qeverisë (domethënë përshtatshmërinë e programit);
- testojë nëse rezultatet e programit arrijnë objektivat e deklaruar (d.m.th., efektivitetin e tij);
- të konstatojë nëse ka mënyra më të mira për arritjen e këtyre objektivave (d.m.th. efikasitetin e tij) (www.act.ipaa.org.au)⁵⁹⁹.

"Vlerësimi shqyrton zbatimin dhe ndikimet aktuale të një politike për të vlerësuar nëse efektet e parashikuara, kostot dhe përfitimet janë realizuar në fakt. Gjetjet e vlerësimit mund të identifikojnë 'çfarë funksionon', ku lindin problemet, të nxjerrin në pah praktikatat e mira, të identifikojnë pasojat e padëshiruara ose rezultatet e paparashikuara dhe demonstrojnë vlerë për paratë, dhe kështu mund të kthehen në procesin e vlerësimit për të përmirësuar vendimmarrjen në të ardhmen (Matthew Gray & J. Rob Bray)⁶⁰⁰.

Cili është qëllimi i ndërhyrjeve shëndetësore?

Një ndërhyrje në shëndetin publik është një përpjekje e organizuar për të promovuar ato sjellje dhe zakone specifike që mund të përmirësojnë shëndetin fizik, mendor dhe emocional. Këto ndërhyrje gjithashtu mund të riformulojnë perspektivën e zakoneve jo të shëndetshme për të ndryshuar mënyrën se si njerëzit mendojnë për ato sjellje (Adrian Bauman)⁵⁹⁸

Por çfarë është vlerësimi? Është një proces për të përcaktuar në mënyrë sistematike dhe objektive efektivitetin dhe ndikimin përkatës të aktiviteteve të programit në dritën e objektivave të tyre. Një mënyrë tjetër për të thënë është: Ku dëshironi të arrini? Si do të shkoni atje? Si do të vërtetoni se keni arritur atje? Si nuk do të bëni të njëjtat gabime herën tjetër? Dhe si do t'i njoftoni të tjerët se çfarë keni bërë? (Adrian Bauman)⁵⁹⁸

Së pari, koncepti i vlerësimit të vlerësueshmërisë. Kjo bëhet rrallë, por ne me të vërtetë duhet të jemi të sigurt se programi është gati për vlerësim. A ka cilësi dhe rëndësi të mjaftueshme dhe ka të ngjarë të përfundojë sipas synimit? A janë të angazhuar palët e interesuara? A do t'u japë vlerësimi informacion atyre që marrin vendime për vlerën e programit?

Ka shumë versione të ciklit të vlerësimit dhe njëri që do diskutojmë fillon me pyetjet: Cili është problemi? Çfarë dihet në literaturë për problemin? Si mund ta përcaktojmë rëndësinë dhe thellësinë e çështjes? Si mund të zhvillojmë një program ose opsione politikash?

Hartimi i një programi. Nëse e bëjmë këtë, a ka gjasa që programi ta rregullojë problemin? Nëse po, ne duhet të hartojmë një strategji vlerësimi. Nëse nuk mendojmë se do ta zgjidhë vërtet problemin, duhet të fillojmë përsëri. Elementet e ndërhyrjes ose programi quhen gjithashtu 'inpute' në një model logjik të programit dhe përfshijnë qëllimet dhe objektivat, grupet që do të përfitojnë nga programi, materialet, burimet, financimin, mbështetjen, teknologjitë, personelin që do të duhet

ta ekzekutojë atë, strategjitë, aktivitetet dhe veprimet që janë planifikuar në program dhe çdo burim tjetër që kërkohet (www.health.nsw.gov.au)⁶⁰¹

Si përmbledhje duhet të kuptohet se për çfarë shërben vlerësimi, duhet të përshkruhet se si mund të funksionojë paraprakisht duke përdorur modele logjike, duhet të përshkruhet modeli dhe metodat e vlerësimit, të identifikoni se ku është vlerësimi juaj në ciklin e vlerësimit dhe a është i thjeshtë apo i komplikuar ose një vlerësim kompleks të programit. Në fund të fundit, duhet të balanconi përpjekjet tuaja të vlerësimit kundrejt burimeve dhe nevojave të llogaridhënies (www.health.nsw.gov.au)⁶⁰¹.

Nivelet ose llojet e vlerësimit: 'nivelet' e vlerësimit përfshijnë vlerësimet e procesit, vlerësimin formues, përmbledhës, ndikimin dhe rezultatin.

Nivelet përcaktohen nga qëllimi i vlerësimit dhe ndikohen nga gjendja e programit dhe koha e mbledhjes së të dhënave (përpara paraqitjes së programit, gjatë zbatimit ose pas zbatimit).

Elementet e përbashkët të vlerësuar në vlerësimin e procesit përfshijnë shtrirjen e programit, respektimin në lidhje me protokollin, kontekstin e programit, cilësinë dhe dhënie marrjet nga pjesëmarrësit (Saunders RP & al.)⁶⁰².

Një studim në komunitet i bazuar në parandalimin e obezitetit tek adoleshentët që jetojnë në Tonga përfshiu një vlerësim të procesit, nga regjistrimi i stafit kërkimor të gjitha aktivitetet që lidhen me ndërhyrjen, shpeshtësia e aktivitetit, shtrirja e atij aktiviteti (sa njerëz ishin të përfshirë në program) dhe burimet e kërkuara (Fotu KF, & al)⁶⁰³.

Qëllimi i një vlerësimi formues është të përmirësojë cilësinë e performancës ose dorëzimit të programit përpara paraqitjes dhe kryhet ose para ose gjatë programit. Përkundrazi, vlerësimet përmbledhëse, ndikimi dhe rezultati zakonisht ndodhin në përfundim të një ndërhyrjeje, por këto tre metoda vlerësimi ndryshojnë ndjeshëm (Kozica SL, & al)⁶⁰⁴.

Tabela 1 Nivelet (llojet) e vlerësimit.

Procesi i vlerësimit	Mat aktivitetet e programit duke përfshirë shtrirjen, zbatimin, kënaqësinë, cilësinë dhe kapacitetin e programit. Ajo përcakton nëse një program shpërndahe siç synohet për audiencën e synuar (Sarojini M. D. R. Monteiro & al) ⁶²⁴ .
Vlerësimi i impaktit	Mat efektin e menjëhershëm të ndërhyrjes shëndetësore. Ai mat ndryshimet në ndërgjegjësimin, njohuritë, aftësitë, qëndrimet dhe sjelljet e njerëzve (www.health.vic.gov.au) ⁶⁰⁵
Vlerësimi i rezultateve	Mat ndikimet afatgjata të programit, duke përfshirë efektet e mëvonshme në shëndet.

Vlerësimi formues	Një kombinim i matjeve dhe gjykimet që janë bërë para ose gjatë fazës së zbatimit, të materialeve, metodave, aktiviteteve, për të përmirësuar cilësinë e performancës ose ofrimin e programit (Keith Tones, Yvonne Keeley Robinson, Sylvia Tilford) ⁶⁰⁶
Vlerësimi përmbledhës	Kryer pas përfundimit të një programi dhe nxjerr përfundime në lidhje me cilësinë, ndikimin, rezultatet dhe përfitimet e një programi.

Qasjet e vlerësimit: Një qasje e vlerësimit informon mbi faktin 'si' do të bëjmë vlerësimin, pra a do të jenë palët e interesuara të angazhuar për të marrë pjesë në vlerësim ose do të jetë vlerësimi? Çdo qasje e vlerësimit ka një sërë hapash shoqërues, që drejtojnë proceset dhe aktivitetet e vlerësimit (Tabela 2). Ka një sërë vlerësimesh, qasje të disponueshme, disa prej të cilave përfshijnë objektiva, bazuar në nevoja, bazuar në teori, bashkëpunuese, të fokusuar në shfrytëzim të burimeve dhe vlerësim realist.

Zakonisht ka një shkallë të madhe mbivendosjeje ndërmjet qasjeve të ndryshme të vlerësimit; megjithatë theksi dhe detyrat që lidhen me secilin hap të vlerësimit ndryshojnë në përputhje me natyrën dhe qëllimin e vlerësimit (Kozica SL, & al)⁶⁰⁷.

Për të demonstruar këtë që sapo thame, në tabelën 2 është një listë e qasjeve, por kjo nuk është një listë e gjerë e qasjeve, përkundrazi, janë përfshirë qasje që aplikohen shpesh për vlerësimet e promovimit të shëndetit.

Tabela 2 Qasjet e vlerësimit dhe aplikimet në mjedisin e promovimit të shëndetit (Kozica SL, & al)⁶⁰⁷

Vlerësimi	Përshkrimi i qasjes	Aplikimi i mëparshëm në cilësimet e promovimit të shëndetit
Bazuar në objektiva	Efektshmëria dhe vlera e një programi bazohet thjesht nëse janë arritur objektivat e paracaktuara.	Objektivat e projektit Dieta, ushtrimet dhe humbja e peshës (DEW-IT) ishin për të përcaktuar efektivitetin e një programi Jetese të shëndetshme për të reduktuar faktorët e rrezikut për sëmundjet kardiovaskulare. Ky studim ishte i përshkruar strikt si një vlerësim i bazuar në

		objektiva, elementë të këtij studimi mbështesin këtë lloj vlerësimi, pasi u hulumtuan rezultatet e dëshiruara. Në këtë program treguesit përfundimtar ishin pesha, presioni gjakut, lipidet dhe fitnesi (Miller ER & al)⁶⁰⁸
Bazuar në nevoja	Një vlerësim në të cilin është përcaktimi i vlerës të identifikuar nga dëshirat apo nevojat e komuniteteve, të cilat më pas do të trajtohen nga programi i planifikuar.	Një vlerësim i nevojave është kryer në pacientët me kancer të avancuar për të përcaktuar metodat më të përshtatshme të dhënies së informacionit shëndetësor. Pjesëmarrësve iu kërkua të plotësonin një anketë dhe treguan se mënyra e preferuar e dhënies së informacionit ishte edukimi një-për-një në seancat (Rebecca K S Wong & al)⁶⁰⁹.
Teoria bazuar/logjike zhvillimi	Vlerësimi bazohet në teorinë e programit dhe marrëdhënie logjike ndërmjet hyrjeve të programit dhe rezultateve të tij. Kjo qasje kërkon të kesh një vlerësim të natyrës së programit, kontekstit dhe mjedisit.	Programi “Me qënë aktiv, ushqe mirë” u zhvillua për të trajtuar obezitetin në fëmijëri duke promovuar një mënyrë jetese të shëndetshme. Në këtë program ndërhyrja u fokusua në aktivitetet (inputet) në ngritjen e kapaciteteve, zhvillimin e politikave dhe fuqizimin e komunitetit. Si rezultat i programit grupi i ndërhyrjes pati dukshëm rënie në peshë dhe në

		pikët e BMI (A M Sanigorski & al) ⁶¹⁰ .
Bashkëpunues/ vlerësimi pjesëmarrës	Kjo qasje i detyron vlerësuesit të përfshijnë në program, konsumatorët dhe/ose anëtarët e komunitetit në hartimin e vlerësimit dhe kryerjen e vlerësimit. Palët e interesuara janë të përfshirë në vlerësim, duke përfshirë interpretimin dhe përfundimet.	Për të përcaktuar suksesin e një programi rehabilitimi të bazuar në komunitet, në individët me aftësi të kufizuara është kryer një vlerësim me pjesëmarrje. U angazhuan pjesëmarrësit e programit, stafi dhe menaxherët e programit në procesin e vlerësimit duke marrë pjesë në intervista dhe fokus grupe për të eksploruar kënaqësinë e shërbimit. Palët e interesuara raportuan se programi kishte mbështetur nevojat e komunitetit (M Sharma, S Deepak) ⁶¹¹ .
Bazuar në shfrytëzim	Qasja është formuluar mbi premisën se kush janë përdoruesit dhe palët e interesuara të synuara dhe si do të përdoren rezultatet. Vlerësimet e bazuara në shfrytëzim janë shumë të individualizuara, fleksibël dhe në varësi të situatës.	Një vlerësim i fokusuar në shfrytëzim u krye për të vlerësuar rolin dhe efektivitetin e praktikantëve infermierë në një spital. Vlerësimi i fokusuar në kënaqësinë e palëve të interesuara me praktikantët infermierë dhe ofroi informacion të vlefshëm për organizatat e tjera të interesuara duke futur infermierët praktikantë në sistemin e tyre të kujdesit shëndetësor (Stetler, C. B. & al) ⁶¹² .

Vlerësimi realist	Ky vlerësim i drejtuar nga teoria fokusohet në kontekst në të cilin zbatohet një program dhe përshkruan mekanizmin përgjegjës për rezultatet e arritura. Gjetjet theksojnë 'çfarë funksionon për kë në rrethana të caktuara', duke sugjeruar se nuk është e mundur të përgjithësohen marrëdhëniet shkak-pasojë.	Një qasje realiste e vlerësimit është përdorur për të përcaktuar efektivitetin e një programi të bazuar në shkollë, i krijuar për të përmirësuar shëndetin e fëmijëve, shëndetin social, emocional dhe fizik. Vlerësimi me metoda të përziera hulumtoi proceset e përdorura gjatë zbatimit të programit për të ofruar informacion kontekstual dhe të krijojë marrëdhënie ndërmjet inputeve të programit dhe rezultateve (Pommier, J & al)⁶¹³.
-------------------	---	--

Duke qenë se ndërhyrjet në promovimin e shëndetit ndryshojnë ndjeshëm, autorët nuk sugjerojnë "një madhësi që i përshtatet të gjithëve" në vlerësim, pasi çdo vlerësim duhet t'i përshtatet kontekstit dhe rrethanave për të siguruar që rezultatet të jenë të besueshme dhe të dobishme. Konceptet e vlerësimit duke përfshirë nivelin, qasjen, kornizën së bashku me metodat dhe mjetet e mbledhjes së të dhënave të gjitha kërkojnë konsideratë.

Pra qëllimi i vlerësimit është të masë efektivitetin e programeve dhe politikave, duke përfshirë atë që funksionoi mirë dhe çfarë mund të përmirësohej. Vlerësimet mund të ndihmojnë për të treguar se një program shëndetësor i komunitetit po prodhon rezultate të matshme, të tilla si përmirësimi i aksesit në kujdes dhe rezultate shëndetësore. Në varësi të qëllimeve të vlerësimit dhe pyetjeve të kërkimit të vlerësimit, mund të jetë e nevojshme të mblidhen të dhëna cilësore dhe/ose sasiore nga aktorë të ndryshëm. Vlerësimet duhet të marrin parasysh edhe faktorët kontekstualë që mund të ndikojnë në suksesin e programit (www.ruralhealthinfo.org)⁵⁹⁷.

Tema 12: Përzgjedhja e masave të rezultateve shëndetësore.

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë se ç'është përzgjedhja e masave të rezultateve shëndetësore. Gjithashtu do të kuptojnë se cilët janë indikatorët e të dhënave mbi shëndetin. Studentet do të kuptojnë se cilat janë tre bazat për matjen e suksesshme të rezultateve të kujdesit shëndetësor, klasifikimin e masave të rezultatit si dhe madhësitë matëse të shpeshtësisë së sëmundjes.

Konceptet themelore

- Rezultateve shëndetësore
- Indikatorët e të dhënave mbi shëndetin
- Klasifikimin e masave të rezultatit
- Madhësitë matëse të shpeshtësisë së sëmundjes

Përmirësimi i rezultateve të kujdesit shëndetësor nuk mund të ndodhë pa matjen efektive të rezultateve. Duke pasur parasysh kompleksitetin administrativ dhe rregullator të kujdesit shëndetësor dhe faktin që sistemet shëndetësore masin dhe raportojnë qindra rezultate çdo vit, është e nevojshme të rishikohen shtatë masat kryesore të rezultateve, duke përfshirë përkufizimet, nuancat e rëndësishme dhe shembujt e jetës reale. Shtatë kategoritë kryesore të masave të rezultateve janë:

1. Vdekshmëria;
2. Ripranimet në shërbimin shëndetësor;
3. Siguria e kujdesit shëndetësor;
4. Efektiviteti i kujdesit shëndetësor;
5. Përvoja e pacientit;
6. Kohëzgjatja e kujdesit shëndetësor;
7. Përdorimi efikas i imazherisë mjekësore (Ann Tinker)⁶¹⁴

Pse është e rëndësishme matja e rezultateve të kujdesit shëndetësor?

Qëllimi i matjes, raportimit dhe krahasimit të rezultateve të kujdesit shëndetësor është arritja e qëllimit të katërfishtë të kujdesit shëndetësor:

- Përmirësimi i përvojës së kujdesit të pacientit.
- Përmirësimi i shëndetit të popullatës.
- Ulja e kostos për frymë të kujdesit shëndetësor.
- Reduktimi i largimeve të mjekëve dhe stafit mjekësor.

Organizata që qëndron pas Synimit të Katërfishtë - Instituti për Përmirësimin e Kujdesit Shëndetësor (IHI) - është e përkushtuar ndaj përmirësimit të rezultateve. IHI e përshkruan matjen si “një pjesë kritike e testimit dhe zbatimit të ndryshimeve. Masat i tregojnë një ekipi nëse ndryshimet që ata po bëjnë çojnë në përmirësim apo jo”. Qëllimi i katërt mund të ndryshojë në varësi të organizatës.

Organizatat e kujdesit shëndetësor – të motivuara nga Qëllimi i Katërfishtë – masin rezultatet për disa arsye:

- Zbulojnë fushat në të cilat ndërhyrjet mund të përmirësojnë kujdesin.
- Identifikojnë variacionet e kujdesit.
- Japin prova për ndërhyrjet që funksionojnë më mirë për disa lloje pacientësh në rrethana të caktuara.
- Krahasojnë efektivitetin e trajtimeve dhe procedurave të ndryshme.

Indikatorët e të dhënave mbi shëndetin

Organizata Botërore e Shëndetësisë përcakton masën e rezultatit si një "ndryshim në shëndetin e një individi, grupi njerëzish ose popullate që i atribuohet një ndërhyrje ose një sërë ndërhyrjesh". Masat e rezultateve (vdekshmëria, ripranimi, përvoja e pacientit, etj.) janë objektivat e cilësisë dhe kostos që ofruesit e kujdesit shëndetësor po përpiqen të përmirësojnë. Masat e rezultateve i raportohen shpesh qeverisë, donatorëve dhe organizatave që raportojnë për cilësinë, siç është psh. Grupi LeapFrog - një organizatë jofitimprurëse kombëtare që vlerëson dhe raporton sigurinë dhe performancën cilësore të spitaleve në SHBA. Puna e LeapFrog përqendrohet në "rritjen e transparencës midis ofruesve të kujdesit shëndetësor në mënyrë që të reduktohen 440,000 vdekjet vjetore të vlerësuara nga gabimet spitalore, aksidentet dhe lëndimet". Në fillimet e studimit të këtij fenomeni masat u fokusuan në kujdesin spitalor, ndërsa tani ato janë zgjeruar dhe përfshijnë shumicën e aspekteve të ofrimit të kujdesit.

Ka disa masa të rezultatit, duke filluar nga ndryshimet në presionin e gjakut tek pacientët me hipertension e deri te masat e rezultateve të raportuara nga pacientët.

Shtatë grupimet e masave të rezultateve që përdoren për të llogaritur shërbimet e spitalit janë disa nga më të zakonshmet në kujdesin shëndetësor:

Vdekshmëria (Ann Tinker)⁶¹⁴

Vdekshmëria është një masë nga masat kryesore të rezultateve kujdesit shëndetësor në popullatë. Për shembull, standardizimi i të dhënave të kujdesit shëndetësor për pacientët me pneumoni, rezultoi në një reduktim relativ me 56.5 për qind në shkallën e vdekshmërisë nga pneumonia.

Siguria e Kujdesit Shëndetësor (Ann Tinker)⁶¹⁴.

Siguria e kujdesit shëndetësor si një nga masat e rezultateve i referohet gabimeve mjekësore. Dy shembuj gabimesh mjekësore që çenojnë sigurinë e kujdesit shëndetësor shpjegojnë më poshtë:

- Irritimet e lëkurës dhe infeksionet spitalore janë të zakonshme për sigurinë e kujdesit shëndetësor: Irritimet dhe dëmtimet e lëkurës - ndodhin kur ulet presioni i gjakut në lëkurë.

Instrumentat mjekësor për identifikimin e problemeve me lëkurën mund të përdoren për të reduktuar dëmtimet e lëkurës. Pacientët me dëmtime të lëkurës janë në një rrezik më të lartë për infeksione. Mundësia e rrezikut të pacientëve rritet nëse ata janë diabetikë, sepse qarkullimi i gjakut të tyre është i dobët.

- Infeksionet spitalore të shkaktuara nga patogjene virale, bakteriale dhe kërpudhore. Spitale të shumta në botë kanë përdorur database të të dhënave si dhe aplikacione analitike për të identifikuar pacientët vulnerabël dhe për të monitoruar përputhjen e shenjave klinike me paketat bazë të praktikave më të mira spitalore. Në njërin prej Spitaleve të Fëmijëve në Teksas në të cilin u aplikua kjo teknikë, u vu re një rënie e infeksioneve spitalore me 35 përqind.

Rikthimet në spital (Ann Tinker)⁶¹⁴

Rikthimi në spital pas daljes nga spitali është një tjetër masë e zakonshme e rezultatit. Rikthimi është i kushtueshëm (dhe shpesh i parandalueshëm). Në fakt, studiuesit vlerësojnë se në një vit, 25 deri në 45 miliardë dollarë shpenzohen për komplikime të shmangshme dhe rikthime të panevojshme në spital. Pas rritjes së përpjekjeve për të reduktuar shkallën e tyre të rikthimit në spital, Dega Mjekësore e Universitetit të Teksasit (UTMB) arriti një reduktim relativ prej 14.5 për qind në normën e tyre të rikthimit brenda 30 ditëve në spital për të gjitha shkaqet, duke rezultuar në 1.9 milionë dollarë kosto e shmangur.

Përvoja e pacientit (Ann Tinker)⁶¹⁴

Masat e rezultateve të raportuara nga pacienti sipas Agjencisë për Inovacionin Klinik (ACI), “vlerësojnë përvojën dhe perceptimin e pacientit për kujdesin shëndetësor që i është ofruar. Ky informacion mund të sigurojë një matës më realist të kënaqësisë së pacientit, si dhe informacion në kohë reale për përmirësimin e shërbimit lokal dhe për të mundësuar një përgjigje më të shpejtë ndaj çështjeve të identikuara”. Për shembull, një pacienti mund t’i kërkohet të plotësojë një anketë të kënaqësisë (në një shkallë nga 1-5) në lidhje me kujdesin që ka marrë. Përvoja e pacientit mund të përdoret gjithashtu si një metrikë balancuese për punën e përmirësimit.

Efektiviteti i Kujdesit Shëndetësor (Ann Tinker)⁶¹⁴

Efektiviteti i masave të rezultatit të kujdesit vlerëson dy gjëra:

1. Pajtueshmëria me udhëzimet e praktikave më të mira të kujdesit.
2. Rezultatet e arritura (p.sh, norma më të ulëta të rikthimit për pacientët me probleme të zemrës).

Duke pasur parasysh ndryshimet e shpeshta që ndodhin brenda fushës së kujdesit shëndetësor, është e domosdoshme të sigurohesh që udhëzimet e kujdesit për praktikën më të mira janë aktuale për arritjen e rezultateve më të mira të kujdesit. Është e rëndësishme të ndiqet pajtueshmëria dhe përditësimi i profesionistëve të shëndetit me udhëzimet e kujdesit shëndetësor;

Është po aq e rëndësishme të monitorohen rezultatet e trajtimit dhe të vihen në dijeni klinikistët kur udhëzimet dhe protokollet klinike të kujdesit duhet të rishikohen. Mosrespektimi i udhëzimeve dhe protokolleve të kujdesit shëndetësor të bazuar në prova mund të kenë pasoja negative për

pacientët. Për shembull, sipas The Dartmouth Atlas of Healthcare, “edhe pse është vërtetuar mirë se beta-blokuesit mund të zvogëlojnë rrezikun e atakut në zemër te pacientët që kanë pasur tashmë një atak kardiak, shumë pacientëve me atak në zemër nuk u jepet kurrë në recetë beta-blokues.”

Kohëzgjatja e Kujdesit Shëndetësor (Ann Tinker)⁶¹⁴

Masat e rezultatit të kujdesit në kohë vlerësojnë aksesin e pacientit në kujdes. Mbipopullimi në departamentin e urgjencës është shoqëruar me rritje të vdekshmërisë së pacientëve në spital, rritje të kohëzgjatjes së qëndrimit dhe rritje të kostove për pacientët e pranuar. Një sistem spitalor komunitar zbatoi një proces përmirësimi për të trajtuar mbipopullimin në urgjencën e tij, pasi përcaktoi se afërsisht 4,000 pacientë po largoheshin nga reparti i urgjencës së tij çdo vit pa u trajtuar. Ata shfrytëzuan platformën e tyre të analitikës për të zhvilluar një aplikacion analitik që ofronte të dhëna të performancës dhe i fokusoi përpjekjet për përmirësim në katër fusha: modelet e personelit, regjistrimin, vlerësimin e triazhit nga infermierja dhe aksesin e hershëm të një ofruesi të kualifikuar mjekësor. Ata arritën përmirësime të konsiderueshme të performancës, duke përfshirë një reduktim relativ prej 89 përqind në shkallën e pacientëve që u larguan pa u trajtuar, me performancën aktuale në 0.4 përqind.

