



INFERMIERISTIKA FAMILJARE

Konceptet Teoritë dhe Aplikimet e saj

Etleva Kika

Enkeleda Gjini

CIKËL LEKSIONESH

Tetor, Tiranë 2021

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

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

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC

HAP
health for all project

Tabela e përmbajtjes:

1.Njohja me modulin Infermieri Familje; Konceptet kryesore; Bazat teorike për Infermierinë Familjare

2. Familja – Përkufizime; Marrëdhënie; Dinamika; Rolet.

3. Koncepti i familjes si klient; Koncepti i familjes si kontekst; Ndikimi i familje në shëndet;

4. Roli i Infermierit në familje, përgjegjësitë, funksionet profesionale, ligjore dhe etike; Prospektivat

5 . Mbështetja e familjes; Mbrojtja; Fuqizimi i familjes; Të drejtat e familjes.

6. Demografia e familjes në Shqipëri dhe ndërthurja e politikave familjare, pabarazive

7. Vlerësimi dhe ndërhyrja familjare; Familja si anëtar i ekipit.

8 Puna në partneritet me familjet.

9. Terapia Familjare; Qasjet e këshillimit dhe aplikimi

10. Kornizat konceptuale për infermierinë familjare. Koncepti i shëndetit si ekuilibër dhe të infermierisë si mundësi që njerëzit të përballen me problemet

11. Vlerësimi i shëndetit – llojet, mjetet. Vlerësimi i riskut; Mbikqyrja shëndetësore.

12. Konceptet dhe qasjet e e shëndetit publik; Përcaktuesit e shëndetit të komunitetit.

13. Qasjet në promovimin e shëndetit dhe edukimin shëndetësor.

14. Vlerësimi i komunitetit (përfshirë profilizimin)

15. Balancimi/përparësia e nevojave të individëve me ato të familjes dhe komunitetit. Koncepti i komunitetit si klient. Puna me komunitetet.

16. Zhvillimi i fëmijes, personit të rritur dhe të moshuar. Qasja e rrjedhës së jetës.

17. Shtëpia si vendndodhja e kujdesit.

18. Shërbimi i kujdesit shëndetësor familjar

20. Komunikimi në infermierinë familjare.

21. Lidershipi – teori, tipologji, procese dhe aftësi.

22. Parimet e punës në grup, rolet, përgjegjësitë, funksionet.

23. Dinamika e ekipit. Menaxhimi i konfliktit të ekipit në mënyrë të sigurt dhe me përgjegjësi. Debati si formë e sfidës konstruktive.

24. Mendimi analitik dhe kritik dhe lidhja e tij me praktikën e infermierit në familje.

1

Njohja me modulin "Infermieristika Familjare" Konceptet kryesore Bazat teorike për Infermierinë Familjare.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të jetë i aftë të:

- Kuptojë konceptet kryesore të infermierit në familje
- Bëjë dallimin mes seksit dhe gjinisë
- Analizojë ndikimin që ka socializimi gjinor
- Të jetë i aftë të aplikojnë konceptet e gjinisë/seksit në fusha të ndryshme të jetës.

Njohja me modulin Infermieristika Familjare

1.1 Çfarë është Mjekësia e Familjes?

Mjekësia e Familjes mbulon të gjitha moshat, të dyja gjinitë, çdo sistem organesh dhe çdo grup sëmundjesh.

Përkufizim:

Infermieri i Familjes është një anëtar i sistemit të kujdesit shëndetësor që jep kujdes shëndetësor parësor, të vazhdueshëm, gjithëpërfshirës dhe të koordinuar për të gjithë individët, familjet dhe komunitetet dhe që integron në një të vetëm aspektet bio-mjekësore, psikologjike, sociale dhe mjedisore të shëndetit.

Infermieria e familjes (IF)

IF është procesi i dhënies të kujdesit shëndetësor për familjet brenda të gjithë "fushëveprimit" të praktikës infermierore.

IF është një specialitet i veçantë, relativisht i ri, por që po zhvillohet çdo ditë e më shumë si një mënyrë të menduari rreth punës me familjet.

IF është një specialitet shumë dinamik me fokus tek praktika, edukimi shëndetësor dhe hulumtimi.

Infermieria familjare i ka rrënjët në shoqëri që nga kohërat parahistorike. Roli historik i grave është gërshetuar në mënyrë të pandashme me familjen, sepse ishte përgjegjësi e grave të kujdeseshin për anëtarët e familjes që sëmureshin dhe të kërkonin barëra ose ilaçe për të trajtuar sëmundjen. Për më tepër, përmes mirëmbajtjes të duhur të shtëpisë, gratë bënë përpjekje për të

siguruar mjedise të pastra dhe të sigurta për ruajtjen e shëndetit dhe mirëqenies për familjet e tyre.

Gjatë periudhës së Florence Nightingale, zhvillimi i familjeve dhe infermieria u bënë më të qarta. Ajo inkurajoi anëtarët e familjes të trupave ushtarake të vinin në spitale gjatë Luftës së Krimesë për t'u kujdesur për të dashurit e tyre. Nightingale mbështeti ndihmën e grave dhe fëmijëve për të arritur shëndet të mirë duke promovuar shërbimet shëndetësore në shtëpi. Në vitin 1876 në një dokument të titulluar: "Trajnimi i infermierëve për të varfërit e sëmurë", Nightingale inkurajon infermierët t'ju shërbejnë familjeve të sëmura dhe të shëndetshme në mjedisin e shtëpisë (Nightingale, 1979)[1].

Gjatë Luftës Civile (1861–1865)[2], infermieria e ushtarëve të plagosur u bë më e organizuar. Gratë formuan Shoqëritë e Ndihmës për Zonja, grupe që takoheshin rregullisht për të qepur, përgatitur ushqim dhe ilaçe dhe për të mbledhur sende të tjera të nevojshme për ushtarët. Dorothea Dix u emërua Mbikëqyrëse e Infermiereve për Gratë në SHBA. Gjatë revolucionit industrial të fundit të shekullit të 18-të, anëtarët e familjes filluan të punojnë jashtë shtëpisë. Imigrantët, në veçanti, kishin nevojë për të ardhura, kështu që ata shkuan për të punuar në spitalet e hershme. Ky ishte fillimi i vërtetë i shëndetit publik dhe infermierisë shkollore. Sidoqoftë, para dhe gjatë Luftës së Dytë Botërore, infermieria u përqendrua më shumë tek individi dhe kujdesi u përqendrua në mjediset institucionale dhe spitalore, ku qëndroi deri vonë. Që nga vitet 1950, të paktën 19 disiplina kanë studiuar familjen dhe, përmes hulumtimit, kanë prodhuar teknika të vlerësimit të familjes, korniza konceptuale, teori dhe materiale të tjera familjare. Kohët e fundit, kjo punë ndërdisiplinore është bërë e njohur si shkencë sociale familjare. Shkenca sociale familjare ka ndikuar shumë në infermierinë familjare në Shtetet e Bashkuara kryesisht për shkak të Këshillit Kombëtar të Marrëdhënieve Familjare dhe numrit të madh të botimeve të tyre.

1.2 Koncepti i gjinisë dhe i seksit

Gjinia është një përcaktues i rëndësishëm social i shëndetit dhe sëmundjes. Shumë shpesh, profesionistët nuk janë të familjarizuar me çështjet gjinore, duke anashkaluar kështu ndikimin që mund të ketë në aksesin dhe marrjen e shërbimeve, diagnostikimin dhe rezultatet për shëndetin. Për këtë arsye, ngritja e kapaciteteve të stafeve shëndetësore është e rëndësishme dhe ky proces mund të fillojë që në periudhën e studimeve universitare. Duke qenë se gjinia është një koncept kompleks nuk është gjithmonë lehtësisht e kuptueshme ndërthurja e ndikimit të gjinisë si faktor biologjik dhe si faktor social tek shëndeti dhe cilësia e jetës. Vlerësimi i nevojave sipas gjinisë

[1] FLORENCE NIGHTINGALE. TRAINED NURSING FOR THE SICK POOR. A Letter addressed to THE TIMEs of Good Friday, April 14, 1876.

[2] Hermann, Matthew, "Unprecedented but Accomplished: The Professionalization of Female Nursing During the Civil War" (2009). Senior Research Projects. 170.

dhe ofrimi i shërbimeve shëndetësore të ndjeshme nga ana gjinore fillon që tek rritja e ndërgjegjësimit të infermierëve dhe zgjerimi i horizontit të tyre, për të parë me lente gjinore.

Seksi i referohet karakteristikave biologjike të djemve dhe vajzave dhe të burrave dhe grave. Është një etiketë - mashkull apo femër - që u caktohet njerëzve nga një mjek në lindje, bazuar në organet gjenitale me të cilat lindin dhe kromozomet përkatëse (XY dhe XX). Bazuar në këto karakteristika biologjike çdo mashkull do të ketë disa karakteristika, si p.sh. mjekra, trashja e zërit në adoleshencë si dhe po ashtu dhe çdo femër, si p.sh. cikli menstrual dhe menopauza.

Gjinia nga ana tjetër është një koncept më kompleks. Gjinia është një konstrukt social, një status social dhe ligjor. Gjinia e një individi sjellë një sërë pritjesh nga shoqëria rreth sjelljeve, karakteristikave dhe mendimeve që mund/duhet të ketë një individ burrë apo grua. Çdo kulturë ka standarde për mënyrën se si njerëzit duhet të sillen bazuar në gjininë e tyre. Por më shumë se sa me pjesët e trupit, ka të bëjë me mënyrën se si njerezit pritet që të veprojnë, për shkak të seksit të tyre.
Për shembull, thuhet se vajzat janë më të mira për të qenë kujdestare dhe pritet që në një familje kur ka probleme shëndetësore dikush, të jetë gruaja ajo që do të kujdeset për të.
A është e vërtetë që vajzat sapo lindin janë të përcaktuara që të bëhen kujdestare më të mira?
Po djemtë? A është e vërtetë që duhet të jenë ata që do sjellin "të ardhura" në familje?

Sipas përkufizimit të Global Health 50/50[3] gjinia i referohet normave të ndërtuara në shoqëri që përcaktojnë dhe imponojnë rolet, marrëdhëniet dhe pushtetin në shoqëri për të gjithë njerëzit përgjatë jetës së tyre.

Sigurisht, gjinia ndërvepron me seksin biologjik, ato nuk janë të pandara nga njëri – tjetri. Seksi biologjik çon në disa zhvillime biologjike të burrave dhe grave dhe të vajzave dhe djemve. Megjithatë, në shoqëri ekzistojnë marrëdhëniet gjinore ndërtohen dhe formohen si forma të ndërveprimit mes burrave dhe grave për shkak të pabarazisë në pushtetin që kanë. Këto marrëdhënie nuk lidhen me seksin biologjik dhe karakteristikat fiziologjike të burrave dhe grave, por me rolet që do të luajnë burrat dhe gratë në marrëdhëniet mes tyre. Shumë shpesh marrëdhëniet gjinore transformohen në marrëdhënie pushteti, ku një palë ka më shumë pushtet dhe është në pozicion më të favorshëm (burrat) ndërsa një tjetër ka më pak pushtet, më shumë probleme në shoqëri dhe në familje (gratë).

1.3 Çfarë janë stereotipat gjinorë?

Stereotipat gjinorë janë bindje të forta dhe të thjeshtëzuara për karakteristikat e burrave dhe grave. Ato përcaktojnë se si njerëzit duhet të jenë në një shoqëri dhe kufizojnë opsionet e individëve në jetë: për gratë dhe burrat, për djemtë dhe vajzat. Stereotipi i referohet bindjes dhe

[3] https://globalhealth5050.org/this-is-gender-2021/

mendimit për një individ tjetër bazuar në një karakteristikë të vetëm të tij/saj. Në këtë rast, stereotipat për vajzat/gratë dhe djemtë/burrat i veshin ato me një sërë karakteristikash duke u mbështetur vetëm në seksin e tyre biologjik. P.sh. "vajzat janë të brishta", "djemtë janë të fortë, nuk qajnë" "gratë janë të dobëta", "vajzat janë të ndjeshme", "burrat mund të marrin vendime të rëndësishme dhe objective" etj. Ka një listë të gjatë të karakteristikave për burrat dhe gratë, të cilat nuk mbështeten tek evidencat ose tek biologjia e tyre, por në rolin që ata/o marrrin në një shoqëri. Stereotipat gjinorë shpesh bëhen shkak për shkeljen e të drejtave njerëzore, për diskriminimin e vajzave dhe grave në fusha të ndryshme të jetës, duke nxitur më tej pabarazinë gjinore.

Shoqëria anashkalon ndryshimet individuale të çdo njeriu, por gjykon burrat dhe grate vetëm ngaqë janë: femra dhe meshkuj. Problemi nuk qëndron tek ndryshimet biologjike mes burrave dhe grave, por tek mënyra se si stereotipat gjinorë ndikojnë në vlerat që u japin atyre në shoqëri. Për shembull, shumë shpesh janë gratë ato që ngarkohen me bërjen e punëve të shtëpisë, sepse roli i tyre është që të jenë më shumë përkujdesëse sesa burrat. Në të vërtetë, nëqoftëse shohim dy foshnja të sapolindura në maternitet, një djalë dhe një vajzë,do të ishte e vështirë të gjykonim se kush mund të ishte më përkujdesës. Pabarazia në pushtet që vjen si pasojë e gjinisë jetëson diskriminimin gjinor dhe nuk i lejon njerëzit të jenë të lirë të zhvillojnë aftësitë e tyre personale dhe të bëjnë zgjedhjet e tyre individuale.

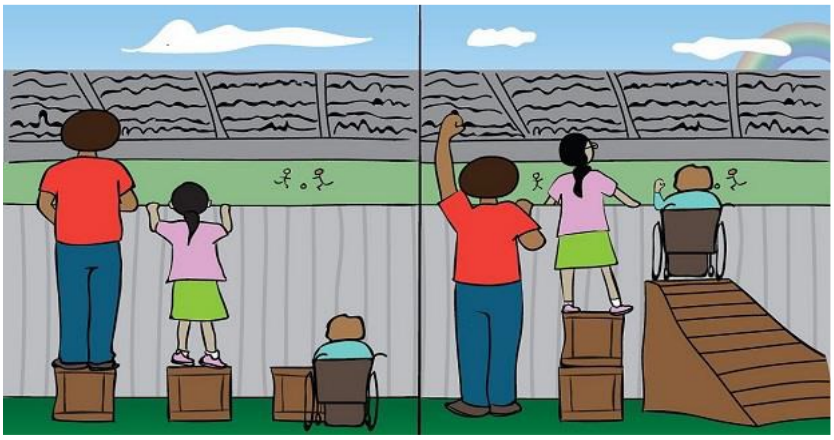


Fig.1

Dy koncepte të tjera në fushën e çështjeve gjinore janë ato të të drejtave të barabarta (ang. equality) dhe barazisë gjinore (equity). Prej shumë vitesh perceptimi dominues kërkonte vetëm që gratë dhe burrat të kenë të drejta të barabarta. Kështu, këto të drejta u përfshin në legjislacionin vendas dhe në strategji dhe dokumente të tjerë politikë. Mirëpo, vetëm të pasurit e të drejtave të barabarta nuk mjafton që të arrihet barazia gjinore. *Të drejtat e barabarta nënkuptojnë mungesën e diskriminimit mbi bazën e seksit të individit në mundësitë, alokimin e burimeve dhe aksesin në shërbime*.

Shembull 1.

Siç mund të shihet në foton në figurën 1, në rastin e parë të tre fëmijët kanë të drejta të barabarta, sepse të tre kanë një stol me të njëjtën gjatësi. Por, aksesi i tyre në të parit e lojës nuk është i barabartë, pasi kushtet e secilit janë të ndryshme. Kështu, fëmija i dytë (vajza) e ka të vështirë që

të shohë me këtë gjatësi, pasi është më e shkurtër se djali. Djali me aftësi ndryshe nuk arrin as të ngjitet në stol.

Në rastin e dytë janë krijuar kushtet që të tre fëmijët të kenë mundësi/akses për të parë lojën.

Në këtë rast flasim për barazi.

Barazia gjinore i referohet drejtësisë në shpërndarjen e përfitimeve dhe përgjegjësive mes burrave dhe grave. *Koncepti njeh se gratë dhe burrat kanë nevoja dhe pushtet të ndryshëm dhe këto diferenca duhet të identifikohen dhe të adresohen në një mënyrë që ndreq disbalancën mes gjinive.*

Për shembull, prej shumë vitesh vajzave u është garantuar e drejta për arsimim. Megjithatë, shumë prej tyre u është dashur që të kujdesen njëkohësisht për vëllëzërit dhe motrat më të vegjël në familje, të bëjnë punët e shtëpisë që të ndihmojnë nënën e tyre etj. Gjithashtu, shpesh infrastruktura e shkollës (p.sh. tualeti) nuk janë të përshtatshme për vajzat. Në këtë mënyrë, edhe pse janë dhënë të drejta të barabarta, vajza nuk u janë krijuar kushtet e favorshme bazuar në nevojat që kanë si vajza për t'u arsimuar. E njëjta gjë ka ndodhur dhe në aspekte të tjera të jetës. Vlen që secili/a të reflektohet për nivelin në të cilin këto ndryshime janë përjetuar nga lexuesit.

Stereotipat gjinore mund të jenë kufizuese si për burrat ashtu dhe për gratë. Ka një sërë studimesh që tregojnë se mënyra se si djemtë dhe vajzat rriten dhe socializohen në rolet e tyre gjinore, mund të jenë kufizuese për ta/o.

1.4 Bazat teorike për Infermierinë Familjare

Teoritë dhe modelet, ndihmojnë infermierët për të qenë të përgatitur që të mendojnë në mënyrë krijuese dhe kritike, se si ngjarjet shëndetësore ndikojnë në individë dhe familje. Marrëdhënia ndërvepruese midis teorisë, praktikës dhe hulumtimit është se secili aspekt informon tjetrin, duke zgjeruar kështu njohuritë dhe ndërhyrjet infermierore për të mbështetur familjet. Teoritë dhe modelet shtrijnë të menduarit në nivele më të larta të të kuptuarit të problemeve dhe rrethanave që mund të ndikojnë në familje , në këtë mënyrë, ofrojnë më shumë zgjedhje dhe mundësi për ndërhyrjet infermierore. Aktualisht, asnjë teori, model ose kornizë konceptuale e vetme nuk përshkruan në mënyrë adekuate marrëdhëniet komplekse të strukturës, funksionit dhe procesit të familjes. Idealisht, teoritë e infermierisë përfaqësojnë modele logjike dhe të kuptueshme që kanë kuptimin e vëzhgimeve që infermierët bëjnë në praktikë dhe u mundësojnë atyre të parashikojnë se çfarë ka të ngjarë të ndodhë me klientët bazuar në modelet e vëzhguara (Polit & Beck, 2016)[4]. Funksioni kryesor i teorisë në infermierinë familjare është të sigurojë njohuri dhe mirëkuptim që përmirëson shërbimet e infermierisë për familjet. Një aspekt tjetër i rëndësishëm i teorive është se ato shpjegojnë se çfarë po ndodh; ato japin përgjigje për pyetjet "si" dhe "pse", ndihmojnë në interpretimin dhe kuptimin e fenomeneve komplekse dhe parashikojnë se çfarë mund të ndodhë në të ardhmen bazuar në mendimin dhe studimin e kujdesshëm të asaj që ka ndodhur në të kaluarën.

[4] Polit, D., & Beck, C. (2016). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Tri qasje teorike për të punuar me familjet:

1.4.1. Teoria e Sistemeve Familjare

Teoricienët e infermierisë që kanë zgjeruar konceptin e teorisë së sistemeve përfshijnë: Neuman dhe Fawcett (2010)[5], Smith and Parker (2014)[6] dhe të tjerë.

Teoria e Sistemeve Familjare është një qasje që lejon infermierët të kuptojnë dhe vlerësojnë familjen si një e tërë e organizuar dhe / ose si individë brenda njësive familjare që formojnë një sistem ndërveprues dhe të ndërvarur[7] (Kaakinen & Hanson, 2015). Një nga supozimet kryesore të Teorisë së Sistemeve Familjare është se tiparet e sistemit familjar janë krijuar për të ruajtur stabilitetin.Pikat e forta të kornizës së përgjithshme të sistemeve janë se kjo teori mbulon një varg të madh të fenomeneve dhe shikon familjen dhe nënsistemet e saj brenda kontekstit të suprasistemeve të saj (bashkësia më e madhe në të cilën është ngulitur). Për më tepër, është një teori ndërvepruese dhe holistike që shikon proceset brenda familjes, sesa përmbajtjen dhe marrëdhëniet midis anëtarëve. Familja shikohet si një e tërë, jo thjeshtë si një shuma e pjesëve të saj. Një tjetër forcë e kësaj qasjeje është se ajo është një metodë e shkëlqyeshme për mbledhjen e të dhënave dhe një strategji vlerësimi, siç është përdorimi i një genogrami familjar për të mbledhur një fotografi të familjes në tërësi. Teoria e sistemeve gjithashtu ka kufizimet e saj. (shih genogramen te lex.2)

1.4.2. Teoria e Zhvillimit të Ciklit të Jetës dhe e Familjes

Kjo teori ofron një kornizë për infermierët për të kuptuar ndryshimet dhe përvojat normale të anëtarëve të familjes gjatë jetës. Teoria vlerëson si individët, ashtu edhe familjet si një e tërë, sepse anëtarët individualë të familjes dhe familja në tërësi zhvillohen dhe ndryshojnë me kalimin e kohës. Kjo qasje shikon nevojat në zhvillim dhe përparësitë e anëtarëve të familjes. Teoritë e zhvillimit të familjes janë veçanërisht të drejtuara për të kuptuar familjet dhe jo individët (Smith & Hamon, 2016; White et al., 2014). Familjet, të ngjashme me individët, janë në lëvizje të vazhdueshme dhe ndryshojnë gjatë gjithë kohës - ciklin e jetës familjare. Teoricienët e zhvillimit të familjes që informojnë infermierinë familjare përfshijnë Duvall (1977)[8]; Duvall dhe Miller (1985)[9]; McGoldrick, Garcia Preto, & Carter (2015)[10], dhe Walsh (2016)[11]. Puna origjinale e Duvall (1977), dhe më vonë Duvall dhe Miller (1985), shqyrtoi se si familjet u prekën ose

[5] Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). The Neuman systems model (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
[6] Smith, M., & Parker, M. (2014). Nursing theories and nursing practice (4th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
[7] Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. H. (2015). Theoretical foundations for nursing of families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, A. Tabacco & S. M. H. Hanson (Eds.), Family health care nursing: Theory, practice and research (5th ed., pp. 67–104). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
[8] Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
[9] Duvall, E. M., & Miller, B. (1985). Marriage and family development (6th ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
[10] McGoldrick, M., Garcia Preto, N. A., & Carter, B. A. (2015). Expanding family life cycle: The individual family and social perspectives (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
[11] Walsh, F. (2016). A family developmental framework: Challenges and resilience across the life cycle. In T. Sexton & J. Lebow (Eds.), Handbook of family therapy (4th ed., pp. 30-47). New York, NY: Routledge

ndryshuan nga ana njohëse, shoqërore, emocionale, shpirtërore dhe fizike kur të gjithë anëtarët përjetuan ndryshime të zhvillimit. Këta teoricienë pranuan që familjet janë të stresuara në fazat e zakonshme dhe të parashikueshme të ndryshimit dhe tranzicionit dhe duhet t'ju nënshtrohen rregullimeve për të rifituar stabilitetin e familjes. McGoldrick u zgjerua në Teorinë Origjinale të Ciklit të Jetës Zhvillimore dhe Familjare sepse ata njohën peizazhin dramatik të ndryshimit të strukturës, funksioneve dhe proceseve familjare që e bënte gjithnjë e më të vështirë përcaktimin e modeleve normale të parashikueshme të ndryshimit në familje. Ata zëvendësuan konceptin e "familjes bërthamë" me "familje të ngushtë", e cila merr parasysh të gjitha strukturat familjare.

Sipas kësaj teorie, familjet kanë një histori natyrore të parashikueshme. Faza e parë përfshin çiftimin e çiftit; grupi i familjes bëhet më kompleks me kalimin e kohës me shtimin e anëtarëve të rinj. Kur brezi i ri largohet nga shtëpia për të punuar, për të ndjekur kolegjin, ose për t'u martuar, origjina e familjes ndryshon në role, pritshmëri dhe rregullim përsëri në një bërthamë më të vogël brenda shtëpisë. Mënyra e dytë për të parë zhvillimin e familjes është të vlerësojmë streset dhe ndryshimet e parashikueshme në familje bazuar në fazën e zhvillimit të familjes dhe sa kohë është familja në atë fazë. Një forcë kryesore e qasjes së zhvillimit është se ajo ofron një kornizë sistematike për të parashikuar atë që një familje mund të jetë duke përjetuar në çdo fazë të ciklit jetësor të familjes. Infermierët e familjes mund të vlerësojnë fazën e zhvillimit të një familjeje, shkallën në të cilën familja ka arritur detyrat që lidhen me atë fazë të zhvillimit të familjes dhe problemet që mund të ekzistojnë ose nuk mund të ekzistojnë. Është një qasje e shkëlqyer teorike për të ndihmuar infermierët të cilët punojnë me familje për promovimin e shëndetit. Pikat e forta të familjes dhe burimet e disponueshme janë më të lehta për t'u identifikuar sepse ato bazohen në ndihmën e familjeve për të arritur piketa të zhvillimit. Pikëpamja tradicionale e familjeve që lëvizin në një drejtim linear nga martesa, gjurmimi i fëmijëve nga parashkollori deri te prindërit e moshës së mesme dhe familjet e plakura nuk është më struktura apo zhvillimi familjar me shumicë, dhe për këtë arsye është i zbatueshëm në mënyrë të diskutueshme. Carter dhe McGoldrick (2005) dhe McGoldrick et al. (2015) zgjeroi modelin e zhvillimit të familjes për të përfshirë streset në familjen e martuar përsëri. Një mangësi serioze e këtyre modeleve është se ato injorojnë rëndësinë e diversitetit kulturor dhe pabarazitë shëndetësore në familje dhe ndikimin në zhvillimin e familjes. Ndërsa strukturat familjare vazhdojnë të ndryshojnë në përgjigje të faktorëve kulturorë dhe sistemit ekologjik, trajektoret e familjeve nuk do të përshtaten brenda kornizës tradicionale të zhvillimit.

1.4.3. Teoria e Sistemeve Bioekologjike

Teoria e Ekologjisë Njerëzore, pastaj u ndryshua në Teori e Sistemeve Ekologjike, dhe më në fund evoluoi në Teorinë e Sistemeve Bioekologjike[12](Rosa & Tudge, 2013). Kjo teori kombinon si Teorinë e Zhvillimit ashtu edhe Teorinë e Sistemeve për të kuptuar rritjen individuale dhe asaj

[12] Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. Journal of Family Theory & Review, 5, 243–258.

familjare. Teoria Bioekologjike Familjare përshkruan ndërveprimet dhe ndikimet në familje nga sistemet në nivele të ndryshme të angazhimit.

Mikrosistemet janë cilësimet në të cilat individët / familjet përjetojnë dhe krijojnë realitetin e përditshëm.

Mesosistemet janë marrëdhëniet midis mikrosistemeve kryesore në të cilat marrin pjesë aktivisht persona ose familje, të tilla si familjet dhe shkollat, familjet dhe feja, dhe familjet me bashkëmoshatarë.