Përdorimi efikas i imazherisë mjekësore.

Përdorimi efikas i imazherisë mjekësore është një masë rezultati gjithnjë e më e rëndësishme. Sipas Fondacionit Evropian të Shkencës, "Imazhi mjekësor luan një rol qendror në sistemin global të kujdesit shëndetësor pasi kontribuon në përmirësimin e rezultatit të pacientit dhe në një kujdes shëndetësor më me kosto-efektivitet në të gjitha entitetet kryesore të sëmundjes".

Tre bazat për matjen e suksesshme të rezultateve të kujdesit shëndetësor.

Ndër qëllimet e çdo sistemi shëndetësor është përmirësimi i rezultateve të pacientëve. Por përmirësimi i rezultateve nuk mund të ndodhë pa matje efektive të rezultateve. Sistemet shëndetësore punojnë me zell për t'i dhënë përparësi tre gjërave thelbësore në matjen e rezultateve: **transparenca, kujdesi i integruar dhe ndërveprueshmëria**. Të përdorura së bashku, këto elemente thelbësore përmirësojnë dhe mbështesin përpjekjet e matjes së rezultateve duke krijuar një kulturë të drejtuar nga të dhënat që përqafon transparencën e të dhënave, një mjedis të integruar kujdesi që trajton të gjithë pacientin, dhe sisteme të ndërveprueshme që mundësojnë shkëmbimin e pandërprerë të rezultateve ndërmjet klinikistëve, departamenteve dhe spitaleve.

Transparenca e të dhënave.

Kujdesi shëndetësor është në një udhëtim drejt transparencës së rezultateve. Pacientët mbështeten në të dhënat e rezultateve për të marrë vendime të peshuara mirë në lidhje me kujdesin e tyre shëndetësor. Pacientët duan siguri se po marrin kujdesin më të mirë me koston më të ulët. Rezultatet e raportuara publikisht të kujdesit shëndetësor ndihmojnë për ta bërë këtë.

Kujdesi i integruar dhe tranzicionet e kujdesit shëndetësor.

Mjekësia po zhvendoset gjithashtu drejt kujdesit të integruar - spitalet nuk po trajtojnë më vetëm një gjymtyrë të dëmtuar por ata trajtojnë të gjithë pacientin. Një komponent kyç i kujdesit të integruar është ndihma e pacientëve: lehtësimi i kalimit të pacientit nga urgjenca, në kirurgji, në kujdesin spitalor, në rehabilitim dhe, në fund të fundit, kthimi në një gjendje të qëndrueshme dhe normale. Pikat kalimtare të kujdesit shëndetësor janë kritike për menaxhimin e qëndrueshmërisë së kujdesit dhe ofrimin e kujdesit të duhur, në mjedisin e duhur, me koston më të ulët.

Ndërveprueshmëria e të dhënave.

Shkëmbimi i të dhënave ndërmjet departamenteve brenda një sistemi të integruar është një tjetër komponent i rëndësishëm. Matja dhe përmirësimi i rezultateve varet nga aftësia e sistemit për të ndarë të dhëna ndërmjet klinikistëve, laboratorëve, spitaleve, klinikave, farmacive dhe stafeve, departamenteve dhe mjediseve të tjera.

Llojet e masave për vlerësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor (www.ahrq.gov)⁶¹⁵

Masat e përdorura për të vlerësuar dhe krahasuar cilësinë e shërbimeve të kujdesit shëndetësor klasifikohen si **masa strukturore**, **masa të procesit** dhe **masa të rezultatit**. I njohur si modeli Donabedian, ky sistem klasifikimi mori emrin e mjekut dhe studiuesit që e formuloi atë.

Masat Strukturore

Masat strukturore u japin popullatës ndjenjën e të zotëruarit të kapaciteteve, sistemeve dhe proceseve të një ofruesi të kujdesit shëndetësor për të ofruar kujdes të cilësisë së lartë. Për shembull:

- Rastet kur njësitë e kujdesit shëndetësor përdorin të dhënat elektronike mjekësore ose sistemet e hyrjes së porosive të barnave.
- Numri ose përqindja e mjekëve të çertifikuar nga bordi drejtues.
- Raporti i ofruesve ndaj pacientëve.

Masat e procesit.

Masat e procesit tregojnë se çfarë bën një ofrues për të ruajtur ose përmirësuar shëndetin, si për njerëzit e shëndetshëm ashtu dhe për ata që janë diagnostikuar me një sëmundje të caktuar. Këto masa zakonisht pasqyrojnë rekomandimet e pranuar përgjithësisht për praktikën klinike. Për shembull:

- Përqindja e njerëzve që marrin shërbime parandaluese (të tilla si mamografi ose imunizim).
- Përqindja e njerëzve me diabet të cilët masin dhe kontrollojnë sheqerin në gjak.

Masat e procesit mund të informojnë popullatën për kujdesin mjekësor që ata duhet të marrin për një gjendje ose sëmundje të caktuar dhe mund të kontribuojnë në përmirësimin e rezultateve

shëndetësore. Shumica e masave të cilësisë së kujdesit shëndetësor të përdorura për raportimin publik janë masa të procesit.

Masat e rezultatit.

Rezultati përmban të gjitha efektet e kujdesit shëndetësor te pacientët ose popullatat, duke përfshirë ndryshimet në gjendjen shëndetësore, sjelljen ose njohuritë, si dhe kënaqësinë e pacientit dhe cilësinë e jetës në raport me shëndetin. Rezultatet shihen ndonjëherë si treguesit më të rëndësishëm të cilësisë, sepse përmirësimi i gjendjes shëndetësore të pacientit është qëllimi kryesor i kujdesit shëndetësor. Megjithatë, matja e saktë e rezultateve që mund t'i atribuohen ekskluzivisht kujdesit shëndetësor është shumë e vështirë.

Masat e rezultateve pasqyrojnë ndikimin e shërbimit ose ndërhyrjes së kujdesit shëndetësor në gjendjen shëndetësore të pacientëve. Për shembull:

- Përqindja e pacientëve që vdiqën si rezultat i operacionit (normat e vdekshmërisë kirurgjikale).
- Shkalla e komplikacioneve kirurgjikale ose infeksioneve të marra nga spitali.

Masat e rezultatit mund të duket se përfaqësojnë "standardin e artë" në matjen e cilësisë, por është vetëm një rezultat i faktorëve të shumtë, pjesa më e madhe e të cilëve shkojnë përtej kontrollit të ofruesve.

Masat e rezultatit shprehin gjendjen shëndetësore të pacientit. Si të tilla, këto masa janë zakonisht më të rëndësishmet. Shembuj të masave të rezultatit përfshijnë vdekshmërinë 30-ditore pas infarktit të miokardit, vdekshmërinë para spitalore ose incidencën e sëmundjeve kronik të zemrës.

Klasifikimi i masave të rezultatit (www.physio-pedia.com)⁶¹⁶

Një masë e rezultatit është një mjet që përdoret për të vlerësuar statusin aktual shëndetësor të një pacienti. Masat e rezultatit mund të ofrojnë një rezultat, një interpretim të rezultateve dhe nganjëherë një kategorizim të rrezikut për pacientin. Përpara se të ndërmerret një ndërhyrje, një masë e rezultatit ofron të dhënat bazë. Rezultatet fillestare mund të ndihmojnë në përcaktimin e shkallës së ndërhyrjes së trajtimit shëndetësor. Pasi të ketë filluar trajtimi, i njëjti mjet mund të përdoret në vlerësimet serike për të përcaktuar nëse pacienti ka demonstruar ndryshim (Gvozdyev BV & al)⁶¹⁷. Me lëvizjen drejt Praktikave të Bazuara në Dëshmi (EBP) në kujdesin shëndetësor, masat e rezultateve ofrojnë një justifikim të besueshëm për trajtimin në nivel individual të pacientit. Masat e rezultateve mund të grupohen gjithashtu për analiza të përmbledhura të fokusuara në përcaktimin e cilësisë së kujdesit.

Klasifikimi.

Masat e rezultateve që përdoren në praktikën mjekësore ndahen në katër kategori:

- Masat e vetëraportimit.
- Masat e bazuara në performancë.

- Masat e raportuara nga vëzhguesit.
- Masat e raportuara nga stafi mjekësor.
- Masat e vetë-raportimit zakonisht merren në formën e një pyetësoi. Pyetësoret vlerësohen duke aplikuar një sistem pikësh të paracaktuar për përgjigjet e pacientit. Edhe pse masat e vetë-raportimit duken subjektive në natyrë, masat e vetë-raportimit objektivizojnë perceptimin e pacientit. Historikisht, pyetësoret kërkonin që një terapist të intervistojë pacientin (intervista të strukturuar) ose pacienti të plotësojë në mënyrë të pavarur pyetësoin (pyetësoret e vetëadministruar). Masat e rezultateve të vetë-raportimit që përdorin letër dhe laps për plotësim konsiderohen si një pyetësor me formë fikse. Ekzistojnë masa të bazuara në vetë-raportim elektronik. Masat elektronike mund të jenë në formë fikse ose adaptive. Testimi adaptiv i kompjuterizuar është një metodë testimi që përcakton pyetjet për një përgjigje bazuar në përgjigjet e mëparshme të pacientit. Pyetësoret ku pacienti raporton për shëndetin ose funksionin fizik njihen si rezultatet e raportuara nga pacienti.
- Masat e bazuara në performancë kërkojnë që pacienti të kryejë një sërë lëvizjesh ose detyrash. Rezultatet për matjet e bazuara në performancë mund të bazohen ose në një matje objektive (p.sh., koha për të përfunduar një detyrë) ose në një vlerësim cilësor që i është caktuar një pikë (p.sh., lëvizjet normale ose jonormale për një detyrë të caktuar). Masat e bazuara në performancë dhe masat e raportuara nga pacientët njëhsojnë që të dyja një status aktual. Këto masa zakonisht nuk barazohen me njëra-tjetrën. Masat e bazuara në performancë priren të nxjerrin në dritë faktorët fiziologjikë. Masat e rezultateve të raportuara nga pacienti mund të vlerësojnë perceptimin, besimet, faktorët socialë dhe/ose faktorët shëndetësorë të pacientit.
- Masat e raportuara nga vëzhguesi janë matje të kryera nga një prind, kujdestar ose dikush që vëzhgon rregullisht pacientin në baza ditore.
- Masat e raportuara nga stafi shëndetësor janë matje që kryhen nga një profesionist i kujdesit shëndetësor. Profesionisti përdor gjykimin klinik dhe raporton mbi sjelljet ose shenjat e pacientit që vërehen nga profesionisti.

Llojet e matjes së rezultatit (Hefford, Ch & al)⁶¹⁸

Në praktikën klinike, matja e rezultatit ndahet gjerësisht në dy lloje: matja specifike e dëmtimit fizik dhe masat e “cilësia e jetës e lidhur me shëndetin”(HRQOL). Matja e dëmtimit mund të vlerësojë strukturat dhe funksionet fizike, për shembull, diapazonin e lëvizjes në një artikulacion (të matur me gonometri), forcën e kapjes (e matur me një dinamometër) ose performancën fizike, për shembull aftësinë për të demonstruar një detyrë fizike (siç është aftësia për të qëndruar në këmbë nga pozicioni i ulur, për të balancuar në njërën këmbë për një periudhë të caktuar kohe). Këto kryhen nga pacienti dhe maten nga terapisti. Ndërsa masa të tilla kanë një vend të rëndësishëm në vlerësimin klinik, theksi vetëm në masat e dëmtimeve konsiderohet si i pamjaftueshëm, pasi nuk merr parasysh elemente të rëndësishme sociale dhe psikologjike të funksionit si kufizimi i pjesëmarrjes në shoqëri, kufizimi i aktiviteteve dhe faktorët e mjedisit. Edhe pse shumë studiues kanë sugjeruar që klinikistët përdorin rrallë matjet e HRQOL në mjedisin

linik, por më tepër mbështeten në masat klinike dhe përvojën; përgjatë 15 viteve të fundit ka pasur një ndryshim në fokus duke shkuar drejt përfshirjes së statusit shëndetësor të vetë-raportuar ose masave HRQOL. Pyetësorët HRQOL plotësohen nga pacientët ose nga terapistë në bashkëpunim me pacientin, dhe kanë të bëjnë jo vetëm me dëmtime, por mund të përfshijnë edhe aktivitete të jetës së përditshme, pjesëmarrje sociale dhe faktorë mjedisorë, si dhe pengesa të perceptuara për përmirësimin e gjendjes shëndetësore.

Madhësitë matëse të shpeshtësisë së sëmundjes (E.Roshi, G.Burazeri)⁶¹⁹

1.1 Incidenca

Incidenca është numri i rasteve të reja të sëmundjes gjatë një periudhe kohore të caktuar në një popullatë risk për zhvillimin e sëmundjes. Zakonisht, raportohet incidenca kumulative si numër rastesh të reja për çdo 1000 subjekte ("jo të sëmurë" në risk) të popullatës gjatë një viti:

$$I = \text{Raste të reja} / \text{Popullatë në risk} \times 1000$$

Nga ky përkufizim, veçohen tre elemente në llogaritjen e incidencës:

- Numri i rasteve të reja të sëmundjes.
- Popullata e "shëndoshë" në risk (që bart potencialin për zhvillimin e sëmundjes).
- Periudha kohore gjatë së cilës zhvillohen rastet e reja të sëmundjes.

Elementi më kritik në përcaktimin e incidencës është emëruesi i ekuacionit të mësipërm (popullata në risk), ku çdo individ duhet të bartë potencialin për zhvillimin e sëmundjes (të përfshihet në numërues). Nën këtë këndvështrim, nëse kërkohet të llogaritet incidenca e kancerit endometrial, meshkujt nuk duhet të përfshihen në emërues (në këtë rast thuhet që risku i meshkujve për zhvillimin e sëmundjes është zero). Një tjetër element kritik në vlerësimin e incidencës është përcaktimi i periudhës kohore gjatë së cilës zhvillohen rastet e reja të sëmundjes. i njëjti numër rastesh të reja mund të përftohet në periudha kohore të ndryshme për sëmundje të ndryshme, prandaj mos specifikimi i periudhës kohore në llogaritjen e incidencës do të ishte pa kuptim. Incidenca kumulative vlerëson riskun për zhvillimin e sëmundjes. Për llogaritjen e incidencës duhet që popullata të ndiqet për një periudhë kohore të caktuar dhe për çdo individ të shëndoshë në risk të vëzhgohet zhvillimi ose jo i sëmundjes. Individët që zhvillojnë sëmundjen gjatë intervalit kohor të ndjekjes, duhet të përjashtohen nga emëruesi në momentin e shfaqjes së sëmundjes pasi ato nuk "kontribuojnë" më si pjesëtarë të popullatës së shëndoshë në risk. Të dhëna të tilla në praktikë janë shpeshherë të vështira të përftohen. Gjithashtu, sidomos në rastet kur bëhet fjalë për ndjekje të popullatave të mëdha për një kohë të gjatë, disa individë mund të largohen (emigrim, ndryshim vend-banimi, etj.). Prandaj, një mënyrë më e saktë e llogaritjes do të ishte incidenca person-vite ku merret parasysh kontributi real i çdo individi të popullatës në risk. Numëruesi do të ishte i njëjtë me atë të incidencës kumulative, ndërsa emëruesi do të përbëhej nga shuma e kontributeve të të gjithë individëve (person-vite), d.m.th. nga shuma e periudhave kohore gjatë të cilave çdo individ ka qenë në risk për zhvillimin e sëmundjes. Incidenca person-vite nuk është vlerësues direkt i riskut për zhvillimin e sëmundjes. Prandaj, për llogaritjen e riskut duhet që të bëhet "konvertimi" në incidencë kumulative.

Formula e mëposhtme shpreh lidhjen mes incidencës person-vite dhe asaj kumulative:

$$IK = IPVXT / (IPV \times T/2) + 1$$

ku, IK është incidenca kumulative, IPV është incidenca person-vite dhe T është periudha kohore e ndjekjes së popullatës në risk.

1.2 Prevalenca

Prevalenca është numri i individëve të sëmurë të një popullate në një moment kohor të caktuar. Pra, prevalenca shpreh “ngarkesën” e sëmundshmërisë në popullatë në një “moment” specifik kohor në ndryshim nga incidenca e cila shpreh dinamikën e sëmundjes (zhvillimin e rasteve të reja). Prevalenca zakonisht raportohet si numri i përgjithshëm i rasteve të sëmundjes për çdo 1000 subjekte të popullatës:

$$P = \text{Rastet totale} / \text{Popullata} \times 1000$$

Dy janë elementet kritike në vlerësimin e prevalencës:

- Numëruesi, i cili përfshin të gjitha rastet e sëmundjes të pranishme në një moment kohor të caktuar (raste të reja dhe të vjetra). Pra, në llogaritjen e numëruesit të prevalencës nuk merret në konsideratë kohëzgjatja e sëmundjes.
- Emëruesi, i cili, ashtu sikundër në llogaritjen e incidencës, duhet të përfshijë popullatën në risk për zhvillimin e sëmundjes.

1.3 Lidhja mes incidencës dhe prevalencës

Më lart u tha që incidenca vlerëson riskun e sëmundjes kurse prevalenca vlerëson ngarkesën e përgjithshme të sëmundshmërisë në popullatë në një moment kohor të caktuar. Nëse popullata është e qëndrueshme (imigrimi dhe emigrimi i individëve është pak a shumë i njëjtë) dhe dinamika e sëmundjes është konstante në kohë, atëherë lidhja mes incidencës dhe prevalencës do të shprehej si më poshtë:

$$\text{Prevalenca} = \text{Incidenca} \times \text{Kohëzgjatja e sëmundjes.}$$

Tema 13: Promocioni në mjediset komunitare

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë vlerën e ndërhyrjeve të mjediseve të ndërtuara për të mbrojtur komunitetet. Gjithashtu do të kuptojnë rolin e praktikuesve mjedisorë të shëndetit publik. Studentet do të kuptojnë se cilat janë karakteristikat e rëndësishme të mjediseve të ndërtuara për mbështetjen e sjelljeve të shëndetshme dhe si komunitetet forcohen përmes promocionit.

Konceptet themelore

- Vlerën e ndërhyrjeve të mjediseve
- Praktikuesve mjedisorë të shëndetit
- Karakteristikat e rëndësishme të mjediseve

Historikisht, agjensitë e shëndetit publik janë përpjekur të mbrojnë njerëzit nga rreziqet në mjediset e ndërtuara, por gjithnjë e më shumë ato promovojnë mjedise të ndërtuara më të shëndetshme si një mënyrë për të mbështetur sjelljet e shëndetshme. Një koment i vitit 2003 në Journal of Law, Medicine and Ethics shqyrtoi lidhjet historike midis shëndetit publik dhe planifikimit urban dhe avokoi për rritjen e ndërhyrjes së shëndetit publik në mjedisin e ndërtuara si një mjet për të parandaluar sëmundjet dhe për të promovuar mirëqenien (Jackson RJ, Kochtitzky C)⁶²⁰. Edhe pse autorët vunë në dukje vlerën e ndërhyrjeve të mjediseve të ndërtuara për të mbrojtur komunitetet nga toksinat mjedisore, ata nuk specifikuan një rol për praktikuesit e shëndetit publik mjedisor.

Shëndeti publik është pozicionuar mirë në drejtimin në avokimin - dhe zbatimin e ndërhyrjeve në mjediset e ndërtuara të shëndetshme që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin. Me prova të forta për ndikimin e veçorive të mjediseve në faktorët e rrezikut për sëmundjet jo të transmetueshme (p.sh., komunitetet që mund të ecin reduktojnë pasivitetin fizik) (www.thecommunityguide.org)⁶²¹, është koha e duhur për të eksploruar rolin e shëndetit publik mjedisor dhe profesionistëve të tjerë të shëndetit publik në mbështetjen e mjediseve më të shëndetshme.

Shembuj më të mire vijnë nga përvojat e autorëve në British Columbia (BC) dhe New York City për të treguar se si praktikuesit e shëndetit mjedisor kanë filluar të përfshijnë iniciativat e mjediseve të ndërtuara në praktikën e tyre dhe të sugjerojnë mënyra për ta zgjeruar këtë rol nëpër departamentet e shëndetësisë.

Njerëzit e shëndetshëm kanë nevojë për mjedise të shëndetshme - lagje, shkolla, qendra të kujdesit për fëmijët dhe vendet e punës. Njerëzit kanë nevojë që mjediset e tyre të strukturohen në mënyra që t'i ndihmojnë ata të kenë akses në ushqime të shëndetshme dhe të përfshijnë lehtësisht aktivitetin fizik në rutinën e tyre të përditshme. Krijimi i mjediseve të shëndetshme nuk mund të bëhet i izoluar nga asnjë organizatë e vetme apo fushë. Krijimi i mjediseve të shëndetshme kërkon përpjekje të koordinuara dhe gjithëpërfshirëse nga shumë organizata, drejtues, fusha dhe sektorë.

Ndryshimet në mjedis mund të kenë efekte dramatike në shëndetin e të gjithë popullatave. Për shembull, aksesit në ujë të pastër, kanalizime, edukimi dhe rregullatorët për ushqimet janë faktorët më të rëndësishëm në shpjegimin e rritjes së jetëgjatësisë dhe uljes së vdekshmërisë foshnjore që ndodhën në botë gjatë shekullit të njëzetë (Porter, R)⁶²². Gjithashtu, shpesh është më e lehtë të ndikohet në shëndetin e njeriut përmes ndryshimeve mjedisore sesa të ndikohet shëndeti

përmes llojeve të tjera të ndërhyrjeve, të tilla si ndryshimet në stilin e jetesës ose ofrimi i kujdesit mjekësor. Për shembull, rritja e çmimit të cigareve mund të ketë po aq ndikim në reduktimin e pirjes së duhanit tek adoleshentët, sa edhe fushatat e marketingut miliarda dollarësh të krijuara për të bindur adoleshentët që të mos pinë duhan (American Cancer Society, 2004).

Mjekësia moderne ka zhvilluar një sërë ndërhyrjesh farmaceutike, ushqyese dhe kirurgjikale, si antibiotikët, vitaminat dhe kardiokirurgjia. Për shkak se mjedisi mund të ketë një ndikim kaq të madhë në shëndetin e njeriut, është e rëndësishme që të zhvillohen edhe ndërhyrje mjedisore për të plotësuar këtë grup ndërhyrjesh mjekësore. Ashtu si ndërhyrjet mjekësore, ndërhyrjet mjedisore bëjnë ndryshime në struktura, procese ose mekanizma në mjedisin e një personi për të arritur një shëndet më të mirë. Për shembull, pakësimi i plumbit për një shtëpi është një ndërhyrje e krijuar për të promovuar shëndetin e njerëzve që jetojnë në atë shtëpi, ose shembulli tjetër zëvendësimi i çatisë nga asbest me tjegulla janë ndërhyrje që ndikojnë në shëndet.

Jo të gjitha ndërhyrjet mjedisore kanë shtrirje lokale.

Ndërhyrjet që janë më të përgjithshme në fushëveprim mund të përfshijnë heqjen e asbestit nga një ndërtesë shkolle, vendosjen e një regjimi higjienik në një spital ose rregullimin e ndotjes së ajrit në një qytet. Ndërhyrjet mjedisore që prekin grupe të mëdha njerëzish mund të përkufizohen si ndërhyrje në shëndetin publik.

Biologët shpesh flasin për lloje të ndryshme mjedisesh, si mjedisi ndërqelizor ose mjedisi jashtëqelizor. Mënyra më e mirë për të kuptuar përdorimin e fjalës mjedis është ta konsiderojmë mjedisin si një koncept relacional në biomjekësi. Dikush mund ta shohë një organizëm si një mjedis në lidhje me një qelizë brenda organizmit; një qelizë si një mjedis në lidhje me një nga organelet e saj, siç është bërthama, e kështu me radhë (Brandon, 1995)⁶²³. Në të vërtetë, ka kuptim të thuhet se nuk ka një mjedis, por se ka shumë lloje të ndryshme mjedisesh në nivele të ndryshme të organizimit biologjik (Eldredge, 1985)⁶²⁴. Kështu, linja midis ndërhyrjeve mjedisore dhe ndërhyrjeve farmaceutike, kirurgjikale ose dieta gjithashtu mund të jetë e paqartë.