Ekosistemet janë mjedise të jashtme që ndikojnë në mënyrë indirekte tek individët dhe familjet. Personi mund të mos jetë një pjesëmarrës aktiv brenda këtyre sistemeve, por sistemi ka një efekt mbi personat / familjet.

Makrosistemet janë qëndrime të gjera kulturore, ideologji ose sisteme besimi që ndikojnë në mjediset institucionale brenda një kulture / nënkulture të veçantë në të cilën jetojnë individë / familje.

Kronosistemet janë kontekste të lidhura me kohën, ku ndryshimet ndodhin me kalimin e kohës dhe kanë një efekt në katër nivelet / sistemet e tjera të zhvillimit të përmendura më parë.

Modeli i Sistemeve Ekologjike të Bronfenbrenner

Modeli i Sistemeve Ekologjike të Bronfenbrenner përshkruan sistemet ndërvepruese midis niveleve mikro, meso, makro dhe exo, duke shtuar sistemin e kohës ose nivelin krono. Mikrosistemi ose sistemi individual përfshin sisteme të brendshme.

Mesosistemi i referohet sistemit familjar, duke përfshirë rolet, përgjegjësitë, kufijtë dhe modelet e komunikimit brenda familjes dhe ndaj botës së jashtme.

Makrosistemi i referohet komunitetit përreth, duke përfshirë kulturën dhe strukturën e lagjes, shkollat, parqet, kishat dhe burimet e tjera të komunitetit.

Ekzosistemi i referohet qeverisë dhe kulturës më të madhe, përfshirë ligjet dhe politikat. Kur marrim parasysh zhvillimin e politikave familjare, përdorimi i një modeli ekologjik e ka zgjeruar fokusin tonë nga një model individualist në një model me shumë sisteme.

Brenda kornizës bioekologjike, ajo që ndodh jashtë njësive familjare është po aq e rëndësishme sa ajo që ndodh brenda anëtarëve dhe njësive familjare. Infermierët mund të kërkojnë sisteme shtesë me të cilat familja mund të bashkëveprojë për të ndihmuar në funksionimin e familjes gjatë kësaj ngjarjeje të sëmundjes familjare. Infermierët mund të bëjnë vizita në shtëpi për të vlerësuar rregullimet e familjes dhe për të përcaktuar se si mund të ndryshohet shtëpia për të akomoduar një karrocë / shëtitës. Infermierët gjithashtu mund të eksplorojnë me familjen një mjedis më të gjerë të jashtëm, duke përfshirë burimet e komunitetit.

Infermierët mund të flasin me familjen se si mund të ndihmojë besimi i tyre gjatë këtyre kohërave të vështira dhe cilat janë shqetësimet e tyre kryesore si familje. Infermierët duhet të vijnë në kontakt me punonjësit socialë në spital për të koordinuar strategjitë e kujdesit dhe mirëqenies sociale për periudhën e post-hospitalizimit, si dhe në të ardhmen. Strategjitë mund të përfshijnë zbatimin e Sigurimeve Shoqërore për personat me aftësi të kufizuara. Vlerësimi i ndërhyrjeve do të konsistonte në ndjekjen e familjes përmes vizitave periodike në shtëpi dhe kontakteve telefonike. Infermieret do të eksplorojnë sesi familja po përshtatet me situatën e saj, si babai po merret me përgjegjësinë shtesë, si po përballen fëmijët dhe shëndetin fizik dhe mendor të nënës. Fuqia e perspektivës bioekologjike është se ajo përfaqëson një pamje gjithëpërfshirëse dhe holistike të zhvillimit njerëzor / familjar - një qasje bio / psiko / socio / kulturore / shpirtërore për të kuptuar se si njerëzit dhe familjet zhvillohen dhe përshtaten me shoqërinë e gjerë. Ai përfshin aspektet e natyrës (biologjike) dhe të edukimit (kontekstet mjedisore) të rritjes dhe zhvillimit si për individët ashtu edhe për familjet. Ai na drejton vëmendjen tek faktorët që ndodhin brenda, si dhe tek ndikimet e shtresuara të faktorëve që ndodhin jashtë individëve dhe familjeve. Perspektiva bioekologjike siguron një plotësim të vlefshëm të teorive të tjera që mund të ofrojnë pasqyrë më të madhe se si çdo aspekt i qasjes holistike ndikon tek individët dhe familjet me kalimin e kohës[13].

Historikisht, infermierët kanë hyrë në shtëpi të cilat kanë refuzuar qasjen tek ndonjë profesionist tjetër, ndonjëherë edhe tek mjekët. Shumë familje iu përgjigjen punonjësve socialë me zemërim dhe ndjenja të ndërhyrjes dhe profesionistëve të tjerë të shëndetit mendor me mosbesim; ata i shohin infermierët si ndihmës që e kuptojnë vërtet gjendjen e tyre.

Infermierët kanë një avantazh shtesë ndaj profesionistëve të tjerë në atë që edukimi i tyre përfshin ekspozimin ndaj ngjarjeve më domethënëse në jetën njerëzore, përkatësisht lindjes, tragjedisë dhe vdekjes, zhvillimit njerëzor në të gjitha fazat e jetës, gjendjeve të shëndetit dhe sëmundjeve dhe atyre më themelore: emocione gëzimi, ankthi dhe pikëllimi. Ky ekspozim ndaj ngjarjeve emocionale fizike njerëzore u jep infermierëve një fushë të madhe të të kuptuarit njerëzor dhe e bën më të lehtë për ta që të bëhen ekspertë. Ekspertë të tillë të familjes mund të përdorin të njëjtat ndërhyrje si disiplinat e tjera, por gjithmonë me fokus shëndetin. Për shembull, teknika e terapisë familjare të përmbajtjes mund të jetë e dobishme në infermieri në atë që siguron interpretime pozitive të dinamikës individuale dhe familjare dhe eliminon fajin (Shih leksionin Terapia familjare). Ndërsa infermieria e sistemit familjar praktikohet me familje qartësisht jofunksionale, besohet se mosfunksionimi të zvogëlohet nëse sistemi pozitiv ndryshon dhe nxjerr reagime nga nënsistemi i cili inkurajon ndryshime të tjera pozitive.

Në mënyrë që ndërhyrjet e infermierisë familjare të bëhen unike, koncepti i infermierisë familjare duhet të bëhet në përputhje me një model konceptual infermieror që është i zbatueshëm për të gjitha situatat e mundshme infermierore.

[13] Joanna Rowe Kaakinen. Family Health Care Nursing. Theory, Practice, And Research. 6th EDITION. 2018. 27-52

Infermieria familjare mund dhe duhet të praktikohet nga të gjithë infermierët e kujdesit shëndetësor parësor që funksionojnë relativisht mirë në nivel individual dhe në nivel ndërpersonal. Infermierja e familjes është specialistja klinike më e avancuar e të gjitha specialiteteve të infermierisë, që ka njohuri dhe aftësi në teorinë dhe praktikën e familjes. Infermieria familjare praktikohet në tre nivele, niveli individual me familjen si kontekst i individit; niveli ndërpersonal me familjen e përbërë nga njësi më të mëdha; niveli i sistemit në të cilin familja është një sistem me përbërësit e vet strukturorë dhe funksionalë që ndërveprojnë me sistemet mjedisore dhe nënsistemet e veta. Qëllimi për praktikë në nivel individual është shëndeti fizik dhe mirëqenia personale e anëtarëve të familjes. Ndryshimi ndër-personal dhe ndryshimi i sistemit janë nënprodukte. Infermierja e familjes në nivelin ndërpersonal ka si qëllim kryesor mirëkuptimin dhe mbështetjen reciproke të anëtarëve të familjes. Ndryshimi personal parashikohet dhe ndërveprimi midis faktorëve personal dhe ndërpersonal kuptohet dhe përfshihet në planin e kujdesit infermieror[14].

[14] Friedemann, Marie-Luise. (1989). The concept of family nursing. Journal of advanced nursing. 14. 211-6. 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x.

2

Familja
Përkufizime
Marrëdhënie
Dinamikë
Rolet

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Përkufizojë ç'është familja :
- Njihet me Përkufizimet strukturore dhe funksionale të familjes :
- Njihet me Rrugët që lidhin marrëdhëniet familjare me mirëqenien.
- Bëjë dallimin mes tipeve të ndryshme të roleve gjinore dhe mënyrës sesi ato manifestohen në jetët e grave dhe burrave në sferën private dhe publike;
- Analizojë ndikimin që ka ndarja gjinore e roleve në mundësitë për fuqi, akses, kontroll mbi burimet dhe zhvillimin;

2.1 Familja – Përkufizime

Përkufizimet e familjes janë po aq të ndryshme sa vetë familjet dhe situatat në të cilat gjenden. Përkufizimet mund të kategorizohen në dy mënyra:

1. Përkufizimet strukturore që specifikojnë se kush është në familje dhe kush është jashtë sipas karakteristikave të caktuara të anëtarëve të familjes.
2. Përkufizimet funksionale që specifikojnë funksionet që kryejnë anëtarët e familjes.

Familja (lat. *familia*, nga *famulus* – rob shtëpie, shërbëtor) është njësia shoqërore më e vogel e përbërë nga dy ose me shume persona të cilet kanë midis tyre lidhje martesore, gjaku ose birësimi; qe jetojne ne te njejtin mjedis per nje kohe relativisht te gjate, kane marrdhenie kulturore dhe ekonomike te perbashketa si dhe perkujdesen per njeri-tjetrin [17].

Sipas Soefandi dhe Pramudya (2009), familja është një grup shoqëror i përbërë nga dy ose më shumë njerëz që kanë lidhje gjaku, martesë ose birësimi.

Sipas nenit 16(3) të Deklaratës të Përgjithshme mbi të Drejtat e Njeriut "Familja është njësia bazë grupore e shoqërisë dhe i jepet mbrojtje nga shoqëria dhe shteti".

Zyra e regjistrimit të përgjithshëm të Shteteve të Bashkuara familjen e ka përkufizuar si "dy apo më shumë persona të lidhur nga lindja, martesa, ose adoptimi të cilët jetojnë së bashku".

Familja është një grup njerëzish me lidhje martese, lindjeje dhe birësimi që synojnë krijimin, ruajtjen e kulturës dhe përmirësimin e gjendjes fizike, mendore, emocionale dhe sociale, zhvillimin e secilit anëtar të familjes (Duvall dhe Logan, 1986).

Familja në vete përmban një grup të njerëzve shtëpiakë, zakonisht të bashkuar nga lindja ose martesa, ose nga marrëdhënie të ngjashme – duke përfshirë bashkëjetesën, adoptimin, mbiemrin dhe (në disa raste) pronësia (siç ka ekzistuar në Perandorinë Romake).

Familja është njësia më e vogël e shoqërisë e përbërë nga kreu i familjes dhe disa njerëzit që mblidhen dhe jetojnë në një vend nën një çati në një gjendje ndërvarësie (Ministria e Shëndetësisë, 1988). Ruajtja e një kulture të përbashkët që rrjedh kryesisht nga një kulturë më e gjerë e përbashkët[15].

Nga pikëpaja e fëmijëve funksionet e familjes janë drejtuese: ajo shërben për t'i orientuar ata në shoqëri dhe kulturë. Ndërsa nga perspektiva e prindërve familja shërben si mjet i lindshmërisë më synim shumimin , edukimin dhe shoqërimin e fëmijëve.

Lindja e fëmijëve edhe pse faktor shumë i rëndësishëm nuk mund të bartë tërë rolin e fëmijëve. Në shoqëritë e sotme martesa u ofron privilegje dhe të drejta të barabarta edhe atyre familjeve të reja të cilat nuk planifikojnë të lindin fëmijë.

Struktura e familjes tradicionale varet nga marrëdhëniet ndërmjet prindërve dhe fëmijëve, ndërmjet bashkëshortëve ose nga të dyja. Antropologët përmendin tre lloje të familjes:

1. matrifokale (amësore)
2. konsanguinile (gjaklidhëse)
3. konjugale (bashkëshortore)

Familja matrifokale përbëhet nga nëna dhe fëmijët e saj – zakonisht nga pasardhësit e saj biologjikë, edhe pse pothuajse secila shoqëri pranon edhe fëmijët e adoptuar. Ky lloj i familjes është i përhapur në vendet ku gratë kanë burime për t'i rritur fëmijët vetë ose aty ku burrat janë më shumë të angazhuar se gratë. Disa shoqëri vendase në Amerikën Jugore dhe Melanezi (Australi) janë matrifokale.

Familja konsanguinile ekziston në forma të ndryshme, por rasti më i shpeshtë përbëhet nga nëna dhe fëmijët e saj, dhe njerëz të tjerë zakonisht nga familja e nënës. Ky lloj i familjes është i përhapur aty ku nëna nuk ka burime për të rritur fëmijët vet, babai zakonisht nuk është i pranishëm, dhe zakonisht kur prona trashëgohet. Atëherë kur meshkujt zotërojnë pronë të rëndësishme, familjet konsanguinile përbëhen nga burri dhe gruaja, fëmijët e tyre dhe anëtarë të tjerë nga familja e burrit.

Familja konjugale përbëhet nga një ose më shumë nëna dhe fëmijët e tyre, ose një e më shumë baballarë. Ky lloj i familjes paraqitet zakonisht aty ku ndarja e punës kërkon të dy gjinitë , dhe në familjet që janë shumë të angazhuara. Ky tip i familjes ndryshe quhet edhe si familje nukleare (bërthamë) dhe është ideale ose mbizotëruese në shoqëritë eskimeze.

Anëtarët e një familjeje konjugale janë:

[15] Erna Roostin. FAMILY INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN. Journal of Elementary Education Volume 2 Number 1, February 2018

[17]https://sq.wikipedia.org/wiki/Familja

- Nëna: prindi femër
- Babai: prindi mashkull
- E bija: femra e lindur nga nëna, e atësuar nga babai
- I biri: mashkulli i lindur nga nëna, i atësuar nga babai
- Motra: femra e lindur nga nëna e njëjtë, e atësuar nga i njëjti baba
- Vëllai: mashkulli i lindur nga nëna e njëjtë, i atësuar nga i njëjti baba

Si dhe anëtarë të tjerë jo të familjes së ngushtë:

- Gjyshja: nëna e prindit
- Gjyshi: babai i prindit
- Mbesa: vajza e fëmijës
- Nipi: djali i fëmijës

Familja nukleare përmban edhe kushërinj të tjerë:

- Tezja: motra e nënës, gruaja e vëllait të babait, gruaja e vëllait të nënës
- Xhaxhai: vëllai i babait, burri i motrës së nënës, burri i motrës së babait
- Halla: motra e babait
- Daja: vëllai i nënës

Madje, për shkak të rolit të patjetërsueshëm të familjes, qysh në vitin 1993, përkatësisht më 15 maj, Asambleja e Përgjithshme e Kombeve të Bashkuara e shpalli ditë të familjes, në mënyrë që kjo ditë të shërbejë për të gjithë qytetarët e botës si një kujtesë kolektive mbi rolin dhe rëndësinë e saj. Sot, me familje nënkuptohet si grup i individëve i lidhur nga gjaku ose martesa dhe që jetojnë (bashkëjetojnë), bashkëveprojnë ekonomikisht, si dhe ndajnë përgjegjësitë për t'i rritur fëmijët së bashku. Kurse, sipas Parsonit, "familja konsiderohet si fabrikë që prodhon personalitete njerëzore", që do të thotë se familja është grup social dhe agjens i parë i socializimit.

2.1.1 Përkufizimet strukturore të familjes

Përkufizimet strukturore të familjes përcaktojnë në mënyrë karakteristike, karakteristikat e anëtarëve të familjes siç janë ata që ndajnë një vendbanim, ose që janë të lidhur përmes lidhjeve të gjakut ose kontratave ligjore. Ky përkufizim përfshin shumë lloje të familjeve që zakonisht konsiderohen si të tilla duke përfshirë familjet tradicionale, familjet e rimartuara dhe familjet me një prind. Megjithatë, gjithashtu heq disa marrëdhënie që zakonisht konsiderohen si pjesë përbërëse e familjeve:

- Një gjysh që nuk banon në familje.
- Një prind i pamartuar i cili nuk banon me fëmijën e tij/saj.
- Një fëmijë në një familje të divorcuar që kalon gjysmën e javës me njërin prind dhe njerkun, dhe gjysmën tjetër me një prind dhe njerkë tjetër.

- Një burrë dhe një grua që janë martuar ligjërisht, por mbajnë apartamente të ndara dhe takohen me njëri -tjetrin gjatë fundjavave[16]

Një përkufizim tjetër strukturor i përdorur shpesh është "dy ose më shumë persona të lidhur me lindjen, martesën ose birësimin" (Ooms dhe Preister, 1988). Ky përkufizim zgjeron fushëveprimin duke i numëruar si njerëz "familjarë" që nuk jetojnë së bashku, por janë të lidhur biologjikisht ose përmes kontratave ligjore. Megjithatë, megjithëse ky përkufizim është më gjithëpërfshirës, disa do të pretendojnë se ai ende përjashton disa aranzhime që shumë mund t'i njohin si familje të ligjshme. Për shembull, familjet birësuese afatgjata nuk lidhen me lindjen, martesën ose birësimin, por kryejnë shumë funksione familjare gjatë një periudhe të konsiderueshme kohore.

2.1.2 Përkufizimet funksionale të familjes

Përkufizimet e tjera largohen nga marrëdhëniet me gjakun ose një përkufizim ligjor dhe përqendrohen në funksionet që kryejnë familjet.

Sipas shumicës së përkufizimeve funksionale, një familje është çdo njësi në të cilën ekziston:

- Ndarja e burimeve dhe pronës ekonomike.
- Një marrëdhënie e kujdesshme dhe mbështetëse.
- Angazhimi ose identifikimi me anëtarët e tjerë të familjes.
- Përgatitja e fëmijëve të lindur ose rritur nga anëtarët për t'u bërë anëtarë të rritur të shoqërisë.

Një përkufizim strukturor do të pretendonte se fëmijët janë të lidhur me gjak ose birësim, ndërsa një përkufizim funksional mund të përcaktojë familjen si kushdo që është atje për t'u kujdesur për fëmijën. Nëse çështja është kujdesi për anëtarët e dobët të moshuar, strukturalistët do të shqetësoheshin se kush ka përgjegjësinë ligjore për personat e varur;

Funksionalistët, nga ana tjetër, do të theksonin se kush po kujdeset nëse është një vëlla ose një vëlla i rritur, një mik ose një shok i ngushtë. Një udhëzues mund të jetë të shkruani përkufizimin në një mënyrë që përforcon dhe jo mposht qëllimin e programit ose politikës specifike (Eshleman, 1991).

2.2 Familja - Marrëdhënie

Për mirë dhe për keq, marrëdhëniet familjare luajnë një rol qendror në formimin e mirëqenies së një individi përgjatë rrjedhës së jetës. Marrëdhëniet familjare mund të bëhen edhe më të rëndësishme për mirëqenien me rritjen e moshës së individëve, shtimin e nevojave për përkujdesje dhe lidhjet shoqërore në fusha të tjera, siç është vendi i punës.

2.2.1 Rrugët që lidhin marrëdhëniet familjare me mirëqenien

Anëtarët e familjes janë të lidhur në mënyra të rëndësishme gjatë çdo faze të jetës, dhe këto marrëdhënie janë një burim i rëndësishëm i lidhjes shoqërore dhe ndikimit shoqëror për individët gjatë gjithë jetës së tyre. Provat thelbësore tregojnë vazhdimisht se marrëdhëniet shoqërore mund

[18] Sharma R. The Family and Family Structure Classification Redefined for the Current Times. J Family Med Prim Care. 2013

të ndikojnë thellësisht në mirëqenien gjatë gjithë jetës. Cilësia e marrëdhënieve familjare, duke përfshirë mbështetjen sociale (p.sh., dhënien e dashurisë, këshillës dhe kujdesit) mund të ndikojnë në mirëqenien përmes rrugëve psikosociale, dhe fiziologjike të sjelljes. Stresorët dhe mbështetja sociale janë përbërësit kryesorë të teorisë së procesit të stresit, i cili argumenton se stresi mund të dëmtojë shëndetin mendor ndërsa mbështetja sociale mund të shërbejë si një burim mbrojtës. Anëtarët e familjes gjithashtu mund të rregullojnë sjelljet e njëri-tjetrit dhe të japin informacion dhe inkurajim për t'u sjellë në mënyra më të shëndetshme dhe për të përdorur në mënyrë më efektive shërbimet e kujdesit shëndetësor, por stresi në marrëdhënie gjithashtu mund të çojë në sjellje kompromentuese të shëndetit si mekanizma përballues për stresin. Është e qartë se cilësia e marrëdhënieve familjare mund të ketë pasoja të konsiderueshme për mirëqenien.

2.2.2 Marrëdhëniet martesore

Një perspektivë e rrjedhës së jetës ka vendosur marrëdhëniet martesore si një nga marrëdhëniet më të rëndësishme që përcaktojnë kontekstin e jetës dhe nga ana tjetër ndikojnë në mirëqenien e individëve gjatë gjithë moshës madhore. Të qenit i martuar, veçanërisht i martuar me lumturi, shoqërohet me një shëndet më të mirë mendor dhe fizik, dhe forca e efektit martesor në shëndet është e krahasueshme me atë të faktorëve të tjerë tradicionalë të rrezikut si pirja e duhanit dhe obeziteti. Modeli i burimeve martesore sugjeron që martesa promovon mirëqenien përmes rritjes së aksesit në burimet ekonomike, sociale dhe promovuese të shëndetit. Modeli i stresit sugjeron që aspektet negative të marrëdhënieve martesore të tilla si tendosja martesore dhe shpërbërjet martesore krijojnë stres dhe minojnë mirëqenien, ndërsa aspektet pozitive të marrëdhënieve martesore mund të nxisin mbështetje sociale, të rrisin vetëvlerësimin dhe të promovojnë sjellje më të shëndetshme në përgjithësi dhe në përballimin e tyre. me stres.

Marrëdhëniet martesore gjithashtu priren të bëhen më të spikatura me rritjen e moshës, pasi marrëdhëniet e tjera shoqërore si ato me anëtarët e familjes, miqtë dhe fqinjët shpesh humbin për shkak të zhvendosjes gjeografike dhe vdekjes në pjesën e mëvonshme të rrjedhës së jetës. Njerëzit e martuar, mesatarisht, gëzojnë shëndet më të mirë mendor, shëndet fizik dhe jetëgjatësi më të gjatë sesa njerëzit e divorcuar/ndarë, të ve, dhe të pamartuar, megjithëse hendeku shëndetësor midis të martuarve dhe atyre që nuk janë martuar është zvogëluar në dekadat e fundit. Për më tepër, lidhjet martesore me mirëqenien varen nga cilësia e marrëdhënies; ata që janë në martesa të vështira kanë më shumë të ngjarë të raportojnë simptoma depresive dhe shëndet më të dobët sesa ata në martesa të lumtura, ndërsa një martesë e lumtur mund të zbusë efektet e stresit nëpërmjet qasjes më të madhe në mbështetje emocionale.

2.2.3 Marrëdhëniet ndërgjenerative

Fëmijët dhe prindërit priren të qëndrojnë të lidhur ngushtë me njëri-tjetrin gjatë gjithë rrjedhës së jetës, dhe është vërtetuar mirë se cilësia e marrëdhënieve ndërgjenerative është themelore për mirëqenien e të dy brezave. Hulumtimet e fundit gjithashtu tregojnë rëndësinë e marrëdhënieve

me nipërit dhe mbesat për të rriturit në moshë. Prindërit, gjyshërit dhe fëmijët shpesh ofrojnë kujdes për njëri-tjetrin në pika të ndryshme të rrjedhës së jetës, të cilat mund të kontribuojnë në mbështetjen sociale, stresin dhe mekanizmat e kontrollit shoqëror që ndikojnë në shëndetin dhe mirëqenien e secilit në mënyra të rëndësishme gjatë rrjedhës së jetës

2.2.3.a Prindërit

Bursa familjare nxjerr në pah kompleksitetin e marrëdhënieve prind-fëmijë, duke gjetur se prindërimi gjeneron si shpërblime ashtu edhe stres, me implikime të rëndësishme për mirëqenien. Prindërimi rrit kufizimet kohore, duke prodhuar stres dhe duke zvogëluar mirëqenien, veçanërisht kur fëmijët janë më të vegjël, por prindërimi gjithashtu mund të rrisë integrimin shoqëror, duke çuar në mbështetje më të madhe emocionale dhe një ndjenjë përkatësie dhe kuptimi, me pasoja pozitive për mirëqenien. Normat e detyrimit birësor të fëmijëve të rritur për t'u kujdesur për prindërit mund të jenë një formë e kapitalit shoqëror që prindërit të kenë qasje kur lindin nevojat e tyre. Edhe pse modeli i përgjithshëm është se marrja e mbështetjes nga fëmijët e rritur është e dobishme për mirëqenien e prindërve, ka gjithashtu dëshmi që tregojnë se marrja e mbështetjes sociale nga fëmijët e rritur lidhet me mirëqenien më të ulët në mesin e të rriturve, duke sugjeruar se sfidat ndaj identitetit të pavarësisë dhe dobësia mund të kompensojnë disa nga përfitimet e marrjes së mbështetjes.

2.2.3.b Fëmijët e rritur

Ndërsa fëmijët dhe prindërit plaken, natyra e marrëdhënies prind -fëmijë shpesh ndryshon në mënyrë që fëmijët e rritur të marrin një rol kujdestar për prindërit e tyre më të moshuar. Fëmijët e rritur shpesh përjetojnë presione konkurruese të punësimit, duke u kujdesur për fëmijët e tyre dhe duke siguruar kujdes për prindërit e moshuar. Mbështetja nga lidhjet ndërbreznore gjatë kësaj kohe stresuese të balancimit të roleve të familjes dhe detyrimeve të punës mund të jenë veçanërisht të rëndësishme për shëndetin mendor të të rriturve në moshën e mesme. Për më tepër, cilësia e marrëdhënies së rritur fëmijë-prind mund të ketë më shumë rëndësi për mirëqenien e fëmijëve të rritur sesa kujdesi që ata ofrojnë. Megjithëse kujdesi është një çështje kritike, fëmijët e rritur në përgjithësi përjetojnë shumë vite me prindërit në shëndet të mirë, dhe cilësia e marrëdhënieve dhe shkëmbimet e mbështetjes kanë implikime të rëndësishme për mirëqenien përtej roleve të kujdesit. Hulumtimet e ndryshme tregojnë që shumica e të rriturve ndihen emocionalisht mirë pranë prindërve të tyre, dhe mbështetja emocionale si inkurajimi, shoqërimi dhe shërbimi si i besuar shkëmbehet zakonisht në të dy drejtimet.

2.2.3.c Gjyshërit

Marrëdhëniet e gjyshërve me nipërit dhe mbesat e tyre në përgjithësi lidhen me rritjen e mirëqenies si për gjyshërit ashtu edhe për nipërit e mbesat, me disa përjashtime , të tilla si kur ato përfshijnë përgjegjësi më të gjera të kujdesit ndaj fëmijëve. Shumica e gjyshërve angazhohen në aktivitete me nipërit e mbesat e tyre, ndihen pranë nipërve të tyre, e konsiderojnë rolin e gjyshit të rëndësishëm dhe përjetojnë mirëqenie më të ulët nëse humbin kontaktin me nipërit e tyre. Sidoqoftë, një përqindje e madhe e fëmijëve jetojnë në familje të mbajtura nga gjyshërit, dhe

gjyshërit që kujdesen për nipërit e mbesat e tyre pa mbështetjen e prindërve të fëmijëve zakonisht përjetojnë stres .

2.2.3.d Marrëdhëniet vëllazërore

Marrëdhëniet midis vëllezërve dhe motrave nuk janë studiuar dhe kërkimi mbi vëllezërit e motrat e rritur është më i kufizuar sesa për marrëdhëniet e tjera familjare. Sidoqoftë, marrëdhëniet vëllezër e motra janë shpesh marrëdhënia më e gjatë familjare në jetën e një individi për shkak të jetëgjatësisë së njëkohshme të jetës. Dëshmitë në dispozicion sugjerojnë se marrëdhëniet me cilësi të lartë të karakterizuara nga afërsia me vëllezërit dhe motrat lidhen me nivele më të larta të mirëqenies, ndërsa marrëdhëniet vëllezër e motra të karakterizuara nga konflikti dhe mungesa e afërsisë kanë qenë të lidhura me mirëqenie më të ulët dhe depresion sidomos përdorimi i drogës në moshën e rritur. Vëllezërit dhe motrat luajnë role të rëndësishme në mbështetjen e shkëmbimeve dhe kujdesit, veçanërisht nëse vëllai ose motra e tyre përjetojnë dëmtime fizike në raste të tilla kur bashkëshorti ose fëmijët e tyre të rritur, nuk janë në dispozicion[17].

2.3 Familja – Dinamike

Dinamika familjare i referohet modeleve të ndërveprimeve midis të afërmve, roleve dhe marrëdhënieve të tyre dhe faktorëve të ndryshëm që formojnë ndërveprimet e tyre. Për shkak se anëtarët e familjes mbështeten tek njëri -tjetri për mbështetje emocionale, fizike dhe ekonomike, ata janë një nga burimet kryesore të sigurisë ose stresit në marrëdhënie. Marrëdhëniet e sigurta dhe mbështetëse familjare japin dashuri, këshilla dhe kujdes, ndërsa marrëdhëniet stresuese familjare janë të ngarkuara me argumente, reagime të vazhdueshme kritike dhe kërkesa të rënda. Ndërveprimet ndërnjerëzore midis anëtarëve të familjes kanë ndikime të qëndrueshme dhe ndikojnë në zhvillimin dhe mirëqenien e një individi përmes rrugëve psikosociale, të sjelljes dhe fiziologjike. Kështu, dinamika familjare dhe cilësia e marrëdhënieve familjare mund të kenë një ndikim pozitiv ose negativ në shëndet. Disa faktorë mund të ndikojnë në dinamikën e familjes. Disa studiues kanë identifikuar:

- individualizimin,
- reciprocitetin,
- fleksibilitetin,
- stabilitetin,
- komunikimin e qartë ,
- reciprocitetin e roleve si faktorët kryesorë që kontribuojnë në dinamikat e shëndetshme të familjes. Në veçanti, reciprociteti, që do të thotë një ndjenjë e përbashkët kohezioni dhe ngrohtësie, është identifikuar si faktori më i fortë kontribues.

Në të kundërt, faktorët që kontribuojnë në dinamikat e pashëndetshme të familjes përfshijnë:

- grindjen,
- izolimin,
- ngurtësinë,
- çorganizimin,

[17] Patricia A. Thomas, Hui Liu, Debra Umberson. Family Relationships and Well-Being. nnovation in Aging, 2017, Vol. 1, No. 3, 1–11

- komunikimin e paqartë ,
- konfliktin e roleve[18].

Hulumtimet e shumta kanë treguar rëndësinë e dinamikës së familjes për shëndetin, sëmundjet dhe rezultatet e rimëkëmbjes. Sidoqoftë, ka pak konsensus shkencor mbi përcaktimin e saktë të dinamikës dhe familjes. Për shembull, disa studime të pacientëve që marrin trajtim për sëmundje mendore kanë përcaktuar pozitiv ndikimin mbështetës të prindit të pacientit. Studime të tjera që hetojnë rolin e dinamikës së familjes në proceset e rimëkëmbjes marrin parasysh situatën aktuale të jetesës së pacientit, duke përfshirë kështu bashkëshortin dhe fëmijët.

2.3.1 Rëndësia klinike

Dinamika e familjes luan një rol të rëndësishëm në rezultatet shëndetësore dhe për këtë arsye meriton vëmendje në mjediset klinike. Dinamika e pashëndetshme e familjes mund të bëjë që fëmijët të përjetojnë trauma dhe stres ndërsa rriten. Ky lloj ekspozimi, i njohur si përvojat e pafavorshme të fëmijërisë (ACE), lidhet me një rrezik në rritje të zhvillimit të problemeve të shëndetit fizik dhe mendor. Në mënyrë të veçantë, ato rrisin rrezikun e një individi për të zhvilluar sëmundje të zemrës, mushkërive dhe mëlçisë, depresion, ankth dhe më shumë. Dinamikat e pashëndetshme të familjes gjithashtu lidhen me një rrezik në rritje të përdorimit të substancave dhe varësisë tek adoleshentët. Konflikti i roleve midis prindërve dhe adoleshentëve, një faktor kontribues në dinamikën e dobët të familjes, shoqërohet me agresionin adoleshent, ndërsa reciprokiteti (kohezioni dhe ngrohtësia) tregohet të jetë një faktor mbrojtës kundër sjelljes agresive.

Një rishikim i literaturës i efektit të dinamikës së familjes në shëndetin e gjumit dhe shëndetin kardiovaskular tregoi se dinamika negative e familjes lidhet me rezultatet e dobëta të gjumit, rritjen e rrahjeve të zemrës dhe rritjen e presionit të gjakut, gjë që çon në një rritje të rrezikut të zhvillimit të hipertensionit. Në të njëjtin studim, ata gjithashtu gjetën dëshmi se reciprociteti midis anëtarëve të familjes shoqërohet me rezultate më të mira të gjumit tek fëmijët. Studime të tjera demonstrojnë se dinamikat e pashëndetshme familjare të shkaktuara nga ndërveprimet me cilësi të dobët midis prindërve dhe fëmijëve shoqërohen me një rrezik në rritje të obezitetit në fëmijëri, ndërsa ndërveprimet pozitive shërbejnë si një faktor mbrojtës kundër obezitetit të fëmijërisë.

Dinamika e familjes është gjithashtu përcaktues i rëndësishëm i shëndetit dhe mirëqenies për pacientët e moshuar.

Dinamika e familjes ka të bëjë me punën shumë personale brenda familjeve. Këto mund të shprehen në mënyra direkte dhe indirekte, në mënyrë të hapur ose të fshehtë. Dinamika ka të bëjë me efektet dhe rezultatet e sjelljes: atë që vë në lëvizje. Dinamika e familjes ka të bëjë me mekanizmat e brendshëm të një grupi familjar. Familjet mund të kenë gjuhën e tyre, mënyrat e tyre unike të komunikimit. Familjet përmbajnë udhëzime dhe pritshmëri. Dinamika e familjes përfaqëson një dimension shtesë që i përket familjes. Familjet ndjekin rregullat e tyre, duke respektuar kërkesat e jashtme të caktuara. Ata janë të ndikuar nga anëtarët e tyre, por nga ana

[18] Jabbari B, Rouster AS. Family Dynamics. Updated 2021 Jul 26

tjetër ata ndikojnë në të gjithë ata individë që pretendojnë atë familje të veçantë si të tyren. Familjet janë gjithashtu vendi për t'u strehuar, festuar, vajtuar, rritur dhe përtërirë.

2.3.2 Pse duhet studiuar dinamika e familjes?

Dinamika e familjes si fushë studimi ka fuqinë të nxjerrë në pah forcat konstruktive, neutrale, apo edhe shkatërruese në jetën e familjeve dhe anëtarëve të tyre. Për profesionistët që punojnë me familje, kuptimi i dinamikës së familjes mban një çelës drejt shpjegimit dhe kuptimit të sjelljeve të caktuara, të cilat nga ana e tyre mund të jenë të rëndësishme në udhëzimin e familjeve drejt rezultateve optimale. Studimi i dinamikës së familjes shpërblehet duke fituar një pasqyrë më të mirë në mekanikën e një sistemi të veçantë familjar ose të shumë sistemeve familjare në përgjithësi. Ky perceptim nga ana tjetër lejon informacion në lidhje me atë që mund të presim në jetën tipike familjare dhe çfarë përbën efikasitetin e familjes. Ai gjithashtu rrit ndërhyrjet siç është terapia familjare dhe terapia e lidhur me të, dhe mund të ndihmojë rezultate më të mira për të ardhmen[19].

2.4 Familja – Rolet

2.4.1 Roli dhe funksionet e familjes

Familja normalisht ka një rol domethënës në proceset e jetës dhe në proceset shoqërore. Ky rol ndërlidhet me shumë funksione të saj. Megjithatë, roli më I madh është në riprodhimin biologjik, në edukimin e fëmijëve, duke mos anashkaluar këtu edhe rolet e tjera, si në funksionin ekonomik, që ka për qëllim mbështetjen në ushqim, veshje, strehim, etj., pastaj funksionin emocional, që ka për qëllim mbështetjen në intimitet, shoqëri, përkatësi, etj., funksionin socializues, që për qëllim ka socializimin e fëmijëve, rritjen e tyre, e kështu me radhë.

2.4.2 Familja si burim për shoqërinë

Tre lloje të realiteteve "familjare"

1. familja ,babai- nëna-fëmijë,
2. familja, dy prindër pa fëmijë,
3. familja, një prind me një fëmijë,

Familja është dhe mbetet burimi jetik i shoqërisë. Në këto raste, familjet zhvillojnë virtyte të veçanta të fuqizimi dhe qëndrueshmëria, siç i përcaktojnë disa studiues. Shembulli i familjeve që gjenerojnë përfitime për të gjithë shoqërinë jepet nga familjet birësuese.

Kapitali civil i shoqërisë gjenerohet pikërisht nga virtytet unike dhe të pazëvendësueshme për familjen. Prandaj shoqëria e globalizuar do të jetë në gjendje të promovojë një kulturë të familjes që e rimendon atë si një lidhje vitale mes lumturisë private dhe lumturisë publike. Hulumtimet empirike tregojnë që familja bëhet gjithnjë e më shumë, dhe jo gjithnjë e më pak, faktori vendimtar për mirëqenie materiale dhe shpirtërore e njerëzve. Nga këto dinamika mund të

[19] Clara Gerhardt. Families in motion. Dynamics in diverse contexts. 1st Edition. 2019. 3-20

kuptojmë pse dhe si familja ushqen ato virtyte, personale dhe shoqërore, të cilat e bëjnë njeriun të lumtur .[20].

2.4.3 Rolet gjinore

Teoritë e zhvillimit njohin dhe kategorizojnë rolet gjinore në tri tipa të roleve gjinore: roli riprodhues (social), roli prodhues, dhe roli komunitar (menaxhimi i komuniteteve).

2.4.3.a Roli riprodhues (social) Në këtë rol kategorizohen të gjitha veprimtaritë të cilat mundësojnë vazhdimësinë e jetës së përditshme. Ai përfshin aktivitetet e përkujdesit dhe mbajtjes së shtëpisë, familjes dhe anëtarëve të saj. Disa shembuj të këtyre aktiviteteve janë:

- Sjellja në jetë dhe kujdesi për fëmijët;
- Pazaret;
- Punët e shtëpisë;
- Përkujdesi për të sëmurët, etj.
- Përgatitja e ushqimit;

Ky rol është thelbësor për mbijetesën dhe sigurimin e vazhdimësisë së njerëzimit. Gati kudo në botë, roli riprodhues social është përgjegjësi kryesore e grave dhe vajzave. Megjithatë, përfshirja e grave dhe burrave, vajzave dhe djemve në këtë rol (ashtu si edhe në rolet e tjera) varion në kohë dhe hapësirë.

2.4.3.b Roli prodhues: ky rol përfshin aktivitete që ndërmerren me qëllim prodhimin e të mirave dhe shërbimeve për konsum apo tregtim/shitje. Shembuj të disa prej këtyre aktiviteteve janë ato që zhvillohen në:

- Bujqësi dhe blegëtori
- Peshkim
- Punësim (formal apo informal)
- Vetë-punësim

Ky rol është gjithashtu shumë i rëndësishëm, madje është roli me të cilin ka më shumë të ngjarë të identifikohen njerëzit. Për shembull, nëse pyet dikë me se merret, zakonisht do i referohet rolit prodhues, që është i paguar dhe/ose sjell të ardhura – mësues/e, mjek/e, bari/bareshë, qëndistar/e etj.

Nëse ndalemi në gjatë për të shqyrtuar rolin prodhues në shoqëri, do të vinim re se ai karakterizohet nga ndarje gjinore të njohura si segregim horizontal dhe vertikal.

Segregimi horizontal: më këtë kuptojmë ndarjen gjinore, apo përqendrimin e burrave dhe grave në sektorë të ndryshëm, në nivel horizontal. Për shembull, vetë pjesëmarrja e burrave dhe grave në rolin prodhues (formal) është një tregues i segregimit gjinor horizontal të punës. Në të gjithë botën, gratë janë më pak të përfshira në aktivitetin prodhues, në tregun e punës. Edhe vendi ynë

[20] Vincenzo Paglia. LA FAMIGLIA COME RISORSA DELLA SOCIETA'. 2021

nuk përbën përjashtim. Grafiku i mëposhtëm, shkëputur nga botimi më i fundit i INSTAT "Burrat dhe gratë në Shqipëri 2020"[21], ilustron hendekun gjinore në tregun e punës në Shqipëri për periudhën kohore nga viti 2013 deri në vitin 2019.

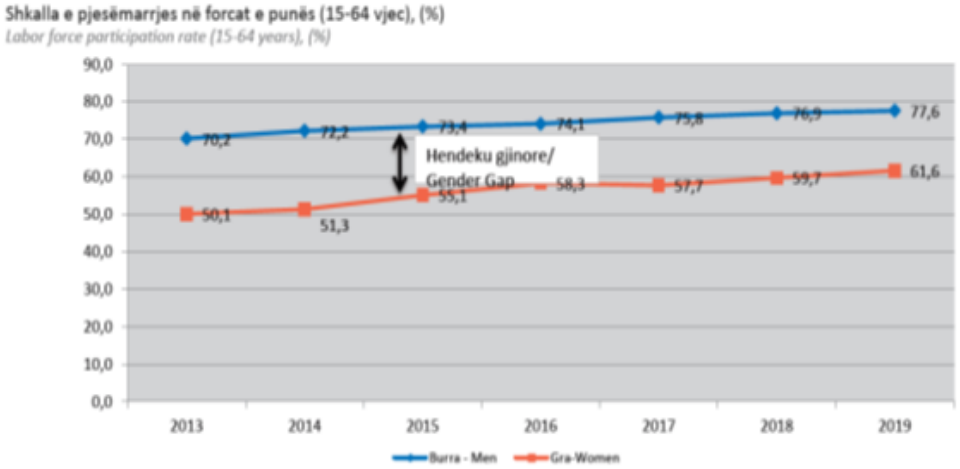


Figura 2.1. Shkalla e pjesëmarrjes së burrave dhe grave në forcën e punës, në Shqipëri.

Megjithatë, ajo që do të ilustronte edhe më saktë konceptin e segregimit gjinor horizontal të rolit prodhues është përqendrimi i secilës prej gjinive në sektorë të ndryshëm të prodhimit të të mirave dhe shërbimeve. Po në të njëjtin botim të INSTAT (2020), përmes të dhënave të vitit 2019, tregohet shpërndarja e gjinive në sektorët kryesorë të ekonomisë. Gratë dominojnë në sektorë si agrikultura, industria përpunuese, dhe shërbimet që nuk janë të orientuara drejt tregut. Burrat në sektorë më fitimprurës apo të mirë-paguar, si shërbimet e orientuara drejt tregut, industri nxjerrëse (energji, gaz, ujë), dhe ndërtim. Shiko për detaje Figurën 2.

[21] Shiko për më shumë http://www.instat.gov.al/al/publikime/librat/2020/burrat-dhe-grat%C3%AB-n%C3%AB-shqip%C3%ABri-2020/

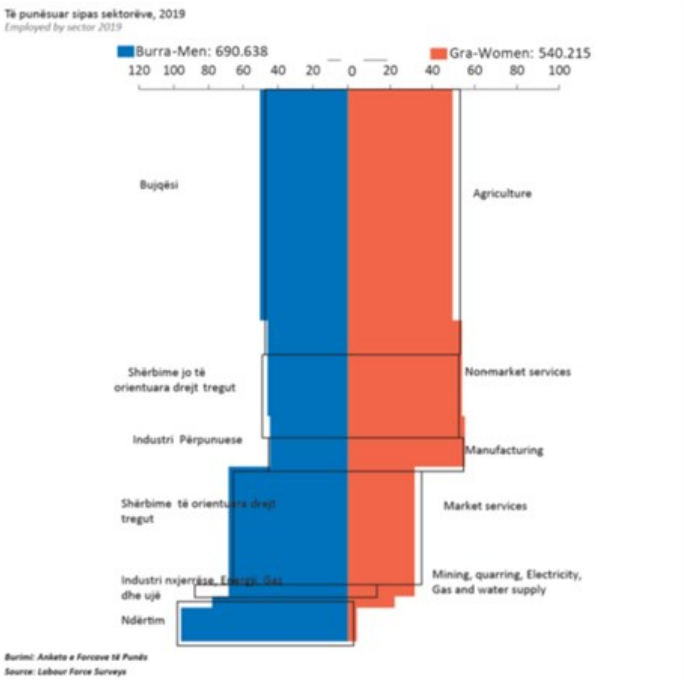


Figura 2.2. Segregimi gjinore horizontal i rolit prodhues, në Shqipëri (2019)

2.4.3.c Roli komunitar*:* Puna komunitare/në komunitet përfshin aktivitet të cilat bëhen për t'u organizuar kolektivisht në kuadër të ngjarjeve dhe shërbimeve sociale. Në këtë rol përfshihen nga aktivitetet më të thjeshta për organizimin e festave dhe ceremonive e deri në aktivitetet dhe angazhimet qytetare dhe politike. Disa shembuj të këtij roli përfshijnë aktivitete si:

- Organizmi i ceremonive, festimeve, etj.
- Pjesëmarrje në grupe / organizata qytetare/të shoqërisë civile
- Aktivitete politike
- Aktivitete mjedisore etj.

Ky rol rrallë herë konsiderohet në analizat ekonomike, por kërkon shumë kohë dhe burime (shpesh apo kryesisht të ofruara vullnetarisht). Edhe pse edhe burrat edhe gratë përfshihen në këtë rol, sërish, ndarjet gjinore persistojnë. Burrat më shumë se gratë dominojnë aktivitete me natyrë të rolit komunitar. Megjithatë, këtu vërehet edhe një ndarje vertikale, ku në nivel lokal edhe më pranë familjeve të tyre, gratë kanë një pjesëmarrje më të madhe. Ajo bie ndjeshëm në aktivizimin e tyre në nivel rajonal apo kombëtar/qendror.

Por si mund të duket shpërndarja dhe balancimi i këtyre roleve në jetët e burrave dhe grave? Për këtë mund të na vijnë në ndihmë evidenca nga anketat e përdorimit të kohës. Një anketë e tillë në Shqipëri është realizuar në vitin 2011. Më poshtë paraqitet një nga grafikët që tregon kohën mesatare që burrat dhe gratë, vajzat dhe djemtë nga 10 vjeç deri në 65+ kanë raportuar se shpenzojnë në punë të paguar, punë të papaguar, studim, kujdes personal, kohë të lirë dhe

aktivitete të tjera. Siç shihet qartë, puna e papaguar (ngjyra e gjelbër) është më shumë prezentë në jetët e grave, por edhe të vajzave sesa të burrave dhe djemve. Puna e paguar nga ana tjetër është më shumë prezente tek burrat sesa tek gratë.

Grafiku 3.5[15]: **Koha mesatare e shpenzuar për aktivitete sipas gjinisë dhe moshës, popullsia shqiptare e moshës 10 vjeç e sipër, ditëve të javës.**

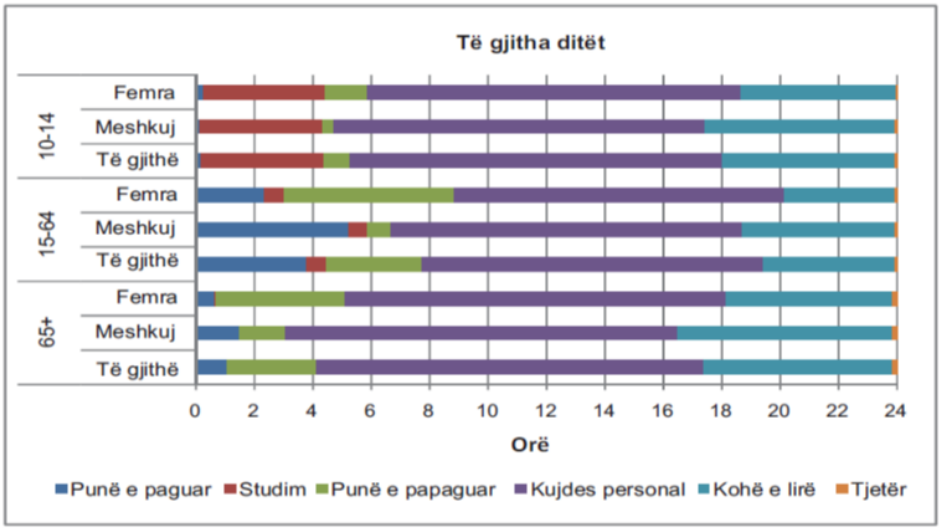


Figura 2.3. Koha mesatare që gratë dhe burrat/vajzat dhe djemtë shpenzojnë në aktivitete të ndryshme gjatë të gjitha ditëve të javës. (Shqipëri, Anketa e Përdorimit të Kohës 2011)

3

Koncepti i familjes si klient
Koncepti i familjes si kontekst
Ndikimi i familjes në shëndet

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Kuptojë konceptin e familjes si klient
- Njohë ndikimin e familjes në shëndet
- Njohë karakteristikat e familjes

3.1 Koncepti i familjes si klient.

Infermierët e komunitetit janë të lidhur ngushtë me familjet. Familja luan një rol kritik në shëndetin e anëtarëve të saj. Zakonet shëndetësore të tilla si kujdesi parandalues, dieta, stërvitja dhe aktiviteti fizik zhvillohen në kontekstin e familjes. Besimet shëndetësore, ndikimet gjenetike dhe kujdesi për anëtarin e sëmurë të familjes ndodhin të gjitha brenda mjedisit familjar. Infermieri i shëndetit në komunitet është në një pozicion unik për të ndikuar dhe promovuar shëndetin e familjes. Përkufizimi i familjes ndryshon sipas organizimit, disiplinës dhe individit. Këto përkufizime sigurisht që po ndryshojnë me njohjen e fundit të ligjeve të martesës së të njëjtit seks.

3.1.1 Shëndeti familjar

Shëndeti i familjes përcaktohet si një "gjendje dinamike të ndryshimit të mirëqenies, e cila përfshin faktorët biologjikë, psikologjikë, shpirtërorë, sociologjikë dhe kulturorë të anëtarëve individualë dhe të gjithë sistemit familjar". Shëndeti familjar ka të bëjë me atë se sa mirë familja funksionon së bashku si një njësi. Ai përfshin jo vetëm shëndetin e anëtarëve dhe mënyrën se si ata lidhen me anëtarët e tjerë, por edhe sa mirë ata lidhen dhe përballen me komunitetin, jashtë familjes. Në fakt, shëndeti i familjes, si shëndeti individual, shkon përgjatë një vazhdimësie nga mirëqenia në sëmundje.

Ka shumë mënyra se si infermierët e komunitetit mund t'u afrohen familjeve. Infermierët mund të ofrojnë kujdes për individët brenda familjes ose për familjen si klient (familja si kontekst) ose për familjen si sistem. Infermierët punojnë me individë brenda familjeve çdo ditë. Më shpesh, individi është marrësi i kujdesit. Ndërsa vlerëson nevojat e individit, infermierja duhet të përfshijë familjen në vlerësim, pasi familja është ofruesi kryesor i kujdesit. Kjo mund të

përfaqësojë familjen si kontekst. Infermierët që punojnë me familjet si një sistem e shohin familjen si pjesë të një suprasistemi më të madh që përfshin shumë nënsisteme. Familja bëhet më e madhe se shuma e të gjitha pjesëve të saj[22].

3.1.2 Karakteristikat universale të familjeve

Mund të bëhen disa vëzhgime për familjet në përgjithësi. Së pari, çdo familje është unike, me fuqinë e vet të veçantë. Familjet ndajnë karakteristikat universale me çdo familje tjetër. Këto karakteristika ofrojnë një çelës të rëndësishëm për të kuptuar veçantinë e secilës familje. Pesë nga karakteristikat më të rëndësishme të familjes që infermierët e shëndetit të komunitetit duhet të njohin janë si më poshtë:

- Çdo familje është një sistem i vogël shoqëror.
- Çdo familje kalon nëpër faza në ciklin e saj të jetës.
- Çdo familje ka vlerat dhe rregullat e veta kulturore.
- Çdo familje ka strukturë.
- Çdo familje ka disa funksione themelore.

3.1.3 Familjet si sisteme shoqërore

Teoria e sistemeve ofron disa njohuri rreth asaj se si familjet funksionojnë si sisteme shoqërore. Njohja e atributeve të sistemeve të gjalla ose sistemeve të hapura mund të ndihmojë në forcimin e të kuptuarit të strukturës dhe funksionit të familjes. Ekzistojnë pesë atribute të sistemeve të hapura që ndihmojnë në shpjegimin se si funksionojnë familjet:

1. Ndërvarësia midis anëtarëve

Të gjithë anëtarët e një familje janë të ndërvarur, veprimet e secilit anëtar ndikojnë tek anëtarët e tjerë, dhe ajo që ndikon në sistemin e familjes prek çdo anëtar të familjes.

Për shembull, merrni parasysh ndryshimet që një baba mund të bëjë për të zvogëluar rrezikun e tij nga sëmundjet koronare të zemrës. Nëse ai shkurton punën jashtë orarit, të ardhurat e familjes do të zvogëlohen. Nëse ai fillon të hajë ushqime të ndryshme, përgatitja e ushqimit dhe modelet e të ngrënit në familje do të ndryshojnë. Nëse ai fillon një program të ri ushtrimesh tre mbrëmje në javë, kjo mund të shqetësojë rutinat e tjera të familjes. Edhe aftësia e tij për të kryer rolet e tij të zakonshme si burrë dhe baba mund të ndikohet nëse, për shembull, ai ka më pak kohë për të ndihmuar fëmijët e tij me detyrat e shtëpisë ose për të ndarë punët e shtëpisë me gruan e tij.

2. Kufijtë e familjes

Familjet si sisteme vendosin dhe mbajnë kufij që mund të përfshijnë ndikime të jashtme (të përshkueshme) ose jo (kufizuese). Këta kufij rezultojnë nga përvojat dhe pritjet e përbashkëta dhe lidhin anëtarët e familjes së bashku në një lidhje që përjashton pjesën tjetër të botës. Gjithashtu një përqendrim më i madh i energjisë ekziston brenda familjes sesa midis familjes dhe mjedisit të saj të jashtëm, duke krijuar kështu një kufi të sistemit familjar.