Hulumtimi i shëndetit mjedisor mund të përkufizohet si studimi sistematik i mënyrës se si mjedisi ndikon në shëndetin e njeriut. Kjo është një kategori shumë e gjerë që përfshin shumë specialitete dhe disiplina (Lawrence A Lavery & al)⁶²⁵. Tradicionalisht, fushat e epidemiologjisë, shëndetit në punë, toksikologjisë, ekologjisë dhe shëndetit publik janë fokusuar në marrëdhëniet ndërmjet mjedisit dhe shëndetit të njeriut (Instituti Kombëtar i Shkencave të Shëndetit Mjedisor, 1996). Për shkak se pothuajse të gjitha sëmundjet kanë një komponent mjedisor, kërkimi i shëndetit mjedisor tani përfshin fusha të tilla si kardiologjia, onkologjia, gastroenterologjia, neurologjia, endokrinologjia, embriologjia dhe pulmonologjia. Për shembull, për të kuptuar kancerin e gjirit, është e rëndësishme të hetohen të gjithë faktorët e ndryshëm që mund të rrisin rrezikun për t'u prekur nga kjo sëmundje, duke përfshirë predispozitat gjenetike, dietën, stërvitjen, stresin dhe ekspozimet mjedisore kancerogjene, të tilla si rrezatimi ose kimikatet që shkaktojnë kancer. Nëse dikush e kupton se si mjedisi ndikon në kancerin e gjirit, ai mund të bëjë rekomandime për ndryshime në mjediset e krijuara për të reduktuar incidencën e kësaj sëmundjeje, si për shembull reduktimi i ekspozimit ndaj kancerogjenëve.

Cili është roli i praktikuesve mjedisorë të shëndetit publik në promovimin e mjedisëve të ndërtuara të shëndetshme (BE)?

Shëndeti i njeriut ndikohet në mënyrë thelbësore nga gjendja e mjedisit. Degradimi i mjedisit ka një ndikim disproporcional te personat me akses të vogël ndaj burimeve financiare dhe sociale. Aksionet infermierore për të adresuar mjedisin natyror për të shmangur padrejtësitë shëndetësore dhe për të përmirësuar shëndetin publik, do ta çonte infermierinë drejt një aktualizimi më të madh të infermierëve në fushën mjedisore. Pasojat në shëndet të ndryshimeve klimatike, cilësisë së ajrit dhe ujit, dhe ekspozimi ndaj kimikateve toksike janë të vërtetuara dhe janë propozuar rekomandime specifike për udhëheqjen e politikave shëndetësore. Veprimet e rekomanduara përfshijnë punën për ndërtimin e aftësive dhe edukimit mbi shëndetin mjedisor si dhe fuqizimin e komuniteteve, avokimin për mbrojtjen dhe zbatimin rregullator, dhe angazhimin mjedisor brenda sistemeve të kujdesit shëndetësor (Rideout K, Kosatsky T, Lee KK.)⁶²⁶.

Hapësirat që inkurajojnë një shëndet më të mirë shihen gjithnjë e më shumë si çelësi për reduktimin e barrës së sëmundjeve kronike. Në shumë agjenci të shëndetit publik, janë praktikuesit e shëndetit mjedisor ata që kanë marrë rolin e ri.

Rishpikja e roleve për të rritur kapacitetet e mjedisëve të ndërtuara brenda praktikës së shëndetit mjedisor do të përforconte mandatet e mbrojtjes së shëndetit duke ndërtuar kapacitete në parandalimin e sëmundjeve kronike. Zgjerimi i konsiderueshëm në projektimin e mjedisëve të ndërtuara më të shëndetshme mund të kërkojë disa rishpërndarje të burimeve. Megjithatë, parashikohet që mjediset më të shëndetëshme do të zvogëlojnë kërcënimet për shëndetin dhe kështu do të zvogëlojnë nevojën për mbrojtje të shëndetit, duke inkurajuar aktivitetet dhe sjelljet që çojnë në mirëqenie më të madhe të popullsisë.

Ndërsa mjedisi i ndërtuar ka qenë prej kohësh me interes për praktikuesit e shëndetit publik, riangazhimi i gjerë i agjencive të shëndetit publik në planifikimin e komunitetit është një fenomen i dekadës së fundit. Në 1854, John Snoë identifikoi pompën e ujit në Broad Street si burimin e një shpërthimi kolere në Londër (Jackson RJ, Kochitzky C.)⁶²⁷. Që atëherë, autoritetet e shëndetit publik kanë testuar dhe siguruar futjen e infrastrukturës sanitare të ujit për të kontrolluar sëmundjet infektive. Përpjekjet e hershme për të mbrojtur banorët në zonat urbane nga ndotja industriale kulmuan me aktet nënligjore moderne të menaxhimit të territorit dhe mjedisit. Për të trajtuar rrënjët e sëmundjeve kronike, shumë agjenci të shëndetit publik tani kërkojnë të zvogëlojnë dhe shtojnë atributet pozitive të mjedisit tonë fizik të ndërtuar nga njeriu përmes një lidhjeje më të madhe sociale, më shumë aktivitet fizik dhe akses të përmirësuar në ushqim të shëndetshëm të përballueshëm. Ndërsa disa agjenci kanë lidhur partneritet dhe kanë financuar organizata me bazë komunitare për të iniciuar projekte për ndërtimin e mjedisëve të shëndetëshme, duke u fokusuar në advokimin dhe mbështetjen për iniciativat e qeverisjes vendore.

Karakteristikat e rëndësishme të mjediseve të ndërtuara për mbështetjen e sjelljeve të shëndetshme përfshijnë:

- Lagje për ecje dhe biçikletë
- Transport publik
- Parqe, ambiente rekreative dhe hapësira të hapura
- Mjedisë për promovimin e ushqimeve të shëndetshme
- Siguria

Lagjet për të ecur dhe për biçikleta

Veçoritë specifike në mjedisin e ndërtuar ndikojnë nëse njerëzit zgjedhin të ecin apo zgjedhin biçikletën për transport, dhe këto veçori mund të jenë mjete efektive për rritjen e aktivitetit fizik të përditshëm. Lagjet që kanë destinacione që janë të lidhura mirë dhe në afërsi me njëra-tjetrën, një infrastrukturë miqësore për këmbësorët dhe biçikletat, dhe aksesit në transport publik inkurajojnë dhe mbështesin ecjen dhe biçikletën për fëmijët dhe familjet e tyre.

Njerëzit, veçanërisht fëmijët dhe ata me lëvizshmëri të kufizuar, kanë më shumë gjasa të ecin dhe të përdorin biçikletë përgjatë rrugëve që janë tërheqëse dhe të sigurt. Disa karakteristika të rrugëve të sigurt dhe tërheqëse përfshijnë trotualet që janë në gjendje të mirë dhe kanë shkurtime të rrugëve, trafiku që lëviz me një shpejtësi të ngadaltë deri në mesatare dhe trotuare dhe rrugë me bordura për të krijuar një ndjenjë të ndarjes nga automjetet. Objektet duke përfshirë pemët, stolat dhe artin publik përdoren gjithashtu nga planifikuesit për të inkurajuar trafikun në këmbë.

Banorët që jetojnë në komunitete me infrastrukturë miqësore për këmbësorët dhe biçikletat priren të jenë më aktivë fizikisht (activelivingbydesign.org)⁶²⁸.

Siç u theksua në një studim në American Journal of Preventive Medicine dhe u konfirmua në një përmbledhje nga The Synthesis Project, veçoritë e mjedisit të ndërtuar si afërsia me destinacionet e dëshirueshme (dhe të dobishme) si dyqanet dhe shërbimet, janë lidhur fort me njerëzit që ecin dhe përdorin biçikletën si mjet transporti (L.K. Brennan Ramirez & al.)⁶²⁹. Kjo gjetje është në përputhje me studimet nga literatura e planifikimit urban, të cilat tregojnë se ndërtimi i komuniteteve me destinacione jorezidenciale brenda distancës në këmbë nga banesa mund të jetë i dobishëm për shëndetin e njerëzve (L.K. Brennan Ramirez & al)⁶³⁰.

Transporti Publik

Transporti publik është thelbësor pasi zgjeron shumë distancën që njerëzit mund të udhëtojnë me këmbë ose biçikletë.

Njerëzit që përdorin transportin publik ecin më shumë në baza ditore sesa jo-përdoruesit. Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) theksoi në një studim se, "një përfitim shtesë për inkurajimin e aksesit dhe përdorimit të transportit publik mund të ndihmojë popullatat fizikisht joaktive të arrijnë nivelet e rekomanduara të aktivitetit fizik, veçanërisht në mesin e grupeve me të ardhura të ulëta komuniteteve etnike (L.M. Besser & al)⁶³¹. Studimi zbuloi se përdoruesit e transportit publik ecnin mesatarisht 25 minuta për dhe nga transporti publik.

Megjithatë, sistemet e transportit nuk u ofrojnë popullsisë të caktuar, siç janë njerëzit me të ardhura të ulëta, qasje të përshtatshme dhe praktike në punën dhe kujdesin e tyre shëndetësor (H. Frumkin)⁶³². Një raport i vitit 1996 nga Administrata Federale e Transportit Publik zbuloi se gati një e treta e popullsisë amerikane, kryesisht fëmijë, të moshuar, njerëz me aftësi të kufizuara, njerëz me të ardhura të ulëta, gra dhe banorë të zonave rurale, ishin në disavantazh të transportit publik (www.transact.org)⁶³³.

Ndërsa mungesa e makinës dhe aksesit në tranzit publik rezultojnë në më shumë mundësi për sjellje që promovojnë shëndetin, duke përfshirë ecjen dhe çiklizmin, ka disavantazhe edhe për këto popullata. Këta individë janë më të rrezikuar nga rritja e tarifave të transportit publik, shërbimet, kujdesi mjekësor dhe punësimi i nevojshëm, të cilat në fund të fundit janë të lidhura me rezultatet shëndetësore.

Parqe, objekte rekreative dhe hapësirë të hapur

Parqet, hapësirat rekreative (p.sh., këndet e lojërave, zonat sportive dhe pishinat publike) dhe hapësirat e hapura u ofrojnë njerëzve një vend ku ata mund të përfshihen në lojëra aktive si sporte, shëtitje çdo ditë ose shëtitje me biçikleta përgjatë shtigjeve dhe rrugëve të gjelbërta. Loja në natyrë, veçanërisht mes fëmijëve, shoqërohet me nivele më të larta të aktivitetit fizik (Robert Wood Johnson Foundation)⁶³⁴. Këndet e lojërave ofrojnë një mjedis në natyrë ku fëmijët mund të përfshihen aktivisht në aktivitete fizike dhe të marrin pjesë në përvoja më informale dhe të pastrukturuara të lojës. Sot ka prova të forta që mbështesin krijimin dhe/ose përmirësimin e vendeve për aktivitet fizik si një ndërhyrje efektive për rritjen e niveleve të aktivitetit fizik (www.thecommunityguide.org)⁶³⁵. Përveç disponueshmërisë, suksesi i një parku apo objekti rekreativ varet mbi vitalitetin e tij (dmth., numri i përdoruesve dhe kapitali social i lidhur me parkun midis anëtarëve të komunitetit). Vendet për aktivitet fizik nuk janë të shpërndara në mënyrë të barabartë ndërmjet komuniteteve. Ka pabarazi në aksesin në parqe dhe hapësira të hapura, ku individët me të ardhura të ulëta dhe njerëzit me ngjyrë kanë më pak të ngjarë të kenë akses në parqe dhe lloje të tjera të mjediseve të aktivitetit fizik (si shtigjet për biçikleta dhe pishinat publike) (www.icma.org)⁶³⁶.

Ekzistojnë gjithashtu dallime në aksesin në këndet e lojërave dhe në mirëmbajtjen e këndeve të lojërave midis lagjeve me të ardhura të ulëta dhe atyre me të ardhura të larta. Në shumë komunitete me të ardhura të ulëta, këndet publike të lojërave mund të jenë të pakta, por shkollat mund të luajnë një rol në ofrimin e këndeve të tyre të lojërave gjatë orëve jashtë shkollës. Në Shqipëri ekziston një projekt i tillë me shkollat qendra komunitare, që po implementohet në shumë shkolla të vendit. Kur parqet janë të disponueshme, pengesat e lidhura me sigurinë ndaj aktivitetit fizik rezultojnë që banorët shpesh të kufizojnë kohën e tyre në hapësira publike për të reduktuar rrezikun e përjetimit të krimit të dhunshëm (R.C. Brownson & al)⁶³⁷.

Mjedise të shëndetshme ushqimore

Vëmendje në rritje i është kushtuar lidhjeve ndërmjet mjedisit të ndërtuar dhe zgjedhjeve të ushqimit të shëndetshëm (Robert Wood Johnson Foundation)⁶³⁴. Aksesit në ushqime të freskëta dhe të përballueshme është një pikënisje për një dietë të shëndetshme. Ndërsa ka kërkime të

kufizuara që dokumentojnë lidhjen midis veçorive të mjedisit të ndërtuar dhe zakoneve të të ngrënit. Një studim i hershëm nga Kimberly Moorland në 2001 zbuloi se për çdo supermarket, banorët e bardhë amerikanë rritën konsumin e frutave dhe perimeve me një mesatare prej 11 përqind dhe banorët afrikano-amerikanë rritën konsumin e tyre me 32 përqind (K. Morland, & al)⁶³⁸.

Pabarazitë në aksesin ndaj ushqimeve të shëndetshme kanë prekur si komunitetet urbane dhe rurale me të ardhura të ulëta për dekada. Disa studime kanë dokumentuar se lagjet me të ardhura të ulëta kanë shumë më pak supermarkete në krahasim me lagjet me të ardhura mesatare (K. Morland, & al)⁶³⁸. Në të kundërt, këto lagje të njëjta kanë një përqendrim i lartë i pikave të pijeve (K. Morland, & al)⁶³⁸. Prezenca e dyqaneve më të vogla mund të nënkuptojë që njerëzit përballen me çmime më të larta, më pak shumëllojshmëri, cilësi dhe sasi më të ulët të ushqimeve të shëndetshme.

Është e rëndësishme të theksohet se ka disa lagje me të ardhura të ulëta ku shitësit me pakicë kanë prodhime të përballueshme dhe përbërës për dietat tradicionale të banorëve të lagjes. Megjithatë, pak sisteme të transportit publik kanë planifikuar rrugët e tyre për të siguruar akses të përshtatshëm, të drejtpërdrejtë në dyqanet ushqimore për përdoruesit e transportit publik (Robert Wood Johnson Foundation)⁶³⁴.

Sfidat themelore për aksesin e ushqimeve në nivel lagjeje janë forca më të mëdha që lidhen me zhvillimin urban dhe sistemin ushqimor.

Siguria

Si çështjet e perceptuara ashtu edhe ato reale të sigurisë pengojnë aftësinë e njerëzve për të qenë aktivë. Ekzistojnë tre kategori shqetësimesh për sigurinë që shfaqen në çështjet e mjedisit të ndërtuar: lëndimet e paqëllimshme, të tilla si përplasjet dhe rrëzimet; rreziqet mjedisore; dhe krimi dhe dhuna.

Njerëzit ngurrojnë të ecin, të përdorin biçikletën, vrapojnë ose luajnë në lagje që ndihen më pak të sigurt, gjë që nga ana tjetër çon në pasivitet fizik dhe në zvogëlimin e gjasave për të marrë ushqime të shëndetshme në dyqanet me pakicë, nëse këto destinacione janë më të largëta. Një sondazh kombëtar zbuloi se të anketuarit me të ardhura të ulta shqetësoheshin dy herë më shumë për sigurinë në lagjen e tyre sesa të anketuarit me të ardhura të moderuara (L.M Powell & al)⁶³⁹. Siguria ndërthuret me katër karakteristikat e tjera të mjedisit komunitar: lagjet që mundësojnë ecjen dhe përdorimin e bicikletës; transporti publik; parqe, objekte rekreative dhe hapësira të hapura; dhe mjedise ushqimore të shëndetshme.

Një mjedis i sigurt rrit gjasat që njerëzit të ecin me biçikletë dhe të ecin, të përdorin transportin publik, të hyjnë në parqe dhe të sigurojnë hapsira për ushqimet e shëndetshme. Projektimi i rrugëve për udhëtimin e këmbësorëve si dhe duke ridizenjuar kryqëzimet dhe trotualet është treguar se zvogëlon drejtpërdrejt rrezikun e këmbësorëve me 28 përqind (M.R. King & al)⁶⁴⁰. Përmirësimet indirekte të sigurisë ndodhin kur perceptimi i sigurisë rritet, duke çuar në më shumë njerëz që ecin dhe përdorin biçikletën. Një sondazh më i vjetër (1991), por ende i cituar shpesh nga Harris zbuloi se 59 përqind e të anketuarve do të ecnin më shumë nëse do të kishte shtigje sigurt, të përcaktuara. Rreth gjysma e të anketuarve thanë se do të udhëtonin nëse do të ishin të disponueshme korsi të sigurt për biçikleta, ose nëse do të kishin shtigje të sigurt dhe të ndara në të cilat mund të pedalojnë. Ata theksuan gjithashtu vlerën e stimuljeve në vendin e punës, duke

përfshirë stimujt financiarë, duset, dollapët dhe ruajtjen e sigurt të biçikletave. Ndryshimet gjithëpërfshirëse që përfshijnë korsitë e biçikletave si dhe llojet e tjera të mbështetjes (p.sh. masat për lehtësimin e trafikut) inkurajojnë më shumë njerëz të përdorin biçikletat si një formë transporti dhe ofrojnë një mjedis më të sigurt për të pedaluar.

Shqetësimet e sigurisë shkojnë përtej frikës nga lëndimet e paqëllimshme dhe rreziqet mjedisore. Është intuitive që frika nga dhuna i shtyn njerëzit të blejnë më afër shtëpisë, pavarësisht se çfarë është në dispozicion për të blerë; makinën në vend të biçikletës dhe ecjes; dhe hezitimi për t'i lejuar fëmijët të luajnë jashtë, madje edhe në parqet aty pranë. Ndërsa nuk është e qartë se në çfarë mase krimi ndikon në aktivitetin fizik, hulumtimet tregojnë se krimi ose frika nga krimi lidhet me nivele më të ulëta të aktivitetit fizik. Disa elementë të mjedisit komunitarë, duke përfshirë dritaret e thyera, fushat e braktisura, tokat e djerra, grafitet, shtëpitë dhe makinat e braktisura dhe mbeturinat, kontribuojnë në ndjenjën e një lagjeje të pasigurt dhe janë të përshtatshme për të ndërtuar mjedise të përmirësuara.

Deri tani diskutuam sesi institucionet duhet të punojnë për të siguruar mjedise komunitare të shëndetshme dhe të sigurta përmes promovimit.

Por mos harrojmë se dhe komunitetet forcohen përmes promovimit.

Programet e promovimit në komunitet janë për të zbatuar promovimin e suksesshëm të shëndetit dhe strategjitë e parandalimit të sëmundjeve, pavarësisht se komunitetet përballen me sfida të tilla si sëmundjet kronike, varfëria, niveli më i ulët arsimor dhe aksesit në transport, etj. Programet e suksesshme të promovimit të shëndetit do të identifikojnë dhe mbështeten në pikat e forta të komunitetit. Këto pika të forta mund të ndihmojnë komunitetet për të kapërcyer barrierat për zbatimin e programeve të promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve.

Shembuj të tyre sidomos në zonat rurale përfshijnë:

- Rrjete dhe lidhje të forta sociale
- Theksi në marrëdhëniet me familjen dhe fqinjët
- Komunitete mbështetëse
- Vlerat e përbashkëta dhe interesi kolektiv për përmirësimin e shëndetit
- Shkalla dhe shtrirja më e vogël e programeve, të cilat mund të përshpejtojnë mundësinë
- Gatishmëri dhe besim për t'u përballur me sfidat
- Kanalet e centralizuara të komunikimit
- Kreativiteti dhe përkushtimi për të arritur sukses (www.ruralhealthinfo.org)⁶⁴¹

Të gjitha ndërhyrjet në komunitet për promovimin shëndetësor arrijnë në përfundimin se promovimi i shëndetit me bazë komuniteti mund të përshtatet me një qasje sistematike ndaj përfshirjes së qytetarëve.

Duke pasur parasysh kuptimet bashkëkohore të dinamikës së komunitetit, pjesëmarrjes, ekziston nevoja për të riformuluar promovimin e shëndetit të bazuar në komunitet për të reflektuar një ndryshim nga “perspektiva e ndërhyrjes” ndaj një tjetre “me në qendër njerëzit” (South J, White J and Gamsu M.)⁶⁴².

Kjo do të përfshinte njohjen e kontributit të komunitetit që ndodh në të dyja format rolet dhe veprimtaria joformale.

Shëndeti mund të promovohet me përpjekjet e vullnetarë brenda shoqërisë civile, por edhe avokimi nevojitet për të siguruar që pjesët e tjera të sistemit të shëndetit publik, veçanërisht agjencitë publike, të ofrojnë infrastrukturën e nevojshme për të mundësuar dhe jo kontrolluar ritjen dhe lulëzimin e aseteve të komunitetit (Jane South)⁶⁴³.

Tema 14: Promocioni shëndetësor në familje, shkolla, në vendin e punës dhe në shërbimet parësore

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë ç'është promocioni shëndetësor në familje, disa nga mënyrat për promovimin shëndetësor në familje. Gjithashtu do të kuptojnë se ç'është promocioni i shëndetit në vendin e punës, cila është lidhja midis punës dhe shëndetit. Gjithashtu do shpjegojmë promovimin e shëndetit në shkolla dhe pse është i rëndësishëm. Studentët do të kuptojnë se promocioni i shëndetit në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor ka një rëndësi të veçantë.

Konceptet themelore

- Promocioni shëndetësor në familje
- Promocioni i shëndetit në vendin e punës
- Promovimin e shëndetit në shkolla
- Promocioni i shëndetit në shërbimet e kujdesit shëndetësor

Promocioni shëndetësor në familje

Familja luan një rol të rëndësishëm për ruajtjen e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve, pasi anëtarët e familjes mund të mbështesin njëri tjetrin me kalimin e kohës, gjatë gjithë fazave të jetës (Karen B. DeSalvo & al)⁶⁴⁴. Kapaciteti i familjes për të ushqyer, kujdesur, mbrojtur, mësuar dhe influencuar gjatë të gjithë jetës e bën atë një pikë hyrëse efektive në promovimin dhe ruajtjen e shëndetit individual dhe kolektiv dhe një komponent të rëndësishëm për praktikën e shëndetit publik. Familjet janë parë si njësi përgjegjëse për shëndetin dhe mirëqenien e anëtarëve të saj (David B Jacoby, R M Youngson)⁶⁴⁵

Familjet kanë ndikim të madh në rezultatet shëndetësore dhe janë jetike për sistemet e çdo komuniteti. Ambienti familjar ose familja është vendi natyror ku zhvillohen, mirëmbahen dhe ndryshojnë shumë sjellje shëndetësore, të mira apo të këqija. Hulumtimet konfirmojnë se promovimi i shëndetit i orientuar drejt familjes dhe parandalimi i sëmundjeve janë strategji premtuese, sepse njësia familjare është njëkohësisht një burim dhe një grup prioritar që ka nevojë për shërbime parandaluese dhe kurative gjatë gjithë jetës. Familjet janë aktorë të rëndësishëm në praktikën e promovimit të shëndetit ku duhen perspektiva specifike që synojnë të nxisin kapacitete më të mëdha për funksionimin e duhur të shërbimeve shëndetësore familjare (Rhona Hogg & al)⁶⁴⁶.

Praktikat e shëndetshme mund të përfshijnë përpjekjen e familjes për të zëvendësuar zgjedhjet ushqimore duke lënë kohë për të provuar ushqime të reja në mënyra të ndryshme ose duke promovuar një sjellje të shëndetshme për adoleshentët ose fëmijët që përfshijnë ndërveprime me anëtarët e familjes (p.sh. larja e dhëmbëve). Edhe pse duhet të testohen më shumë praktika dhe ndërhyrje kërkimore në komunitet, mund të ketë mjaftueshëm në dispozicion ku fëmijët të mund

të mësojnë, të kujtojnë, dhe të mbajnë një ose më shumë përvoja pozitive familjare, në mënyrë që ata të jenë më të përgatitur për të marrë vendime pozitive.

Disa nga mënyrat për promovimin shëndetësor në familje përfshijnë :

- Dhënien e informacionit për prindërit nëpërmjet burimeve të shkruara ose audio-vizive;
- Një diskutim ndërmjet punonjësit të shëndetësisë dhe familjes, ose demonstrim i një sjelljeje që promovon shëndetin;
- Krijimin e grupeve me prindër dhe shpërndarja e informacioneve nëpërmjet përvojave me prindërit e tjerë;
- Aktivitete për ndërgjegjësimin e komunitetit.

Katër elementë kryesorë të shërbimit që lidhen me promovimin e shëndetit janë:

1. Parandalimi i sëmundjeve dhe lëndimeve;
2. Edukimi shëndetësor, orientimi paraprak dhe zhvillimi i aftësive prindërore;
3. Mbështetje për nënat, baballarët dhe kujdestarët për ndërtimin e besimit në antarët e familjes.
4. Ngritja e kapaciteteve të komunitetit.

Parandalimi i sëmundjeve dhe lëndimeve.

Parandalimi i sëmundjeve është një komponent thelbësor për një shëndet të sigurt për fëmijën dhe familjen. Monitorimi i shëndetit të fëmijës dhe familjes gjatë kryerjes së aktiviteteve shëndetësore parandaluese ofron mundësi për ndërhyrje dhe zbulim të hershëm të sëmundjeve. Aktivitetet e parandalimit të sëmundjeve përfshijnë: imunizimin, promovimin e ushqyerjes me gji dhe të ushqyerit, gjumin, mbikëqyrjen e shëndetit oral, sigurinë dhe parandalimin e lëndimeve, për shembull, sigurinë rrugore.