[22]Yeis Miguel Borré et al,. Importance and recognition of the family in health care: a reflection for nursing. 2017

3. Shkëmbimi i energjisë

Kufijtë e familjes janë gjysmë të përshkueshëm; megjithëse mbrojnë dhe ruajnë njësinë e familjes, ato gjithashtu lejojnë lidhjen selektive me botën e jashtme. Për të funksionuar në mënyrë adekuate si sisteme të hapura, familjet shkëmbejnë materiale ose informacione me mjedisin e tyre. Ky proces quhet shkëmbim energjie. Ky shkëmbim promovon një ekuilibër të shëndetshëm ekologjik midis sistemit familjar dhe mjedisit që është bashkësia e tij e afërt[23].

4. Cikli i jetës familjare

Shumë nga karakteristikat dhe fazat e përcaktuara të zhvillimit të rritjes individuale vlejnë edhe për familjet. Përbërja e familjes, grupi i roleve dhe marrëdhëniet ndërnjerëzore ndryshojnë me kalimin e kohës. Familjet gjithashtu ndryshojnë me secilën fazë të ciklit të jetës familjare. Infermierët e komunitetit të cilët kanë njohuri për këtë cikël mund të japin udhëzime paraprake për familjet

4.1 Fazat e ciklit të jetës familjare

Ekzistojnë dy faza të gjera në ciklin e jetës familjare: një e zgjerimit pasi shtohen anëtarët e rinj dhe rriten rolet dhe marrëdhëniet, dhe një tkurrje pasi anëtarët e familjes largohen për të filluar jetën e tyre ose të moshës ose të vdesin. Brenda këtij kuadri të zgjerimit të kontraktimit të familjes janë faza më specifike, të tilla si nisja e fëmijëve dhe dalja në pension e prindërve.

4.2 Detyrat zhvillimore të familjes

Për të përparuar nëpër fazat e ciklit të jetës, një familje duhet të kryejë funksionet e saj themelore dhe detyrat zhvillimore që lidhen me ato funksione. Ndryshe nga detyrat zhvillimore, të cilat janë specifike për çdo nivel moshe, detyrat e zhvillimit të familjes janë të vazhdueshme gjatë gjithë ciklit të jetës. Të gjitha familjet, për shembull, duhet të sigurojnë nevojat fizike të anëtarëve të tyre në çdo fazë. Mënyra dhe shkalla në të cilën kryhet çdo funksion ndryshon në varësi të asaj se sa mirë anëtarët përmbushin detyrat individuale të zhvillimit dhe plotësojnë kërkesat e një faze të caktuar. Mirëmbajtja fizike, për shembull, ndikon në aftësinë e prindërve për të pranuar përgjegjësinë dhe për të blerë burimet e nevojshme për të siguruar ushqim, veshmbathje dhe strehim për fëmijët e tyre. Në fazat e hershme, fëmijët varen nga prindërit për plotësimin e këtyre nevojave; në fazat e shkollës, fillimit të adoleshencës , fëmijët mund të kontribuojnë gjithnjë e më shumë në menaxhimin e shtëpisë dhe të ardhurat e familjes. Përgjegjësia për këto detyra zhvendoset nga prindërit tek anëtarët e tjerë të familjes gjithashtu. Disa funksione kërkojnë theks më të madh në faza të caktuara. Një familje në këtë fazë duhet të njohë nevojën që të rinjtë të marrin përgjegjësi për sjelljen e tyre .

5. Kultura Familjare

Kultura familjare është një njohuri e fituar që anëtarët e familjes përdorin për të interpretuar përvojat e tyre dhe për të gjeneruar sjelljet e tyre që nga ana tjetër ndikojnë në veprimet e tyre. Kultura familjare gjithashtu i jep infermierit të komunitetit një bazë për vlerësimin e shëndetit të

[23] A Family Impact Seminar Newsletter for Wisconsin Policymakers. A Family Perspective in Health Care. November 2002

familjes dhe hartimin e ndërhyrjeve të përshtatshme. Tre aspekte të kulturës familjare meritojnë vëmendje të veçantë:

1. Anëtarët e familjes ndajnë vlera të caktuara që ndikojnë në sjelljen e familjes.
2. Anëtarët e familjes ndajnë role të caktuara .
3. Kultura e një familje përcakton shpërndarjen dhe përdorimin e pushtetit të saj

5.1 Vlerat e përbashkëta dhe efekti i tyre në sjellje

Edhe pse familjet ndajnë shumë vlera kulturore të nxjerra nga shoqëria më e madhe në të cilën ata jetojnë, ato gjithashtu zhvillojnë karakteristika unike. Çdo familje ka grupin e vet të vlerave dhe rregullave të funksionimit që mund të konsiderohen si kulturë familjare. Ashtu si të gjitha vlerat kulturore, shumë vlera familjare mbeten jashtë vetëdijes së ndërgjegjshme të anëtarëve të familjes. Vlerat familjare përfshijnë ato besime të transmetuara nga brezat e mëparshëm, ndikimet fetare, presionet shoqërore . Vlerat bëhen pjesë përbërëse e jetës së një familje dhe janë të vështira për t'u ndryshuar. Një familje që vlerëson shprehjen e lirë për çdo anëtar, angazhohet rehat në debate të forta dhe të zhurmshme. Një familje tjetër që vlerëson qetësinë, rregullin dhe kontrollin nuk toleron që anëtarët e saj të ngrenë zërin. Një familje përdor planifikimin e lindjeve bazuar në besimet për jetën njerëzore dhe përgjegjësinë prindërore; një familje tjetër zgjedh të mos përdorë ,sepse anëtarët mund të mendojnë se është kundër fesë së tyre. Këndvështrimi për arsimin, kujdesin shëndetësor, stilin e jetës, miqësinë, martesën, edukimin e fëmijëve, rolet seksuale ose ndonjë nga çështjet e tjera që kërkojnë zgjedhje varet nga vlerat kulturore të familjes.

5.2 Rolet

Rolet, pjesët e caktuara ose të supozuara që luajnë anëtarët gjatë jetës së përditshme familjare, jepen dhe përcaktohen nga familja. Për shembull, roli i babait mund të caktohet si një autoritet që përfshin vendosjen e rregullave, gjykimin e sjelljes dhe administrimin e dënimit për shkeljen e rregullave. Në një familje tjetër, roli i babait mund të përkufizohet kryesisht si ai i mbajtësit të familjes dhe të mbështesë vendimet e nënës në rritjen e përditshme të fëmijëve. Nëse mungon një prind mashkull, një gjysh, xhaxhai, mik, apo edhe nëna mund të marrë rolin e babait. Përzgjedhja e roleve specifike që do të luhen në çdo familje të caktuar ndryshon në varësi të strukturës, nevojave dhe modeleve të funksionimit të familjes. Në një familje me një prind, prindi mund të ketë nevojë të marrë rolet e nënës, babait si dhe të tjerëve. Familjet shpërndajnë midis anëtarëve të tyre të gjitha përgjegjësitë dhe detyrat e nevojshme për të udhëhequr jetën familjare.

5.3 Struktura e Familjes

Globalisht, familjet - në të gjitha format e ndryshme - janë njësia bazë shoqërore. Në të kaluarën, kjo familje bërthamore shpesh shihej si normë për të gjithë. Ndryshimet në vlerat shoqërore dhe mënyrat e jetesës kulturore (p.sh., gratë që punojnë jashtë shtëpisë) të kombinuara me pranimin e stileve të jetesës alternative kanë ndryshuar përkufizimin e familjes. Sot, përkufizimet e një familje përfshijnë të rriturit e pamartuar që jetojnë së bashku me ose pa fëmijë, familjet me një prind, çiftet e divorcuara që kombinojnë familjet me fëmijët nga martesat e mëparshme (familja e përzier) dhe çiftet homoseksuale me ose pa fëmijë. Është një privilegj të fitosh hyrjen në

shtëpinë e një familjeje. Kjo është një hapësirë unike private që i përket familjes. Njerëzit që janë anëtarë të kësaj shtëpie ndërveprojnë, kujdesen për njëri -tjetrin dhe lidhen në mënyra që kurrë nuk mund të kuptohen plotësisht nga askush jashtë familjes. Prandaj, hyrja në këtë sistem i jep infermierit të komunitet një mundësi për të punuar me familjen që përjetojnë pak profesionistë të tjerë. Çdo lloj shtëpie kërkon njohje dhe pranim nga infermierët e komunitetit, të cilët duhet të ndihmojnë familjet të arrijnë shëndetin optimal. Familjet vijnë në shumë forma dhe madhësi. Strukturat ose përbërjet e ndryshme të familjes përfshijnë karakteristikat kolektive të individëve që përbëjnë një njësi familjare (mosha, gjinia dhe numri)[24].

3.2 Koncepti i familjes si kontekst

Kuptimi i kontekstit të familjeve, shëndetit dhe infermierisë familjare siguron një burim dhe strategji kyçe për praktikat e infermierisë familjare që promovojnë shëndet të përgjegjshëm. Duke pasur një vlerësim për gamën e përvojave të ndryshme dhe sesi dinamika e gjeografisë, historisë, politikës dhe ekonomisë i formëson ato përvoja i lejon infermierët të ofrojnë kujdes më efektiv për familjet e veçanta, të kuptojnë më mirë streset dhe sfidat me të cilat përballen familjet dhe të mbështesin më mirë familjet në kapacitetet e tyre. Zhvillimi i një vlerësimi të tillë kërkon që infermierët të marrin parasysh se si rrethanat e ndryshme të jetës së tyre formojnë kuptueshmërinë e tyre.

"Konteksti" shpesh konceptohet si diçka që i rrethon njerëzit, por është disi e dallueshme dhe e ndarë nga vetë njerëzit. Kjo na inkurajon të mendojmë për kontekstet si diçka jashtë përvojave të shëndetit dhe sëmundjes së njerëzve - si diçka që ata mund të lënë, diçka mbi të cilën ata kanë kontroll, ose të dyja.

Pesë fushat kryesore të diversitetit që janë të rëndësishme për familjet dhe infermierinë familjare, duke përfshirë diversitetin:

- gjeografik,
- ekonomik,
- etnokulturor,
- gjuhësor
- fetar.

Këta elementë kontekstualë mbivendosen dhe ndërpriten, duke formuar shëndetin, përvojat e familjes dhe përvojat e kujdesit shëndetësor dhe infermierisë.

3.2.1 Diversiteti Gjeografik

Diversiteti Gjeografik rajonet e ndryshme bregdetare, zonat e largëta të veriut dhe vargjet e ndryshme malore janë burime të ndryshme dhe kushte klimatike që formojnë jetën njerëzore në mënyra të ndryshme. Dallimet gjeografike ndikojnë në aspekte të tjera të jetës.

Për shembull, të ardhurat në mjediset rurale janë më të ulëta se në mjediset urbane, dhe treguesit e shëndetit janë përgjithësisht më të varfër në mjediset rurale. Njerëzit që jetojnë në rajonet veriore kishin nevoja më të mëdha të paplotësuara të kujdesit shëndetësor në krahasim me

[24] Cherie Rector. Community and Public Health Nursing. Promoting the Public's Health. 9th Edition. 1644- 1690

mesataren kombëtare, ndërsa njerëzit në rajonet kryesore urbane kishin nevoja më të ulëta të paplotësuara të kujdesit shëndetësor. Jetëgjatësia është më e ulët dhe nivelet e vdekshmërisë janë më të mëdha, veçanërisht nga diabeti, lëndimet, vetëvrasjet dhe sëmundjet e frymëmarrjes, në mjediset rurale në krahasim me mjediset urbane. Shumëllojshmëria gjeografike i jep formë shëndetit përmes rrugëve të shumta, duke përfshirë qasje të ndryshme në ushqim, strehim dhe burime të tjera shëndetësore, llojet e punësimit në dispozicion, kushtet mjedisore dhe rreziqet dhe modelet shoqërore.

3.2.2 Diversiteti Ekonomik

Me gjithë prosperitetin ekonomik në vitet e fundit, përfitimet shpërndahen në mënyrë disproporcionale, dhe pabarazitë midis atyre që janë të pasur dhe atyre që janë të varfër, dhe midis atyre që janë të shëndetshëm dhe atyre që nuk janë vazhdojnë të rriten. Të ardhurat janë një përcaktues kryesor i shëndetit, duke ndikuar në dimensione të shumta të mirëqenies. Njerëzit të cilët janë të racizuar, janë emigrantë të rinj, jetojnë në mjedise rurale dhe kanë aftësi të kufizuara kanë më shumë gjasa të jenë të varfër, dhe kështu janë më të prekur nga pasojat shëndetësore të varfërisë.

3.2.3 Diversiteti Etnokultural

Racizmi ka efekte të rëndësishme shëndetësore. Diskriminimi i bazuar në racë është lidhur me rezultatet shëndetësore të tilla si hipertensioni dhe sëmundje të tjera kronike, probleme të shëndetit mendor si depresioni dhe vetëvrasja dhe pesha e ulët e lindjes. Ndryshimi i modeleve të emigracionit dhe rritja e diversitetit etnik e shoqëruar me politika dhe qëndrime diskriminuese kanë një ndikim në përvojat dhe shëndetin e familjeve. Proceset e migrimit janë stresuese dhe ky stres intensifikohet kur kombinohet me barrierat gjuhësore dhe lëvizshmërinë rënëse ekonomike. Shëndeti i njerëzve pas migrimit është kompleks, megjithatë, duke u formuar nga përvojat e tyre dhe mjedisi sociokulturor në të cilin ata jetojnë.

3.2.4 Diversiteti Gjuhësor

Gjuha ndikon në shëndetin në shumë mënyra. Së pari, gjuha është e lidhur me identitetin. Prandaj, humbja e gjuhës lidhet me humbjen e identitetit kulturor, diçka që përjetohet në mënyrë të vazhdueshme nga popujt aborigjenë dhe nga emigrantët në vende të ndryshme. Së dyti, barrierat gjuhësore kanë një efekt të thellë në aksesin në burimet shoqërore dhe shëndetësore, përfshirë punësimin. Së fundi, barrierat gjuhësore mund të parandalojnë ofrimin e kujdesit shëndetësor etik dhe adekuat. Disa njerëz që flasin gjuhët dominuese supozojnë se të gjithë duhet të mësojnë , pa marrë parasysh burimet që kërkon për ta bërë këtë dhe barrierat (të tilla si varfëria, transporti, diskriminimi) për ta bërë këtë. Mbështetje shumë të kufizuara janë në dispozicion për përvetësimin e gjuhës, dhe në rastin e familjeve emigrante, përparësia për klasat e gjuhës është shpesh personi që ka më shumë gjasa të jetë në gjendje të punësohet.

3.2.5 Diversiteti Fetar

Përkatësia fetare ndikon në shëndetin në mënyra të shumta, duke përfshirë nxitjen e përfshirjes sociale dhe mbështetjen e komunitetit, dhe në varësi të fesë, duke shërbyer si bazë për diskriminim.

3.3 Ndikimi i familjes në shëndet

Shëndeti dhe sëmundja ndodhin brenda familjes. Familja ekziston brenda një konteksti shoqëror dhe është vetë një kontekst social. Modelet e zinxhirit shkakësor ndajnë lidhjen e përgjithshme midis familjes dhe shëndetit në lidhje përbërëse që shpjegojnë korrelacionin. Në efektet e kushtëzuara (ose ndërveprimet), një element i kontekstit shoqëror modifikon ndikimin e një tjetri në mirëqenien. Modelet me efekt të kushtëzuar specifikojnë kushtet që rrisin, zvogëlojnë, eliminojnë ose ndryshojnë një lidhje midis familjes dhe shëndetit. Të dy zinxhirët kauzalë dhe efektet e kushtëzuar ofrojnë mjete për të shpjeguar pse dhe si ndikon familja në mirëqenien. Kur zinxhirët kauzalë dhe efektet e kushtëzuar kombinohen, ato prodhojnë atë që ne e quajmë amplifikim strukturor, në të cilin një aspekt i strukturës shoqërore gërryen barrierat që përndryshe do të zvogëlonin korrelacionin e tij me mirëqenien. Modeli i mirëqenies është i lidhur me aspektet e familjes: martesa, prindërimi, punësimi i gruas.

Martesa → shoqërohet me shëndetin fizik, mirëqenien psikologjike dhe vdekshmërinë e ulët. Krahasuar me njerëzit e divorcuar, të ndarë, beqarë ose të ve, të martuarit kanë një mirëqenie më të mirë të përgjithshme. Ky efekt i përgjithshëm pozitiv është i fortë dhe i qëndrueshëm. Krahasuar me njerëzit e martuar, të divorcuarit dhe të vejat kanë përqindje më të larta të vdekjeve nga sëmundjet koronare të zemrës, goditja në tru, pneumonia, shumë lloje të kancerit, cirroza e mëlçisë, aksidentet automobilistike, vrasjet dhe vetëvrasjet, të gjitha këto janë shkaqet kryesore të vdekjes. Edhe pse martesa në përgjithësi mbron dhe përmirëson shëndetin, ajo mbron mirëqenien e burrave më shumë se sa gratë.

Prindërimi → Njerëzit kanë besime të forta në lidhje me efektet pozitive të lindjes dhe rritjes së fëmijëve. Pa fëmijë, gratë veçanërisht thuhet se ndihen bosh, të vetmuara dhe të demoralizuara. Edhe pse sanksionet e rrepta kundër qëndrimit pa fëmijë janë zvogëluar disi, normat në lidhje me dëshirueshmërinë e të pasurit fëmijë janë ende të forta. Njerëzit me fëmijë në shtëpi nuk kanë nivele më të larta të mirëqenies sesa jo prindërit. Në disa raste, prindërit-veçanërisht nënat-janë më të shqetësuar psikologjikisht sesa jo për prindërit, por në shumicën, efekti i fëmijëve në mirëqenien e nënave është i parëndësishëm ose jokonsistent. Fëmijët në shtëpi ose rrisin shqetësimin psikologjik ose kanë një efekt të parëndësishëm. Në përgjithësi, ato nuk e zvogëlojnë shqetësimin.

Punësimi i Grave → Për shumicën e amerikanëve, punësimi përmirëson mirëqenien fizike dhe psikologjike. Shumica e hulumtimeve zbulojnë se gratë e punësuara kanë më pak depresion, ankth dhe forma të tjera shqetësimi psikologjik . Gratë e punësuara janë fizikisht më të shëndetshme sesa gratë e papuna. Ndër gratë, të punësuarat raportojnë shëndetin më të mirë fizik, amvisat raportojnë shëndet më të ulët dhe të papunët raportojnë shëndetin më të keq. Punësimi i grave zvogëlon vështirësitë ekonomike, duke përmirësuar kështu mirëqenien psikologjike të anëtarëve të familjes. Sa më shumë të fitojë një grua, aq më të larta janë të ardhurat e familjes, gjë që zvogëlon perceptimin e saj dhe të burrit për vështirësitë ekonomike, gjë që ul nivelet e tyre të depresionit. Efekti i punësimit të gruas në cilësinë e martesës, mbështetjen dhe komunikimin e bashkëshortit dhe kënaqësinë martesore mund të ndryshojë. Duket se punësimi i grave zvogëlon kënaqësinë martesore vetëm në kushtet e mëposhtme: familja është një familje tradicionale në të cilën burri dhe gruaja besojnë se vendi i gruas është në

shtëpi, por ajo ka nevojë të punojë për arsye ekonomike dhe ajo mban përgjegjësinë e plotë për shtëpinë.

Familjet kanë një efekt të fuqishëm në mirëqenien e individëve, hulumtimet tregojnë se një qasje e përqendruar në familje ndaj kujdesit shëndetësor mund të ndihmojë në frenimin e rritjes së kostove të kujdesit shëndetësor. Kështu, synimi i politikës dhe praktikës për të mbështetur familjet në këtë rol kryesor mund të sigurojë një mjet të fuqishëm dhe me kosto efektive të kujdesit shëndetësor parandalues. Studiuesit gjithnjë e më shumë i njohin rolet e rëndësishme të familjeve në ndikimin e faktorëve të jetesës dhe si portierë të sistemit të kujdesit shëndetësor. Nga parandalimi në kujdesin afatgjatë, familjet ndikojnë dhe ndikohen nga shëndeti individual i anëtarëve të tyre.

Doherty ndan përvojat e familjeve në ciklin e shëndetit dhe sëmundjes në pesë role kryesore:

1. Familjet mund të ndihmojnë në promovimin e shëndetit dhe zvogëlimin e rrezikut të sëmundjes. Anëtarët e familjes ndikojnë në zakonet shëndetësore të njëri -tjetrit. Rutinat e të ngrënit dhe stërvitjes mësohen në shtëpi, si dhe modelet e përdorimit ose abuzimit të substancave. Familjet gjithashtu mund të ofrojnë mbështetje për ndryshimin e sjelljes së pashëndetshme. Në rastet kur modelet e dietës ose stërvitjes kanë nevojë për rregullim, përfshirja e anëtarëve të familjes në trajtim mund të përmirësojë ndjeshëm rezultatet afatgjata.

2. Mbështetja e familjeve mund të ndihmojë në parandalimin e shfaqjes së sëmundjes. Hulumtimet zbulojnë se stresi familjar i bën individët më të prekshëm ndaj sëmundjeve. Njerëzit që kanë humbur një bashkëshort, veçanërisht burrat, kanë rritur ndjeshëm përqindjet e vdekjeve, edhe pas kontrollit për rreziqe të tjera shëndetësore. Fëmijët në martesa me konflikte të larta janë më të ndjeshëm ndaj stresit dhe më të ndjeshëm ndaj sëmundjeve.

3. Familjet ndikojnë në vendimet e kujdesit dhe trajtimit shëndetësor. Anëtarët e familjes luajnë një rol të rëndësishëm në diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Qasja në shërbimet mjekësore dhe vendimet se kur t'i kërkoni ato janë gjithashtu çështje familjare. Si rregull, familjet diskutojnë nëse do të kërkojnë apo jo kujdes mjekësor për një nga anëtarët e tyre. Për shkak se besimet dhe idetë e familjeve janë thelbësore në zgjedhjet e kujdesit shëndetësor, përvoja e familjeve me profesionistët e shëndetit mund të ndikojë në vendimet e ardhshme në lidhje me kujdesin.

4. Familjet me anëtarë të sëmurë rëndë janë shumë të ndjeshëm ndaj stresit. Gjatë fazës akute të sëmundjes së një individi, nivelet e stresit në familje mund të jenë të barabarta me atë të pacientit, edhe pasi pacienti të fillojë të shërohet. Në disa raste, ekipet mjekësore punojnë me pacientin, por nuk ndajnë informacion me familjen, gjë që mund të lërë kujdestarët në baltë. Ilaçi më i mirë është trajnimi i ekipeve shëndetësore për të siguruar informacion të saktë dhe të qartë për njësinë e familjes, si dhe individin.

5. Familjet janë lojtarët kryesorë në kujdesin dhe shërimin. Kujdesi për një anëtar të familjes me sëmundje kronike mund të jetë stresues. Rritja e stresit të familjes dhe përdorimi i mëtejshëm i kujdesit shëndetësor më pas shpesh përkthehet në kosto më të larta si për familjet ashtu edhe për

shoqërinë. Nga ana tjetër, hulumtimet tregojnë se ndërhyrjet me qendër familjen për sëmundjet kronike janë shumë efektive në trajtimin e problemeve shëndetësore[25].

[25] The Impact of the Family on Health: The Decade in Review Author(s): Catherine E. Ross, John Mirowsky, Karen Goldsteen Source: Journal of Marriage and the Family, Vol. 52, No. 4, Family Research in the 1980s: The Decade in Review (Nov., 1990), pp. 1059-1078

4

Roli i Infermierit në familje
Përgjegjësitë, funksionet profesionale, ligjore dhe etike
Prospektivat

Rezultatet e të nxënit:

Pas përfundimit të këtij kapitulli studenti do të jetë i aftë të:

- Njohë rolin e infermierit të familjes
- Njohë përgjegjësitë profesionale të infermierit të familjes
- Dallojë funksionet ligjore nga ato etike të infermierit të familjes

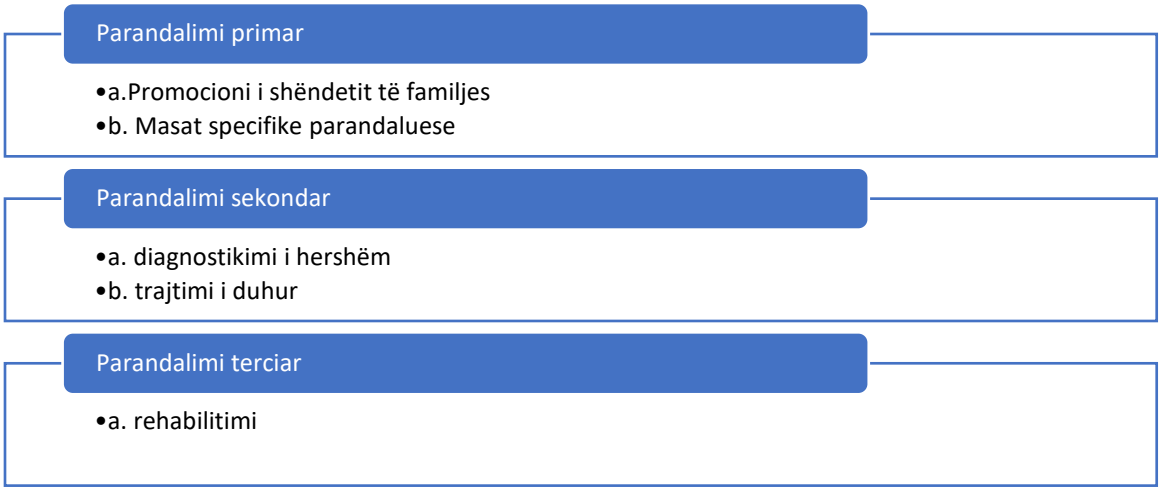
4.1 Roli i infermierit në familje

Familjet janë njësia bazë e çdo shoqërie, por gjithashtu familjet janë komplekse, të larmishme, dinamike dhe adaptuese, prandaj është thelbësore që të gjithë infermierët të kenë njohuri për disiplinën shkencore të infermierisë familjare dhe larminë e mënyrat se si infermierët mund të bashkëveprojnë me familjet. Vendosja e kujdesit shëndetësor ndikon në rolet që marrin infermierët me familjet.

Infermieria e familjes (IF) ka qëllim:

- Të identifikojë problemet dhe nevojat shëndetësore të çdo familjeje.
- Të planifikojë dhe të japë shërbimet shëndetësore infermierore me pjesëmarrjen aktive të anëtarëve të familjes.
- Të ndihmojë familjet të zhvillojnë aftësitë për t'u përballur me nevojat dhe problemet shëndetësore në mënyrë të pavarur.
- Të kontribuojë në kryerjen e detyrave dhe funksioneve të familjes që çojnë në zhvillimin e saj.
- Të ndihmojë familjen të përdorë me inteligjencë facilitetet dhe shërbimet komunitare.
- Të edukojë, konsultojë dhe udhëzojë anëtarët e familjes.

Qëllimet e IF-së



Elementët e IF-së

- Vlerësimi i problemeve të pacientit.
- Diagnostikimi i nevojave të pacientit brenda fushëveprimit të infermierit.
- Planifikimi i kujdesit ndaj pacientit.
- Zbatimi i planit të kujdesit.
- Vlerësimi i suksesit të këtij plani kujdesi.