Promocioni i shëndetit në vendin e punës

Ka dy arsye thelbësore që e vlerësojnë vendin e punës si mjedis kyç. Së pari i jep akses një target grupi, të rriturve të shëndetshëm, të cilët shpesh janë të vështirë të arrihen në mënyra të tjera. Të punësuarit në vendet e punës përbëjnë një audiencë për Promocionin e Shëndetit. Është e lehtë të realizosh ndërhyrje dhe të inkurajosh pjesëmarrjen në programet shëndetësore, sepse janë krijuar mënyra komunikimi. Adultët meshkuj janë më pak të gatshëm të kontaktojnë shërbimet shëndetësore, kështu që vendi i punës siguron një mjet të dobishëm për të përfshirë rreth 85% të meshkujve nën moshën 65 vjeç, të cilët janë ekonomikisht aktivë. Komuniteti i punës siguron gjithashtu një presion dhe mbështetje në grup. Së dyti, arsyeja tjetër për promovimin e shëndetit në vendin e punës është për ti siguruar njerëzit se ata janë të mbrojtur nga dëmtimet e shëndetit që mund të shkaktojnë punë të caktuara (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)⁶⁴⁷.

Lidhja midis punës dhe shëndetit

Kjo lidhje është tepër komplekse. Në përgjithësi vëmendja është e përqendruar në efektet e punës mbi shëndetin, megjithëse është gjithashtu i njohur fakti se një shëndet jo i mirë do të ketë efekte negative në punë. Ka të dhëna se puna e paguar mirë ndikon pozitivisht në shëndet, dhe papunësia mund të lidhet me sëmundjen. Puna është e dobishme për shëndetin, sepse siguron te ardhura, një sens vetëvlerësimi dhe një rrjet social mes miqsh dhe kolegësh. Megjithatë, puna mund ta dëmtojë shëndetin dhe shumë studime janë përqendruar në këtë aspekt.

Rreziqet janë gjëja e parë që mendohet kur flitet për shëndetin në punë. Shumica e legjislacionit të punës është përqendruar në përcaktimin e rreziqeve në shëndet që vijnë si rrjedhojë e punës dhe akte të tilla ligjore janë hartuar që në shekullin e 19-të. Punët, në procesin e të cilave përfshihet përdorimi i materialeve toksike, mund të kenë një efekt negativ në shëndet (prsh. kanceri i shkaktuar nga asbesti, apo astma e lidhur me vendin e punës). Nga ana tjetër, është vënë re se në profesionet që sigurojnë një akses të lehtë ndaj substancave, (si p.sh. mjekët apo farmacistët) kanë përqindje të larta vetëvrasjesh të shkaktuara nga overdoza e medikamenteve (G Peersman, A Harden, and S Oliver.)⁶⁴⁸.

Tashmë ka të dhëna të qarta që tregojnë se vendi i punës është i lidhur direkt me një numër të konsiderueshëm dëmtimesh vdekjeprurëse ose jo.

Promocioni i shëndetit në vendin e punës përbëhet nga kategoritë e mëposhtme:

- Dhënia e ndihmës së parë dhe trajtimi mjekësor
- Depistimi para punësimit
- Mbrojtja nga aksidentet
- Kontrolli ndaj dëmtimeve të ndryshme dhe infeksioneve
- Edukimi shëndetësor dhe dhënia e këshillave rreth një stili jete të shëndetshme
- Politikat dhe rregullat për të siguruar një mjedis pune më të shëndetshëm
- Sigurimi i shërbimeve të tilla si depistimi, këshillim, etj.

Programet e Promocionit të shëndetit në vendin e punës akoma nuk janë të përdorura gjerësisht. Nga një studim në Angli u pa se vetëm 40% e të gjithë vendeve të punës ishin të përfshirë në programe të promocionit shëndetësor. Këto programe përfshinin: ndërprerjen e duhanit, këshillimin për lënien e alkoolit, aplikimin e ushtrimeve fizike, depistime të ndryshme shëndetësore dhe kurse për menaxhimin e stresit (Noblet, A. J., & Rodwell, J. J.)⁶⁴⁹.

Promocioni i shëndetit në vendin e punës tenton të fokusohet në ndërhyrjet e stilit individual të jetesës (G Peersman, A Harden, and S Oliver.)⁶⁵⁰. Në rishikimin e ndërhyrjeve në vendin e punës citohen tipet e mëposhtme të programeve:

- Programe mbi rritjen e njohurive për faktorët e riskut të sëmundjeve të ndryshme.
- Sesione të veçanta për të motivuar punonjësit për të ndryshuar një aspekt të stilit të tyre të jetesës.
- Organizimi i aktiviteteve kompetitive në formë skuadrash apo departamentesh për të promovuar ndryshimet në sjellje.
- Ngritjen e sistemeve mbështetëse ndaj atyre që kërkojnë ndihmë
- Marrja e feedback-ut pas organizimeve të ndërhyrjeve të ndryshme, në mënyrë që të ruhet pjesëmarrja aktive dhe vazhdimësia e aktiviteteve.

Faktet flasin se promocioni shëndetësor në vendin e punës është tepër efektiv. Shumica e tyre vijnë nga SHBA ku veprimtaritë për promocionin shëndetësor në vendin e punës tashmë janë të mirë-organizuara dhe ka një tendencë për uljen e shpenzimeve nga ana e sigurimeve shëndetësore për të punësuarit. Bovell (Bovell, V) argumenton se megjithëse është e vështirë të tregohen qartë përfitimet financiare, ka përfitime në fusha të tjera të tilla si reduktimi i mungesave në punë, rritja e produktivitetit, përmirësimi i moralit të stafit etj. Shumë vlerësime kanë treguar se pjesëmarrja në programet e vendit të punës është e ulët, dhe pjesëmarrësit në to tentojnë të jenë punonjësit më të motivuar dhe me risk më të ulët.

Nga rishikimet e programeve të ndryshme të implementuara në vendin e punës, janë identifikuar disa pika kyçe për ndërhyrje të suksesshme të tilla si: (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)⁶⁴⁷:

- Mbështetje nga drejtuesit e ndërmarrjeve,
- Përfshirjen dhe pjesëmarrjen e stafit në të gjitha nivelet, si në planifikim ashtu edhe në zbatimin e projektit.
- Fokusimi në përcaktimin dhe modifikimin e faktorëve të riskut të cilët janë prioritet për një grup specifik punonjësish, (p.sh stresi apo kanceri I lidhur me punën)
- Programet të dizenuara për organizata
- Burime të mira mbështetëse

Si përfundim mund të themi se shumë të dhëna në botë po demonstrojnë përfitimet e qarta që vijnë si rrjedhojë e programeve të promocionit të shëndetit në vendin e punës. Sfida tani është zgjerimi i këtyre programeve në sa më shumë vende pune, duke mbuluar sa më shumë punonjës. Një sfidë tjetër është përfshirja në këto programe e sa më shumë punonjësve që punojnë part time ose në shtëpi, pasi lidhja që ata kanë me vendin e punës është e dobët. Shumica e programeve fokusohen në dhënien e këshillave për të ndryshuar stilin e jetesës, monitorim dhe edukim.

Punonjësit e promocionit shëndetësor mund të mbështesin ndërhyrjet duke lehtësuar procesin e koordinimit dhe dialogut midis gjithë stafit. Gjithashtu, ata mund të asistojnë nëpërmjet sigurimit të një inputi të specializuar në organizimin, planifikimin, implementimin dhe vlerësimin e aktiviteteve.

Promocioni shëndetësor në shkolla

Plani i ri i Veprimit për Promocionin Shëndetësor (MOH) thekson rolin vendimtar që luan promocioni shëndetësor në nxitjen e politikave publike të shëndetshme dhe zhvillimin e mjedisve shëndetësore mbështetëse, përmirësimin e kushteve sociale dhe aftësive personale, dhe promovimin e jetesës së shëndetshme duke përfshirë në veçanti një dietë të shëndetshme, promovimin e aktivitetit fizik, larg përdorimit të duhanit, konsumit të dëmshëm të alkoolit dhe përdorimit të drogës.

Promovimi i shëndetit në një mjedis shkollor mund të përkufizohet si çdo aktivitet i ndërmarrë për të përmirësuar dhe/ose mbrojtur shëndetin e të gjithë përdoruesve të shkollës. Është një koncept

më i gjerë se edukimi shëndetësor dhe përfshin aktivitetet që kanë të bëjnë me politikat e shëndetshme të shkollës, mjedisin fizik dhe social të shkollës, kurrikulën, lidhjet e komunitetit dhe shërbimet shëndetësore (www.schoolsforhealth.org)⁶⁵².

Pse promovimi i shëndetit në shkolla është i rëndësishëm ?

Në mbarë botën, arsimi dhe shëndetësia janë të lidhura ngushtë (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)⁶⁴⁷.

Me fjalë të tjera:

- Të rinjtë e shëndetshëm kanë më shumë gjasa të mësojnë në mënyrë më efektive;
- Promovimi i shëndetit mund të ndihmojë shkollat për të përmbushur objektivat e tyre në arritjet arsimore dhe për të përmbushur synimet e tyre sociale; të rinjtë që ndjekin shkollën kanë një shans më të mirë për shëndet të mirë;
- Të rinjtë që ndihen mirë me shkollën e tyre dhe që krijojnë marrëdhënie me të rinjtë e tjerë kanë më pak gjasa të ndërmarrin sjellje me rrezik të lartë dhe ka të ngjarë të kenë rezultate më të mira të të nxënësve;
- Shkollat janë gjithashtu vende pune për stafin dhe janë mjedise që mund të praktikojnë dhe modelojnë promovimin efektiv të shëndetit në vendin e punës për të mirën e të gjithë stafit dhe të studentëve.

Edukimi shëndetësor në një shkollë është një aktivitet komunikimi dhe përfshin të mësuarit dhe mësimdhënien që kanë të bëjnë me njohuritë, besimet, qëndrimet, vlerat, aftësitë dhe kompetencat. Shpesh fokusohet në tema të veçanta, si duhani, alkooli, ushqimi; ose mund të përfshijë reflektimin mbi shëndetin në një mënyrë më holistike.

Promovimi i shëndetit në shkolla mund të përfshijë aktivitete që lidhen me gjashtë komponentët e mëposhtëm (www.schoolsforhealth.org)⁶⁵²:

1. Politika të shëndetshme në shkollë

Këto janë të përcaktuara qartë në dokumente ose në praktika të pranuar që promovojnë shëndetin dhe mirëqenien. Shumë politika promovojnë shëndetin dhe mirëqenien, p.sh., politika që mundësojnë praktikën e ushqimit të shëndetshëm që ndodhin në shkollë; apo politikat që dekurajojnë bullizmin.

2. Mjedi fizik i shkollës

Mjedi fizik i referohet ndërtesave, terreneve dhe pajisjeve brenda dhe përreth shkollës si p.sh.: dizajni dhe vendndodhja e ndërtesës; siguri i dritës natyrore dhe hijes së përshtatshme; krijimi i hapësirës për aktivitet fizik dhe mjediseve për mësim dhe ushqim të shëndetshëm.

3. Mjedi Social i Shkollës

Mjedi social i shkollës është një kombinim i cilësisë së marrëdhënieve ndërmjet stafit dhe nxënësve. Ajo ndikohet nga marrëdhëniet me prindërit dhe komunitetin e gjerë. Bëhet fjalë për ndërtimin e lidhjeve cilësore ndërmjet të gjithë aktorëve kryesorë në komunitetin e shkollës.

4. Aftësitë individuale shëndetësore dhe kompetencat e veprimit

Kjo i referohet si kurrikulës formale ashtu edhe asaj informale dhe aktiviteteve shoqëruese, ku studentët fitojnë njohuri, aftësi dhe përvoja të lidhura me moshën, të cilat u mundësojnë atyre të ndërtojnë kompetencat për të ndërmarrë veprime për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e tyre dhe të të tjerëve në komunitetin e tyre dhe që rrit rezultatet e tyre të të nxënësve.

5. Lidhjet e komunitetit

Lidhjet e komunitetit janë lidhjet midis shkollës dhe familjeve të nxënësve, si dhe lidhja midis shkollës dhe grupeve dhe individëve kyç lokalë. Konsultimi dhe pjesëmarrja e duhur me këto palë të interesuara përmirëson promovimin e shëndetit në shkollë dhe u siguron studentëve dhe stafit një kontekst dhe mbështetje për veprimet e tyre.

6. Shërbimet Shëndetësore

Këto janë shërbime shëndetësore lokale dhe rajonale të lidhura me shkollën, të cilat kanë përgjegjësi për kujdesin dhe promovimin shëndetësor të fëmijëve dhe adoleshentëve si dhe nëpërmjet ofrimit të shërbimeve të drejtpërdrejta për studentët, përfshirë ata me nevojë të veçanta.

Është e rëndësishme të pranohet se koncepti i promovimit të shëndetit është i njohur për shumë njerëz që punojnë në sektorin e shëndetësisë. Si sektori i arsimit ashtu edhe ai i shëndetësisë kanë një synim të përbashkët për t'u ofruar nxënësve mundësi që të fuqizohen më shumë për shëndetin dhe në çështjet e lidhura me to, ndërsa shkojnë në shkollë. Kjo nevojë për partneritete dhe një qasje bashkëpunuese që përfshin sektorët e arsimit dhe shëndetësisë në promovimin e shëndetit në shkollë është universale dhe ka indikacione se ajo tani po trajtohet në shumë vende të botës (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)⁶⁴⁷. Ngritja e shërbimeve shëndetësore në shkollë, ofrimi i ushqimit në disa prej tyre dhe futja e lëndës së fiskulturës në kurrikulat mësimore janë shembuj që tregojnë sesi shkollë është parë si një mjedis i rëndësishëm për të inkurajuar audiencën në përmirësimin e stilit të jetesës për një shëndet të mirë.

Pse shkollë është një mjedis i rëndësishëm për promocionin shëndetësor?

Shkollë është parë si një vend i rëndësishëm për promocion shëndetësor kryesisht, sepse ajo arrin të përmbledhë një përqindje të gjerë të popullsisë për shumë vite. Rëndësia e shkollës njihet gjithashtu dhe për faktin se marrja e njohurive, sjelljeve dhe qëndrimeve të lidhura me shëndetin fillon në shkollë që në moshë të hershme.

Lidhja midis shkollës, edukimit dhe shëndetit

Adoleshenca është një periudhë e ndryshimeve të rëndësishme, gjatë së cilës të rinjtë shpesh mësojnë zakone dhe sjellje që do ti ndjekin gjatë të gjithë jetës. Pjesë e rritjes janë edhe ekspozimet më të mëdha ndaj rreziqeve, por problemet shtohen nëse ka një mungesë ndërgjegjësimi lidhur me shkollën e përfshirjes në to. Mjedis i shkollës siguron një mundësi komunikimi midis të rinjve, mundësi mësimi dhe një mjedis të sigurt për të praktikuar njohuritë e reja (Qirjako,G. Roshi, E. Byrazeri,G)⁶⁴⁷.

Të dhënat tregojnë se nuk është kusht i domosdoshëm që të rinjtë që janë të përfshirë në sjellje shëndetësore të dëmshme gjatë adoleshencës, do të ruajnë këto zakone për të gjithë jetën. Janë faktorët ekonomikë, shoqërorë dhe individualë që do të ndikojnë në zgjedhjen që ata do të bëjnë lidhur me çështjet shëndetësore, vlerat dhe normat e të cilave do të lidhen dhe me kulturën e tyre. Disavantazhet ekonomike, mungesa e përkrahjes nga komuniteti dhe niveli i ulët në edukim janë identifikuar si faktorë që predispozojnë të rinjtë drejt rreziqeve shëndetësore.

Efektet e duhanpirjes, konsumit të tepruar të alkoolit, përdorimit të drogës dhe aktiviteti i pakët fizik mund të mos jenë evidente deri në vitet e mëvonshme. Megjithatë ka të dhëna se rreziqet shëndetësore për të rinjtë mbledhen sëbashku. P.sh midis moshës 9-15 vjeç duhanpirësit e rregullt pinë alkool mbi dy herë më shumë sesa jo-duhanpirësit dhe rreth 50% e tyre janë më të prirur të përdorin lëndë narkotike.

Ka një lidhje midis shëndetit dhe edukimit nga njëra anë dhe mundësisë për të mësuar nga ana tjetër. Eksperiencat e të rinjve në shkollë ndikojnë në zhvillimin e vetëvlerësimit, vetëperceptimit dhe sjelljeve shëndetësore të tyre. Nxënësit që nuk e pëlqejnë shkollën, të cilët kanë rezultate të ulta në mësim tentojnë të fillojnë duhanin dhe pinë alkool më herët dhe janë më të prirur për tu bërë përdorues të rregullt të tyre. Nga ana tjetër, duket tashmë qartë se procesi i të mësuarit është më i lehtë, më i plotë, dhe më i pëlqyeshëm nëse fëmijët janë të shëndetshëm (WHO)⁶⁵³

Konteksti i promovimit shëndetësor në shkollë

Evolucioni i edukimit dhe promovimit të shëndetit në shkollë reflekton shumë përjasje të promovimit shëndetësor. Edukimi shëndetësor në shkollë ka lidhje me vendimmarrjen e informuar dhe zhvillimin e vetë-vlerësimit. Temat shëndetësore radhiten nga ato me karakter fiziologjik në tema për shëndetin mjedisor dhe komunitar, duke përbërë kështu një këndvështrim multidimensional i cili reflekton konceptin holistik të OBSH-së për shëndetin.

Projektet kanë synuar zhvillimin e aftësive sociale dhe jetësore të tilla si të qenit i sigurtë, krijimi i marrëdhënieve, menaxhimi i konflikteve, puna në grupe dhe ndikimi tek njerëzit. Promocioni i shëndetit në shkollë është i lidhur ngushtë me zhvillimin personal dhe social . Qëllimi është që të rinjtë të jenë përgjegjës për jetën e tyre, ndërkohë që roli i shkollës është zhvillimi i vetë-vlerësimit dhe vetë-informimit. Përgjatë përpjekjeve për të promovuar autonominë dhe aftësitë në vendimmarrjet me karakter shëndetësor, një gjë është e qartë: njerëzit bëhen më racional në marrjen e vendimeve sapo ato të kenë informacion se si të jetojnë në mënyrë të shëndetshme. Për këtë arsye më shumë promovim shëndeti në shkollë do të detyrojë sigurimin e informacionit lidhur me efektet dëmtuese në shëndet të sjelljeve të caktuara të tilla si duhanpirja, abuzimi me substancat e ndaluara, etj

Promocioni i shëndetit në shërbimet e kujdesit shëndetësor parësor

Parandalimi parësor është një element i rëndësishëm i infermieristikës, në të cilin përfshihen promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve.

Koncepti i promovimit të shëndetit është një proces aktiv i cili përfshin mbrojtjen specifike si: kontrollin e ambientit, programet e imunizimit, sigurinë lidhur me mënyrën e jetesës, vlerat,

besimet, si dhe sjellje të cilat i përkrahin shëndetin. Njohja dhe shmangia e faktorëve riskues të shëndetit si: duhani, alkoli, nuk janë privilegj i disa personave, por janë pjesë e rëndësishme e mënyrës së jetesës të të gjithë shoqërisë.

Sot institucionet shëndetësore publike dhe private priren drej përmirësimit të gjëndjes së shëndetit të individëve dhe grupeve, duke u fokusuar në reduktimin e sëmundjeve ngjitëse dhe faktorëve riskues të shëndetit (Sanjiv Kumar and GS Preetha)⁶⁵⁴ Sot i kushtohet një rëndësi tepër e madhe kujdesit shëndetësor, rritjes së jetëgjatësisë dhe përmirësimit të cilësisë së jetesës. Stili personal i të jetuarit influencon në gjendjen e shëndetit, ndaj dhe infermieret që punojnë me njerëz të shëndetshëm duhet të përdorin strategji specifike për të ndihmuar individët në ruajtjen në mënyrë pozitive të sjelljeve të shëndetshme.

Aktivitetet mbrojtëse të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjes janë pjesë e rëndësishme e kujdesit shëndetësor, sepse ato ndihmojnë pacientin në përmirësimin e shëndetit. Aktivitetet promovuese të shëndetit, ushtrimet rutinë, ndihmojnë klientin në ruajtjen ose në rritjen e nivelit të shëndetit. Aktivitetet promovuese të shëndetit motivojnë njerëzit për të vepruar pozitivisht dhe për të arritur një nivel të qëndrueshëm të shëndetit. Aktivitetet parandaluese të sëmundjes si programet e imunizimit mbrojnë individin nga rreziqet aktuale ose potenciale të shëndetit.

Promovimi i avancuar i shëndetit kërkon një kuptim më të mirë të rreziqeve dhe sjelljeve. Kujdesi infermior në këto aktivitete përqëndrohet në uljen e morbiditetit (sëmundshmërisë) dhe mortalitetit (vdekshmërisë). Infermieret që marrin përsipër strategjitë promovuese të shëndetit duhet të kuptojnë gjithashtu bazën për ruajtjen e shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve. Ruajtja e shëndetit i drejtohet grupeve të popullsisë të të gjitha moshave dhe përfshin strategjitë e duhura, kontrollin e sëmundjeve infektive, si dhe detyrimet dhe rregullat e institucioneve. Fokusi i këtyre aktiviteteve është reduktimi i ekspozimit ndaj burimeve të ndryshme të rrezikut, duke përfshirë ato të lidhura me ujin, ajrin, ushqimin, drogat, aksidentet si dhe agjentëve të ndryshëm fizik.

Shërbimi i parandalimit të sëmundjeve për individët sigurohet nga profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe përfshin imunizimet, si dhe edukimin dhe konsultimin shëndetësor. Për të përhapur strategjitë parandaluese është e rëndësishme që të zhvillohen aktivitete kudo dhe të përfshihen të gjithë grupmoshat, në shkollë, industri, shtëpi dhe komunitet. Shëndeti global është sot në qendër të vëmendjes të të gjithë organizatave shëndetësore. Zhvillimi i ekonomisë, biznesit, si dhe lëvizja popullore kanë rritur në botë rrezikun për përhapjen e sëmundjeve të ndryshme.

Disa programe si: klinika për lënien e duhanit, programet e ushtrimeve, për reduktimin e stresit, etj. ndihmojnë individin për të bërë ndryshime në stilin e jetesës, si dhe për të përmirësuar shëndetin.

Disa programe për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjes zhvillohen në njësitë e kujdesit shëndetësor, ndërsa disa të tjera veprojnë në mënyrë të pavarur. Shumë korporata, fondacione dhe qendra komunitare ofrojnë programe për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Qëllimi i këtyre aktiviteteve është përmirësimi i nivelit të mirëqënies së individit nëpërmjet shërbimit shëndetësor parandalues, mbrojtjes së mjedisit dhe edukimit shëndetësor.

Qëllimi i infermieres në këto aktivitete është të ndihmojë klientët drejt aktiviteteve adaptuese për të promovuar shëndetin dhe për të ulur rrezikshmërinë ndaj sëmundjeve. Këto aktivitete parandaluese të shëndetit dhe të promovimit të sëmundjeve janë të rëndësishme për klientët dhe ofruesit të kujdesit shëndetësor. Cilado lloj strategjie që përdoret në këto aktivitete aktive ose pasive ka si qëllim përmirësimin e nivelit të mirqenies.

Sistemet shëndetësore që kryesisht investojnë në shërbimet klinike terciare dhe kurative po bëhen të papërballueshme në shumë vende dhe promovimi i shëndetit është një mjet i rëndësishëm për të riorientuar investimet në mënyrë që sistemet shëndetësore të jenë jo vetëm më efektive, por edhe të qëndrueshme. Megjithatë, kjo nuk ka ndodhur plotësisht në shumicën e vendeve me të ardhura të larta dhe të mesme anëmbanë botës. Për shembull, nëse shikojmë përqindjen e buxhetit shëndetësor të alokuar për përpjekjet e shëndetit publik dhe parësor, zakonisht është <3–4% në shumë vende (IUHPE).

Shërbimi shëndetësor është një mjedis i përshtatshëm për promovimin e shëndetit, sepse ai ofron mjekëve mundësinë e integritit të promovimit shëndetësor në praktikën e tyre duke plotësuar kështu premtimin e hershëm për shërbim shëndetësor gjithëpërfshirës dhe që promovon shëndet. Kontakton ofruesit e kujdesit shëndetësor, dhe për shume grupe vulnerabël, siç janë njerëzit që vuajnë sëmundje afatgjata, me aftësi të kufizuara, grupet etnike, etj. Ky kontakt është frekuent dhe i zgjatur në kohë. Personelit shëndetësor i pëlqen niveli i lartë i besueshmërisë që ata kanë në popullatën e përgjithshme, si rrjedhojë ata kanë mundësi të ndikojnë në njohuritë, zakonet dhe sjelljet e tyre.

Pse kujdesi shëndetësor parësor është një mjedis kyç për promovimin shëndeti

Kujdesi shëndetësor parësor përbën nivelin e parë të kontaktit të individëve, familjes, komunitetit me sistemin shëndetësor, duke e sjellë atë sa më afër të jetë e mundur.

Kujdesi shëndetësor parësor është i rëndësishëm sepse: (Qirjako, G. Roshi, E. Byraseri, G)⁶⁴⁷

- Shumë njerëz kanë kontakte me personelin e shërbimit parësor
- 97% e popullsisë është e regjistruar te mjeku i familjes, ku rreth 70% e tyre kontaktojnë të paktën 1 herë në vit.
- Profesionistët që ushtrojnë promovimin shëndetësor në shërbimet e kujdesit parësor gëzojnë besueshmëri në publikun e gjerë.

Nga ana tjetër shërbimi parësor ka disa avantazhe:

- Akses më të mirë, sepse shërbimet sigurohen në komunitet.
- Përmirësim të komunikimit, sepse si përdoruesit e shërbimit ashtu dhe ofruesit e tij takohen më shpesh. Mjekët e familjes i shohin pacientët e tyre si në shtëpitë e tyre ashtu dhe në qendrat shëndetësore. Ata shohin të njëjtët njerëz dhe mund të kuptojnë se si është ecuria e shëndetit të tyre.
- Shërbimi shëndetësor parësor dhe parandalimi është më pak i kushtueshëm se sa ai spitalor.

Përgjegjësia për promovimin shëndetësor në shërbimin parësor

Në personelin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor përfshihen mjekët e familjes, dentistët, stafi i punësuar prej tyre si infermier, punonjës social dhe psikologët.

Kujdesi shëndetësor parësor siguron një mjedis të përshtatshëm ku promovimi zë vend si në nivelin parësor, dytësor dhe terciar. Parandalimi parësor është parandalimi i vërtetë ku përfshin programet e edukimit shëndetësor, imunizimet, aktivitetet e shëndetëshme fizike, edukimin seksual, martesat e shëndosha, si dhe kujdesin në zhvillimin e personalitetit.

Parandalimi dytësor konsiston në parandalimin e kronizimit të sëmundjeve dhe kthimin në gjendjen e mëparshme të shëndetit të tyre. Një pjesë e konsiderueshme e promovimit shëndetësor praktikohet nga infermierët e konsultorit të fëmijës dhe të gruas, mamitë, infermierët e njësive vendore. Gjatë punës së tyre të përditshme ato kanë shumë mundësi për promovim shëndetësor.

Parandalimi terciar përfshin ndërhyrje që drejtohen në parandalimin e komplikacioneve dhe rehabilitimin. Kujdesi në këtë nivel ndihmon pacientin për të arritur një nivel më të lartë funksionimi të organizmit.

Tema 15: Krijimi i partneriteteve shëndetësore

Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë çdo të thotë krijimi i partneriteteve shëndetësore, parimet e partneritetit, llojet e partneriteteve dhe objektivi. Gjithashtu do të kuptojnë se ç'janë përfitimet e të qenit pjesë e një partneriteti shëndetësor si dhe strategjinë e krijimit të partneriteteve në shëndetësi. Do të njihen me shembuj partneritetesh shëndetësore në botë. Do të njihen me partneritetet efektive spital-komunitet

Konceptet themelore

- Partneritetet shëndetësore
- Parimet e partneritetit
- Partneritetet efektive spital-komunitet

Partneritetet Shëndetësore (PSH) janë marrëdhënie afatgjata të institucionalizuara midis institucioneve shëndetësore, të cilat synojnë të përmirësojnë shërbimet dhe sistemet shëndetësore në komunitet përmes shkëmbimit reciprok të aftësive, njohurive dhe përvojës mes partnerëve. Partnerët bashkë-zhvillojnë programe që adresojnë prioritetet organizative dhe kombëtare. Partneritetet vetë janë përgjithësisht afatgjata dhe të qëndrueshme, ndërsa projektet që ata ofrojnë janë diskrete dhe të përshtatura për nevojat e identifikuara të sistemit shëndetësor. Qëllimi i të gjitha projekteve është ndikimi i qëndrueshëm dhe përfitimi reciprok.

Partneritetet Shëndetësore shpesh fillojnë përmes një lidhjeje informale ose personale midis individëve në dy institucione. Është procesi i zgjerimit të kësaj lidhje, vendosja për të punuar së bashku në një projekt dhe kuptimi i nevojës për të zyrtarizuar dhe institucionalizuar marrëdhënien që shënon fillimin e një PSH. Duke kërkuar të bëjë përmirësime të sistemit shëndetësor në fushat e identifikuara nga partnerët, PSH-të shpesh fokusojnë aktivitetet e tyre në projekte që mbështesin burimet njerëzore për zhvillimin e shëndetësisë dhe forcimin e sistemeve shëndetësore përmes aktiviteteve të tilla si zgjedhjet klinike dhe zhvillimi i politikave, si dhe zhvillimi i kapaciteteve dhe edukimi i punonjësve shëndetësorë.

Eksperiencat e vendeve të zhvilluara kanë treguar se PSH-të janë një model i zhvillimit të kapaciteteve që ofron një qasje efektive, të qëndrueshme dhe kosto-efektive për forcimin e kapaciteteve kombëtare, duke rezultuar gjithashtu në forcimin e fuqisë punëtore.

Nuk ka asnjë model të paracaktuar për një PSH, pasi secili prej tyre mund të ndryshojë pak nga tjetri. Një PSH e thjeshtë mund të jetë një marrëdhënie partner me partner, duke përfshirë vetëm dy institucione. Në disa raste, partneriteti mund të jetë më kompleks duke përfshirë një numër institucionesh.

Disa evidenca tregojnë se partneritetet e forta janë thelbësore për arritjen e objektivave të forcimit të sistemeve shëndetësore dhe rezultateve shëndetësore përfundimtare. Parimet e Partneritetit të organizuara nga THET (www.thet.org)⁶⁵⁵ janë 8 parime të krijuara për të ndihmuar PSH-të që

të përmirësojnë cilësinë dhe efektivitetin e tyre dhe të sigurojnë ndryshime domethënëse, afatgjata dhe të qëndrueshme.

Në këto parimet përfshihen:

1. *Strategjitë* - Partneritetet Strategjike Shëndetësore të cilat kanë një vizion të përbashkët, kanë synime afatgjata dhe plane të matshme për arritjen e tyre dhe punojnë brenda një kuadri të përbashkët të prioriteteve dhe drejtimeve.
2. *Harmonia dhe ndërlidhja* – Puna e Partneriteteve Shëndetësore është në përputhje me planet lokale dhe kombëtare dhe plotëson aktivitetet e partnerëve të tjerë zhvillues.
3. *Qëndrueshmëria dhe efektiviteti* – Partneritetet shëndetësore funksionojnë në një mënyrë që ofrojnë projekte me cilësi të lartë që përmbushin objektivat dhe arrijnë rezultatet afatgjata.
4. *Respekti dhe reciprociteti* – Partneritete Shëndetësore dëgjojnë njëri-tjetrin dhe planifikojnë, zbatojnë dhe përmirësohen së bashku.
5. *Organizimi*– Partneritetet Shëndetësore janë të mirëstrukturuara, të mirëmenaxhuara dhe efikase si dhe kanë procese vendimmarrjeje të qarta dhe transparente.
6. *Përgjegjësia* – Partneritetet Shëndetësore zhvillojnë aktivitetet e tyre me integritet si dhe kultivojnë besimin në ndërveprimet e tyre mes palëve të interesuara.
7. *Fleksibiliteti dhe inovacioni* – Partneritetet shëndetësore përshtaten në mënyrë proaktive, u përgjigjen rrethanave të ndryshuara si dhe përqafojnë ndryshimet e reja.
8. *Përkushtimi ndaj mësimi të përbashkët* – Partneritetet shëndetësore monitorojnë, vlerësojnë dhe reflektojnë mbi aktivitetet dhe rezultatet e tyre, artikulojnë leksionet e mësuara dhe shkëmbejnë njohuritë me të tjerët.

Përfitimet e të qenit pjesë e një partneriteti shëndetësor.

Mund të ketë një sërë përfitimesh si për institucionet ashtu edhe për individët e përfshirë në punën e PSH-së. Nëpërmjet shkëmbimit të aftësive klinike dhe njohurive, institucionet mund të fitojnë staf më të aftë dhe me njohuri, duke kontribuar në shërbime më cilësore, duke ofruar akses për më shumë njerëz dhe rrjedhimisht duke ndikuar pozitivisht në forcimin e vetë sistemit shëndetësor. Nëse një partneritet planifikohet dhe menaxhohet mirë, mund të sjellë ndryshime të rëndësishme për individët e përfshirë në partneritet, organizatat brenda të cilave ata punojnë, si dhe për pacientët që u shërbejnë. Shumë PSH raportojnë përfitime dhe përmirësime të rëndësishme në shërbime. Krijimi i një PSH mund të ofrojë mundësi personale, profesionale dhe drejtuese për stafin.

Çfarë roli mund të luajnë 'Partneritetet shëndetësore' në adresimin e pabarazive që ekzistojnë në disponueshmërinë e personelit shëndetësor të trajnuar globalisht?

Në ditët e sotme ekziston një rrjet i gjerë partneriteti midis institucioneve të ofrimit të kujdesit shëndetësor ose trajnimit në vendet me të ardhura të larta dhe homologëve të tyre me të ardhura

të ulëta ose të mesme. Këto bashkëpunime "peer-to-peer" bazohen në një mori qasjesh trajnimi për të ndërtuar kapacitetin dhe ekspertizën e fuqisë punëtore shëndetësore brenda një institucioni të caktuar dhe gjithashtu mund të zgjerohen në mbështetje më të integruar për sistemet shëndetësore, si strategjitë, standardet dhe protokollet kombëtare dhe institucionale shëndetësore. Kjo seri shqyrton konceptin e marrëdhënieve ndërkombëtare të binjakëzimit dhe kërkon të angazhohet në mënyrë kritike me përvojat e tyre; vlerësimi i zgjedhjeve, ndikimeve dhe marrëdhënieve që përcaktojnë suksesin e tyre, ose ndryshe, në forcimin e burimeve njerëzore për shëndetin, dhe përfundimisht përmirësimin e shërbimeve shëndetësore në nivel global.

Grupi Tropical Health & Education (THET), ka punuar me partneritete shëndetësore për 25 vjet dhe ka qenë në krye të përpjekjeve për të lehtësuar rritjen e kësaj qasjeje.

Strategjia në krijimin e partneriteteve në shëndetësi (MOH)⁶⁵⁶.

Strategjia është një platformë për partneritet dhe bashkëpunim në shëndetësi. Angazhimi i shoqërisë, publikut, komuniteteve dhe pacientëve do të mundësojë zbatimin e suksesshëm dhe të monitoruar të saj. Duke vendosur qytetarët në qendër të politikave, programeve e shërbimeve, strategjia shërben si bazë për fuqizimin e çdo individi, klienti e pacienti, të punonjësve të shëndetësisë dhe faktorëve të tjerë, brenda dhe jashtë sistemit, që garantojnë arritjen e rezultateve, qëndrueshmërisë dhe vazhdimësisë së strategjisë. Strategjia nxit dhe mundëson partneritetet në shëndetësi, nëpërmjet aktiviteteve specifike për realizimin e vizionit dhe objektivave të paracaktuara. Ministria e Shëndetësisë, si institucioni kryesor vendimmarrës, koordinon këto partneritete.

Partneriteti është një marrëveshje zyrtare e subjekteve ose individëve për të punuar së bashku. Partneriteti ndihmon në gjetjen e problemit dhe zgjidhjen e problemeve në komunitetet lokale. Pra, partneriteti mund të përkufizohet si një marrëveshje ku subjektet dhe individët bien dakord të punojnë së bashku për të arritur një qëllim të përbashkët. Partneriteti i suksesshëm dhe efektiv duhet të ketë gjithmonë disa nga karakteristikat kryesore. Duhet të ketë vizion dhe udhëheqje efektive dhe duhet të ketë vullnet të fortë për të mësuar dhe dëgjuar. Gjithashtu duhet të ketë burime të mjaftueshme për të pasur sukses. Karakteristika të tjera kryesore mund të jenë gjithashtu kapaciteti i zhvillimit, vlerësimi dhe rishikimi të strategjisë që duhet zbatuar për të punuar me sukses në partneritet.

Elementët kryesorë të nevojshëm për një partneritet të suksesshëm të kujdesit shëndetësor janë promovimi, parandalimi, kurimi, mbështetja dhe rehabilitimi. Çdo partneritet për të qenë një ndërveprim efektiv duhet të adresojë nevojat e pranueshme dhe të përshtatshme të banorëve. Në praktikën e zakonshme, partneriteti përfaqëson shkallën e integritetit nga e cila varet natyra dhe qëllimi i synuar nëpërmjet tij. Tiparet kryesore të një partneriteti janë (www.nursinganswers.net)⁶⁵⁷:

- 1) Komunikimi; -çdo subjekt i përfshirë duhet të jetë i informuar mirë për veprimin që do të ndërmerret.
- 2) Koordinimi; -partnerët mund të punojnë veçmas, por veprimet e njëri-tjetrit duhet të jenë gjithmonë të koordinuara.

3) Bashkëpunimi; -partnerët duhet të punojë në mënyrë kohezive së bashku.

4) Integrimi; - megjithëse janë partnerë, por duhet të punojnë së bashku si një agjensi. Ekzistojnë nivele të ndryshme të integrimit të partneritetit, kështu që partneriteti dhe vazhdimësia e tij ndryshojnë nga përdoruesi individual i shërbimit në nivelin qeveritar. Ai gjithashtu ndryshon nga niveli operacional në nivelin strategjik dhe nivelin politik. Sektori i kujdesit shëndetësor dhe social zbaton nivele të ndryshme integrimi në partneritet. Partneriteti dhe bashkëpunimi i tij ndikohen shumë nga politika. Politikat e fundit të qeverive për agjencitë e kujdesit shëndetësor dhe social të cilat i drejtojnë agjencitë që të punojnë së bashku në mënyrë më efektive në partneritet dhe në bashkëpunim, ndihmojnë agjencitë që të sjellin përfitime të konsiderueshme për shërbimet, përdoruesit dhe komunitetin e gjerë. Sipas politikave të kërkimit, sektorët e shëndetësisë dhe të kujdesit social duhet të punojnë në partneritet për të adresuar çështjet më të gjera të kujdesit shëndetësor dhe social si varfëria, punësimi, strehimi i varfër dhe mundësitë e pakta arsimore. Pra, agenda e përbashkët e partneritetit dhe e bashkëpunimit të tij në shëndetësi dhe kujdes social është "të menduarit e bashkuar "dhe "të bashkuar duke punuar" i drejtuar nga politika.

Një faktor shumë vendimtar dhe prioritet për qeverinë dhe politikën e saj është që organizatat e ndryshme të punojnë në partneritet për të arritur qëllimin e vendosur. Sa më shumë dhe në mënyrë efektive organizatat të punojë në partneritet, aq më i mirë është rezultati. Strehimi, arsimi, familja, kujdesi social dhe shëndetësia janë sektorët kryesorë në të cilët qeveria ka gjithmonë prioritet bashkëpunimin efektiv dhe të menduarit në partneritet.

Llojet e partneriteteve dhe objektivi:

- Partneritet ndërmjet dy autoriteteve publike.
- Partneritet ndërmjet autoriteteve publike dhe komuniteteve.
- Partneritet zhvillimor.
- Partneritetet e shoqatave ndërkombëtare.

Një partneritet zakonisht lidhet me shumë palë të përfshira kështu që është gjithmonë;

- Multidisiplinare;

-Multiprofesionale;

-Multisektoriale;

Multidisiplinar - një lloj partneriteti multidisiplinar përfshin entitete të ndryshme nga i njëjti sektor që punojnë në mënyrë të pavarur për të arritur një qëllim të përbashkët. Në rastin e sektorit të kujdesit shëndetësor dhe social, përfaqësues të shërbimeve shëndetësore dhe shërbimeve sociale punojnë së bashku me klientët dhe ky lloj partneriteti quhet partneritet multidisiplinar.

Multiprofesional - një partneritet tjetër i quajtur multiprofesional, në të cilin shumë profesionistë si infermierë, mjekë, farmacistë dhe jo vetëm etj. punojnë së bashku për të arritur disa qëllime të përbashkëta në sektorët e shëndetësisë dhe kujdesit shëndetësor.

Multisektorial - shumë organizata nga sektorë të ndryshëm të shoqërisë punojnë së bashku, por në mënyrë të pavarur. Për shembull; -një infermiere nga një OJF ndihmon njerëzit duke i ndërgjegjësuar mbi sjelljet e rrezikshme seksuale, sëmundjet seksualisht të transmetueshme etj.

Në të njëjtën mënyrë një punëtor nga sektori i strehimit i ndihmon të pastrehët të kuptojnë rrezikun e sëmundjeve që mund ti kanosen nga ky stil jetese si dhe i ndihmon ata në përputhje me rrethanat për të siguruar kushtet bazë të banesës.

Shembuj partneritetesh shëndetësore në botë.

Partneritetet midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe siguruesve, si dhe midis organizatave jofitimprurëse, organizatave në komunitet dhe organizatave të tjera - private dhe publike - janë gjithnjë e më të rëndësishme në një kohë ku burimet janë të kufizuara dhe nevojat gjithnjë e më në rritje. Në ditët e sotme, kur sistemi i kujdesit shëndetësor kalon përmes "ndryshimeve tektonike", paguesit dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor kanë mundësi të formojnë ekosistemin në të cilin veprojnë, në vend që thjesht të reagojnë ndaj tij. Kur partnerë të ndryshëm bashkohen për ta bërë kujdesin shëndetësor më të mirë dhe më të aksesueshëm, ata shpesh fokusohen në arritjen e një ose më shumë qëllimeve të përbashkëta. Më shpesh, këto synime përfshijnë uljen e kostove, përmirësimin e kujdesit dhe rritjen e shëndetit të përgjithshëm të popullsisë. Më poshtë pasqyrohet një shembull mbi mënyrën se si aktorë të ndryshëm po bashkojnë forcat për të përmbushur këto synime së bashku.

Punëdhënësit vendor të shërbimeve dhe punonjësit.

Në rajonin e Portland, punëdhënësit ofrojnë mbulim shëndetësor për pothuajse 1 milion banorë e megjithatë, punëdhënësit në këtë rajon vazhdojnë të përballen me kosto të larta lidhur me ofrimin e shërbimeve shëndetësore gjithëpërfshirëse për fuqinë e tyre punëtore. Duke punuar së bashku, ky grup partnerësh rajonalë ishin në gjendje të ofronin plane shërbimesh shëndetësore shumë konkurruese për të ndihmuar punëdhënësit në zonën e tyre që të marrin shërbim në një mënyrë kosto-efektive. Ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor po punojnë së bashku në mënyra të ndryshme për të thjeshtuar aftësinë e punëdhënësve për të ofruar përfitime shëndetësore për punonjësit e tyre. Për shembull, punëdhënësit pjesëmarrës në këto partnerite paguajnë një tarifë për shërbimet e kujdesit parësor të çdo punonjësi të tyre. Si rezultat, punonjësit e tyre janë në gjendje të kenë akses në kujdesin parësor pa paguar asnjë pagesë tjetër nga xhepi.

Duke e bërë të lehtë për punëdhënësit që të ofrojnë kujdes të përballueshëm dhe të përshtatshëm për punonjësit e tyre dhe vartësit e punonjësve, CommonSpirit dhe Everside synojnë të përmirësojnë aksesin, shëndetin dhe mirëqenien. Klinikat fokusohen në parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike, të cilat mund t'i ndihmojnë punëdhënësit të shmangin kostot më të larta të sëmundjeve të patrajuara ose të pa menaxhuara. "Për t'i mbajtur komunitetet tona më të shëndetshme, ne duhet të rrisim aksesin në modelet e kujdesit të fokusuar në parandalimin dhe aksesin e kujdesit parësor," është shprehur në një deklaratë Rich Roth, nënkryetar i lartë i inovacionit strategjik në CommonSpirit.

Rifokusimi në vlerë.

Përveç uljes së kostove, partneritetet e kujdesit shëndetësor mund të përmirësojnë gjithashtu rezultatet e kujdesit shëndetësor. Dhe në Maryland, këtë synojnë të bëjnë CareFirst dhe MedStar Health. Këto dy kompani sigurimesh bashkuan forcat në vitin 2020 për të krijuar një partneritet të kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera. Qëllimet e tyre ishin të përmirësonin përballueshmërinë, aksesin, cilësinë dhe përvojën e pacientëve në komunitetet e tyre. Në vend që të fokusoheshin

në një qasje tradicionale të pagesës bazuar në volumin e shërbimeve që marrin pacientët, partneriteti fokusohet në rezultatet pozitive të pacientit, me theks në kujdesin parandalues. Gjatë shtatë viteve të ardhshme, CareFirst dhe MedStar projektojnë ulje të kostos me 400 milionë dollarë. Një ekip menaxhimi me drejtues nga të dyja organizatat do ta udhëheqë partneritetin në objektivat e tij të kursimit të kostos, siç janë përmirësimi i përvojës së pacientit, rritja e koordinimit të kujdesit shëndetësor dhe integrimi i përmirësuar i teknologjisë.

Arritja e komuniteteve të pashërbyera.

Pandemia e koronavirusit zbuloi pabarazi të përhapura shëndetësore në të gjithë popullsinë tonë, dhe gjithnjë e më shumë, partneritetet e kujdesit shëndetësor u fokusuan në zhdukjen e këtyre pabarazive dhe ofrimin e kujdesit më të mirë, të barabartë për të gjithë. Një shembull i një partneriteti shëndetësor me fokus komunitet e pashërbyera është në Detroit, ku përfaqësues nga Universiteti Shtetëror i Miçiganit dhe Sistemi Shëndetësor Henry Ford nënshkruan një marrëveshje për të punuar së bashku me qëllim përmirësimin e aksesit të pacientëve ndaj kujdesit shëndetësor, uljen e kostos financiare për kujdes shëndetësor dhe zvogëlimin e pabarazive në rezultatet shëndetësore. Nëpërmjet këtij partneriteti, të dy organizatat synojnë të kryejnë kërkime në përpjekje për të përmirësuar kujdesin ndaj pacientëve dhe për të arritur shëndet më të mirë në popullatën e Detroitit. Si sistemi shëndetësor ashtu edhe universiteti janë angazhuar në kërkime të përbashkëta të fokusuara në pabarazitë shëndetësore, përcaktuesit socialë të shëndetit, kujdesin parësor dhe tema të tjera të rëndësishme.

Partneritetet efektive spital-komunitet (www.hpoe.org)⁶⁵⁸.

Partneritetet efektive dhe të qëndrueshme spital-komunitet janë thelbësore për ndërtimin e një kulture të shëndetit. Të ndërtosh një kulturë shëndetësore do të thotë të krijosh një shoqëri që u jep të gjithë individëve mundësi të barabarta për të jetuar një jetë sa më të shëndetshme, pavarësisht nga etnia, raca, kushtet socio-ekonomike, gjeografike ose fizike. Për të kuptuar shumëllojshmërinë e mënyrave që shërbimet e kujdesit shëndetësor dhe komunitetet mund të zhvillohen dhe të krijojnë partneritete, Grupi i Kërkimit dhe Edukimit Shëndetësor (HRET), me mbështetjen e Robert Fondacioni Wood Johnson (RWJF), kreu 50 intervista me përfaqësues të spitalit, sistemin shëndetësor parësor si dhe udhëheqës të komunitetit nga 25 komunitete të ndryshme. Këto intervista hodhën dritë mbi praktikat më të mira në identifikimin e nevojave shëndetësore të komunitetit, partnerëve të mundshëm dhe strukturave më të qëndrueshme, si dhe për dhënien e disa rekomandimeve me qëllim tejkalimin e pengesave, sfidave si dhe vlerësimin më të mirë të partneriteteve.

Disa partneritete zhvillohen në mënyrë organike, ndërsa disa të tjera kanë nevojë për faktorë të jashtëm që të shërbejnë si katalizatorë psh fillimi i procesit të vlerësimit të nevojave të shëndetit të komunitetit, politikat e reja, modelet e pagesave apo probleme të reja shëndetësore në komunitet të cilat shpesh shërbejnë për të bashkuar organizatat ose për të rigjallëruar partneritetet afatgjatë. Me formimin e partneriteteve të reja, ekziston nevoja për rritje të strukturës dhe operacioneve efektive për partneritetet. Për ndërtimin e një partneriteti efektiv është e rëndësishme të përcaktohen qëllimet bazuar në nevojat shëndetësore të komunitetit. Kur partnerët bashkohen për të identifikuar nevojat prioritare shëndetësore të komunitetit, synimet dhe objektivat e partneritetit duhet të dakordësohen dhe të kuptohen nga të gjithë partnerët. Më

pas mund të zhvillohen strukturat më të përshtatshme të qeverisjes dhe organizimit, ku të gjithë partnerët të kuptojnë rolin e tyre të veçantë në qasjen bashkëpunuese për adresimin e nevojave shëndetësore të komunitetit të tyre.