Rolet e IF-së

Edukues Shëndetësor → Infermieri i familjes mëson për mirëqenien e familjes, sëmundjen, marrëdhëniet dhe prindërimin. Funksioni mësues-edukator është i vazhdueshëm në të gjitha mjediset në mënyra formale dhe joformale. Shembujt përfshijnë mësimin e prindërve të rinj se si të kujdesen për foshnjën e tyre apo për pjesëtarë të tjerë të familjes.

Koordinator dhe bashkëpunëtor → Infermieri i familjes koordinon kujdesin që marrin familjet, duke bashkëpunuar me familjen për të planifikuar kujdesin.

Për shembull, nëse një anëtar i familjes ka pësuar një aksident traumatik, infermieri do të ishte një person kryesor për të ndihmuar familjet të kenë qasje në burime - nga kujdesi spitalor, kujdesi ambulator, kujdesi shëndetësor në shtëpi dhe shërbimet sociale deri te rehabilitimi. Infermieri i familjes mund të shërbejë si ndërlidhës midis këtyre shërbimeve.

Mbikëqyrës i kujdesit dhe ekspertit teknik → Infermieri i familjes mbikëqyr kujdesin që familjet marrin në mjedise të ndryshme. Për ta bërë këtë, infermieri duhet të jetë një ekspert teknik si nga ana e njohurive dhe aftësive.

Avokati i familjes → Infermieri i familjes avokon për familjet me të cilat ai ose ajo punon. Infermieri fuqizon anëtarët e familjes të flasin me zërin e tyre, ose infermieri flet për familjen.

Këshillues → Infermieri i familjes luan një rol terapeutik për të ndihmuar individët dhe familjet të zgjidhin problemet ose të ndryshojnë sjelljen.

Epidemiolog →Infermieri i familjes përfshihet në gjetjen e rasteve dhe bëhet ndjekës i sëmundjes. Kontrolli i familjeve dhe referimi pasues i anëtarëve të familjes është pjesë e këtij roli.

Specialist mjedisor → Infermieri i familjes konsultohet me familjet dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor për të modifikuar mjedisin. Për shembull, nëse një burrë me paraplegji do të dalë nga spitali në shtëpi, infermieri ndihmon familjen në modifikimin e mjedisit të shtëpisë në mënyrë që pacienti të lëvizë me një karrocë dhe të vetë-kujdeset.

Shpjegues dhe interpretues →Infermieri shpjegon dhe interpreton të dhënat për familjet në të gjitha mjediset. Për shembull, nëse një fëmijë në familje ka një sëmundje komplekse, siç është leucemia, infermieri shpjegon dhe interpreton informacionin që i referohet diagnozës, trajtimit dhe prognozës së gjendjes te prindërit dhe anëtarët e tjerë të familjes.

Menaxhues i rastit → Megjithëse menaxheri i çështjeve është një emër bashkëkohor për këtë rol, ai përfshin koordinimin dhe bashkëpunimin midis një familjeje dhe sistemit të kujdesit shëndetësor. Menaxheri i çështjes është autorizuar zyrtarisht të jetë në krye të një çështjeje. Për shembull, një infermiere familjare që punon me të moshuarit në komunitet mund të caktohet të jetë menaxheri i rastit për një pacient me sëmundjen e Alzheimerit.

4.1.1 Edukimi për parandalimin: Roli i infermierit të familjes

Që nga botimi në vitin 1998 i dokumentit "Shëndeti 21" nga selia evropiane e OBSH-së, ka pasur një debat të përhapur në lidhje me figurën e infermierit të familjes (Menarello dhe Bidone et al., 2016)[26]. Një infermier familjar i trajnuar në mënyrë të përshtatshme që mund të ofrojë këshilla për stilin e jetës, mbështetjen e familjes, shërbimet e kujdesit në shtëpi dhe mbështetjen aktive të vetë-kujdesit duhet të punësohet për të zbatuar kujdesin shëndetësor në kujdesin primar. Një qasje e tillë do të zhvillonte në mënyrë të konsiderueshme parandalimin e sëmundjeve dhe dëmtimeve dhe do të siguronte trajtim të hershëm dhe efektiv të të gjithë atyre pacientëve që nuk kërkojnë kujdes spitalor. Prandaj, infermieri i familjes është një profesionist shëndetësor i cili harton, zbaton, vlerëson ndërhyrjet për promovimin, parandalimin, edukimin dhe trajnimin. Janë ata që kujdesen për kujdesin infermieror ndaj individit dhe komunitetit gjatë gjithë jetës së tyre, jo vetëm për grupe të caktuara moshe (të moshuar, fëmijë) dhe përgjatë gjithë vazhdimësisë së sëmundjes.

Fushat me interes më të madh duhet të jenë:

Parandalimi primar. Synon të ruajë kushtet e mirëqenies dhe të shmang shfaqjen e sëmundjeve, përmes ndërhyrjeve në promovimin e shëndetit.

[26] Menarello G, Bidone S (2016) L'Infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale (UPO). L'Infermiere, 3, 16-9.

Parandalimi sekondar. Përfaqëson një ndërhyrje të nivelit të dytë që përmes diagnostikimit të hershëm të sëmundjeve, në fazën asimptomatike (programet e shqyrtimit), lejon identifikimin e një sëmundjeje ose një gjendje me rrezik të veçantë të ndjekur nga një ndërhyrje e menjëhershme efektive terapeutike, që synon ndërprerjen ose ngadalësimin e kursit të saj.

Parandalimi terciar. Ai konsiston në kontrollin e saktë kliniko-terapeutik të sëmundjeve kronike ose të pakthyeshme dhe synon të shmangë ose kufizojë ndryshe shfaqjen e komplikimeve të vonshme dhe rezultateve të paaftësisë. Ajo kryhet përmes masave të rehabilitimit dhe ndihmës, që synojnë riintegrimin familjar, social dhe në punë të pacientit dhe në rritjen e cilësisë së jetës.

Parandalimi i sëmundjes dhe edukimi shëndetësor, së bashku me ndihmën e të sëmurëve dhe aftësive të kufizuara, janë funksionet kryesore të infermierit (Profesioni Profesional DM 739/94) i cili promovon mënyra të shëndetshme jetese, përhapjen e vlerës së shëndetit, përfshirë përmes informacionit dhe edukimit ; për këtë qëllim aktivizon dhe mirëmban rrjetin e marrëdhënieve midis shërbimeve dhe operatorëve. Infermieri familjar duhet të njohë bashkësinë në të cilën ata punojnë dhe rrjetin e shërbimeve lokale (shërbimet sociale komunale, masat në favor të dobësisë, shoqatat vullnetare, etj.) Në mënyrë që të udhëzojë më mirë qytetarët që kanë nevojë për to dhe për një shoqëri më të mirë integrimi shëndetësor (Rocco dhe Marcadelli et al., 2017)[27].

Edukimi terapeutik është edukimi i ofruar nga profesionistë të trajnuar shëndetësorë që synon t'i mundësojë klientit të menaxhojë trajtimet dhe të parandalojë ndërlikimet, duke ruajtur ose përmirësuar cilësinë e jetës. Edukimi terapeutik është i vendosur në nivelin e parandalimit sekondar dhe terciar dhe konsiston në një transferim real, të planifikuar dhe të organizuar të kompetencave nga kujdestari te pacienti dhe është gdhendur në një perspektivë në të cilën varësia e pacientit i jep vendin fuqizimit të tij. (D ' Ivernois dhe Gagnayre, 2009)[28]. Është një proces që përfshin aktivitete që synojnë kujdesin personal ditor, por që lidhen edhe me kujdesin terapeutik, të kryer nga vetë personi ose të kryer nga të tjerë, kujdestarë zyrtarë ose joformalë dhe mund të rrisin ndjeshëm cilësinë e jetës përmes aftësisë për të menaxhuar simptomat, trajtimi, pasojat fizike dhe psikologjike dhe ndryshimet e mënyrës së jetesës të natyrshme në jetën me një sëmundje akute, kronike ose paaftësi. (Allievi dhe Re, 2017)[29]

Duke promovuar kujdesin për veten dhe edukimin terapeutik, infermieri i familjes kontribuon në uljen e kostove të mbuluara nga SSR, zvogëlimin e aksesit të papërshtatshëm në dhomën e urgjencës dhe përmirësimin e rezultateve shëndetësore për pacientët. Nuk mund të flasim për aderim terapeutik pa presupozuar praninë e pjesëmarrjes aktive nga pacienti në procesin e

[27] Marcadelli S, Stievano A, Rocco G. Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. Prim Health Care Res Dev. 2019

[28] D' Ivernois JF – Gagnayre R (2009) Educare il paziente – Un approccio pedagogico. Ed McGraw-Hill 3°edizione, Milano.

[29] Allievi A, Re L (2017) L'implementazione del concetto di self-care sugli anziani fragili. Italian Journal of Nursing, 21, 30-41

trajtimit, në një marrëdhënie bashkëpunimi me personelin shëndetësor bazuar në komunikimin dhe ndarjen e objektivave shëndetësore[30].

4.1.2 Ndërhyrja e profesionistëve të infermierisë është zhvilluar në thelb në tri fusha:

Në bazë ambulatore mund të kryhet në ambiente rezidenciale që ekzistojnë tashmë në komunitet dhe në mënyrë që të aktivizohen rrugët efektive të integrimit, afërsia e klinikës infermierore me vendin e veprimtarisë së punonjësit social është thelbësore, duke lehtësuar njohjen e një qendre të mirëqenies sociale dhe rrjedhimisht integrimin e të dy zonave.

Në nivelin e shtëpisë Infermieri ofron ndihmë për të gjithë përdoruesit që nuk mund të shkojnë në klinikë për shkak të patologjive serioze ose vështirësive në ecje që kërkojnë ndihmë infermierie me një kompleksitet mesatar-të lartë, me vazhdimësi, me nivele të ulëta të autonomisë që kanë nevojë për shërbime shëndetësore periodike. Për më tepër, profesionisti ndjek përdoruesit që jetojnë në një kontekst familjar dhe shoqëror që kërkon mbikëqyrje dhe / ose mbrojtje të veçantë.

Në një nivel shoqëror Infermieri kryen aktivitete transversale për të mbështetur në mënyrë aktive integrimin me synimin për të inkurajuar aktivizimin dhe integrimin midis punonjësve shëndetësorë dhe socialë dhe burimeve të mundshme formale dhe informale të pranishme në zonë të dobishme për zgjidhjen e problemeve në lidhje me nevojat shëndetësore.

4.2 Përgjegjësitë e infermierit të familjes

Futja e figurës së Infermierit të Familjes në Shërbimin Shëndetësor Kombëtar në një mënyrë homogjene në të gjitha rajonet paraqet përgjigjen konkrete ndaj kontekstit të ndryshuar të përshkruar. Është një profesionist që luan rolin e tij në komunitet në një mënyrë reaktive dhe / ose proaktive, në një rrjet me të gjitha shërbimet sociale dhe shëndetësore të ofruara tashmë:

- Për të favorizuar promovimin dhe mirëmbajtjen e shëndetit të personit, duke forcuar autonominë e tij ose të saj të vendimmarrjes, falë një oferte kujdesi të aftë për të garantuar jo vetëm performancën, por edhe duke parashikuar leximin e nevojave që nuk janë shprehur ende.
- Të shoqërojë personin dhe familjen në procesin e ri-përvetësimit të projektit të tyre të shëndetit dhe jetës.
- Të shoqërojë personin e asistuar dhe familjen e tij në identifikimin e sëmundjeve dhe / ose situatave të rrezikut shëndetësor në një fazë të hershme
- Të bashkëpunojë me mjekun e familjes, dhe artikulime të tjera territoriale socio-sanitare për të mirëpritur dhe shoqëruar pacientin dhe familjen e tij në zgjedhjen më të përshtatshme në lidhje me nevojën e shprehur dhe mundësitë e rrjetit të ofertës territoriale[31].

[30] FNOPI - www.fnopi.it L'Infermiere n°2 / 2019
[31] FNOPI Infermiere di famiglia e di comunita

4.3 Funksionet profesionale të infermierit të familjes

Infermieri i familjes mund të menaxhojë proceset e infermierore në familje dhe komunitetin e referimit dhe punon në bashkëpunim me mjekun e familjes dhe ekipin multidisiplinar për të ndihmuar individët dhe familjet për të gjetur zgjidhje, për shëndetin e tyre nevojat dhe për të menaxhuar sëmundjet kronike dhe aftësitë e kufizuara. Funksionet që e përshkruajnë atë, duke u koordinuar në bazë të frymës dhe bashkëpunimit multi-profesional:

- Vlerësimi i gjendjes se shëndetit dhe nevojave te personit në faza të ndryshme të jetës (i rritur, fëmijëri, adoleshencë), të kontekstit familjar dhe njohja me ato të komunitetit.
- Promovimi dhe ndërmarrja e iniciativave për parandalimin dhe promovimin e shëndetit që synojnë komunitetin.
- Promovimi i informacioneve dhe ndërhyrjeve arsimore që synojnë individë, familje dhe grupe, që synojnë promovimin e ndryshimeve në stilin e jetës.
- Planifikimi dhe dhënia e ndërhyrjes të ndihmës së personalizuar tek personi dhe familja, duke përdorur gjithashtu këshillat specifike të infermierëve ekspertë (p.sh. kujdesi për plagët, kujdesi në shtëpi dhe ushqyerja parenterale në shtëpi, ventilimi i shtëpisë, kujdesi paliativ dhe të tjerët).
- Promovimi i respektimit të planeve terapeutike dhe rehabilituese.
- Pjesëmarrja në verifikimin dhe monitorimin e rezultateve shëndetësore.
- Mbështetja në vazhdimësinë e kujdesit ndërmjet kujdesit social dhe shëndetësor, midis spitalit dhe territorit dhe në kontekstin e shërbimeve shëndetësore territoriale rezidenciale dhe gjysmë-rezidenciale dhe socio-sanitare.
- Garantimi i aktiviteteve te planifikuara për realizimin e objektivave të nismës së re shëndetësore.
- Pjesëmarrja në integrimin profesional në ndjekjen e përshtatshmërisë së ndërhyrjeve terapeutike dhe ndihmëse, duke kontribuar në marrëdhënien e kujdesit, duke respektuar dëshirat e pacientit të shprehura në planifikimin e kujdesit, gjithashtu në zbatimin e Ligjit 219/17 (Rregullat për informim dhe përpunim paraprak dispozitat)[32].

4.3.1 Funksionet ligjore

Profesionet dhe jurisprudenca e kujdesit shëndetësor gjithnjë e më shumë konvergojnë, në dekadën e fundit, drejt një sistemi të marrëdhënies së re me vlerë dhe profesionalizëm drejt objektivave të rinj ose të ndryshëm. Qëllimi i profesionit shëndetësor mbetet mbrojtja e personit, qoftë kujdes apo ndihmë. Në qendër të objektivit duhet të mbetet gjithmonë personi që do të trajtohet dhe ndihmohet dhe sigurisht jo gjyqtari apo gjykata.

a.Përgjegjësia civile përfshin:

- Nevoja që ata që pësojnë dëme të kompensohen në mënyrë adekuate.
- Vlerësimi dhe kompensimi i dëmit.
- Kompensimi për pasojat ekonomike të njohjes së dëmit pasuror dhe jopasuror (biologjik, moral, ekzistencial).
- Nuk është gjithmonë e lidhur me qortueshmërinë e një sjelljeje.

[32] Antonelli D. L'infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche. Piccin 2017

- Ekuivalente me detyrimin për të kompensuar dëmin e shkaktuar padrejtësisht; është i transferueshëm te palët e treta, p.sh. Kompanitë e sigurimeve.
- **Faji** konsiston në një qëndrim të karakterizuar nga neglizhenca, mungesa e maturisë dhe eksperiencës.

Zakonisht edhe ata që nuk i respektojnë rregulloret, urdhrat, disiplinat veprojnë gabim. Infermierja mund të zbatojë sjellje profesionale që potencialisht përfshijnë një ose më shumë gabime (faje), për shembull në rastet e:

- mosplanifikimit të ndihmës;
- elementeve të nënvlerësimit të rrrezikut;
- dështimit, ekzekutimit joadekuat ose të pasaktë të procedurave përkatëse të ndihmës;
- vlerësimit të pasaktë të shenjave dhe simptomave;
- dështimit për të zbuluar shenjat dhe simptomat;
- moskërkimi i ndërhyrjes mjekësore.

Neglizhenca e lehtë→ Ndodh kur profesionisti nuk ka vendosur një shërbim "të zellshëm" për të trajtuar një çështje të zakonshme .Dëmi mund të jetë i vogël ose i rëndë

Neglizhenca e rëndë → Kjo ndodh në rastet e shkeljes së rëndë të rregullave të profesionit në raste të papërvojë serioze, maturie dhe neglizhence, ose në pamaturinë ekstreme të vendimmarrjes.

La culpa in eligendo→(ish arti 2049 cc) është një parim origjinal normativ i së drejtës romake i pranishëm në të gjithë legjislacionin evropian dhe i referohet drejtpërdrejt neglizhencës së sjelljes së një subjekti i cili duhet, për shkak të rolit ose profesionalizmit të tij, të përdorë një nivel të sjelljes. ose zgjedhje më e lartë se ajo që përdoret zakonisht. Ishte faji që konsiston në zgjedhjen e gabuar të personit të cilit do t'i besohet / caktohet detyrat[33].

4.3.2 Funksionet etike

Kodi i Etikës duhet të "nënkuptojë" për infermierët pjesën etike të identitetit profesional. Mbi të gjitha, Kodi ndërton distancën e duhur me tjetrin. Kodi ka një funksion themelor: ai rregullon sjelljen profesionale për të ofruar përgjigjen më të mirë për sa i përket shëndetit, një përgjigje që nuk mund të gjendet në Kod, por brenda veprimit të vetëdijshëm. dhe arsyetuar nga të gjithë anëtarët e së cilës Kodi mbështet dhe jo e kundërta.

Kodi i Etikës:

- përfaqëson një mbështetje, një udhëzues, qe krijon një instrument që ka gjithashtu një përgjegjësi të gjerë shoqërore që synon të mirën e përbashkët dhe interesin e përgjithshëm.
- integron, me rregullat që përshkruajnë ushtrimin korrekt të profesionit,

[33] Patton CW, Lewallen LP. Legal issues in clinical nursing education. Nurse Educ. 2015

- përfaqëson marrëveshjen që çdo infermier përmbush, duke u bashkuar me Urdhrin Profesional[34].

Kodi i parë zyrtar i Etikës për të udhëhequr profesionin e infermierit u zhvillua në vitet 1950. Zhvilluar dhe botuar nga AKSH, ajo udhëzon infermierët në praktikën e tyre të përditshme dhe përcakton qëllimet dhe vlerat kryesore për profesionin. Funksioni i tij është të sigurojë një deklaratë të përmbledhur të detyrimeve dhe detyrave etike të çdo individi që hyn në profesionin e infermierit. Ai siguron një standard etik të panegociueshëm dhe është një shprehje e kuptimit të vetë infermierisë për angazhimin e saj ndaj shoqërisë. Kodi i Etikës është rishikuar me kalimin e kohës. Versioni aktual përfaqëson përparimet në teknologji, ndryshimet shoqërore, zgjerimin e praktikës infermierore në role të praktikës së përparuar, kërkimin shkencor, arsimin, politikën shëndetësore dhe administrimin, dhe ndërton dhe ruan mjedise të shëndetshme të punës.

Kodi i Etikës për Infermierët është i ndarë në nëntë dispozita për të drejtuar infermieren. Përmbledhja e Kodit të Etikës së Shoqatës Amerikane të Infermierëve për Infermierët:

Dispozita 1. Infermieri praktikon me dhembshuri dhe respekt për dinjitetin, vlerën dhe tiparet unike të qenësishme të çdo personi.

Infermieri duhet të ketë një nivel të lartë respekti për të gjithë individët, dhe të lejojë dinjitetin në lidhje me marrëdhëniet në kujdes dhe komunikim. Është e rëndësishme që familjet e pacientit të trajtohen gjithashtu me respekt për marrëdhëniet e tyre me pacientin. Infermierët duhet të kuptojnë udhëzimet profesionale në komunikime dhe të punojnë me kolegët dhe familjet e pacientëve.

Dispozita 2. Angazhimi kryesor i infermierit është ndaj pacientit, qoftë një individ, familje, grup, komunitet ose popullatë.

Pacienti duhet të jetë gjithmonë një shqetësim i parë dhe kryesor. Infermieri duhet të njohë nevojën që pacienti të përfshijë mendimin e tij individual në praktikat e kujdesit. Bashkëpunimi me ekipe të brendshme dhe të jashtme për të nxitur kujdesin më të mirë të pacientit është një domosdoshmëri. Të kuptuarit e kufijve profesionalë dhe se si ato lidhen me rezultatet e kujdesit ndaj pacientit është e rëndësishme.

Dispozita 3. Infermieri promovon, mbron dhe mbron të drejtat, shëndetin dhe sigurinë e pacientit.

Është e rëndësishme që infermieri të kuptojë të gjitha udhëzimet e privatësisë në lidhje me kujdesin ndaj pacientit dhe identifikuesit e pacientit. Infermierët e përfshirë në hulumtim duhet të kuptojnë të gjitha aspektet e pjesëmarrjes, duke përfshirë pëlqimin e informuar dhe zbulimin e plotë për pacientin për të gjitha aspektet e kërkuara për të marrë pjesë në studim. Infermieri duhet të kuptojë çdo standard institucional të vendosur për të rishikuar performancën e tij / saj; kjo përfshin matjet e progresit dhe nevojën për rishikim ose studim të mëtejshëm për të

[34] Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche – FNOPI - Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019

përmbushur standardet e performancës. Për t'u bërë një infermiere, kompetenca duhet të demonstrohet në aftësitë klinike dhe të dokumentacionit.

Dispozita 4. Infermieri ka autoritet, përgjegjësi dhe përgjegjësi për praktikën infermierore, merr vendime, dhe ndërmerr veprime në përputhje me detyrimin për të siguruar një kujdes optimal pacientit.

Si infermier, është e natyrshme që përgjegjësia për të gjitha aspektet e kujdesit përputhet me vendimmarrjen e përgjegjshme. Përdorimi i autoritetit duhet të jetë profesional dhe për të gjitha aspektet e individualizmit dhe shqetësimet etike të pacientit. Vendimet e infermierisë duhet të mendohen mirë, të planifikohen dhe të zbatohen me qëllim me përgjegjësi. Çdo delegim i aktiviteteve ose funksioneve infermierore duhet të bëhet në respekt të veprimit dhe rezultateve përfundimtare që duhet të ndodhin.

Dispozita 5. Infermieri, përmes përpjekjeve individuale dhe kolektive, krijon, mirëmban dhe përmirëson mjedisin etik të mjedisit të punës dhe kushtet e punësimit që janë të favorshme për një kujdes shëndetësor të sigurt dhe cilësor.

Si një profesion i infermierit, standardet duhet të përshkruhen brenda dhe jashtë institucioneve të punës që diktojnë detyrimet etike të kujdesit dhe duhet të raportojnë çdo devijim nga përshtatshmëria. Është e rëndësishme të kuptoni sigurinë, cilësinë dhe konsideratat mjedisore që janë të favorshme për rezultatet më të mira të kujdesit për pacientin.

Dispozita 7. Infermieri, në të gjitha rolet dhe mjediset, përparon profesionin përmes kërkimit dhe kërkimit shkencor, zhvillimit të standardeve profesionale dhe gjenerimit të politikës së infermierisë dhe shëndetit.

Dispozita 8. Edukimi i infermierit duhet të përfshijë parimet e hulumtimit, dhe çdo infermier duhet të kuptojë se si të zbatojë punën shkencore dhe kërkimin e standardeve të praktikës. Komitetet e infermierëve dhe anëtarësia e bordeve inkurajohen të kontribuojnë në politikën shëndetësore dhe standardet profesionale.

Dispozita 9. Infermieri bashkëpunon me profesionistë të tjerë shëndetësorë dhe publikun për të mbrojtur të drejtat e njeriut, për të promovuar diplomacinë shëndetësore dhe për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore.

Përmes bashkëpunimit brenda disiplinës, ruajtja e konceptit që shëndeti është e drejtë për të gjithë individët do të hapë kanalet e mundësive të praktikës më të mirë. Infermierja e kupton detyrimin për të vazhduar të avancojë mundësitë e kujdesit duke u zotuar për mësim dhe përgatitje të vazhdueshme. Aftësia e infermierit për të praktikuar në ambiente të ndryshme të kujdesit shëndetësor mund të përfshijë situata të pazakonta që kërkojnë veprime të vazhdueshme të diplomacisë dhe avokimit[35].

4.4 Perspektivat e infermierit të familjes

[35] American Nurses Association. (2015). Code of ethics with interpretative statements. Silver Spring, MD

Organizata Botërore e Shëndetësisë beson se trajnimi plotësues kërkohet pas diplomimit për t'u specializuar në kujdesin infermieror.

Kurs trajnimi dhe kurrikulë sipas OBSH:

Qëllimi i kursit është të trajnojë infermierin e familjes për të praktikuar përmes një programi mësimor të bazuar në kompetenca dhe kërkime. Pjesëmarrësit e kursit janë infermiere të diplomuara me një përvojë pune të paktën dy vjet, pas kësaj, ata gjithashtu duhet të bëjnë një praktikë në shtëpi të të paktën tre muaj, me një familje të përfshirë në komunitetin e tij .

Infermieri i Komunitetit ka një kualifikim në infermierinë e komunitetit dhe shumica e punës së tyre mund të kryhet, për shembull, në shtëpitë e njerëzve që vuajnë nga sëmundje kryesisht kronike, ose në edukimin e pacientëve pas daljes nga spitali[36].

Avantazhet e IF-së

- IF "kursen" shtretërit e spitalit që mund të përdoren për raste kritike.
- IF ka kosto më të ulëta se infermieria spitalore.
- Pacienti që merr shërbim nga IF i gëzohet privatësisë dhe mbështetjes emocionale.
- Pacienti që merr shërbim nga IF mund të vazhdojë jetën e tij/saj rutinore.

Disavantazhet e IF-së

IF kërkon që infermieri të çojë të gjitha pajisjet në shtëpinë e të sëmurit

Nëse pacienti jeton në kushte të këqija, shërimi ndodh shumë ngadalë edhe pas ndërhyrjes infermierore

[36] Hudspeth RS, Klein TA. Understanding nurse practitioner scope of practice: Regulatory, practice, and employment perspectives now and for the future. J Am Assoc Nurse Pract. 2019

5

Mbështetja e familjes
Mbrojtja
Fuqizimi i familjes
Të drejtat e familjes

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Kuptojë Format e mbështetjes së familjes
- Njohë të drejtat e familjes
- Shpjegojë Dhunën me Bazë Ligjorë (DHBGJ) dhe bëjnë dallimet midis formave të ndryshme të shfaqjes së saj;
- Kuptojë rëndësinë e saj në raport me shëndetin e grave, fëmijëve dhe më gjerë;
- Njohë sfidat dhe barrierat në punë me DHBGJ si dhe hapa dhe këshilla konkrete për t'u ardhur në ndihmë grave, viktima të DHBGJ si dhe të sigurohen në praktikën e punës me këto problematika.
- Kuptojë legjislacionin vendas dhe detyrimet përkatëse për personelin shëndetësor në lidhje me barazinë gjinore dhe dhunën në familje.