Qeverisja e përbashkët mund të marrë formën e komiteteve drejtuese, bordeve këshillimore, ndërmarrjeve të përbashkëta, koalicioneve apo dhe një shumëllojshmëri strukturash më informale. Me një strukturë organizative dhe qëllime, objektiva dhe role të identifikuar, këto partneritete mund të zhvillojnë në mënyrë efektive të bazuara në dëshmi ndërhyrjet e tyre.

Krijimi i partneriteteve efektive brenda komuniteteve përfshin gjithashtu vlerësimin e ndërhyrjeve dhe nga vetë partneriteti. Partneritete të suksesshme, vlerësojnë efektivitetin e ndërhyrjeve të tyre duke përdorur metrikën e procesit dhe rezultatit. Organizata të ndryshme në komunitet kanë filluar të vlerësojnë efektivitetin e partneriteteve të tyre nëpërmjet sondazheve dhe burimeve të tilla si vlerësimet e anëtarëve të koalicionit.

Partneritetet të tilla përballen me disa pengesa dhe sfida të përbashkëta, duke përfshirë financimin e kufizuar, mungesën e strukturës, kulturat e ndryshme organizative, mbledhjen e të dhënave dhe ruajtjen e tyre, burimet e kufizuara operacionale dhe nevojën për udhëheqje. Tejkalmi i këtyre barrierave dhe sfidave është i nevojshëm për të pasur një ndikim pozitiv mbi efektivitetin dhe qëndrueshmërinë e ndërhyrjeve. Përdorimi i një procesi sistematik për krijimin e partneriteteve efektive do të sigurojë që të gjitha funksionet dhe operacionet për partnerët të identifikohen dhe të vendosen. Këto funksione përfshijnë strukturën, komunikimin, përfaqësimin, financimin dhe aktivitete të tjera të partneritetit.

Organizatat e kujdesit shëndetësor që punojnë për të krijuar partneritete shëndetësore në komunitet me qëllim rritjen e barazisë shëndetësore dhe adresimin e përcaktuesve socialë të shëndetit, duhet të sigurohen se janë në të njëjtën linjë mendimi dhe veprimi me ato me të cilët bashkëpunojnë. Ndërtimi i partneriteteve shëndetësore në komunitet, është thelbësor për arrijtjen e barazisë shëndetësore. “Qëllimi i përmirësimit të shëndetit dhe barazisë shëndetësore brenda komuniteteve është më shumë sesa çdo organizatë, institucion apo komunitet mund të arrijë i vetëm”, shkruhet në një sërë raportesh botërore.

Vendosja e qëllimeve organizative.

Përpara fillimit të një ndërhyrjeje në komunitet, strukturat e shërbimeve shëndetësore dhe partnerët e tyre në komunitet duhet të kuptojnë se çfarë idesh ka çdo palë e interesuar, qëllimin, zgjedhjen e një popullate të fokusuar dhe matjen e rezultateve përfundimtare. Që partneritetet të kenë sukses afatgjatë, stafi duhet ta shohë bashkëpunimin si një prioritet strategjik. Një mënyrë e rëndësishme për ta sinjalizuar këtë është nisja e bisedave me liderhipin ekzekutiv dhe atë të bordit. Kjo siguron që llogaridhënia fillon në krye dhe vazhdon në të gjithë organizatën – duke krijuar themelin për një llogaridhënie të përbashkët.

Rregullimi i Nevojave, Prioriteteve të strukturave shëndetësore dhe të komunitetit.

Për krijimin e një partneriteti të suksesshëm është e rëndësishme ti kushtohet vëmendje asaj që komuniteti në të vërtetë dëshiron ose ka nevojë përpara se të vazhdohet me një strategji përcaktuese sociale. Partnerët nuk duhet thjesht të supozojnë se cilat janë nevojat e një komuniteti, por të vendosen në një mënyrë bashkëpunuese për të bashkë-dizenuar dhe zhvilluar

zgjidhjet e mundshme. Strukturat e partneritetit spital-komunitet mund të variojnë nga jozyrtare/të lidhura lirshëm si një task forcë e ekspertëve ndërsektorialë për t'u fokusuar në një çështje të vetme afatshkurtër deri te marrëveshjet më të formalizuara, siç është krijimi i një organizate.

Bashkëkoordinimi i përgjegjësive operationale.

Partneriteti nënkupton më shumë sesa thjesht të biesh dakord për një mision por të punuarit së bashku, në aspektin logjistik. Në partneritet duhet të vendosen role dhe përgjegjësi të përcaktuara në mënyrë operative, duke përfshirë partnerët aktualë dhe të ardhshëm. Formalizimi i një procesi përmes një karte ose memorandumit mirëkuptimi mund të jetë i dobishëm për partnerët që të kuptojnë përgjegjësitë e tyre dhe të tjerëve në një përpjekje kolektive. Për më tepër, është e rëndësishme të bien dakord me mekanizmat e para-krijuar për zgjidhjen e mosmarrëveshjeve ose dallimeve të opinioneve. Nuk ka "përgjigje të duhur" për mënyrën e zgjidhjes së mosmarrëveshjeve. Në vend të kësaj, konsensusi është më i rëndësishëm se procesi.

Lejimi i inovacionit të ardhmës së programit.

Një program shëndetësor i bazuar në komunitet ka të ngjarë të mos ketë sukses në përpjekjen e parë, duke lindur nevoja për përsëritjen dhe inovacionin. Duke përdorur inovacionin dhe të menduarit e bazuar në fakte, organizatat mund të punojnë për t'iu përshtatur nevojave aktuale të komunitetit. Pa një lidhje jetike me komunitetet që u shërbejnë, spitalet dhe sistemet shëndetësore mund të jenë jashtë kontaktit me pacientët të cilëve u shërbejnë dhe kjo mund të çojë në prioritete të gabuara dhe rezultate të këqija shëndetësore. Në fund të fundit, njësitë e kujdesit shëndetësor mund ta gjejnë veten në partneritet me partnerë jo-tradicionale, të cilët mund të jenë më të përditësuar për të arritur pacientët e tyre.

Matja e suksesit të partneritetit të bazuar në komunitet.

Matja e suksesit të programit realizohet nëpërmjet një sërë treguesish të përbashkët: përmirësimin e cilësisë së shërbimit, përmirësimin e kënaqësisë së pacientit, reagimet pozitive nga partnerët shëndetësorë në komunitet dhe përmirësimin e perceptuar të shëndetit në komunitet. Matjet e normave të suksesit të partneriteteve shëndetësore mund të pasqyrojnë ndikime afatshkurtra dhe afatgjata, të cilat mbështesin rezultate më të mëdha shëndetësore të komunitetit në të ardhmen.

Tema 16: Pabarazitë shëndetësore në popullatat në nevojë

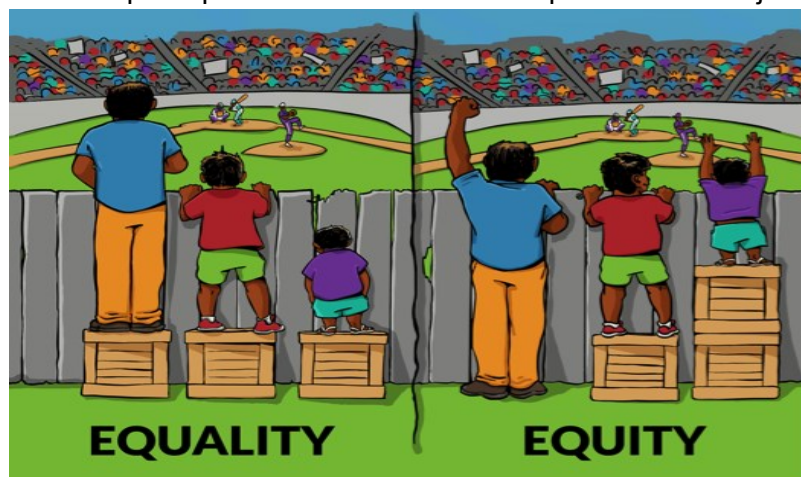
Objektivi

Studentët duhet të kuptojnë ç'janë pabarazitë në shëndet. Do të arrijnë të bëjnë diferencën midis termave “*inequality*” dhe “*inequity*”. Gjithashtu do të kuptojnë se çfarë janë pabarazitë shëndetësore. Studentet do të kuptojnë se cilat janë shkaqet e pabarazive shëndetësore, pabarazitë shëndetësore të grupeve sociale si dhe pse është e rëndësishme të trajtohen pabarazitë shëndetësore. Do të arrijnë të kuptojnë se si mund të maten ndryshimet në gjendjen shëndetësore.

Konceptet themelore

- Pabarazitë në shëndet
- Shkaqet e pabarazive shëndetësore
- Pabarazitë shëndetësore të grupeve sociale
- Indikatorët e ndryshimeve të gjendjes shëndetësore

Për të kuptuar pabarazitë në shëndet më parë do saktësojmë termat barazi dhe barazitizëm.



"Equity" ndonjëherë përdoret në mënyrë të ndërsjellë me termin përkatës "barazi". Në përgjithësi, barazia konsiderohet se ekziston kur të gjithë individëve dhe grupeve të njerëzve u jepet trajtim i barabartë, pavarësisht nga nevoja ose rezultati. Ndërsa një qasje e barabartë fokusohet në rezultate më të barabarta, duke pranuar se grupet e pafavorizuara mund të kenë nevojë për më shumë mbështetje ose burime për të arritur të njëjtat rezultate shëndetësore si grupet më të përparuara.

Psh në figurën e demonstruar termi “equality” do të thotë që ne i kemi trajtuar në mënyrë të barabartë individët duke i dhënë mundësi atyre të shohin lojën pas gardhit, por kjo nuk mjafton sepse ne nuk kemi patur parasysh nevojat e tyre, ne i kemi trajtuar si të barabartë, kur në fakt nuk janë.

Në figurën ngjitur “equity” ne i kemi vlerësuar sipas nevojave dhe ky është barazitizëm. Ne i japim mundësinë të gjithëve sipas nevojave të tyre.

Brenda Ligjit për të Drejtat e Njeriut, përdorimi i termit "pabarazi" përfshin konceptin themelor të drejtësisë sociale dhe përgjigjen proporcionale ndaj nevojës, si në konceptin që mbështet pabarazitë (WHO)⁶⁵⁹

Ne përshkruajmë dimensionet përgjatë të cilave pabarazitë shëndetësore identifikohen duke përfshirë të gjithë popullsinë globale, midis vendeve ose shteteve, dhe brenda gjeografive, sipas grupimeve të rëndësishme shoqërore si raca / etnia, gjinia, arsimi, statusi, të ardhurat, profesioni dhe më shumë (Mariana C. Arcaya & al)⁶⁶⁰. Teori të ndryshme përpiqen të shpjegojnë dallimet në nivel grupi në shëndet, duke përfshirë shpjegimet psikosociale, materiale, sjelljet shëndetësore, mjedisore dhe shpjegimet e përzgjedhjes.

Ne reflektojmë se cilat kushte i bëjnë të padrejta pabarazitë shëndetësore dhe për të marrë në konsideratë politikat që kanë prioritet në eliminimin e pabarazive shëndetësore kundrejt atyre që fokusohen në rritjen e standardit të përgjithshëm të shëndetit në një popullatë (Skalická V & al)⁶⁶¹. Politikëbërësit, studiuesit dhe praktikuesit e shëndetit publik kanë kërkuar prej kohësh jo vetëm të përmirësojnë shëndetin e përgjithshëm të popullsisë, por gjithashtu të reduktojnë ose eliminojnë dallimet në shëndet të bazuar në gjeografinë, racën/etnicitetin, statusin socio-ekonomik dhe faktorë të tjerë socialë.

Çfarë janë pabarazitë shëndetësore?

Ne do preferojmë të përdorim termat nga anglishtja për të bërë diferencën e : "inequity" që i referohet dallimeve të padrejta, të shmangshme që rrjedhin nga qeverisja e dobët, korrupsioni ose përjashtimi kulturor, ndërsa "inequality" thjesht i referohet shpërndarjes së pabarabartë të burimeve shëndetësore si rezultat i gjenetikës ose faktorë të tjerë ose mungesa e burimeve (globalhealtheurope.org)⁶⁶²

Termi pabarazi shëndetësore përgjithësisht i referohet ndryshimeve në shëndetin e individëve ose grupeve (Kawachi I & al)⁶⁶³. Çdo aspekt i matshëm i shëndetit që ndryshon nga individët ose sipas grupimeve të rëndësishme shoqërore mund të quhet pabarazi shëndetësore.

Në përgjithësi, dallimet e grupeve sociale në shëndet, të tilla si ato të bazuara në racë ose fe, konsiderohen pabarazi shëndetësore sepse ato pasqyrojnë një shpërndarje të padrejtë të rreziqeve dhe burimeve shëndetësore (Kawachi I & al)⁶⁶⁴. Dallimi kryesor midis *inequality* and *inequity* është se i pari është thjesht një përshkrim dimensional i përdorur sa herë që sasitë janë të pabarabarta, ndërsa i dyti kërkon kalimin e një gjykimi moral që pabarazia është e gabuar.

Termi "*inequality*" mund të përshkruajë pabarazitë racore/etnike në normat e vdekshmërisë foshnjore, të cilat janë më të larta për etnitë kundrejt të bardhëve, dhe termi "*inequity*"

faktin që njerëzit në të 20-at gëzojnë shëndet më të mirë se ata 60 vjeçarë (Kawachi I & al)⁶⁶⁴. Nga këta dy shembuj, vetëm ndryshimi në vdekshmërinë foshnjore do të konsiderohej gjithashtu një pabarazi shëndetësore. Dallimet shëndetësore midis atyre në të 20-at kundrejt të 60-ave mund të konsiderohen si inequalities , por jo *inequity*. Dallimet shëndetësore në bazë të moshës

janë kryesisht të pashmangshme dhe është e vështirë të argumentohet se dallimet shëndetësore midis të rinjve dhe të moshuarve janë të padrejta, pasi të moshuarit dikur ishin më të rinj dhe të rinjtë një ditë do të plaken.

Megjithatë për ne me rëndësi është pabarazia për shkak të dallimeve raciale, statusit social ekonomik, nivelit të edukimit dhe vendbanimit, statusit dhe paaftësisë fizike, prandaj do vazhdojmë të përdorim thjesht termin pabarazi.

Pabarazitë shëndetësore bien ndesh me parimet e drejtësisë sociale, sepse ato janë të shmangshme. Ato nuk ndodhin rastësisht. Ato përcaktohen shoqërisht nga rrethana kryesisht jashtë kontrollit të një individi. Këto rrethana i dëmtojnë njerëzit dhe kufizojnë mundësinë e tyre për të jetuar jetë më të gjatë dhe më të shëndetshme.

Ekzistenca e pabarazive shëndetësore do të thotë se e drejta e secilit për standardet më të larta të arritshme të shëndetit fizik dhe mendor nuk po gëzohet në mënyrë të barabartë në të gjithë popullsinë (McCartney G, Collins C, Mackenzie M.)⁶⁶⁵

Shkaqet e pabarazive shëndetësore

Shkaqet themelore të pabarazive shëndetësore janë shpërndarja e pabarabartë e të ardhurave, pushtetit dhe pasurisë. Kjo mund të çojë në varfëri dhe marginalizim të individëve dhe grupeve. Këto shkaqe themelore ndikojnë gjithashtu në shpërndarjen e ndikimeve më të gjera mjedisore në shëndet, siç është disponueshmëria në:

- Punë
- Arsim
- Strehim me cilësi të mirë.

Ato gjithashtu mund të ndikojnë në aksesin ndaj shërbimeve dhe mundësive sociale dhe kulturore në një zonë dhe në shoqëri.

Mjedisi më i gjerë në të cilin njerëzit jetojnë dhe punojnë më pas formëson përvojat e tyre individuale si:

- Të ardhura të pakta
- Strehim të dobët
- Diskriminim
- Akses në shërbimet shëndetësore.

Ky mjedis më pas formëson përvojat individuale në të gjithë popullatën dhe çon në pabarazi në rezultatet shëndetësore.

Pabarazitë shëndetësore të grupeve sociale: grupet përcaktuese

Pabarazitë shëndetësore për shkak të dallimeve racore, etnike dhe socio-ekonomike vërehen si në vendet me të ardhura të ulëta ashtu edhe në ato të larta dhe mund të zgjerohen, duke nënvizuar rëndësinë e studimit të dallimeve shëndetësore në nivel grupi (www.healthscotland.scot)⁶⁶⁶.

Të kuptuarit e pabarazive shëndetësore të modeluara nga shoqëria kërkon ndërtimin e grupeve kuptimplote të individëve. Çdo shoqëri ka mënyrat e veta unike të shtresëzimit dhe ndarjes së njerëzve në grupe shoqërore. Në Australi, dallimi midis australianëve të bardhë dhe njerëzve aborigjenë është domethënës, ndërsa në Indi, kasta është e rëndësishme. Raca/etnia është një

dallim veçanërisht domethënës në Shtetet e Bashkuara, ndërsa niveli i shkollimit të arritur kontribuon në ndarjet sociale në Mbretërinë e Bashkuar (Mariana C. Arcaya & al)⁶⁶⁷.

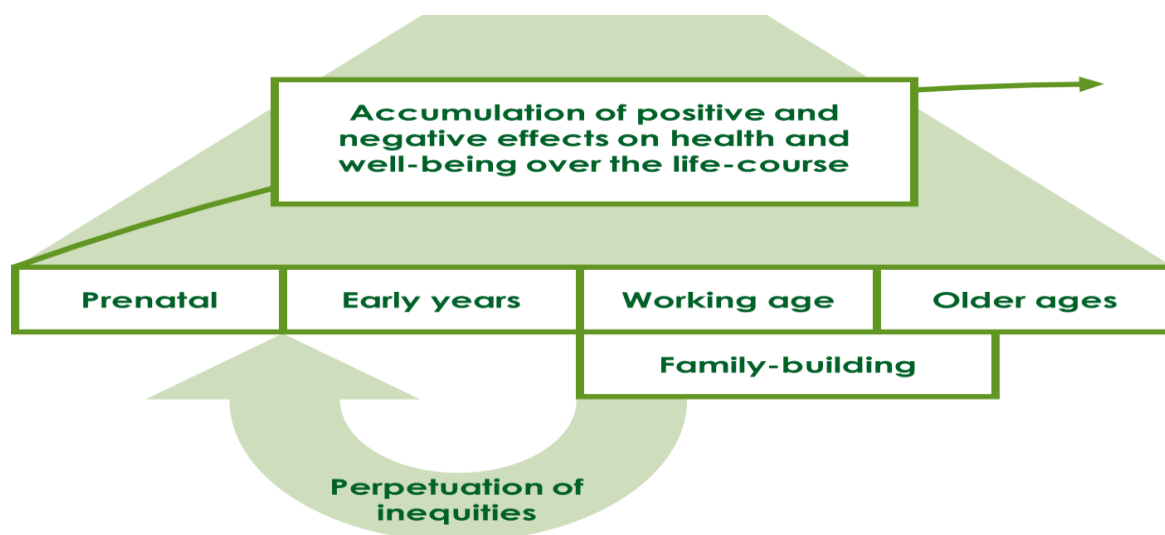
Konsideratat gjithnjë e më komplekse, duke përfshirë, për shembull, mënyrën se si raca dhe etnia përcaktohen, diferencohen dhe konceptohen, shtojnë sfidën e krahasimit kuptimplotë të grupeve shoqërore. Megjithatë, është e rëndësishme të kihet parasysh se ndërtimi në grup do të nxisë interpretimin e të dhënave të pabarazisë shëndetësore (Braveman P, Krieger N, Lynch J.)⁶⁶⁸. Pabarazitë shëndetësore janë 'dallimet sistematike në shëndet mes grupeve sociale' që janë të shmangshme dhe të padrejta.

Sa më i lartë të jetë statusi socio-ekonomik i një personi, aq më të shëndetshëm ka të ngjarë të jetë. Të ardhurat ose niveli arsimor zakonisht përcakton statusin socio-ekonomik.

Statusi socio-ekonomik i një personi në krahasim me të tjerët që jetojnë në të njëjtin vend pasqyron gjasat e tyre relative për:

- tu sëmurur më shpejt
- të qenit mbipeshë ose obez
- të vdesë para kohe.

Pabarazitë në shëndet akumulohen gjatë gjithë jetës (UCL Institute of Health Equity)⁶⁶⁹



Burimi: Organizata Botërore e Shëndetësisë. Rishikimi i përcaktuesve socialë dhe ndarja shëndetësore në Rajonin Evropian të OBSH-së: raporti përfundimtar WHO, 2013

Ky slide ilustron se kushtet sociale shkaktojnë ndikime kumulative në shëndet me kalimin e kohës dhe brezave, duke reflektuar shpesh çekuilibër të thellë. Provat e forta tregojnë se shumë gjendje të shëndetit mendor dhe fizik shfaqen në jetën e mëvonshme, por e kanë origjinën në fillimet e jetës.

Pabarazitë shëndetësore prekin të gjithë. Këtë e dëshmon 'gradienti social' ose 'gradienti socio-ekonomik në shëndetësi'. Termi gradient social përshkruan fenomenin që për çdo shkallë poshtë shkallës socio-ekonomike ka një rënie përkatëse të gjendjes shëndetësore. Me fjalë të tjera, sa më i madh të jetë niveli i disavantazhit, aq më e keqe është gjendja shëndetësore dhe aq më e shkurtër jetëgjatësia e individëve. Ky korrelacion është i dukshëm në të gjitha shoqëritë.

Pse është e rëndësishme të trajtohen pabarazitë shëndetësore? (www.health-inequalities.eu)⁶⁷⁰

Për individët

Pabarazitë në shëndetësi pasqyrojnë se si një numri të madh njerëzish po u mohohen burimet për shëndetin dhe jetëgjatësia. Shëndeti i lejon njerëzit të marrin pjesë në aktivitete sociale dhe ekonomike. Është çelësi për mirëqenien, lumturinë dhe kënaqësinë e një personi. Njerëzit të cilët janë mirë fizikisht, mendërisht dhe socialisht kanë më shumë gjasa të performojnë më mirë akademikisht dhe në fuqinë punëtore. Ata gjithashtu kanë më shumë gjasa të shmangin varfërinë.

Për shoqëritë

Pabarazitë shëndetësore minojnë gjithashtu mirëqenien shoqërore. Për shembull, nivelet e larta të pabarazive shëndetësore vendosin një kërkesë më të madhe për sistemet e kujdesit shëndetësor dhe fusha të tjera të shpenzimeve publike. Studiuesit kanë zbuluar se pabarazia redukton kohezionin social, gjë që çon në më shumë stres, frikë dhe pasiguri për të gjithë. Në të kundërt, popullatat më kohezive shoqërore dhe të arsimuara ka të ngjarë të kenë shkallë më të ulët të krimit dhe çrregullimeve civile dhe fuqi punëtore më të kualifikuar. Nivelet e pabarazive shëndetësore shërbejnë si një tregues i mirë nëse ekonomitë po arrijnë të gjenerojnë mirëqenie. Ato tregojnë nëse ekonomia po kontribuon në atë që të gjithë qytetarët vazhdimisht tregojnë se vlerësojnë më shumë – shëndetin e tyre.

Faktorët kompleksë dhe të ndërlidhur shkaktojnë pabarazi shëndetësore dhe gradient social. Ato rrjedhin në thelb nga faktorë socio-politikë që çojnë në dallime në shpërndarjen e pushtetit, parave dhe burimeve midis grupeve të ndryshme të popullsisë dhe klasave shoqërore. Këto, nga ana tjetër, rezultojnë në dallimet në burimet mjedisore dhe individuale. Këto burime janë, për shembull, cilësia dhe disponueshmëria e punësimit, strehimit, transportit, aksesit në shërbime dhe burimet sociale dhe kulturore. Burime të tilla siç dhe i kemi përmendur në leksionet e mëparshme quhen edhe si përcaktues të shëndetit, sepse ato ndikojnë në mundësitë për shëndet të mirë dhe në mënyrën se si njerëzit mendojnë, ndjejnë dhe veprojnë (ëëë.health-inequalities.eu)⁶⁷⁰.

Këta faktorë ndikojnë nëse individët kanë kapacitetin, mundësinë ose motivimin që, për shembull, të hanë mirë ose të kenë aktivitet fizik të mjaftueshëm. Ata gjithashtu përcaktojnë nëse një person ka qasje në trajtim dhe kujdes cilësor kur shfaqet sëmundja, dhe aftësinë për të përfutur nga kjo.

OBSH ka identifikuar pesë kushte që kontribuojnë në pabarazitë shëndetësore në shëndetin e vetë-raportuar, shëndetin mendor dhe kënaqësinë nga jeta. Raporti i Statusit të Barazisë

Shëndetësore të OBSH-së tregon se 90% e pabarazive shëndetësore mund të shpjegohen nga këta 5 faktorë (www.health-inequalities.eu)⁶⁷⁰:

- Cilësia e kujdesit shëndetësor.
- Pasiguria financiare.
- Banesa dhe ambient lagje me cilësi të dobët.
- Përrjashtimi social.
- Mungesa e punës së denjë dhe kushtet e këqija të punës.