5.1 Mbështetja e familjes

Politikat dhe dispozitat për mbështetjen e familjes dhe mbështetjen e prindërve janë relativisht të pak hulumtuara, veçanërisht në një mjedis global, kështu që ka një boshllëk informacioni. Mbështetja e familjes ka një grup kuptimesh potencialisht të madhe.

Mbështetja familjare përfshin disa nga këto funksione, por përcaktohet më saktë si një shërbim i orientuar në mirëqenien dhe funksionimin e marrëdhënieve të fëmijëve dhe familjeve. I aplikuar në një punë sociale ose një problem social, qëllimi kryesor i mbështetjes së familjes është të promovojë mirëqenien e fëmijëve dhe anëtarëve të tjerë të familjes duke vënë në dispozicion një sërë burimesh mbështetëse, përfshirë mbështetjen formale dhe joformale. Mbështetja e familjes mbështetet nga një orientim sistemik në të cilin marrëdhëniet e brendshme dhe të jashtme të familjes shihen si të lidhura ngushtë.

5.1.1. Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut, 1948

Një dokument i rëndësishëm për të gjithë njerëzit është Deklarata Universale e të Drejtave të Njeriut, e miratuar në vitin 1948 nga Organizata e Kombeve të Bashkuara. Kjo Deklaratë

përbëhet prej pjesës hyrëse dhe 30 neneve duke shprehur se të drejtat dhe liritë themelore të njeriut, për burrat dhe gratë duhen zbatuar pa kurrfarë diskriminimi. Nenet 2 dhe 22 deri 27, adresojnë në mënyrë specifike të drejtat e grave.

Neni 2 vendos parimet bazë të barazisë dhe mos diskriminimit, duke theksuar se respektimi të drejtave dhe lirive themelore të njeriut ndalon: *'dallimet e çdo lloji sipas racës, ngjyrës, seksit, gjuhës, besimit, bindjeve politike dhe të tjera, origjinës kombëtare dhe sociale, pasurisë, statusit në lindje etj.'*

Të drejtat ekonomike, sociale dhe kulturore njihen në nenet 22 deri në 27 që përfshijnë të *drejtën për sigurim social, të drejtën për punë, të drejtën për pagë të barabartë për punë të barabartë, të drejtën e pushimit, të drejtën për të patur një standard të përshtatshëm jetese për të siguruar shëndetin dhe mirëqenien, të drejtën për t'u arsimuar dhe të drejtën për të marrë pjesë në jetën kulturore të komunitetit.*

5.1.2. Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave, 1979

Shumë vite pas miratimit të Deklaratës Universale për të Drejtat e Njeriut u miratua një konventë që synonte mbrojtjen e grave nga diskriminimi, Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Ëomen ose CEDAË), në vitin 1979. Kjo Konventë, e adaptuar prej Asamblesë së Kombeve të Bashkuara në vitin 1979, njihet si marrëveshja ndërkombëtare kryesore dhe më e plotë për të drejtat e grave. Shteti shqiptar e ka ratifikuar këtë konventë në vitin 1993.

Në nenin 11 theksohet se shtetet të cilat e kanë ratifikuar këtë konventë duhet të marrin masat e nevojshme për të siguruar të drejta të barabarta mes grave dhe burrave. Në 30 nenet e saj përcakton se çfarë përbën diskriminim ndaj grave si dhe vendos një program lidhur me planet kombëtare të veprimit, për të ndalur diskriminimin me bazë gjinore. Çdo shtet që ratifikon këtë konventë ka detyrimin të paraqesë raporte periodike pranë Zyrës së Komisionerit për të Drejtat e Njeriut në OKB, Gjenevë[37] çdo 4 vjet. Në këtë komision shkojnë dy raporte, një raport i paraqitur nga Ministria e Jashtme e shtetit përkatës dhe një raport i përgatitur nga Organizatat e Shoqërisë Civile, i njohur si "raporti hije"[38]. Raporti i fundit i Shqipërisë është paraqitur në vitin 2016, gjithashtu dhe raporti hije[39]. Konventa është bazuar në disa parime, atë të barazisë, mosdiskriminimit dhe detyrimit të Shtetit.

[37] Shih https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx
[38] Shih raportin e Shqipërisë këtu https://un.org.al/sites/default/files/CEDAW-Avokati-EN.PDF
[39] Raporti alternativ i Shqipërisë për vitin 2016
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ALB/INT_CEDAË_NGO_ALB_24231_E.pdf
dhe këtu në shqip
https://www.avokatipopullit.gov.al/media/manager/website/reports/Raporti%20mbi%20zbatimin%20e%20konvet%C3%ABs%20CEDAW%20n%C3%AB%20Shqip%C3%ABri.pdf

Parimi i barazisë

- Gratë duhet të kenë mundësi dhe trajtim të barabartë;
- Gratë duhet kenë të drejta të barabarta në përdorimin e burimeve;
- Gratë nuk duhet të kenë vetëm të drejta të garantuara me ligj, por zbatimi i tyre duhet të çojë në ndryshime të dukshme.

Parimi i mosdiskriminimit

- Diskriminimi është social, përjashtues dhe jo i domosdoshëm për ndërveprimin njerëzor. Ai përjashton gratë të gëzojnë të drejtat e tyre dhe shprehin plotësisht potencialin e tyre;
- Duhen shmangur të dy llojet e diskriminimit: i drejtpërdrejtë dhe i tërthortë
- Duhen marrë masa të menjëhershme për të mënjanuar pasojat e diskriminimit të së shkuarës;
- Duhet adresuar diskriminimi në sferën private dhe atë publike.

Parimi i detyrimit të Shtetit

- Sapo një vend e ratifikon CEDAË, ai është i detyruar ligjërisht të eliminojë format e diskriminimit të grave duke zbatuar standardet dhe normat e CEDAË;
- Shteti është përgjegjës për mirëqenien e grave dhe duhet të marrë masa për të mbrojtur të drejtat e tyre duke shmangur pabarazitë

5.1.3. Deklarata dhe Platforma për Veprim e Pekinit, 1995

Platforma për Veprim u formulua dhe aprovua në Konferencën e Katërt Botërore të Kombeve të Bashkuara për Gratë. Çështjet shqetësuese më kryesore në përmbajtje të saj janë, si më poshtë, ndër të cilat janë dhe pabarazitë në sistemin shëndetësor.

1. Shtimi i varfërisë së grave dhe rritja e presionit prej pasojave të saj mbi gratë.
2. Pabarazitë në të drejtën për t'u arsimuar dhe kualifikuar.
3. Pabarazitë kundrejt kujdesit shëndetësor dhe shërbimeve të tjera.
4. Dhuna kundër grave.
5. Ndikimi i konflikteve të armatosura dhe konflikteve të tjera mbi gratë, duke përfshirë edhe jetesën nën pushtimin e huaj.
6. Pabarazitë në strukturat dhe politikat ekonomike të të gjithë formave të prodhimit ekonomik dhe mundësitë e përdorimit të burimeve.
7. Pabarazitë ndërmjet burrave dhe grave në ndarjen e pushtetit lidhur me vendimmarrjen në të gjithë nivelet.
8. Mekanizma të pamjaftueshëm në të gjitha nivelet për të nxitur fuqizimin dhe përparimin e grave.
9. Zbatimi i të drejtave të njeriut tek gratë.

10. Stereotipat lidhur me gratë dhe pabarazitë ndaj gruas për pjesëmarrjen në sistemet e komunikimit, veçanërisht në media.
11. Pabarazitë gjinore në menaxhimin e burimeve natyrore dhe mbrojtjen e mjedisit.
12. Diskriminimi i vazhdueshëm dhe cenimi i të drejtave të njeriut tek vajzat.

5.1.4. Konventa e Këshillit të Europës për Parandalimin dhe Luftimin e Dhunës kundër Grave dhe Dhunës në Familje, (Konventa e Stambollit), 2011

Konventa e Këshillit të Evropës për parandalimin dhe luftën kundër dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje është traktati më i përparuar ndërkombëtar për të trajtuar te tilla shkelje të rënda të të drejtave të njeriut. Konventa synon të sigurojë tolerancë zero për këtë lloj dhune dhe është një hap i madh përpara për ta bërë Evropën më të sigurt.

Parandalimi i dhunës, mbrojtja e viktimave të saj dhe ndjekja penale e dhunuesve janë gurët e themeleve të kësaj konvente. Ajo synon gjithashtu të ndryshojë mendësitë e individëve duke iu bërë thirrje pjesëtarëve të shoqërisë, në veçanti burrave dhe djemve, të ndryshojnë sjellje. Konventa është një thirrje e re për barazi ndërmjet burrave dhe grave, pasi dhuna ndaj grave i ka rrënjët thellë në pabarazinë shoqërore dhe ka vijuar për shkak të kulturës të mostolerancës dhe mohimit.

Konventa e njeh dhunën ndaj grave si shkelje të të drejtave të njeriut dhe si formë diskriminimi. Kjo do të thotë që shtetet kanë përgjegjësi nëse nuk i përgjigjen në mënyrën e duhur kësaj dhune. Konventa është traktati i parë ndërkombëtar që përmban një përkufizim të gjinisë. Kjo do të thotë që tashmë njihet që gratë dhe burrat nuk janë thjesht qenie biologjike femërore apo mashkullore, por që ekziston një kategori sociale e gjinisë që përcakton rolet dhe sjelljet e grave dhe burrave.

Konventa kriminalizon vepra të tilla si: gjymtimin gjinor, martesën e detyruar, përndjekjen, abortin e detyruar dhe sterilizimin e detyruar. Kjo do të thotë që shtetet do të detyrohen, për herë të parë të përfshijnë këto vepra penale në sistemet e tyre ligjore. Ajo bën thirrje për përfshirjen e të gjitha institucioneve dhe shërbimeve përkatëse shtetërore, në një qasje të koordinuar të dhunës ndaj grave dhe dhunës në familje. Kjo do të thotë që institucionet dhe organizatat jo-qeveritare nuk duhet të veprojnë vetëm, por të punojnë së bashku për të përpiluar protokolle bashkëpunimi.

5.1.5. Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm

Në vitin 2000, asambleja më e madhe e kryetarëve të shteteve në histori u mblodh në zyrat e Kombeve të Bashkuara në Neë York për të miratuar Deklaratën e Mijëvjeçarit, duke angazhuar vendet e tyre në një partneritet të ri global për të ulur varfërinë ekstreme në dimensionet e saj të shumta. Rezultati ishte vendosja e tetë objektivave të zhvillimit, me afat implementimi vitin

2015, të njohur si Objektivat e Zhvillimit të Mijëvjeçarit (OZHM, siç njihen në anglisht Millennium Development Goals, MDGs). Ndonëse në këto 15 vitet e fundit u bë një progres i dukshëm në arritjen e OZHM-ve, shumë objektiva nuk u arritën. Për të përshpejtuar progresin dhe avancuar zhvillimin përtej vitit 2015, Asambleja e Përgjithshme e OKB-së, më 25 shtator 2015 miratoi axhendën e zhvillimit të post - 2015, duke vendosur objektivat dhe pikësynimet e reja për 15 vitet e ardhshme. Axhenda e re përcakton shtatëmbëdhjetë Objektiva për Zhvillim të Qëndrueshëm (OZHQ), të cilat kanë si afat vitin 2030 dhe kërkojnë të ndërtojnë e plotësojnë atë që OZHM nuk e arritën. Një ndër to është dhe arritja e barazisë gjinore, e paraqitur në objektivin 5. INSTAT monitoron disa prej treguesve të OZHQ, përfshirë këtu dhe barazinë gjinore[40].

1. Eliminimi i varfërisë në të gjitha format .
2. Eliminimi i urisë, arritja e sigurisë ushqimore, përmirësimi i ushqyerjes dhe nxitja e bujqësisë së qëndrueshme.
3. Sigurimi i jetës së shëndetshme dhe nxitja e mirëqenies për të gjithë njerëzit e çdo moshe
4. Sigurimi i arsimit cilësor gjithëpërfshirës dhe të drejtë, dhe nxitja e mundësive për mësim gjatë gjithë jetës për të gjithë.
5. Arritja e barazisë gjinore dhe fuqizimi i të gjitha grave dhe vajzave
6. Sigurimi i disponueshmërisë dhe menaxhimit të qëndrueshëm të ujësjellës-kanalizimeve për të gjithë
7. Sigurimi i lidhjes me energji të përballueshme, të sigurt, të qëndrueshme dhe moderne për të gjithë
8. Nxitja e rritjes ekonomike të vazhdueshme, gjithëpërfshirëse dhe të qëndrueshme, punësim të plotë
dhe produktiv, dhe punë të denjë për të gjithë
9. Ndërtimi i infrastrukturave rezistuese, nxitja e industrializimit gjithëpërfshirës dhe të qëndrueshëm, dhe nxitja e novacionit
10. Zvogëlimi i pabarazisë brenda vendeve dhe mes tyre
11. Kthimi i qyteteve dhe vendbanimeve në gjithëpërfshirës, të parrezikshëm, rezistues dhe të qëndrueshëm
12. Sigurimi i modeleve të qëndrueshme të konsumit dhe prodhimit
13. Marrja e masave për të luftuar ndryshimin klimatik dhe efektin e tij
14. Ruajtja dhe përdorimi i qëndrueshëm i oqeaneve, deteve dhe burimeve detare për zhvillimin e Qëndrueshëm
15. Mbrojtja, restaurimi dhe nxitja e përdorimit të qëndrueshëm të ekosistemeve tokësore, administrimi i qëndrueshëm i pyjeve, lufta kundër kthimit të hapësirave në shkretëtirë, ndalimi dhe kthimi pas i procesit të degradimit të tokës dhe ndalimi i humbjes së biodiversitetit

[40] http://www.instat.gov.al/en/sdgs/gender-equality/55-ensure-women-s-full-and-effective-participation-and-equal-opportunities-for-leadership-at-all-levels-of-decision-making-in-political-economic-and-public-life/551-a-proportion-of-seats-held-by-ëomen-in-national-parliaments/

16. Nxitja e shoqërive paqësore dhe gjithëpërfshirëse për zhvillim të qëndrueshëm, ofrimi i mundësisë për drejtësi për të gjithë dhe ngritja e institucioneve të efektshme, llogaridhënëse dhe gjithëpërfshirëse në të gjitha nivelet
17. Fuqizimi i mjeteve të vënies në zbatim dhe rigjallërimi i partneritetit botëror për zhvillim të qëndrueshëm.

5.1.6. Strategjia Globale për Shëndetin e Grave, Fëmijëve dhe Adoleshentëve (2016-2030), OKB - **"Survive Thrive Transform"**[41]

"Çdo grua, çdo fëmijë" - është një lëvizje globale që mobilizon dhe fuqizon veprimet ndërkombëtare dhe kombëtare nga qeveritë, organizmat multilateralë, sektorin privat dhe shoqërinë civile që të adresojë sfidat madhore shëndetësore me të cilat përballen gratë dhe fëmijët në botë. Kjo strategji e përditësuar përfshin një hark kohor 15-vjeçar të mbështetur mbi Objektivat e Zhvillimit të Qëndrueshëm 2015-2030, dhe synon shpejtimin e përmirësimit të shëndetit të grave, fëmijëve dhe adoleshentëve.

Organizata Botërore e Shëndetit ka paraqitur një Plan Veprimi për Shëndetin Seksual dhe Riprodhues për vitin 2017 – 2021 me mision: "Drejt përmbushjes së Axhendës për Zhvillim të Qëndrueshëm në Europë 2030 - Të mos mbetet asnjë prapa!" Ai synon që në rajonin europian të OBSH-së deri në vitin 2021 të arrihet që, të gjithë njerëzit të jenë të aftësuar dhe të mbështeten në arritjen e potencialit të tyre të plotë për shëndet dhe mirëqenie seksuale dhe riprodhuese.

Qëllimi dhe objektivat e planit të veprimit janë:

1. Mundësimi i të gjithë njerëzve për të marrë vendime të informuara rreth shëndetit të tyre seksual dhe riprodhues dhe sigurimi që të drejtat e njeriut të respektohen, mbrohen dhe plotësohen.
2. Sigurimi që të gjithë njerëzit të gëzojnë standardin më të lartë të arritshëm të mirëqenies dhe shëndetit seksual e riprodhues.
3. Garantimi i aksesit universal në shëndetin seksual dhe riprodhues dhe eliminimi i pabarazive.

5.2. Kuadri politik në Shqipëri

Shqipëria ka ndërmarrë disa iniciativë në kuadrin politik dhe ligjor për të përmirësuar situatën e vajzave dhe grave në përgjithësi dhe në sektorin e shëndetësisë në veçanti. Dokumentet kryesore do të përshkruhen në vazhdim.
Plani i Veprimit për Shëndetin Mendor 2013 – 2022

Nuk përmenden as dallimet F/M dhe as ato gjinore

[41] https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/

5.2.1. Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore (SKBGJ) 2016-2020[42]

Dokumenti strategjik kryesor i shtetit shqiptar për barazinë gjinore është Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore 2016 – 2020, e cila ka përfunduar dhe është duke u hartuar strategjia e re.
Parimet kryesore të kësaj strategjie janë:

- Ndjeshmëri dhe trajtim i barabartë ndaj nevojave të veçanta të të dy gjinive;
- Njohja, vlerësimi dhe respektimi i diversitetit;
- Tolerancë zero kundrejt dhunës ndaj grave e dhunës në familje;
- Koordinimi dhe bashkëpunimi ndërinstitucional

Strategjia ka patur katër synime strategjike:

Synimi Strategjik 1: Forcimi i Mekanizmit Kombëtar të Barazisë Gjinore për nxitjen e zhvillimit të mëtejshëm të barazisë gjinore dhe garantimi i përmbushjes së të drejtave të njeriut për të gjithë shtetasit shqiptarë (gra dhe burra)
Synimi strategjik 2: Fuqizimi i grave dhe vajzave nëpërmjet rritjes së pjesëmarrjes së tyre në vendimmarrje.

Synimi Strategjik 3: Të sigurohet fuqizimi ekonomik dhe shoqëror i grave dhe burrave nëpërmjet adresimit të pabarazive gjinore që çojnë në varfëri dhe promovimit të përfshirjes sociale

Synimi Strategjik 4: Rritja e ndërgjegjësimit ndaj dhunës me bazë gjinore, mbrojtja ligjore dhe administrative dhe mbështetja me shërbime për viktimat e dhunës dhe abuzuesit.

5.2.2. Strategjia e Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017 – 2021[43]

Ky është një dokument i rëndësishëm për promovimin, respektimin dhe mbrojtjen e të drejtave të vajzave dhe grave dhe djemve/burrave në shëndetin seksual dhe riprodhues. Qëllimi i kësaj strategjie është përmirësimi i statusit të shëndetit seksual dhe riprodhues i të gjithë popullatës duke rritur aksesin e barabartë për shërbime universale të shëndetit riprodhues, përmirësuar cilësinë, efiçiencën, efektivitetin e shërbimeve dhe përmirësuar përgjigjen e tyre ndaj nevojave të popullatës.
Gjithashtu, strategjia synon përmirësimin e gjendjes dhe zvogëlimin e pabarazive të shëndetit seksual dhe riprodhues për të gjithë individët në Shqipëri si dhe ofrimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues universal, të integruara, cilësore që janë të aksesueshme, efektive, të pranueshme dhe të sigurta për individët, familjet dhe komunitetet.

[42] https://www.un.org.al/sites/default/files/SKGJB-AL-web.pdf
[43] https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/STRATEGJIA_E_SHENDETIT_RIPRODHUES_2017-2021_Final_5_dhjetor_2016-1.pdf

Ndërhyrjet e planifikuara në Dokumentin Strategjik dhe Planin e Veprimit të Shëndetit Seksual dhe Riprodhues 2017-2021 synojnë të:

- Mbështesin individët dhe çiftet në arritjen e objektivave të tyre për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Parandalojnë shtatzënitë e padëshiruara dhe me rrezik të lartë.
- Ofrojnë akses për shërbime të abortit të sigurta.
- Pakësojnë vdekshmërinë dhe sëmundshmërinë amtare, perinatale e foshnjore dhe fëminore.
- Parandalojnë IST-të, HIV dhe AIDS.
- Përmirësojë shëndetin seksual dhe riprodhues të të rinjve.
- Nxisin pjesëmarrjen aktive të burrave në planifikimin familjar dhe mbrojtjen e shëndetit seksual dhe riprodhues.
- Parandalojnë dhe menaxhojnë me eficiencë infertilitetin.
- Ofrojnë mbrojtje nga dhuna dhe praktika të tjera të dëmshme të lidhura me shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Ofrojnë për çdo individ akses për shërbime cilësore, të arritshme, të pranishme dhe të përshtatshme për shëndetin seksual dhe riprodhues.
- Përmirësojnë cilësinë e informimit, edukimit, këshillimit dhe komunikimit mbi shëndetin seksual dhe riprodhues.

Objektivat Strategjikë të kësaj strategjie janë:

1. Përmirësimi i shëndetit dhe sigurimi i mirëqenies së gruas.
2. Sigurimi i mbijetesës, ruajtja dhe përmirësimi i shëndetit dhe mirëqenies të të porsalindurit, foshnjës, fëmijës së vogël dhe adoleshentit.
3. Parandalimi, kapja dhe trajtimi i kacerëve të traktit riprodhues, IST - ve, HIV dhe AIDS.
4. Menaxhimi, monitorimi dhe vlerësimi efektiv i shërbimeve shëndetësore përmes Shëndetësisë elektronike (E-health).

Për arritjen e këtyre objektivave strategjike janë vendosur objektiva specifike që synojnë fuqizimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, me një qasje gjatë gjithë ciklit të jetës, bazuar në evidenca dhe me vizion drejt mbulimit universal; përmirësimin e cilësisë së shërbimeve të kujdesit amtar, të të porsalindurit, foshnjës dhe fëmijës në të gjitha nivelet e kujdesit; integrimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues; përcaktimin dhe zbatimin e paketave kryesore të shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues, të bazuara në evidenca, në veçanti për kujdesin amtar, neonatal, fëmijëror, kujdesin ndaj adoleshentit, planifikimin familjar, IST-të, HIV dhe AIDS, kanceret e traktit riprodhues, dhuna me bazë gjinore, infertiliteti, etj.; zbatimin e programeve për ndryshimin në sjellje në nivel individi, familjeje dhe komuniteti, edukimin e aftësive për jetën lidhur me shëndetin seksual dhe riprodhues; fuqizimin e bashkëpunimit ndërsektorial dhe partneriteteve për të siguruar shërbime cilësore të shëndetit seksual dhe riprodhues, përfshirë këtu edhe ato çështje/fusha të cilat adresohen nga sektorë të tjerë përveç shëndetësisë si: dhuna me bazë gjinore, mbrojtja e fëmijës, edukimi i të rinjve, etj.;

përmirësimin e sistemit të informacionit, mbledhjes, analizës së të dhënave dhe procesit të monitorimit të situatës së shëndetit seksual dhe riprodhues, disagregimin e indikatorëve sipas gjinisë, moshës, vendbanimit, statusit social-ekonomik, ose përkatësisë etnike; dhe zgjerimin e shërbimeve të shëndetit seksual dhe riprodhues për personat me nevoja të veçanta, grupet vulnerabël dhe të margjinalizuara, për të pakësuar pabarazitë në marrjen e shërbimeve shëndetësore në çdo nivel.

5.2.3. Strategjia e Zhvillimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020 - 2025[44]

Kjo strategji ka për qëllim të rrisë cilësinë dhe spektrin e shërbimeve në Kujdesin Shëndetësor Parësor, dhe synon të sjellë:

- uljen e numrit të referimeve në shërbimet sekondare, terciare dhe në shërbimet e urgjencës;
- rritje të kënaqësisë së pacientëve; dhe
- rritje të reputacionit të mjekëve të familjes.

Strategjia synon të ofrojë shërbime shëndetësore dhe sociale të integruara për t'iu përgjigjur nevojave individuale të individëve dhe grupeve në nevojë, të përmirësojë aksesin për marrjen e shërbimeve dhe sigurojë kujdes shëndetësor të koordinuar e në vijimësi nëpërmjet bashkëpunimit me mjekun specialist dhe të përgatisë sistemin shëndetësor për sfidat e mundshme, përfshirë rritjen e nevojave për shërbime dhe përballen me mungesë të personelit shëndetësor duke promovuar rolin e infermierëve në qendrat shëndetësore të KSHP dhe infermierët në komunitet.

5.2.4. Strategjia e Shëndetësisë 2016 - 2020[45]

Në fushën e shëndetësisë një dokument politik i rëndësishëm është ai i Strategjisë së Shëndetësisë, i cili ka përfunduar dhe është duke u zhvilluar drafti i strategjisë së re. Gjithsesi, është e rëndësishëm të njihen objektivat strategjikë të këtij dokumenti, për të parë nëse janë arritur ato dhe për të eksploruar vendin që zënë çështjet gjinore në të. Prioritetet strategjike të kësaj strategjie janë:

- Prioriteti Strategjik 1: Investimi në shëndetin e njerëzve gjatë gjithë ciklit të jetës
- Prioriteti Strategjik 2: Mbulimi Shëndetësor Universal për të gjithë
- Prioriteti strategjik 3: Fuqizimi i sistemit shëndetësor, duke vendosur në qendër njerëzit
- Prioriteti strategjik 4: Përmirësimi i qeverisjes dhe bashkëpunimit ndërsektorial për shëndetin

[44] https://qbz.gov.al/eli/vendim/2020/05/20/405

[45] https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/albania/draft_strategt_albania_2016-2020.pdf

Argumentohet për pabarazitë në aksesin në shërbimet shëndetësore dhe në marrjen e një shërbimi cilësor, përfshirë pabarazitë gjinore. Dallimet gjinore përmenden tek bazat e referimit dhe targetet: duhan-pirja, alkooli, lëndimet dhe sëmundjet tumorale (kanceri i gjirit). Megjithatë, nuk ka masa specifike që të targetojnë aksesin e vajzave dhe grave në shërbimet shëndetësore.

5.2.5. Dokumenti politik kombëtar për moshimin, 2020 - 2024, dhe të planit të veprimit për zbatimin e tij [46]

Një dokument politik i miratuar rishtazi është ai për moshimin për vitet 2020 – 2024. Vizioni i këtij dokumenti është: Të moshuarit shqiptarë jetojnë e kontribuojnë me dinjitet, të përfshirë dhe jo të diskriminuar, duke realizuar potencialin e tyre, në një shoqëri që i mbështet të ruajnë aftësitë funksionale e shëndetësore dhe u mundëson akses pa barriera nëpërmjet shërbimeve cilësore shëndetësore dhe sociale.

Synimet e përgjithshme të Planit të Veprimit për Moshimin janë:

- deri në vitin 2024, të sigurojë ndërtimin e një ambienti të përshtatshëm, që mbështet dhe ndihmon gratë dhe burrat e moshuar, për t'u integruar në shoqëri, duke ruajtur dinjitetin njerëzor, pavarësisht nga gjendja e tyre shëndetësore apo autonomia e tyre funksionale;
- të sigurojë ndërtimin dhe forcimin e sistemit të kujdesit social dhe shëndetësor në të gjitha bashkitë e vendit, mbështetur mbi parimet e moshimit të shëndetshëm, duke garantuar përdorimin e shërbimeve të cilësishme, për të gjithë të moshuarit, që kanë nevojë për kujdes;
- të mundësojë një jetë sa më të gjatë, të shëndetshme dhe aktive për të gjithë shqiptarët, nëpërmjet ndërgjegjësimit të shoqërisë mbi shëndetin e mirë, parandalimin e sëmundjeve, si edhe zvogëlimin e pabarazive në trajtimin e nevojave të moshës së tretë.

Në disa nën – objektiva dhe tek treguesit e performancës vihet re se si dokument ka një ndjeshmëri ndaj çështjeve gjinore, siç janë ato më poshtë:

Tregues i performancës 1.
Qeveritë vendore ndërtojnë plane/politika lokale të mbështetjes për të moshuarit, brenda planeve lokale/rajonale sociale dhe mekanizma të pjesëmarrjes së të moshuarve, *sidomos grave*, në procesin e vendimmarrjes.

Objektivi specifik 3: Të ngrejmë shërbimin e asistencës në shtëpi për të moshuarit me humbje të autonomisë.

[46] https://qbz.gov.al/eli/fz/2019/183/774b51fc-d02e-4d75-94e3-7652c5d4bab4;q=plani%20i%20veprimit%20per%20moshimin

Rritja e proporcionit të moshuarve në vendin tonë është shoqëruar me zvogëlimin e familjeve dhe largimin e të rinjve në kërkim të punës. Kjo i ka rritur nga njëra anë nevojat për kujdestarë për të moshuarit me kufizim të autonomisë dhe nga ana tjetër ka rritur stresin te partnerët e moshuar dhe sidomos gratë, të cilat mbajnë një barrë të madhe të shërbimeve, që ngelet shpesh e panjohur dhe e paformalizuar nga shoqëria.

Sigurimi i "moshimit në vendbanim", duke promovuar shërbime dhe mbështetje për individin dhe familjen, do t'i lejojë të moshuarit të vijojnë të jetojnë sa më gjatë që mundet në komunitetin dhe mjedisin e tij. Synimi është të shndërrohet kujdesi informal, i cili ofrohet zakonisht nga familja dhe zakonisht nga gratë, në një aktivitet të qëndrueshëm dhe me cilësi, duke përmirësuar mirëqenien e atyre që kanë nevojë për kujdes, por edhe të atyre që ofrojnë kujdes (kujdestarëve). Një fokus i veçantë tek numri në rritje i personave me demenca senile.

5.3. Kuadri ligjor në Shqipëri

Kushtetuta e Republikës së Shqipërisë, parashikon në nenin 18 se "të gjithë janë të barabartë përpara ligjit, dhe se askush nuk mund të diskriminohet padrejtësisht për shkaqe të tilla si **gjinia**, raca, feja, etnia, gjuha, bindjet politike, fetare a filozofike, gjendja ekonomike, arsimore, sociale ose përkatësia prindërore".

Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995,"Kodi i Punës i Republikës së Shqipërisë", i ndryshuar, në nenin 9, "Ndalimi i diskriminimit", parashikon ndalimin e çdo lloj diskriminimi në fushën e punësimit, por për një numër më të kufizuar shkaqesh se ligji "Për Mbrojtjen nga Diskriminimi".

Ligji nr. 9970, datë 24.07.2008, "Për barazinë gjinore në shoqëri", rregullon çështjet themelore të barazisë gjinore në jetën publike, të mbrojtjes dhe trajtimit të barabartë të grave e burrave, për mundësitë dhe shanset e barabarta për ushtrimin e të drejtave, si dhe për pjesëmarrjen e ndihmesën e tyre në zhvillimin.

Ligj Nr. 104 datë 11.08.2012 "Për Ratifikimin e Konventës së Këshillit të Evropës "Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje" e të gjitha fushave të jetës shoqërore. Neni 7 i ligjit parashikon disa masa të nevojshme të ndërmarra nga organet shtetërore, ndërsa për të arritur përfaqësimin e barabartë gjinor, neni 8 i tij parashikon disa masa të veçanta të përkohshme, të cilat përfshijnë "*kuotat për të arritur përfaqësim të barabartë gjinor, rritjen e pjesëmarrjes së gjinisë më pak të përfaqësuar në vendimmarrje dhe në jetën publike, fuqizimin ekonomik dhe të pozitës së personave të secilës gjini në fushën e punës, përmirësimin në mënyrë të barabartë të nivelit arsimor, si dhe masa të tjera në çdo fushë, ku personat e njërës gjini nuk gëzojnë pozitë të barabartë me personat e gjinisë tjetër*".

Një ligj shumë i rëndësishëm për mbrojtjen nga dhuna të vajzave dhe grave dhe anëtarëve të tjerë të familjes është Ligji nr. 9669, datë 18.12.2006, "Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare", i cili synon parandalimin dhe reduktimin e dhunës në familje në të gjitha format e saj, me anë të masave të përshtatshme ligjore. Ky ligj garanton mbrojtjen me masa ligjore të pjesëtarëve të familjes, të cilët janë viktima të dhunës në familje, duke i kushtuar vëmendje të veçantë fëmijëve, të moshuarve dhe personave me aftësi të kufizuar. Në këtë ligj parashikohen detyrimet e autoriteteve përgjegjëse për dhunën në familje, duke përfshirë këtu dhe ato të personelit shëndetësor, që duhet t'i njohin të gjithë profesionistët [47].

Ligji nr. 10221, datë 04.02.2010, "Për mbrojtjen nga diskriminimi" konkretizon nenin 18 të Kushtetutës. Ai është ligji organik mbi bazën e të cilit sigurohet mbrojtja nga diskriminimi. Qëllimi i këtij ligji është të sigurojë të drejtën e çdo personi për barazi përpara ligjit dhe mbrojtje të barabartë nga ligji, barazi të shanseve dhe mundësive për të ushtruar të drejtat dhe liritë e individit si dhe mbrojtje efektive nga diskriminimi. Ligji rregullon zbatimin dhe respektimin e parimit të barazisë në lidhje me një listë joshteruese shkaqesh.

Neni 1 i këtij ligji parashikon: "ky ligj rregullon zbatimin dhe respektimin e parimit të barazisë në lidhje me gjininë, racën, ngjyrën, etninë, gjuhën, identitetin gjinor, orientimin seksual, bindjet politike, fetare ose filozofike, gjendjen ekonomike, arsimore ose shoqërore, shtatzëninë, përkatësinë prindërore, përgjegjësinë prindërore, moshën, gjendjen familjare ose martesore, gjendjen civile, vendbanimin, gjendjen shëndetësore, predispozicionet gjenetike, aftësinë e kufizuar, përkatësinë në një grup të veçantë, ose me çdo shkak tjetër"
Qasja e marrë në pjesët e tjera të botës për të mbështetur familjet është shumë e ndryshme nga ajo e vendeve me të ardhura të larta të Evropës Perëndimore[48].

Mbrojtja e familjes

Akti për të Drejtat e Njeriut përfshin të drejtat për mbrojtjen e familjeve dhe fëmijëve. Familjet njihen si njësia themelore e shoqërisë dhe kanë të drejtë për mbrojtje. Çdo fëmijë ka të drejtën, pa diskriminim, për mbrojtjen që është në interesin e tij më të mirë si fëmijë. Këto të drejta janë garanci e mbrojtjes institucionale të familjes dhe masa pozitive për mbrojtjen e fëmijëve nga shoqëria dhe shteti.

Fuqizimi i familjes

Gjatë vizitës familjare, infermieret duhet të kuptojnë se qëllimi përfundimtar është të ndihmojnë familjen të bëhet e pavarur nga shërbimet infermierore. Kjo arrihet përmes qasjes së përdorur në kryerjen e vizitës. Mënyra si si strukturohet marrëdhënia infermiere-pacient gjithashtu ndikon në rezultatet e dëshiruara. Disa mendime që ndihmojnë për të shpjeguar marrëdhënien e punës së infermierit me familjet janë :

[47] https://www.osce.org/files/f/documents/3/3/30437.pdf
[48] Mary Daly. Family and Parenting Support Policy and Provision in a Global Context. The UNICEF Office of Research – Innocenti. 2015

- Nëse ndiheni ndonjëherë të detyruar të bëni diçka për një familje, merrni parasysh se kush e bëri këtë para jush.
- Gjeni pikat e forta të familjes edhe në situatën më të keqe familjare.
- Nëse do të ishit në një situatë të ngjashme, a do të menaxhonit, përballonit ose funksiononit si dhe anëtarët e kësaj familjeje?

Shumë familje kanë pikat e forta që disa infermierë mund t'i anashkalojnë ose interpretojnë si dobësi. Është detyrë e infermierit të njohë pikat e forta në familje dhe t'i ndihmojë familjet t'i njohin ato gjithashtu.

Për shembull, fëmijët nga familjet e mëdha shpesh mësojnë të kujdesen fizikisht për njëri -tjetrin dhe të argëtohen, ndërsa në disa familje me vetëm një ose dy fëmijë të rinjtë duhet të argëtohen vazhdimisht. Anëtarët e një familjeje mund të marrin transport publik ose të ecin për të kryer punë.

Shumë shpesh, infermierët e shëndetit në komunitet kanë tendencë të përqendrojnë vëmendjen e tyre në dobësitë e familjes, duke i kërkuar dhe duke iu referuar atyre si nevoja ose probleme. Ky theks negativ mund të jetë shkatërrues për një familje dhe mund të minojë çdo shpresë për një marrëdhënie terapeutike midis infermierit dhe pacientit. Familjeve u duhen përforcuar forcat e tyre. Theksimi i pikave të forta të një familje nxit një imazh pozitiv për veten, promovon vetëbesim dhe shpesh ndihmon një familje të ndihet më mirë në gjendje të trajtojë problemet e tjera.

Pasi familjet të mësojnë këto aftësi, krizat do të ndodhin më rrallë ose do të menaxhohen në mënyrë më efektive.

Së fundi, gjithmonë duhet të kërkoni mënyra për të lavdëruar vërtet familjet për menaxhimin në situata të vështira. Në një vizitë në shtëpi, ju mund t'i fuqizoni familjet duke treguar aspektet pozitive të kujdesit ndaj tyre dhe dhënies së kujdesit, në vend që të tregoni atë që ata nuk bëjnë ose nuk kanë. Një teknikë e dobishme komunikimi është forcimi.

Listoni verbalisht aspektet pozitive të një situate negative në një mënyrë të natyrshme.

Gjatë pjesës së mbetur të vizitës, ju diskutoni shërbimet që agjencia juaj mund të ofrojë dhe vlerësoni nëse ndonjë prej tyre do të ishte me interes për nënën e re. Kjo teknikë e forcimit e ndihmon infermierin t'i afrohet familjes pozitivisht dhe jo me një qasje përçmuese ose ndëshkuese. Nëse nuk ka asgjë pozitive që infermierja mund ta thotë sinqerisht, ai duhet të jetë në gjendje të paktën të thotë se familja duket se po menaxhon sa më mirë që mundet. Kjo nuk do të thotë që infermierja duhet të injorojë problemet. Përkundrazi, vlerësimi duhet të eksplorojë të gjitha aspektet e funksionimit të familjes për të përcaktuar si forcën ashtu edhe dobësitë.

Infermierja ka nevojë për një pamje të përgjithshme për të arritur një perspektivë adekuate në planifikimin e kujdesit infermieror dhe për të ditur kur familja është gati të fillojë punën për problemet. Edhe kur infermierja bëhet më e vetëdijshme për sjelljet jo të shëndetshme të një familjeje, theksi duhet të mbetet në ato pozitive. Theksimi i pikave të forta tregon për klientët se ato janë të rëndësishme për infermierin. Pikat e forta të familjes janë tipare që lehtësojnë aftësinë e familjes për të përmbushur nevojat e anëtarëve dhe kërkesat e bëra nga sistemet jashtë njësisë së familjes. Jo të gjitha tiparet që duken pozitive janë domosdoshmërisht pikat e forta. Para se

infermierja të zgjedhë një tipar për të theksuar, sjellja duhet të shqyrtohet nga afër për të përcaktuar nëse ajo në të vërtetë po lehtëson funksionimin e familjes. Një orientim i fortë në punë mund të jetë një forcë kur balancohet me lojën dhe relaksimin, por një familje e fiksuar pas punës e përjeton këtë tipar si një dobësi.

Nëse një tipar konsiderohet si një forcë apo dobësi përcaktohet nga sasia e zgjedhjes së lirë, në krahasim me nxitjen detyruese, që ushtrohet. Disa tipare që një infermiere mund t'i konsiderojë si pikat e forta të mundshme janë funksionet themelore të familjes, detyrat e zhvillimit të familjes dhe karakteristikat e shëndetit të familjes. Për shembull, një infermiere mund të dëshirojë të vërejë kur një familje plotëson nevojat fizike, emocionale dhe shpirtërore të anëtarëve të saj; tregon respekt për pikëpamjet e ndryshme të anëtarëve; ose nxit vetëdisiplinën tek fëmijët e saj[49].

Të drejtat e familjes

Të drejtat e njeriut sigurojnë kuadrin për mobilizimin shoqëror dhe ndikimin politik për të çuar përpara agjendën e barazisë shëndetësore. Kuadri ndërkombëtar i të drejtave të njeriut është struktura konceptuale e përshtatshme brenda së cilës të avancohet drejt barazisë shëndetësore. Kuadri bazohet në Deklaratën Universale të të Drejtave të Njeriut (DUDNJ) të vitit 1948[50]. Aspektet e të drejtave të njeriut të shëndetit, dhe veçanërisht lidhjet midis të drejtës për shëndet dhe kushteve shoqërore dhe ekonomike, u sqaruan në Paktin Ndërkombëtar të të Drejtave Ekonomike, Sociale dhe Kulturore të vitit 1966 (ICESCR). Në nenin 12 të ICESCR, shtetet nënshkruese pranojnë 'të drejtën e secilit për të gëzuar standardin më të lartë të arritshëm të shëndetit fizik dhe mendor' dhe angazhohen për masa specifike për të ndjekur këtë qëllim, duke përfshirë përmirësimin e kujdesit mjekësor, por edhe masa që mundësojnë shëndetin jashtë sfera mjekësore në vetvete, siç është 'përmirësimi i të gjitha aspekteve të higjienës mjedisore dhe industriale'[51]. Shëndeti duhet të interpretohet gjerësisht për të përfshirë përcaktuesit kryesorë të shëndetit duke përfshirë (por pa u kufizuar në) 'ushqimin dhe ushqimin, strehimin, qasjen në ujë të sigurt dhe të pijshëm dhe kanalizime adekuate, kushte të sigurta dhe të shëndetshme pune dhe një mjedis të shëndetshëm.

Të drejtat e njeriut ofrojnë më shumë se një armaturë konceptuale që lidh shëndetin, kushtet shoqërore dhe parimet e gjera të qeverisjes. Konceptet dhe standardet e të drejtave sigurojnë një instrument për shndërrimin e kërkesës së përhapur sociale në pretendime të fokusuara juridike dhe politike, si dhe një sërë kriteresh me të cilat vlerësohet performanca e autoriteteve politike në promovimin e mirëqenies së njerëzve dhe krijimin e kushteve për gëzimin e barabartë të zhvillimit. Sektori i shëndetësisë mund të përdorë 'mekanizmat e njohur ndërkombëtarisht për të drejtat e njeriut për llogaridhënie ligjore' për të nxitur politika agresive sociale për të trajtuar pabarazitë shëndetësore, pasi instrumentet ndërkombëtare të të drejtave të njeriut 'sigurojnë jo vetëm një kornizë, por edhe një detyrim ligjor për politikat drejt arritjes së mundësive të barabarta për të të jetë i shëndetshëm, një detyrim që kërkon domosdoshmërisht marrjen parasysh të varfërisë dhe disavantazhit social '

[49] Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health 7th Edition. Fq 508-510

[50] Pontificio Consiglio Per La Famiglia. Carta dei diritti della famiglia. 22 ottobre 1983

[51] Tommaso Auletta. Diritto di Famiglia. Quarta edizione. 2018. 1-24.

Ndërsa të drejtat e njeriut shpesh janë interpretuar në terma individualistë në disa tradita intelektuale dhe legale, veçanërisht anglosaksonet, garancitë e të drejtave të njeriut gjithashtu kanë të bëjnë me mirëqenien kolektive të grupeve shoqërore dhe kështu mund të shërbejnë për të artikuluar dhe përqendruar pretendimet e përbashkëta dhe një pohim të dinjitetit kolektiv nga ana e komuniteteve të margjinalizuara. Në këtë kuptim, parimet e të drejtave të njeriut janë të lidhura ngushtë me vlerat e solidaritetit dhe me luftimet historike për fuqizimin e të pafavorizuarve. ndaj jetës së njerëzve.

Rritja e kontrollit mbi faktorët kryesorë që ndikojnë në shëndetin e tyre është një komponent i domosdoshëm i kapacitetit më të gjerë të individëve dhe komuniteteve për të marrë vendime se si ata dëshirojnë të jetojnë. si mungesa e dallimeve të padrejta dhe të shmangshme ose të shërueshme në shëndet midis grupeve shoqërore. Përgjegjësia kryesore për mbrojtjen e barazisë shëndetësore i takon qeverive. Realizimi i të drejtës së njeriut për shëndet nënkupton fuqizimin e komuniteteve të pafavorizuara për të ushtruar kontrollin më të madh të mundshëm mbi faktorët që përcaktojnë shëndetin e tyre.

E drejta familjare në burimet evropiane: nga e drejta e fortë në të drejtën e butë. E drejta familjare, e cila si e drejta e trashëgimisë përmban një sërë vlerash historike dhe kulturore tipike për traditën popullore të secilit komb, vështirë se mund të ndryshojë pa një evolucion përkatës të kulturës dhe mentalitetit të atij populli. Në këtë kuptim, mund të thuhet se e drejta familjare gjithmonë ka përfaqësuar, në një masë të caktuar, një shprehje të sovranitetit të sistemeve juridike individuale kombëtare. Për më tepër, në të kaluarën - edhe kohët e fundit - burimet e komunitetit kurrë nuk e përmendën ligjin e familjes. Sot, megjithatë, gjërat po ndryshojnë: dispozitat legjislative të Bashkimit Evropian në lidhje me të drejtën familjare janë gjithnjë e më të shumta, jo vetëm në të drejtën parësore, domethënë atë të përbërë nga Traktati i Bashkimit, Traktati për Funksionimin e Evropës Unionit dhe Kartës së të Drejtave Themelore të Bashkimit Evropian, por edhe në legjislacionin dytësor dhe, edhe më shumë në kontekstin e të ashtuquajturës "Ligji i butë".

Konkluzione

Duke pasur parasysh se:

- Të drejtat e personit, edhe nëse shprehen si të drejta të individit, kanë një dimension themelor shoqëror, i cili gjen shprehjen e tij amtare dhe jetësore në familje
- Familja është e bazuar në martesë, një bashkim intim i jetës në komplementaritetin midis një burri dhe një gruaje, i cili përbëhet nga lidhja e pandashme e martesës e kontraktuar lirisht dhe e shprehur publikisht, dhe është e hapur për transmetimin e jetës
- Martesa është institucioni natyror të cilit i është besuar ekskluzivisht misioni i transmetimit të jetës.
- Familja, një shoqëri natyrore, ekziston para shtetit dhe çdo komuniteti tjetër dhe ka të drejtat e veta, të cilat janë të patjetërsueshme
- Familja përbën, madje më shumë se një bërthamë të thjeshtë juridike, sociale dhe ekonomike, një bashkësi dashurie dhe solidariteti që është e përshtatshme në mënyrë unike për të mësuar dhe përcjellë vlera kulturore, etike, sociale, shpirtërore dhe fetare, thelbësore për zhvillimin dhe mirëqenien të qenit të anëtarëve dhe shoqërisë së tij

- Familja është vendi ku gjenerata të ndryshme takohen dhe ndihmojnë njëri -tjetrin të rritet në mençurinë njerëzore dhe të harmonizojë të drejtat e individëve me kërkesat e tjera të jetës shoqërore
- Përvoja e kulturave të ndryshme gjatë historisë ka treguar sesi është e nevojshme që shoqëria të njohë dhe mbrojë institucionin e familjes
- Shoqëria, dhe në veçanti shteti dhe organizatat ndërkombëtare, duhet të mbrojnë familjen me masa politike, ekonomike, sociale dhe ligjore, që synojnë konsolidimin e unitetit dhe stabilitetit të familjes në mënyrë që ajo të ushtrojë funksionin e saj specific
- Të drejtat, nevojat themelore, mirëqenia dhe vlerat e familjes, edhe nëse ato ruhen në mënyrë progresive në disa raste, shpesh injorohen dhe jo rrallë minohen nga ligjet, institucionet dhe programet socio-ekonomike
- Shumë familje janë të detyruara të jetojnë në situata të varfërisë të cilat i pengojnë ata të kryejnë rolet e tyre me dinjitet[52]

[52] Gabriella de Strobel. I modelli di famiglia nel contesto europeo e nazionale: famiglia legitima, famiglia di fatto, matrimonio omosessuale. Rivista 2012

6

Demografia e familjes në Shqipëri dhe ndërthurja e politikave familjare, pabarazive shëndetësore dhe politikave të kujdesit shëndetësor.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë Ndryshimet demografike në Shqipëri
- Njohë politikën familjare, pabarazive shëndetësore dhe politikat e kujdesit shëndetësor.
- Praktikojnë njohuritë për çështjet gjinore në shembuj konkretë të sëmundjeve shëndetësore.

6.1 Demografia e familjes në Shqipëri

Studimi i parë Demografik dhe Shëndetësor në Shqipëri u zhvillua në vitin 2008. Ky studim u krye nga Instituti i Statistikave (INSTAT) në bashkëpunim me Institutin e Shëndetit Publik (ISHP) të Ministrisë së Drejtësisë. Përmbysja politike në Shqipëri në fillim të viteve 1990 shënoi një kthesë në evolucionin demografik të vendit, veçanërisht për shkak të hapjes së kufijve për emigrimin.

Në tërë këto transformime të familjes mund të themi se kanë pasur ndikim një sërë faktorësh, ndër to:

a) Faktorët negativë:

- Imitimi i vlerave të huaja pa seleksionim ka bërë që struktura e familjes të ketë divergjenca;
- Kalimi nga solidariteti mekanik në atë organik/ zv. i lidhjeve të vjetra dhe ato të reja dhe ngërçi në të cilën ka mbetur ky solidaritet;
- Emigrimet në relacionet fshat- qytet;
- Rënia e natalitetit dhe pasioni i verbër për karrierë;
- Shpërfaqja e divorceve;
- Dhuna e shfaqur në familje;
- Kriza e vlerave e cila ka prodhuar krizë të identitetit, etj.

b) Faktorët pozitivë

- Emancipimi i gruas dhe fuqizimi i pozitës së saj në shoqëri;
- Vetëdijesimi i shoqërisë për të drejtat, sidomos të grave;
- Dhënia e pasurisë gruas;
- Barazia gjinore, etj.

6.1.1 Ndryshimet demografike dhe gjinia

Dekadat e fundit kanë ndodhur ndryshime demografike në numrin e lindjeve dhe në numrin e vdekjeve, të cilat kanë qenë të ndryshme në botë. Fenomeni i moshimit të popullatës ka prekur më shumë vendet me të ardhura mesatare dhe të larta, sepse është rritur jetëgjatësia. Në rajone të prekura më shumë nga HIV/AIDS piramida e moshës ngushtohet në moshën e mesme, për shkak të infektimeve të larta mes burrave dhe grave në moshën riprodhuese. Ndërkohë, në vende me preferenca për fëmijë – djem disponueshmëria e eko – ve (ultrasound) ka ndikuar balancën gjinore në lindje në favor të djemve me përdorimin e abortit selektiv, një mënyrë për të eliminuar vajzat që në gjenezë. Edhe Shqipëria e ka një disbalancë të tillë vitet e fundit, ku raporti i lindjeve djem : vajza ka arritur pikën kulmore 113:100 në vitin 2014 ndërsa në vitin 2019 ky raport ishte 108:100.

Këto ndryshime demografike kanë ndryshuar ngarkesën e grave si ofrueset e para të përkujdesjes, përfshirë kujdesi për shëndetin brenda dhe jashtë shtëpisë. Në një popullatë të re gratë kalojnë më shumë kohë për tu kujdesur për fëmijët, një punë e papaguar. Kur fëmijët sëmuren janë nënat ato që qëndrojnë me ta, duke menaxhuar punën e tyre dhe nevojën për të munguar e për të marrë leje. Në këtë rast, nënat e varfra janë më të prekura, madje shpesh ato detyrojnë vajzat më të mëdha të kujdesen për vëllezërit/motrat e tyre më të vegjël/vogla në mënyrë që të mos detyrohen të mungojnë në punën e tyre.

Popullata që përbëhet nga më shumë djem ka çuar në diferenca të mëdha moshore mes çifteve dhe në fenomene si "rrëmbimi i nuseve" në Kinë, ose ndarja e gruas mes vëllezërve, apo dhënia e pagesave shumë të larta për të pasur një "grua" dhe bërjen e martesës me transaksione. Të gjitha këto ndikojnë negativisht në shëndetin e gruas dhe në pushtetin që ka në familje në shoqëritë respektive.

Që nga Lufta e Dytë Botërore, lindshmëria e lartë nxiti një rritje të shpejtë të popullsisë në një vend ku mungonte migrimi ndërkombëtar. Megjithëse lindshmëria filloi të pësonte rënie nga kulmi i saj në fillim të viteve 1960[53], dekada përpara censusit të vitit 1989 tregoi një rritje vjetore të popullsisë prej më shumë se 2%[54], e cila mund t'i atribuohet tërësisht rritjes natyrore. Eliminimi i barrierave për emigrimin në fillim të viteve 1990 prodhoi një valë goditjeje në zhvillimin e popullsisë së Shqipërisë. Disa qindra mijë Shqiptarë u larguan nga vendi në disa valë të njëpasnjëshme në dekadën përpara censusit të vitit 2001[55], një humbje që nuk u

[53] Gjonca, A., A. Aassve and L. Mencarini 2008. Albania: Trends and patterns, proximate determinants and policies of fertility change. Demographic Research 19(11): 261-292.
[54] INSTAT 1994. Albania population projections 1990-2010. INSTAT, Tirana.
[55] Carletto, G., Davis, B., Stampini, M. and Zezza, A. 2006. A country on the move: international migration in postcommunist Albania. International Migration Review, 40(4): 767-85.

kompensua nga imigrimi dhe rritja natyrore. Ky emigrim masiv ishte shkaku kryesor për ndryshimin rrënjësor nga një rritje vjetore e madhe e popullsisë në periudhën ndërmjet censuseve të viteve 1979-1989 me 2,0%, në një rritje negative (-0,3% në vit) në periudhën pasuese ndërmjet censuseve të viteve 1989-2001 Ndryshimi i numrit të popullsisë në nivel qarku është i shpërndarë në mënyrë të pabarabartë. Nga 12 qarqe, jo më pak se 10 shënuan një rënie të popullsisë ndërmjet censuseve të viteve 2001 dhe 2011, me përjashtim të Tiranës dhe Durrësit. Për më tepër, me përjashtim të Vlorës, të gjitha qarqet me rritje negative pësuan rënie që ishin të paktën rreth dyfish krahasuar me rënien e popullsisë kombëtare me 8,8 përqind. Rëniet më të mëdha të popullsisë u raportuan për qarqet më të largëta, që variojnë nga 23 përqind në Kukës në 36 përqind në Gjirokastër.