Vitet e fundit është bërë gjithashtu e qartë se si nivelet e pabarazive shëndetësore lidhen me modelet e prodhimit dhe konsumit, veçanërisht në ekonomitë shumë të industrializuara si ato në BE. Destabilizimi i mjedisit ka pasoja të rënda për shëndetin dhe mirëqenien. Efektet e degradimit të mjedisit dhe ndryshimeve klimatike do të ndikojnë përfundimisht në shëndetin dhe cilësinë e jetës së secilit. Megjithatë, ato kanë një efekt disproporcional tek ata që tashmë janë më të prekshëm (www.health-inequalities.eu)⁶⁷⁰.

Si mund të maten ndryshimet në gjendjen shëndetësore?

Ne matim ndryshimet në gjendjen shëndetësore duke patur si indikatorë (www.healthadministrationdegree.usc.edu)⁶⁷¹:

- Vdekshmëria
- Jetëgjatësia
- Barra e sëmundjes
- Shëndeti mendor
- Siguracioni shëndetësor dhe i jetës
- Mungesa e aksesit në kujdes

- Vdekshmëria

Hendeku në shkallën e vdekshmërisë midis fëmijëve dhe të rriturve të etnive dhe komuniteteve me popullatën tjetër. Psh Instituti Kombëtar i Kancerit thekson pabarazitë në vdekshmëri bazuar në sfondin arsimor: Individët më pak të arsimuar nga çdo racë kanë më shumë gjasa të vdesin nga kanceri kolorektal para moshës 65 vjeç. Gjithashtu niveli i vdekshmërisë foshnjore është më i lartë në vendet e varfra dhe në zonat rurale sesa në ato urbane.

- Jetëgjatësia

Shekulli i 20-të filloi me një ndryshim të jetëgjatësisë prej 14 vjetësh midis amerikanëve të zinj dhe të bardhë. Hendeku u ul falë aksesit të përmirësuar në kujdesin shëndetësor dhe statusit ekonomik. Vendet me nivel ekonomik të lartë kanë dhe jetëgjatësinë më të madhe.

Pandemia e COVID-19 e ka ndalur progresin. Jetëgjatësia mesatare është ulur me një vit për të gjithë. Megjithatë, për popullsinë zezake dhe latine, reduktimi është katër herë më i lartë se mesatarja, sipas hulumtimit të botuar në Proceedings of the National Academy of Sciences.

-Barra e sëmundjes

Shkaqet e pabarazive në sëmundje, të tilla si astma dhe diabeti, përfshijnë pabarazitë sistematike bazuar në racën ose përkatësinë etnike. Për shembull, popullatat që jetojnë në banesa me lagështirë dhe të paizoluara kanë më shumë gjasa të kenë astmë sesa banorët e tjerë. Banorët që jetojnë afër zonave industriale, kanë shkallën më të lartë të prevalencës së sëmundjes së SPOK krahasuar me komunitetet e tjera.

Në një shembull tjetër të pabarazive shëndetësore, indianët amerikanë/vendasit e Alaskës kanë normat më të larta të diabetit të diagnostikuar, sipas Qendrave për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC). Vendndodhja luan gjithashtu një faktor: Sipas Institutit Kombëtar të Kancerit, rajonet rurale të Appalachian shohin shkallë më të lartë të kancerit kolorektal, mushkërive dhe qafës së mitrës sesa pjesët e tjera të SHBA-së.

Edhe banorët që jetojnë afër zonave industriale kanë më shumë gjasa të prekën nga lloje të kancerit si ai i mushkërive, i melçisë,

- Shëndeti mendor

Pabarazitë e shëndetit mendor ekzistojnë midis gjinive: 24.5% e grave janë diagnostikuar me sëmundje mendore kundrejt 16.3% e burrave, sipas studimeve të zhvilluara.

Shkaqet e pabarazive në të rinjtë që janë përfshirë në drejtësinë për të mitur përfshijnë ekspozimin ndaj traumave të fëmijërisë dhe çështjet e pazgjidhura të sjelljeve shëndetësore.

Fëmijët e neglizhuar apo të abuzuar dhe që nuk janë trajtuar kanë gjasa të vuajnë më pas nga sëmundje të shëndetit mendor.

- Të qënurit të pasiguruar

Shkalla e njerëzve të pasiguruar ishte edhe më e lartë midis njerëzve me nivel edukimi të ulët. Vendndodhja gjeografike e atyre që janë më të prekur nga pabarazia e sigurimeve shëndetësore është një faktor tjetër. Gjithashtu dhe etnitë janë komunitete të pasiguruara.

-Mungesa e aksesit në kujdes

Individët nga grupe të caktuara racore dhe etnike, njerëzit që vijnë nga prejardhje me të ardhura të ulëta dhe individët që jetojnë në zona rurale shpesh përballen me pengesa për të aksesuar kujdesin shëndetësor. Për shembull, zonat e thella rurale me të ardhura të ulëta kanë mundësi të pakta për të patur shërbime komplekse shëndetësore, më pak ofrues të shëndetit mendor dhe më pak mjekë të specializuar se pjesa tjetër. Telemjekësia mund të përmirësojë aksesin në kujdesin shëndetësor, por normat e abonimit në internet në rajon janë më të ulëta se në pjesën tjetër të vendit.

Zgjidhje të mundshme për pabarazitë shëndetësore

(www.healthadministrationdegree.usc.edu)⁶⁷¹

Drejtuesit e kujdesit shëndetësor dhe profesionistët e shëndetit mund të ndihmojnë barazinë shëndetësore duke punuar për të përmirësuar aksesin në kujdes dhe për të ulur tarifat për të pasiguruarit, ose për ti hequr fare siç është vepruar me shërbimin shëndetësor që është falas dhe

për të pasiguruarit. Për më tepër, institucionet e kujdesit mund të zbatojnë përpjekjet e komunitetit dhe programet e menaxhimit të sëmundjeve kronike për të avancuar njohuritë shëndetësore në popullatat e marginalizuara. Më poshtë janë zgjidhje të tjera të mundshme.

- Rritja e ndërgjegjësimit midis ofruesve të kujdesit shëndetësor

Rritja e ndërgjegjësimit përmes edukimit mund të ndihmojë në adresimin e barazisë shëndetësore. Përmirësimi i koordinimit të burimeve mund të ndihmojë gjithashtu popullatat më të dëmtuara nga pabarazitë shëndetësore. Për shembull, organizatat që punojnë në fushën e shëndetit mund të ndihmojnë në reduktimin e pabarazive shëndetësore etnike duke ofruar trajnime për kompetenca kulturore për ofruesit e kujdesit shëndetësor.

- Rritja e edukimit shëndetësor në komunitetet e marginalizuara

Organizatat e kujdesit shëndetësor mund të luajnë një rol kryesor në rritjen e arsimimit shëndetësor të grupeve të prekura duke zgjeruar programin e edukimit. Për ndikim optimal, organizatat e kujdesit shëndetësor duhet të identifikojnë grupet me rrezik më të lartë dhe në përputhje me rrethanat të synojnë programet arsimore dhe mbështetëse, sipas nevojave që ato kanë.

- Avancimi i barazisë shëndetësore

Pabarazitë sociale, racore dhe ekonomike shkaktojnë shumë shembuj të pabarazive shëndetësore. Ofruesit e kujdesit shëndetësor mund të angazhohen me politikëbërësit, duke nxitur veprime për të ndihmuar komunitetet e ndikuar në këta faktorë. Për shembull, ata mund të përdorin të dhëna të pabarazisë shëndetësore dhe njohuri klinike të bazuara në prova për të rekomanduar zgjerimin e mbulimit shëndetësor për individët me akses të kufizuar në kujdesin shëndetësor. Psh nga të dhënat e mbledhura për komunitetin rom u vu re se gratë rom kishin nivelin e përdorimit të kontraktivëve modernë të ulët sepse në qendrën tyre shëndetësore nuk kishte shërbim për kontracepsionin. Në këto kushte me politikëbërësit lokalë dhe me institucionin hapim shërbimin e planifikimit familjar në këtë rajon.

- Sigurimi i më shumë burimeve

Grupet racore dhe etnike kanë më pak gjasa të kenë akses të duhur në burimet shëndetësore dhe zakonisht janë të nënpërfaqësuar në personelin e kujdesit shëndetësor. Në mënyrë të ngjashme, komunitetet rurale dhe me të ardhura të ulëta zakonisht kanë më pak profesionistë të kujdesit shëndetësor për frymë sesa zonat urbane dhe me të ardhura të larta.

Këto komunitete ndajnë një problem të përbashkët: pak ose aspak zgjedhje në lidhje me ku të kërkojnë kujdes. Forcimi dhe mbështetja e burimeve të kujdesit shëndetësor mund të ndihmojë ofruesit t'u shërbejnë më mirë njerëzve në këto zona në rrezik.

- Partneritet me Organizata

Institucionet e kujdesit shëndetësor mund të bashkëpunojnë me agjencitë, organizatat, koalicionet, bordet dhe këshillat që punojnë në iniciativa për të adresuar shkaqet rrënjësore të pabarazive shëndetësore. Për shembull, Shoqata Mjekësore Amerikane (AMA) punon për të

diversifikuar fuqinë punëtore të mjekëve për të pasqyruar prejardhjen racore dhe etnike të komuniteteve. AMA financon gjithashtu programe për edukimin e shëndetit publik.

- Ndjekja e Rezultateve

Monitorimi dhe dokumentimi i efektivitetit të një programi dhe ndikimit shëndetësor u mundëson organizatave të kujdesit shëndetësor të përcaktojnë se çfarë po funksionon dhe të gjejnë mundësi për të përmirësuar rezultatet shëndetësore për të gjithë.

- Përgatitja për të adresuar çështjet e barazisë shëndetësore

Çdo ditë, administratorët shëndetësorë përballen me shembuj të shumtë në botën reale të pabarazive shëndetësore, të rritura së fundmi nga pandemia COVID-19. Zgjerimi i njohurive dhe aftësive të tyre mund t'i ndihmojë ata të gjejnë zgjidhje për të përfituar komunitetet e pashërbyera për një afat të gjatë(si psh vaksinimi).

Referenca

- Arroll, B. Beaglehole, R. "Does physical activity lower blood pressure: A critical review of the clinical trials." *Journal of Clinical Epidemiology* 1992.
- Carlo Fabian. "Community action for health promotion and prevention." *International Journal of Integrated Care* 2014.
- Elisabeth VG Jansson & Per E, Tillgren. "Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Sëedish municipalities." *BMC Public Health* 2010.
- Li, Y & al. "Saturated Fat as Compared With Unsaturated Fats and Sources of Carbohydrates in Relation to Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Cohort Study." *J Am Coll Cardiol.* doi: 10.1016/j.jacc.2015.07.055 2016.
- Pommier, J & al. "Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods." *BMC Public Health* doi: 10.1186/1471-2458-10-43 2010.
- Porter, R. "Wonders and the order of nature." *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 1999.
- Qirjako, G. Roshi, E. Byrazeri, G. *Promocioni Shëndetësor, 2010.* 2010.
- Sarajini M. D. R. Monteiro & al. "Physical activity and nutrition intervention for mothers of young children: Process evaluation." *Health* 2014.
- A M Sanigorski & al. "Reducing unhealthy weight gain in children through community capacity-building: results of a quasi-experimental intervention program, Be Active Eat Well." *International Journal of Obesity* DOI: 10.1038/ijo.2008.79 2008.
- ACOG. "Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period." *American College of Obstetric Gynecology* 2020.
- activelivingbydesign.org. "Active Living By Design, "A New Public Health Paradigm: Promoting Health Through Community Design," ." n.d.
<http://www.activelivingbydesign.org/index.php?id=16>.
- activelivingresearch.org. *Active transportation: making the link from transportation to physical activity and obesity [Internet]* San Diego, CA: Active Living Research; 2009. 2009.
- Aditya J Ullal & al. "Hypertrophic Cardiomyopathy as a Cause of Sudden Cardiac Death in the Young: A Meta-Analysis." *American J Medicine* 2016.
- Adler. M., & Ziglio, E. *Gazing into the oracle: the delphi method and its application to social policy and community health and development.* 1996.
- Adrian Bauman. "A Look At Public Health Interventions." 2018.
<https://www.health.nsw.gov.au/research/Pages/transcript-evaluation.aspx>.
- Altomare R & al. "The mediterranean diet: A history of health." *Iran. J. Public Health* 2013.

- Amy J. Schulz & al. "Effectiveness of a walking group intervention to promote physical activity and cardiovascular health in predominantly non-Hispanic Black and Hispanic urban neighborhoods: Findings from the Walk Your Heart to Health Intervention." *Health Education & Behavior* doi: 10.1177/1090198114560015 n.d.
- Andersen L B & al. "All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work." *Archives of Internal Medicine* 2000.
- Anderson A & Cox D . " Five a day - challenges and achievements. ." *Nutrition and Food Science* 2000.
- Anderson AS, & al. "Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: impact on attitudes towards dietary change. ." *British Journal of Nutrition* 1998.
- Ann Tinker. " "The Top Seven Healthcare Outcome Measures and Three Measurement Essentials." n.d. ." 2018. <https://www.healthcatalyst.com/authors/ann-tinker/>. .
- . "The Top Seven Healthcare Outcome Measures and Three Measurement Essentials." n.d. <https://www.healthcatalyst.com/authors/ann-tinker/>.
- . "The Top Seven Healthcare Outcome Measures and Three Measurement Essentials." 2018. <https://www.healthcatalyst.com/insights/top-7-healthcare-outcome-measures/>.
- Artal R. " The role of exercise in reducing the risks of gestational diabetes mellitus in obese women ." *Clinical Obstet Gynaecol* 2015.
- Aune D.& al. "Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: Systematic review and Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. ." *BMJ* doi: 10.1136/bmj.i2716. 2016.
- Avery, L & al. "Changing physical activity behavior in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of behavioral interventions ." *Diabetes Care* 2012.
- Axel F. Sigurdsson. "Promoting Healthy Eating in Adults: An Evaluation of Pleasure-Oriented versus Health-Oriented Messages." *Current Developments in Nutrition* 2020.
- . "The Health Benefits and Risks of Physical Activity, Exercise, and Fitness." 2020. <https://www.docsoption.com/health-benefits-risks-physical-activity-exercise-fitness>.
- Bach-Faig A & al. "Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates." *Public Health Nutr.* doi: 10.1017/S136 2011.
- Barakat R ,& al. "Exercise throughout pregnancy does not cause preterm delivery: a randomized, controlled trial ." *Journal of Physical Activity and Health* 2014.
- Barbara Strasser. "Resistance training in the treatment of the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of the effect of resistance training on metabolic clustering in patients with abnormal glucose metabolism." *Sports Medicine* 2010.
- Barr-Anderson DJ, & al . "Parental report vs. child perception of familial support: which is more associated with child physical activity and television use?" *Journal Phys Act Health*, vol. 7 2010.

- Barry A. Franklin & al. "Exercise-Related Acute Cardiovascular Events and Potential Deleterious Adaptations Following Long-Term Exercise Training: Placing the Risks Into Perspective—An Update: A Scientific Statement From the American Heart Association." *Circulation* 2020.
- Basch, C & al. "Avoiding type III errors in health education program evaluation: a case study. ." *Health Education Quarterly* 1985.
- Benisi-Kohansal S.& al. "Whole-grain intake and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. Adv." *Advance in Nutrition*. doi: 10.3945/an.115.011635. 2016.
- Berkman LF. "The role of social relations in health promotion. ." *Psychosomatic Medicine* 1995.
- Bezner JR. "Promoting Health and Wellness: Implications for Physical Therapist Practice." *Physical Therapy* 2016.
- Blackburn H. "Research and demonstration projects in community cardiovascular disease prevention. ." *J Public Health Policy*. 1983.
- Bock C, Jarczok MN, Litaker D. "Community-based efforts to promote physical activity: A systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. ." *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2014.
- Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. "Lack of exercise is a major cause of chronic diseases." *Comprehensive Physiology DOI: 10.1002/cphy.c110025* 2012.
- Bovell, V. "The economic benefits of health promotion in the workplace." 212-219, pp. *Health Promotion*. 1996. pp 212-219.
- Braveman P, Krieger N, Lynch J. "Health inequalities and social inequalities in health." *Bull World Health Organ* 2000.
- Brigid M Lynch & al. "Physical activity and breast cancer prevention." *National Library of Medicine* 2011.
- Broën DR, Heath GW, Martin SL,. *Promoting physical activity: a guide for community action*. . 2010.
- Brownson RC & al. "Preventing cardiovascular disease through community-based risk reduction: the Bootheel Heart Health Project. ." *Am. J. Public Health* 1996.
- C Mac Evily,C Kelly. "Mood and food." *Nutrition bulletin doi.org/10.1046/j.1467-3010.2001.00168.x* 2002.
- C Nishida & R Uauy. "WHO Scientific Update on health consequences of trans fatty acids: introduction." *Eur J Clin Nutrition DOI: 10.1038/ejcn.2009.13* 2009.
- Challi Jira & al. *Health Planning and menagement; USAID, Ethiopia Ministry of Health*. 2004.
- Chanudda Nabkasorn & al. "Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms." *European J Public Health* 2006.

- Cheadle A, & al. "Evaluating community-based nutrition programs: comparing grocery store and individual-level survey measures of program impact. ." *Preventive Medicine Journal* 1995.
- Child S, Kaczynski AT, Moore S. "Meeting physical activity guidelines: The role of personal networks among residents of low-income communities.." *American Journal of Preventive Medicine* 2017.
- Christopher J.L. Murray¹ & Julio Frenk. *A framework for assessing the performance*; WHO. 2000.
- Cleland CL, & al. "The effectiveness of physical activity interventions in socio-economically disadvantaged communities: A systematic review. ." *Preventive Medicine* 2012.
- Cox DN, & al. "Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: impact on consumer choice and nutrient intakes. ." *British Journal of Nutrition* 1998.
- Cox RH, & al. . "Impact of a cancer intervention on diet-related cardiovascular disease risks of white and African-American EFNEP clients. ." *Journal of Nutrition Education* 1996.
- Daniel L. McGee. "Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies." *ELSEVIER Annals of Epidemiology* 2005.
- Daniele Di Mascio & al. "Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." *Am J Obstet Gynecol* 2016.
- David B Jacoby, R M Youngson. *Encyclopedia of family health 3rd ed.* 2005.
- De Irala-Estevéz J, et al. "A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables." *European Journal of Clinical Nutrition* 2000.
- de Vries, H & al. " The utilization of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation, and evaluation: a spiral approach. ." *Health Education Quarterly.* 1992.
- Deborah J. Bowen. Shirley A. A. Beresford. "Dietary Interventions to Prevent Disease." *Annual Review of Public Health* 2002.
- Devine CM, & al. " Sandwiching it in: spillover of work onto food choices and family roles in low- and moderate-income urban households." *Social Science and Medicine* 2003.
- Dibsdall LA, et al. . "Low-income consumers' attitudes and behaviour towards access, availability and motivation to eat fruit and vegetables. ." *Public Health Nutrition* 2003.
- Donkin AJ, et al. "Mapping access to food in a deprived area: the development of price and availability indices. ." *Public Health Nutrition* 2000.
- Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. " Sources and types of social support in youth physical activity,." *Health Psychol* 2005.

- Dunstan, D.W., et al. "Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)." *Circulation* 2010.
- E.Roshi, G.Burazeri . *Epidemiologjia* . Tiranë,, 2008.
- E.Roshi, G.Burazeri. *Epidemiologjia* . 2008.
- Edzard Ernst. "Exercise for Female Osteoporosis." *PubMed* 2012.
- Elder JP, & al. " Community heart health programs: components, rationale, and strategies for effective interventions. ." *J Public Health Policy*. 1993.
- Eloi Marijon & al. "Sports-related sudden death in the general population." *Circulation* 2011.
- Erica Wimbush & Graham Robertson. "Developing effective policy and practice for health promotion in Scotland." *Global Health Promotion* (2007).
- Esposito K. & al. "A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: A systematic review with meta-analyses." *BMJ Open* 2015.
- Estruch R. & al. "Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts." *New England Journal of Medicine (NEJM)* doi: 10.1056/NEJMoa1800389 2018.
- Fabian,C & al. "Promotion de la santé et prevention dans les communes.Guide pratique pour une planification efficace." (2010).
- familydoctor.org. "Preventing Malnutrition in Older Adults." 2010.
<https://familydoctor.org/preventing-malnutrition-in-older-adults/>.
- Faugier J, & al. "Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 2." *Nursing Standard* 2001.
- Fernandez, Maria E.& al. "Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples." *Front Public Health*. 2019.
- Feunekes GIJ, et al. "Food choice and fat intake of adolescents and adults: associations of intakes within social networks. ." *Preventive Medicine* 1998.
- Foerster SB & al. "California's "5 a day—for better health!" campaign: an innovative population-based effort to effect large-scale dietary change. ." *Am. J. Prev. Med.* 1995.
- Fogg BJ. " A behavior model for persuasive design ." *Psychology, Computer Science* 2009.
- Fotu KF, & al. "Process evaluation of a community-based adolescent obesity prevention project in Tonga." *BMC public health* 2011.
- Fraga C.G. & al. "The effects of polyphenols and other bioactives on human health. ." *Food Function*. doi: 10.1039/C8FO01997E. 2019.
- G Behrens , M F Leitzmann. "The association between physical activity and renal cancer: systematic review and meta-analysis." *British Journal of Cancer* 2013.
- G Peersman, A Harden, and S Oliver. *Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a review*. 1998.

- Gamm L, Castillo G, Williams L. " Education and community-based programs in rural areas." *Rural Healthy People Volume 3* (2010).
- Gatenby S. "Healthy eating: consumer attitudes, beliefs and behaviour. ." *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 1996.
- Gibney MJ . "European consumers' attitudes and beliefs about safe and nutritious foods: concepts, barriers and benefits. ." *International Food Conference: 'Thinking beyond tomorrow' held in Dublin June '04.* 2004.
- Glanz K, & al. "Psychosocial correlates of healthful diets among male auto workers." *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1998.
- Glickman, Dan & al. *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation.* DOI: 10.17226/13275, 2012.
- globalhealtheurope.org. "Inequity and Inequality in Health." 2009.
<https://globalhealtheurope.org/values/inequity-and-inequality-in-health/>.
- Grafenauer S.J & al. "Baseline dietary patterns are a significant consideration in correcting dietary exposure for weight loss. ." *Eur J Clin Nutr.* 2013.
- Greene, J. "Qualitative program evaluation: practice and promise. In Handbook of Qualitative Research, ." *Sage Publications* 1994.
- Gvozdyev BV & al . "Patient-reported outcome scores underestimate the impact of major complications in patients undergoing spine surgery for degenerative conditions." *Journal of Neurosurgery: : Spine.* 2017.
- H. Frumkin. "Health, Equity, and the Built Environment." *Environmental Health Perspectives* 2005.
- H.R.J. Van Kernebeek & al. "The effect of nutritional quality on comparing environmental impacts of human diets." *Journal of Cleaner Production* 2014.
- Hallal PC & al. "Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. ." *Lancet; 380: 247-257* (2012).
- Hampl JS, Heaton CL & Taylor CA . "Snacking patterns influence energy and nutrient intakes but not body mass index. ." *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2003.
- Hanson S, Jones A. " Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis." *British Journal of Sports Medicine* 2015.
- Haskell, W.L., et al. " Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association." *Med Sci Sports Exerc* 2007: 1423-1434.
- Heath GW, & al. "The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: a systematic review." *Journal of Physical Activity and Health* 2006.
- Hefford, Ch & al. "Outcome measurement in clinical practice:practical and theoretical issues for health related quality of life (HRQOL) questionnaires." *Physical Therapy Reviews* 2011.

- Hellas Cena & Philip C. Calder. "Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease." *Nutrients* doi: 10.3390/nu12020334 2020.
- Hmëe H Kyu & al. "Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *BMJ* 2016.
- Hu, F.B., et al. "Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. ." *JAMA* 2003: 1785-1791.
- Hyska, J & al . "Assessing nutritional status and nutrition-related knowledge, attitudes and practices of Albanian schoolchildren to support school food and nutrition policies and programmes." *ELSEVIER* 2020.
- Inoue, S., et al. "Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines." *J Epidemiology* 2012.
- IUHPE. "The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe." 2000.
- J I Hooper. "The family receiving home care: functional health pattern assessment doi: 10.1016/s1084-628x(96)90041-6." *Home care provide* 1996.
- Jackson RJ, Kochtitzky C. *Creating a healthy environment: The impact of the built environment on public health*,. 2002.
- Jackson RJ, Kochtitzky C. " Creating a healthy environment: The impact of the built environment on public health,," 2002. <http://www.sprawlwatch.org>.
- Jane South . "Health promotion by communities and in communities:." *Scandinavian Journal of Public Health* 2014.
- Jia-Yang Sun & al. "Physical activity and risk of lung cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies." *Asian Pac J Cancer Prev* 2012.
- Joseph Michael Northey & al. "Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review ãith meta-analysis." *British Journal of Sports Medicine* 2018.
- Judy Paisley & al. "Dietary change: what are the responses and roles of significant others?" *J Nutr Educ Behav* DOI: 10.1016/j.jneb.2007.04.374 2008.
- K. Morland, & al. "The Contextual Effect of the Local Food Environment on Residents' Diets: The Atherosclerosis Risk in Communities Study." *American Journal of Public Health* 2002.
- Karen B. DeSalvo & al. "Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century." *Preventing Chronic Disease and NAM Perspectives* 2017 <http://dx.doi.org/10.5888/pcd14.170017>external icon.

- Kassavou A, Turner A, French DP. "Do interventions to promote walking in groups increase physical activity? A meta-analysis. ." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* DOI: 10.1186/1479-5868-10-18 2013.
- Kaëachi I & al. " A glossary for health inequalities." *J Epidemiol Community Health* 2002.
- Kearney M, & al. . "Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. ." *European Journal of Clinical Nutrition* 1997.
- Keith Tones, Yvonne Keeley Robinson, Sylvia Tilford. *Health Education: Effectiveness and efficiency*. 1990.
- Kenneth RF. "The influence of physical activity in mental well-being." *Public Health Nutrition* 1999.
- Kiernan M & al. " Social support for healthy behaviors: Scale psychometrics and prediction of weight loss among women in a behavioral program. ." *Obesity*. DOI: 10.1038/oby.2011.293 2012.
- King AC, & al. "Increasing exercise among blue-collar employees: the tailoring of worksite programs to meet specific needs. ." *Prev Med*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/0091> 1988.
- Kozica SL, & al. "Developing Comprehensive Health Promotion Evaluations: A Methodological Review." *MOJ Public Health* 2015.
- L.K. Brennan Ramirez & al., "Indicators of Activity-Friendly Communities: An Evidence-Based Consensus Process ." *American Journal of Preventive Medicine* 2006.
- L.K. Brennan Ramirez & al. "Indicators of Activity-Friendly Communities: An Evidence-Based Consensus Process." *Am J Prev Med* 2006.
- L.M Poëll & al. "The Relationship Between Community Physical Activity Settings and Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status." *Evidence-Based Preventive Medicine* 2004.
- L.M. Besser & al. "Walking to Public Transit: Steps to Help Meet Physical Activity Recommendations." *American Journal of Preventive Medicine* 2005.
- Lassen A, & al. "Successful strategies to increase the consumption of fruits and vegetables: results from the Danish '6 a day' Worksite-Canteen Model Study. ." *Public Health Nutrition* 2004.
- Laërence A Lavery & al. "Predictive value of foot pressure assessment as part of a population-based diabetes disease management program." *Diabetes Care* DOI: 10.2337/diacare.26.4.1069 2003.
- Lee Hooper & al. "Effects of total fat intake on body weight." *Cochrane Database Syst Rev* DOI: 10.1002/14651858.CD011834 2015.
- Li B., Li F., Wang L., Zhang D. " Fruit and vegetables consumption and risk of hypertension: A meta-analysis." *J. Clin. Hypertens (Greenwich)* doi: 10.1111/jch.12777 2016.
- Liang Chen & al. "Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis." *Metabolism : clinical and experimental* 2014.

- Linda C. Tapsell. "Dietary behaviour changes to improve nutritional quality and health outcomes." *Chronic Dis Transl Med*. doi: 10.1016/j.cdtm.2017.06.005 2017.
- Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO. " Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour." *Social Sci Medical* 2001.
- Loughrey D.G. & al. " The impact of the Mediterranean diet on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review and meta-analysis ." *Adv. Nutr* 2017.
- M Alexandra Kredlow & al. "The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review." *J Behavioral Medicine* 2015.
- M H M De Moor & al. "Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study." *Preventive Medicine* 2006.
- M Sharma, S Deepak. "A participatory evaluation of community-based rehabilitation programme in North Central Vietnam." *Disabil Rehabil DOI: 10.1080/09638280010005576* 2001.
- M.R. King & al. "Pedestrian Safety Through a Raised Median and Redesigned Intersections,." *Transportation Research Record* 2003.
- Manaf H. "Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals." *Singapore Med Journal* 2013.
- Mariana C. Arcaya & al. "Inequalities in health: definitions, concepts, and theories." *Glob Health Action* doi: 10.3402/gha.v8.27106 2015.
- Martin Burtcher. "Risk and Protective Factors for Sudden Cardiac Death During Leisure Activities in the Mountains: An Update." *Heart Lung Circulation* 2017.
- Mary Louise O'Connor-Fleming & al. "A framework for evaluating health promotion programs." *Health Promot J Austr DOI: 10.1071/he06061* 2006.
- . "A framework for evaluating health promotion programs." *Health Promot J Austr DOI: 10.1071/he06061* 2006.
- Mattheë Gray & J. Rob Bray . "EVALUATION AND LEARNING FROM FAILURE AND SUCCESS." *Independent Review of the Australian Public Service* 2019.
- Mattheë P Herring & al. "The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review." *Archives of Internal Medicine* 2010.
- McCann, B. S., & Bovbjerg, V. E. "Promoting dietary change." *American Psychological Association*. 2009.
- McCartney G, Collins C, Mackenzie M. . "What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? ." *Health Policy*. 2013.
- McMahon, A. T. & al. "What do the terms wellness and wellbeing mean in dietary practice: an exploratory qualitative study examining women's perceptions." *J Hum Nutr Diet. doi.org/10.1111/jhn.12165* 2013.

- McRorie J.Ë., Jr., McKeown N.M. "Understanding the physics of functional fibers in the gastrointestinal tract: An evidence-based approach to resolving enduring misconceptions about insoluble and soluble fiber. ." *J. Acad. Nutr. Diet.* doi: 10.1016/j.jand.2016.09.021 2017.
- Medina-Remon A & al. "Total polyphenol excretion and blood pressure in subjects at high cardiovascular risk." *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* doi: 10.1016/j.numecd.2009.10.019 2011.
- Medina-Remon A.& al. " Effects of total dietary polyphenols on plasma nitric oxide and blood pressure in a high cardiovascular risk coho." *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* doi: 10.1016/j.numecd.2014.09.001. 2015.
- Meghan Finch & al. "Effectiveness of centre-based childcare interventions in increasing child physical activity: A systematic review and meta-analysis for policymakers and practitioners." *Obesity Reviews* 2016.
- Melinda L Irwin & al. "Effect of exercise on total and intra-abdominal body fat in postmenopausal women: a randomized controlled trial." *JAMA* 2003.
- Michael V Maciosek & al. "Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic revieë and analysis ." *Am J Prev Med* doi: 10.1016/j.amepre.2006.03.012. 2006.
- Michelle Crozier Kegler & al. "Factors That Contribute to Effective Community Health Promotion Coalitions: A Study of 10 Project ASSIST Coalitions in North Carolina." *Health education & behavior* doi.org/10.1177/109019819802500308 1998.
- Miller ER & al. "Results of the diet, exercise, and weight loss intervention trial (DEW-IT) ." *Hypertension* DOI: 10.1161/01.hyp.0000037217.96002.8e 2002.
- Min Lee & al. "Impact of physical inactivity on the world's major non-communicable diseases." *Lancet* DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9 2012.
- Minkler, M. "Ethical challenges for the "outside" researcher in community-based participatory research." *Health Educ Behav* DOI: 10.1177/1090198104269566 2004.
- Mittelmark MB,& al. " Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs and the prevention of cardiovascular diseases. ." *J Public Health Policy* 1993.
- MOH. "PLANI I VEPRIMIT TË PROMOCIONIT SHËNDETËSOR 2017-2021." 2017. http://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2017/05/PLANI-VEPRIMIT-PROM-SHEND_2017-2021.pdf.
- . "STRATEGJIA KOMBËTARE E SHËNDETËSISË." 2017. https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repositor_y/albania/draft_strategy_albania_2016-2020.pdf.
- Mozaffarian D. "Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. ." *Circulation*. 2016.

- my.clevelandclinic.org. "The Psychology of Eating." n.d.
<https://my.clevelandclinic.org/health/articles/10681-the-psychology-of-eating> .
- Noblet, A. J., & Rodwell, J. J. "Workplace health promotion." *APA PsycNET* (2010).
- Nola J. Pender & al . *Health Promotion in Nursing Practice Sixth Edition 2014 ISBN 13: 978-1-292-02782-1*. 2014.
- Ockene, K, J & al . "Integrating Evidence-Based Clinical and Community Strategies to Improve Health." *American Journal of Preventive Medicine* 32(3):244-52 2007.
- Oliver G, Eardle J . "Perceived effects of stress on food choice. ." *Physiology & Behavior* 1999).
- Osler M, Jespersen NB. . " The effect of a community-based cardiovascular disease prevention project in a Danish municipality. ." *Danish medical bulletin* 1993.
- Paisley L, & al. . "Consumer perceptions of dietary changes for reducing fat intake. ." *Nutrition Research* 1995.
- Patrick J. Skerrett, & Walter C. Willett. "Essentials of Healthy Eating: A Guide." *J Midwifery Womens Health* doi: 10.1016/j.jmwh.2010.06.019 2010.
- Patterson RE, & al. . "Components of the working well trial intervention associated with adoption of healthful diets." *American Journal of Preventive Medicine* 1997.
- Paul D Loprinzi, Christy J Kane. "Exercise and cognitive function: a randomized controlled trial examining acute exercise and free-living physical activity and sedentary effects." *PubMed* 2015.
- Perrin, E, Koshel J. " Assessment of performance measures for community health and development, substance abuse, and mental health. ." *National Academy Press*. 1997.
- Phillip Tuso. "Strategies to Increase Physical Activity." *The Permanent Journal* doi: 10.7812/TPP/14-242 2015.
- Pistollato F & al. "Nutritional patterns associated with the maintenance of neurocognitive functions and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A focus on human studies." *Pharmacology Research* doi: 10.1016/j.phrs.2018.03.012 2018.
- Plotnikoff RC & al. "Social cognitive theories used to explain physical activity behavior in adolescents: a systematic review and meta-analysis." *Prev Med* 2013.
- Polly RYAN. "Integrated Theory of Health Behavior Change." *Clin Nurse Spec*. doi: 10.1097/NUR.0b013e3181a42373 2009.
- Potvin, L ; Cargo, M; McComber, A; Delormier, T. "Implementing participatory intervention and research in communities: Lessons from the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project in Canada." *Social Science [?] Medicine* 56(6) 2003.
- R J Northcote, & al. "Sudden death and vigorous exercise--a study of 60 deaths associated with squash." *British Heart Journal* 1989.
- R.C. Brownson & al. "Environmental and Policy Determinants of Physical Activity in the United States." *American Journal of Public Health* 2001.

- Rebecca K S Wong & al. "What do patients living with advanced cancer and their carers want to know? - a needs assessment." *Support Care Cancer* 2002.
- Reshmy Jayaraman & al. "Risk Factors of Sudden Cardiac Death in the Young: Multiple-Year Community-Wide Assessment." *Circulation* 2018.
- Rhona Hogg & al. "Parenting support for families with young children - a public health, user-focused study undertaken in a semi-rural area of Scotland." *Journal of Clinical Nursing* DOI: 10.1111/jocn.12185 2013.
- Rideout K, Kosatsky T, Lee KK. "What role for environmental public health practitioners in promoting healthy built environments? ." *Can J Public Health* 2015.
- Robert James Campbell. "Change Management in Health Care The Health Care Manager Volume 27, Number 1, ." 2008. 23–39.
- Robert Wood Johnson Foundation. "Community Design for Healthy Eating: How Land Use and Transportation Solutions Can Help,." n.d.
<http://www.rwjf.org/files/publications/other/communitydesignhealthyeating.pdf>.
- . "Physical (In)Activity Among Low-Income Children and Youth,." n.d.
<http://www.theafterschoolproject.org/uploads/Physical-inActivity-Report.pdf>.
- Rosato V & al. "Mediterranean diet and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of observational studies. ." *European Journal of Nutrition* doi: 10.1007/s00394-017-1582-0. 2019.
- Rufaro Chatora, Prosper Tumusiime. *PLANNING AND IMPLEMENTATION OF DISTRICT HEALTH SERVICES, WHO* . 2004.
- Sallis JF, & al. "An ecological approach to creating active living communities. ." *Annu Rev Public Health* DOI: <http://dx.doi.org/10.1146> 2006.
- Sanjiv Kumar and GS Preetha. "Health Promotion: An Effective Tool for Global Health." *Indian J Community Med.* doi: 10.4103/0970-0218.94009 2012.
- Saunders RP & al,. "Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a hoë to guide." *Health Promot Pract* 2005.
- Save the children. "Manual praktik për prindët/ kujdestarët e fëmijëve të moshës shkollore 6-15 vjeç." 2020. https://shkollatpershendetin.al/ep-content/uploads/2020/12/NJE-MAUAL-PRAKTIK-PER-PRINDERIT-KUJDESTARET-E-FEMIJEVE-TE-MOSHES-SHKOLLORE-6-15-VJEC.pdf?_ga=2.205055632.1027147644.1641836234-127314672.1641836233&_gl=1*g7e1tb*_ga*MTI3MzE0NjcyLjE2NDE4MzYyMzM.*_g.
- Schellenberg, S E & al. "Lifestyle interventions for patients with and at risk for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis." *Annals Internal of Medicine* 2013.
- Schwingshackl L. & al. "Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: An updated systematic review and meta-analysis." *Nutrition* doi: 10.3390/nu9101063. 2017.

- Scott A Lear & al. "The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study." *Lancet* 2017.
- Shadish, W., Cook, T., Leviton, L. "Foundations of program evaluation. Newbury Park, CA: ." *Sage Publications* 1991.
- Sheri R. Colberg & al. "Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association." *Diabetes Care* 2016.
- Siobhan Gallanagh,& al. "Physical Activity in the Prevention and Treatment of Stroke." *ISRN Neurology* 2011.
- Skalická V & al. " Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. Int ." *J Epidemiol* 2009.
- Slavin J. . "Structure, Nomenclature, and Properties of Carbohydrates." Stipanuk M.H., Caudill M.A. *Biochemistry, Physiology and Molecular Aspects of Human Nutrition*. 3rd . n.d.
- Smith GL, & al. "The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. ." *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017.
- Sogaard AJ, Fonnebo V. . "Self-reported change in health behaviour after a mass media-based health education campaign. ." *Scand. J. Psychol*. 1992.
- Soler RE & al. " Point-of-decision prompts to increase stair use. A systematic review update." *American Journal of Preventive Medicine* DOI: 10.1016/j.amepre.2009.10.028 2010.
- Sonia Tucunduva Philippi& al. "Health behavioral theories used to explain dietary behaviors in adolescents: a systematic review." *Nutrire* 2016.
- South J, White J and Gamsu M. *People-centred Public Health*. 2013.
- Sperber AD & al. " A combined community strategy to reduce cholesterol and other risk factors. . ." *Am. J. Prev. Med* 1996.
- Stark C. "Guidelines for Food and Nutrient Intake." Stipanuk M.H., Caudill M.A. *Biochemistry, Physiology and Molecular Aspects of Human Nutrition*. 3rd . 2013.
- Stetler, C. B. & al. "Utilization-focused evaluation of acute care practitioner role. ." *American Journal of Nursing* 1998.
- Stevens VJ, & al. "Randomized trial of a brief dietary intervention to decrease consumption of fat and increase consumption of fruits and vegetables. ." *American Journal of Health Promotion* 2002.
- Stipanuk M.H., Caudill M.A. " Structure and Properties of the Macronutrients. ." Stipanuk M.H., Caudill M.A. *Biochemistry, Physiology and Molecular Aspects of Human Nutrition*. 3rd . 2013.
- Stipanuk M.H., Caudill M.A. "The Minerals and Water." Stipanuk M.H., Caudill M.A. *Biochemistry, Physiology and Molecular Aspects of Human Nutrition*. 3rd ed. 2013.

- Stubbs RJ, et al. "Breakfasts high in protein, fat or carbohydrate: effect on within-day appetite and energy balance. ." *European Journal of Clinical Nutrition* 1996.
- Stubenitsky K & Mela DJ. "UK consumer perceptions of starchy foods. ." *British Journal of Nutrition* 2000.
- Sun Lin & al. "The Beneficial Effect of Physical Exercise on Cognitive Function in a Non-dementia Aging Chinese Population." *Frontiers in Aging Neuroscience* 2019.
- Syed Kamaruzaman Syed Ali . "The important of physical activities in our life." *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal* 2018.
- Tapsell L.C & al. "Foods, nutrients, and dietary patterns: interconnections and implications for dietary guidelines. ." *Advance Nutrition*. 2016.
- Taylor-Poëll, E., Rossing, B., Geran, J. *Evaluating collaboratives: reaching the potential*. . 1998.
- Teutsch, S. . *A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report* . 1992.
- Tian Y. & al. " Fruit and vegetable consumption and risk of the metabolic syndrome: A meta-analysis. ." *Public Health Nutr*. doi: 10.1017/S136898001700310X. 2018.
- Todd M Manini & al. "Daily activity energy expenditure and mortality among older adults." *JAMA* 2006.
- Trujillo E., Davis C., Milner J. "Nutrigenomics, proteomics, metabolomics, and the practice of dietetics. ;." *J American Diet Assoc*. 2006.
- UCL Institute of Health Equity. "Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report." 2013.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf.
- USAID. "Moving Nutrition Social and Behavior Change Forward." 2017. <https://www.spring-nutrition.org/publications/briefs/moving-nutrition-social-and-behavior-change-forward>.
- van Beurden E & al. "Community-based cholesterol screening and education to prevent heart disease: five-year results of the North Coast Cholesterol Check Campaign. ." *Aust. J. Public Health* 1993.
- van Sluijs E MF, & al. "The effect of community and family interventions on young people's physical activity levels: A review of reviews and updated systematic review. ." *British Journal of Sports Medicine*. 2011.
- van Eëchem SN & al. "Fat Watch: a nationwide campaign in The Netherlands to reduce fat intake—effect evaluation." *Nutritional Health* 1998.
- Vander Wal JS. " The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. ." *Economics & Human Biology*. 2012.
- Vern Seefeldt & al. "Factors affecting levels of physical activity in adults." *Sports Medicine* 2002.

- Voskuil DE & al. "Physical activity and endometrial cancer risk, a systematic review of current evidence." *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007.
- Ėang Y. & al. "Fruit and vegetable consumption and risk of lung cancer: A dose-response meta-analysis of prospective cohort studies." *Lung Cancer*. 2015.
- Wardle J, et al. "Stress, dietary restraint and food intake." *Journal of Psychosomatic Research* 2000.
- Weiss, C. *How can theory-based evaluation make greater headway?* . 1997.
- WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion: The move towards a new public health, an international conference on health promotion*. Ottawa, Canada., 1986.
- . "Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition." 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/ĖHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf.
- . "Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. ." 2009.
- . "Global Recommendations on Physical Activity for Health. ." 2010.
- . "Guideline: sodium intake for adults and children." 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>.
- . "Guideline: sugars intake for adults and children." 2015. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028>.
- . *GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR* . 2020.
- . "Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age." 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
- . *Health Inequities and Health Inequalities, 21st Century Health Dynamics and Inequality*. n.d.
- WHO. "Health promotion and community participation ." WHO. 2002 .
- . "Healthy diet." 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
- . <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>. 2011.
- . <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. 2020.
- . "Nutrition interventions." n.d. <https://www.who.int/elena/intervention/en/>.
- . "Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns ." 2002.
- . "The European Network of Health Promoting Schools." 1999. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/252391/E62361.pdf.
- www.act.ipaa.org.au. "IN BRIEF | PROGRAM EVALUATION IN THE PUBLIC SECTOR." 2020. <https://www.act.ipaa.org.au/brief-program-evaluation>.
- www.ahrq.gov. "Types of Health Care Quality Measures." 2015. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>.

www.cdc.gov. <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adding-pa/barriers.html>. n.d.

—. "The CDC guide to strategies to increase physical activity in the community. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 2011." 2011. https://www.cdc.gov/obesity/downloads/pa_2011_web.pdf.

www.ctb.ku.edu. "Refining the Program or Intervention Based on Evaluation Research." n.d. <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/evaluate/evaluate-community-interventions/refine-intervention/main>.

www.eufic.org. "The Factors That Influence Our Food Choices." 2006. <https://www.eufic.org/en/healthy-living/article/the-determinants-of-food-choice>.

www.health.gov. "Physical Activity Guidelines for Americans 2nd edition." 2018. https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf#page=46.

www.health.nsw.gov.au. "Introduction to public health program evaluation." n.d. <https://www.health.nsw.gov.au/research/Pages/transcript-evaluation.aspx>.

www.health.vic.gov.au. "Measuring health promotion impacts: A guide to impact evaluation in integrated health promotion." 2003. https://content.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/m/measuring_hp_impacts---pdf.pdf.

www.healthadministrationdegree.usc.edu. "6 Shembuj të pabarazive shëndetësore dhe zgjidhjeve të mundshme." n.d. <https://healthadministrationdegree.usc.edu/blog/examples-of-health-disparities/>.

www.health-inequalities.eu. "About Health Inequalities ." n.d. <https://health-inequalities.eu/health-inequalities/>.

www.healthscotland.scot. "What are health inequalities?" n.d. <http://www.healthscotland.scot/health-inequalities/what-are-health-inequalities>.

www.healthypeople.gov. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/educational-and-community-based-programs>. 2020.

—. www.healthypeople.gov/2020/topics/objectives/2020/overview.aspx?topicid=33. 2020.

www.hpoe.org. "Creating Effective Hospital Community Partnerships to." 2016. <http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/2016/creating-effective-hospital-community-partnerships.pdf>.

www.hsph.harvard.edu. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/physical-activity-research/>. n.d.

www.icma.org. "Active Living and Social Equity: Creating Healthy Communities for All Residents,," 2005. <http://icma.org/upload/library/>.

www.ihatepsm.com. <http://www.ihatepsm.com/resource/health-planning>. n.d.

www.improvingpdhpe.com. <http://www.improvingpdhpe.com/hsc-notes/health-promotion-ottawa-charter/>. 2011.

- www.med.upenn.edu. <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/>. n.d.
- . <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part4-ch13.shtml>. n.d.
- www.moh.govt.nz. "A Guide to Developing Health Promotion Programmes in Primary Health Care Settings ." 2003. <http://www.moh.govt.nz>.
- . "A Guide to Developing Health Promotion Programmes in Primary Health Care Settings 2003 ." 2003. <http://www.moh.govt.nz>.
- www.nature.com. <https://www.nature.com/subjects/feeding-behaviour>. n.d.
- www.nhmrc.gov.au. *s for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia.Clinical practice guideline*. Melbourne, 2013.
- www.nnc.gov.ph. "Promote Good Nutrition (PGN)." 2013. <https://www.nnc.gov.ph/plans-and-programs/promote-good-nutrition-pgn>.
- www.nursinganswers.net. "Partnerships in Healthcare." 2020. <https://nursinganswers.net/essays/successful-health-care-partnerships-health-and-social-care-essay.php>.
- www.physio-pedia.com. https://www.physio-pedia.com/Barriers_to_Physical_Activity. n.d.
- . https://www.physio-pedia.com/Physical_Activity_Promotion_in_the_Community. n.d.
- . "Outcome Measures." 2019. https://www.physio-pedia.com/Outcome_Measures?utm_source=physiopedia&utm_medium=related_articles&utm_campaign=ongoing_internal.
- www.ruralhealthinfo.org. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/1/definition>. n.d.
- . <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/rural-toolkit/4/evaluation-importance>. 2017.
- . "Opportunities for Health Promotion and Disease Prevention in Rural Areas." n.d. <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/1/opportunities>.
- www.schoolsforhealth.org. "School health promotion: evidence for effective action." 2013. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet-2-school-health-promotion-evidence.pdf>.
- www.thecommunityguide.org. " Guide Task Force on Community Preventive Services, "Promoting Physical Activity,." n.d. <http://www.thecommunityguide.org/pa/pa.pdf>.
- . "Guide to Community Preventive Services. Increasing physical activity: Environmental and policy approaches." 2015. <http://www.thecommunityguide.org/pa/environmental-policy/index.html> .
- www.thet.org. "GUIDANCE FOR NEË HEALTH PARTNERSHIPS." 2020. https://www.thet.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidance-for-Neë-Health-Partnerships_final-1.pdf.

- www.transact.org. "Surface Transportation Policy Project." n.d.
www.transact.org/library/factsheets/equity.asp.
- www.usaid.gov. "EFFECTIVE AT-SCALE NUTRITION SOCIAL AND BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION: TECHNICAL GUIDANCE BRIEF." Last updated: 2021.
<https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/effective-scale-nutrition-social-and-behavior>.
- www.who.in. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. 2020.
- www.who.int. "Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020." 2013.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
- . "Global Recommendations on Physical Activity for Health, Geneva: World Health Organization Press, 2010." 2010.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>.
- . <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. 2017.
- . <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. 2020.
- . "Interventions on Diet and Physical Activity:What works. Implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization Press, 2009." 2009. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf>.
- Yaakov Stern & al. "Effect of aerobic exercise on cognition in younger adults: A randomized clinical trial." *Neurology* 2019.
- Yating Wang & Danyan Xu. "Effects of aerobic exercise on lipids and lipoproteins." *Lipids Health and Disease* 2017.
- YuPeng Liu & al. "Does physical activity reduce the risk of prostate cancer? A systematic review and meta-analysis." *European urology* 2011.
- Zhan J.& al. " Fruit and vegetable consumption and risk of cardiovascular disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. ." *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* doi: 10.1080/10408398.2015.1008980 2017.