6.1.2 Lindshmëria

Shqipëria është një prej pak vendeve Evropiane ku tranzicioni i lindshmërisë filloi në një fazë shumë të vonë. Në fund të viteve 1940, kur shumë vende në Evropë kishin shumë kohë që kishin hyrë në tranzicionin e tyre të lindshmërisë, Indeksi Sintetik i Fekonditetit (ISF) në vend ishte rreth 65, më i larti ndër vendet Evropiane. Gjatë viteve 50, kur shumica e Evropës pësoi një rënie të mëtejshme në nivelet e lindshmërisë, Shqipëria pësoi një rritje në numrin mesatar të fëmijëve për grua. Megjithëse lindshmëria pësoi rënie të qëndrueshme në periudhën 1960-1990, gjatë gjithë periudhës ai mbeti më i lartë sesa niveli i çdo vendi tjetër Evropian. Pjesa më e madhe e tranzicionit të lindshmërisë ndodhi gjatë periudhës 1960-1990, kur vendi ishte akoma nën një sistem tjetër. E krahasuar me vendet e tjera të Evropës Lindore dhe Juglindore, qeveria Shqiptare ishte shumë e rreptë në qasjen e saj ndaj politikave ekonomike, sociale dhe ato të popullsisë. Problemi i popullsisë konsiderohej një çështje tërësisht e palidhur me shoqërinë. Gjatë gjithë asaj periudhe, qeveria synoi përdorimin e të të gjitha burimeve të saj dhe promovoi rritjen e vazhdueshme të popullsisë. U ndërmorën një grup i madh masash praktike për nxitjen e krijimit të familjeve të mëdha (me shumë fëmijë). Metodat moderne të kontracepsionit ishin të padisponueshme dhe aborti lejohej vetëm për arsye rreptësisht mjekësore. Megjithëse qeveria ndoqi një politikë pro-nataliste, ajo padashur mbështeti tranzicionin e lindshmërisë si një efekt anësor i disa politikave të tjera të saj. Emancipimi i grave, i nxitur nga qeveria, çoi në një edukim pothuaj të njëjtë të vajzave dhe një rritje të pjesëmarrjes së grave në prodhimin industrial dhe bujqësor. Të dy faktorët janë të lidhur ngushtë me reduktimin e lindshmërisë. Që nga vitet 1990, lindshmëria është reduktuar edhe më shumë. Në vitin 2001, ISF-ja ishte 2,3 lindje për grua dhe në vitin 2008, Studimi Shëndetësor dhe Demografik (ADHS), tregoi se lindshmëria kishte pësuar rënie nën nivelin e zëvendësimit. Studimi i lindshmërisë dhe vdekshmërisë është i rëndësishëm sepse lindjet dhe vdekjet kanë një ndikim thelbësor në rritjen e popullsisë. Koeficienti bruto i lindjeve në Shqipëri është pak më i lartë sesa mesatarja e përgjithshme e Bashkimit Evropian (10,7 lindje për mijë)7, ndërsa koeficienti bruto i vdekjeve ishte më i ulët sesa mesatarja e BE-së (9,6 vdekje për mijë)8.

6.1.3 Vdekshmëria

Për një periudhë të gjatë, nivelet e vdekshmërisë foshnjore të fëmijëve dhe vdekjet e parakohshme në Shqipëri ishin shumë të larta krahasuar me vendet e tjera Evropiane. Në vitin 1969, vdekshmëria foshnjore ishte 112 për mijë dhe jetëgjatësia ishte 66,5 vjet. Nga viti 1970

meshkujt dhe femrat në Shqipëri mund të jetonin 66,5 vjet. Në vitin 1980 dhe 1990 jetëgjatësia u ngjit respektivisht në 68 dhe 70,7 vjet[56]. Gjatë viteve 1970 dhe 1980, rënia e lindshmërisë u shoqërua me rënien e vdekshmërisë foshnjore. Edhe pse vendi kishte standardet më të ulëta të jetesës në Evropë, ekzistonte një sistem i kujdesit shëndetësor, i cili mbulonte të gjithë popullsinë dhe garantonte shërbime pa pagesë për të gjithë. Në vitet 1990, jetëgjatësia mesatare u rrit në 67 vjet dhe vdekshmëria foshnjore mbeti në 28 për mijë lindje. Dy treguesit kryesor për paraqitjen e nivelit të vdekshmërisë foshnjore dhe fëmijëve janë koeficienti i vdekshmërisë foshnjore dhe koeficienti i vdekshmërisë së fëmijëve. Koeficienti i vdekshmërisë foshnjore është probabiliteti i vdekjes ndërmjet momentit të lindjes dhe ekzaktësisht moshës një vjeç, më së shumti shprehur për 1.000 lindje të gjalla, ndërsa koeficienti i vdekshmërisë së fëmijëve është probabiliteti i vdekjes ndërmjet momentit të lindjes dhe ekzaktësisht moshës 5 vjeç, e shprehur përsëri për 1.000 lindje të gjalla. Për vlerësimin e nivelit aktual të vdekshmërisë foshnjore dhe të fëmijëve, është e mundur të përdoren të dhënat e censusit për numrin e fëmijëve të lindur dhe numrin e fëmijëve të mbijetuar sipas grupmoshës së nënës. Shqipëria është akoma vendi i dytë me vdekshmëri foshnjore më të lartë në Evropë. Në Shqipëri, ndërmjet viteve 1994 dhe 2004, niveli i vdekjeve nga sëmundjet kardiovaskulare për meshkujt u rrit prej 54 përqind. Për femrat më pak se 65 vjeç, ky nivel u rrit me 46 përqind, në të njëjtën kohë vdekshmëria nga infarkti u rrit me 19 përqind. Megjithëse metoda e paraqitur këtu përsëri është vetëm një tregues dhe e debatueshme, ajo tregon se në kontekstin Evropian jetëgjatësia jo vetëm që është më e lartë në krahasim me standardin e jetesës së vendit, por me sa duket më e lartë gjithashtu krahasuar me pozicionin e saj për sa i takon sëmundjeve kardiovaskulare. Nëse jetëgjatësia është vërtet po aq e lartë sa dhe tregojnë të dhënat e statistikave vitale, atëherë të paktën në këtë moment, jo domosdoshmërisht për të kaluarën, ekzistojnë prova se duhet të ketë një arsye tjetër dhe jo hipoteza e dietës, përse jetëgjatësia është kaq e lartë në krahasim me vendet e tjera.

6.1.4 Emigrimi

Gjatë dy dekadave të fundit, Shqipëria ka kaluar ndryshime të mëdha social-ekonomike. Për të përballuar ndryshimet dhe përmirësuar standardin e jetesës shumë shqiptarë kanë migruar ose brenda vendit drejt Tiranës, ose në zona të tjera urbane, ose në shtete të tjera. Për ata që kanë shkuar jashtë shtetit, vendet fqinje Italia dhe Greqia ishin destinacionet kryesore. Në të gjitha grupmoshat, përveç personave për të dyja gjinitë, popullsia kishte pësuar rënie më shumë sesa mund të shpjegohej vetëm nga vdekshmëria dhe lindshmëria. Megjithatë humbja përqendrohet shumë tek moshat e reja (20-39). Ky është modeli tipik i emigrimit. Humbja e personave të rinj (nën moshën 20 vjeç, dhe veçanërisht nën moshën 15 vjeç) mund të shpjegohet arsyeshëm nga emigrimi i fëmijëve të varur nga prindërit e tyre emigrues në grupmoshat 20-49 vjeç. Anomalia e gjetur në grupmoshën më të madhe (85 vjeç e lart) nuk vjen si shkak i migrimit por ka më shumë të ngjarë të vijë nga keqraportimi i vdekshmërisë.

Statistikat nga Eurostat-i dhe Institutet Kombëtar i Statistikave për vendet Evropiane arrijnë në një popullsi prej rreth 988 mijë shqiptarë që jetonin jashtë vendit në vitin 2011, në madhësi popullsia e gjashtë e huaj në BE[57], dhe popullsia e tretë më e madhe e shtetasve jo të BE-së (pas

[56] INSTAT 2004b. Living Conditions and Inequality In Albania. Population and Housing Census 2001. INSTAT, Tirana.
[57] Eurostat 2011. 6.5% of the EU population are foreigners and 9.4% are born abroad. Statistics in focus, 34/2011.

Turqve dhe Marokenëve). Pjesërisht vazhdimësia e emigrimit mund të shpjegohet nga karakteristikat e ndryshueshme të emigrimit Shqiptar. Mendohet se gjatë viteve 1990, migracioni dominohej nga të rinjtë beqarë që kërkonin punë jashtë vendit, në një periudhë kur Shqipëria ishte në trazicion. Në dekadën e parë të këtij mijëvjeçari migrimi duket të jetë diversifikuar: migrimi akoma dominohet nga të rinjtë, por krahas burrave edhe gratë gjithnjë e më shumë shkojnë jashtë vendit. Edhe pjesa e fëmijëve është rritur mjaft, dhe ky është një tregues i qartë i procesit të migrimit për bashkim familjar dhe martesë që shpesh ndjek migrimin "pionier" të valës së parë të dominuar nga meshkujt.

6.1.5 Imigrimi

Imigrimi për në Shqipëri përbëhet nga dy komponentë: imigrantët e herës së parë, më së shumti shtetas të huaj, që vijnë të jetojnë për një kohë të shkurtër ose të gjatë në Shqipëri, për shembull për punë ose për shkak të martesës me një Shqiptar/e; dhe Shqiptarët që kthehen në shtëpi pas një periudhe punësimi ose studimi jashtë vendit, nganjëherë me fëmijë të lindur në vendbanimin e mëparshëm. Grupi i parë, shtetasit e huaj në Shqipëri, është relativisht i vogël. Shumica e popullsisë në Shqipëri ka shtetësi Shqiptare: 98,3 përqind. Vetëm një përqind ka shtetësi tjetër krahas asaj shqiptare dhe më pak shtetas (47 mijë, 0,7 përqind) kanë vetëm shtetësi të huaj ose janë pa shtetësi.

6.1.6 Shpërndarja sipas gjendjes martesore

Tendenca që vërehet në vendet që përputhen me idenë e një Tranzicioni të Dytë Demografik tregon pjesë në rritje të popullsive që mbeten beqarë, divorcohen ose ndahen dhe rënie të pjesës së personave që martohen. Informacioni për shpërndarjen e popullsisë sipas gjendjes martesore nga censuset e njëpasnjëshme nuk tregon se këto tendenca kanë ndonjë domethënie për Shqipërinë që nga viti 1989. Madje e kundërta ka ndodhur, sepse përqindja e popullsisë që është martuar është rritur nga rreth 42,8 në 51,9 përqind dhe pjesa beqare është zvogëluar nga 53,5 në 42,5 përqind. Pjesa e divorcuar ose e ndarë ka mbetur gjithashtu në një nivel shumë të ulët. Pjesa e personave të ve është rritur në periudhën ndërmjet censuseve 1989 dhe 2011. Ky është një efekt i pritshëm i një popullsie në plakje, por gjithashtu mund të jetë tregues i pirjeje në rënie për t'u rimartuar pas të qenurit i/e ve[58].

6.2 Ndërthurja e politikave familjare, pabarazive shëndetësore dhe politikave të kujdesit shëndetësor.

6.2.1 Politika e Familjes

Politika familjare, ligjet, kodet, programet dhe politikat janë krijuar për të promovuar dhe mbrojtur fëmijët, familjet dhe komunitetet. Politikat ndikojnë në mënyrë indirekte në shëndetin dhe mirëqenien e përgjithshme të fëmijëve dhe familjeve, duke përfshirë rregulloret e zonimit, si dhe ligjet e trafikut, penale, mjedisore, korporatave dhe votimit. Politikat, programet dhe ligjet e qarta të familjes përqendrohen në martesën, divorcin, birësimin, kujdesin ndaj fëmijëve, pushimin familjar, të drejtat riprodhuese dhe më shumë. Në mënyrë ideale, politikat e familjes

[58] Emira Galanxhi, Majlinda Nesturi, Rudin Hoxha. Shqiperi, popullsia dhe dinamikat e saj- horizonte te reja demografike? 2014

mbështesin dhe ndihmojnë prindërit dhe familjet për të menaxhuar në mënyrë efektive punën e paguar dhe kujdesin ndaj familjes, për të zvogëluar varfërinë dhe për të përmirësuar zhvillimin e fëmijëve. Politikat, ligjet dhe programet ndikojnë në jetën e përditshme, duke përfshirë ndikimin në aftësinë e një personi për të krijuar partneritete intime, për të dhënë mbështetje ekonomike për anëtarët e familjes, prindërit dhe kujdesin për fëmijët, dhe për t'u angazhuar në kujdesin familjar të foshnjave, fëmijëve, bashkëshortëve, vëllezërve e motrave, të rriturve të moshuar, individë me aftësi të kufizuara intelektuale[59].

6.2.2 Si mund të jenë stereotipat gjinorë kufizuese për burrin dhe për gruan?

Si mund të jenë stereotipat gjinorë kufizuese për burrin?

- Është personi që ka përgjegjësinë për të sjellë "ushqim" në familje, mund të shkaktojë stres dhe presion, sidomos për burrat që janë në familje të varfra;
- Stresi mund të çojë në sëmundje fizike, sjellje të rrezikshme dhe tentativë vetëvrasjeje;
- Burrave nuk u lejohet të jenë "të ndjeshëm" (mos qaj se je burrë), kështu që mësojnë të fshehin/shtypin ndjenjat e tyre. Duhet të jenë të fortë edhe në rastet e fatkeqësive në familje
- Burrat mund të ndjejnë se duhet të jenë të dhunshëm edhe kur nuk duan, sepse duhet t'i përgjigjen normave shoqërore;
- Burrat mund të ndihen në presion për të pasur më shumë se 1 partnere seksuale – duke u ekspozuar më shumë ndaj SST – ve;
- Normat gjinore mund të kufizojnë rolin e burrit në familje dhe ta ndalojnë që të gëzojë të qenit "baba";
- Roli i tij në familje si autoriteti, mund ta largojë nga marrëdhëniet me gruan dhe fëmijët
- Çdo burrë që nuk i përgjigjet normave shoqërore mund të ndihet i padobishëm etj.

6.2.3 Si mund të jenë stereotipat gjinore kufizuese për gruan?

- Gratë mësohen të jenë të nënshtruara, gjë që çon në kufizimin e zgjedhjeve të tyre personale dhe profesionale:
- Të qenit viktimë e dhunës seksuale dhe e dhunës me bazë gjinore;
- Nuk kanë zë në zgjedhjet për "kur", "si" dhe "ku" do të kenë marrëdhënie seksuale?
- Nuk mund të thonë "jo" në marrëdhëniet seksuale të padëshiruara;
- Nuk marrin pjesë në procese vendimmarrëse ;
- Bëjnë gjëra sepse është "detyra e tyre", edhe nëse mund të jetë diçka e dëmshme, e sikletshme ose demotivuese ;
- Ndalohen nga arsimimi ;
- Mund të kenë presion që të mos gjejnë punë ;
- Kur punësohen atyre u thuhet që të fokusohen në familje dhe jo karrierën e tyre;
- Vendosin të tjerët para vetes;
- Kanë ditë pune të zgjatura sepse bëjnë dhe punët e shtëpisë;
- Ato që nuk martohen dhe/ose nuk kanë fëmijë paragjykohen si të dështuara etj.

[59] Bogenschneider, Karen. (2014). Family Policy Matters. Abingdon, Oxon: Routledge

Kjo është një listë e madhe e kufizimeve që mund të sjellë vetëm fakti se dikush ka lindur djalë apo vajzë dhe i mënyrës sesi socializohen në shoqëritë si ajo shqiptare, në shoqëri patriarkale.

6.2.4 Kryqëzimi midis politikave familjare dhe pabarazive shëndetësore

Politika e familjes i referohet ligjeve, kodeve, programeve dhe politikave eksplicite dhe të nënkuptuara për të promovuar dhe mbrojtur fëmijët, familjet dhe komunitetet. Politikat familjare janë ato politika që mbrojnë të drejtat sociale, përfshirë shëndetin, ushqimin dhe ujin, arsimin, strehimin, punësimin dhe një mjedis të shëndetshëm. Ndryshe nga të drejtat civile, të cilat mbrojnë të drejtën e një qytetari për të marrë pjesë në vendimet politike, të drejtat ligjore dhe mbrojtjen civile, të drejtat sociale janë të diskutueshme për shkak të një besimi brezash se të drejtat sociale janë kryesisht përgjegjësi e individit. Politikat familjare janë zhvilluar me qëllim të parandalimit të problemeve shëndetësore në një shkallë shoqërore dhe për të zbutur pabarazitë shëndetësore.

6.2.5 Sfondi teorik për kryqëzimin e politikave familjare dhe pabarazive shëndetësore

Pabarazitë shëndetësore kuptohen më së miri duke përdorur Modelin e Tre niveleve të racizmit të Jones (2000)[60] dhe modelin e sistemeve ekologjike të Bronfenbrenner (1985, 1999, 2001, 2005; Bronfenbrenner & Morris, 1998)[61].

a.Modeli i Tri niveleve të Racizmit nga Jones

Jones (2000) identifikon tre nivele të racizmit në modelin e saj:

Racizmi institucional i referohet aksesit negativ në burimet dhe mundësitë, duke përfshirë kujdesin shëndetësor, mundësitë arsimore, punësimin fitimprurës, ushqimin e shëndetshëm dhe ujin e pastër, strehimin e duhur dhe jetesën në një mjedis të shëndetshëm. Secila prej këtyre burimeve dhe mundësive ndikon nga ana tjetër në shëndet dhe renditet zakonisht si një përcaktues i shëndetit. Praktikat raciste institucionale shpesh normalizohen nga një shoqëri e veçantë dhe shpesh mbrohen nga ligjet dhe politikat brenda asaj shoqërie.

Racizmi i ndërmjetësuar personal i referohet paragjykimeve dhe diskriminimit të praktikuar nga individët, familjet dhe komunitetet në të gjitha shoqëritë.

Diskriminimi i referohet veprimit ndaj grupeve të diferencuara që ndikon negativisht në mirëqenien e tyre. Këto veprime përfshijnë mungesën e respektit, dyshimin e pajustifikuar, zhvlerësimin dhe fshirjen e viktimës. Përdorimi i modelit të Jones për të kuptuar dhe ndryshuar politikën familjare është i vlefshëm për infermierët. Nëse infermierët marrin parasysh tre nivelet e racizmit, ata kanë më shumë gjasa të identifikojnë këto tendenca dhe të marrin pjesë në ndryshimin e politikave që vazhdojnë të shtypin popullatat e cenueshme. Infermierët mund të ndërhyjnë në një nivel individual, institucional dhe kulturor duke promovuar ndryshimin përmes edukimit, përfshirjes dhe duke mos pranuar më racizmin si një vlerë të tolerueshme. Të kuptuarit

[60] Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. Am J Public Health. 2000
[61] URIE BRONFENBRENNER and PAMELA A. MORRIS. The Bioecological Model of Human Development. 1998

e modelit të Jones dhe si bashkëvepron modeli i tij brenda sistemeve ekologjike është një mënyrë për të kuptuar se ku mund të vendoset promovimi i shëndetit në të gjithë sistemet.

6.3 Përcaktuesit shoqërorë dhe pabarazitë shëndetësore

Pabarazitë shëndetësore janë një problem i vazhdueshëm duke shkaktuar rezultate negative shëndetësore për grupet e stigmatizuara të individëve dhe familjeve. Këto pabarazi shëndetësore vazhdojnë të lidhen me sa vijon:

Mjedise të caktuara të cilave u mungojnë burimet e duhura si qasja e kufizuar në kujdesin shëndetësor.

- Ekspozimi ndaj toksinave mjedisore në mjedise të varfra.
- Sjellje personale që lidhen me abuzimin me substancat.
- Sjellje personale që lidhen me ushqyerjen e papërshtatshme.
- Mungesën e aktivitetit fizik .
- Mungesën e trajtimit për sëmundjet mendore.
- Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë të ndërlidhur reciprokisht.
- Racizmi vazhdon të ndikojë fuqishëm .
- Varfëria është ndoshta përcaktuesi më themelor shoqëror që kontribuon në pabarazitë shëndetësore[62].

Varfëria ndikon në përcaktuesit e tjerë shoqërorë që kanë një ndikim negativ në shëndetin e familjes si strehimi, sigurimi i ushqimit dhe punës, arsimi dhe zgjedhja e stilit të jetesës.

Infermierët e familjes duhet të punojnë me familjet e pastreha me fëmijë për të siguruar strehim urgjent dhe shërbimet thelbësore duhet t'i ndjekin këta fëmijë në strehimin e tyre të përhershëm. Infermierët duhet të jenë të aftë në kryerjen e vlerësimit gjithëpërfshirës, shqyrtimin e depresionit dhe shqyrtimin e zhvillimit të fëmijës. Infermierët mund të avokojnë për programe që lejojnë nënat (prind i vetëm)të marrin trajnime për punë dhe aftësi në vendin e punës. Më e rëndësishmja, infermierët e familjes duhet të ndihmojnë këto familje që mësojnë aftësitë e prindërimit në mënyrë që ata të mund të ndërtojnë marrëdhënie të forta të shëndetshme me fëmijët e tyre.

Një faktor tjetër i rëndësishëm që prek familjet e varfra është mungesa e përballimit të kujdesit ditor . Për të lehtësuar stresin mbi familjet dhe për të shpëtuar nga varfëria, familjet kanë nevojë për kujdes ditor të besueshëm dhe cilësor që i lejon të dy prindërit të punojnë[63]. Fëmijët që jetojnë në varfëri, veçanërisht gjatë viteve të para ose për një periudhë të gjatë kohore, janë në rrezik të konsiderueshëm nga rezultatet e dobëta të shëndetit dhe vonesat në zhvillim.

Është e rëndësishme që infermierët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor të mbështesin politikat që ndihmojnë në çrrënjosjen e varfërisë dhe pabarazitë shëndetësore .

Në fakt, gjinia(siç e kemi përmendur me lart) është një nga faktorët që përkeqëson më tej varfërinë dhe, nga ana tjetër, kontribuon në pabarazi edhe më të mëdha shëndetësore. Gjinia

[62] Hamad R, Rehkopf DH. Poverty and Child Development: A Longitudinal Study of the Impact of the Earned Income Tax Credit. Am J Epidemiol. 2016

[63] Joanna Rowe Kaakinen. FAMILY HEALTH CARE NURSING Theory, Practice and Research 4th Edition. Fq 131-149

ndikon në kujdesin shëndetësor edhe në mënyra të tjera. Për shembull, gratë që janë në rrezik nga sëmundjet e zemrës kanë 11% më pak të ngjarë se burrat që të marrin këshilla për modifikimin e rrezikut.

Raca dhe Etnia → Grupet e pakicave racore dhe etnike, ose njerëzit me statusin e Kombit të Parë, kanë tendencë të ke në të ardhura më të ulëta dhe punë me cilësi më të ulët, faktorë që kontribuojnë drejtpërdrejt në pabarazitë shëndetësore.

Sëmundjet kronike→ veçanërisht përballë varfërisë, shpesh rezultojnë në cilësi të dobët të jetës dhe rritje të tensionit financiar, veçanërisht për ata që nuk kanë qasje të kufizuar në burime dhe kujdes shëndetësor. Në raste të rënda, sëmundjet kronike gjithashtu çojnë në paaftësinë për të punuar dhe, prandaj, i detyron ata që janë të sëmurë të mbështeten në rrjetin e sigurimeve shoqërore, i cili është zvogëluar gjithnjë e më shumë gjatë 20 viteve të fundit. Si edukatorë dhe avokatë, infermierët duhet të kenë parasysh edukimin shëndetësor të pacientëve dhe familjeve që u shërbejnë. Shpjegimi i koncepteve të lidhura me shëndetin në gjuhë të thjeshtë do të ndihmojë për të siguruar që pacientët të kuptojnë informacionin në mënyrë korrekte.

6.3.1 Rreziqet dhe sjelljet që kontribuojnë në pabarazitë shëndetësore

Sjelljet e rrezikshme janë rezultat i shkaqeve të shumta dhe mund të ndikohen nga politika shëndetësore në mënyra të shumta si interesat në vlera monetare për shërbime të ndryshme shëndetësore tregtare që përfitojnë nga këto sjellje ose politikat qeveritare që i mbrojnë ato.

Psh. Lidhja me mjekët ose farmacistët për të shitur tek pacienti medikamente që janë afër skadencëe është një sjellje e rrezikshme.

6.3.2 Politikat e kujdesit shëndetësor

Shfaqja e Kujdesit Shëndetësor Universal Sigurimi i kujdesit shëndetësor për familjet bazuar në të drejtat e njeriut dhe perspektivën ligjore mund të promovojë barazinë shëndetësore duke transformuar dhe zhvilluar politika, programe dhe ligje që pengojnë aksesin e kufizuar në shërbimet e kujdesit shëndetësor për familjet.

6.3.3 Sisteme shëndetësore diskriminuese

Organizata Botërore e Shëndetit thotë: “sistemi shëndetësor i referohet të gjitha aktiviteteve që kanë si qëllim primar promovimin, rivendosjen ose ruajtjen e shëndetit” (2001). Aksesi në shërbimet shëndetësore nuk është gjithmonë i lehtë për gratë dhe vajzat. Vetë ato mund të jenë të ndërgjegjshme për problemet e tyre shëndetësore dhe mund t’i trajtojnë ato si diçka normale për shkak të prevalencës që kanë, si p.sh. dhimbja kronike, depresioni, ose infeksione gjenitale – urinare. Ato mund të kenë frikë nga reagimet e familjarëve, komunitetit ose të ofruesve të shërbimit shëndetësor: mjekëve dhe infermiereve. P.sh ka raste që gratë fshehin sëmundjen që kanë sepse kanë frikë se nuk do martohen, për shkak të mungesës së konfidencialitetit nga stafi shëndetësor. Në Shqipëri në zonat rurale djemtë dhe akoma më shumë vajzat kanë vështirësi për të blerë metoda kontraceptive, për shkak të paragjykimeve që ekzistojnë në këto zona për vajzat që kryejnë marrëdhënie seksuale.

Në të njëjtën kohë, brenda sistemit shëndetësor në shumë vende të botës nuk ka shumë gra që të jenë pjesë e personelit shëndetësor, diçka që vështirëson situatën për gratë – paciente. Roli i grave brenda sistemit shëndetësor është lidhur më shumë me pjesën e kujdesit. Ato janë kryesisht infermiere. Për ta arritur këtë atyre u duhet të bëjnë shumë rregullimeve që në familjet dhe jetët e tyre, me orare të papërshtatshme, të qenit në dispozicion vazhdimisht etj. Gjithashtu, vihet re se ka një hierarki profesionale dhe në sistemin shëndetësor, ku burrat synojnë të jenë më shumë mjekë në mënyrë që të zotërojnë më shumë pushtet, dhe gratë më shumë infermiere që të jenë më shumë në rolin e përkujdesëses, i cili konsiderohet më i "ulët" në hierarki.

6.3.4 Politikat e kujdesit shëndetësor në Shqipëri

Sistemi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik, ndërsa praktika private është e kufizuar në një sektor të vogël të tregut. Ligji shqiptar garanton akses të barabartë në kujdesin shëndetësor për të gjithë qytetarët. Kujdesi shëndetësor publik në Shqipëri është ofruesi kryesor i shërbimeve shëndetësore, promovimit të shëndetit, parandalimit, diagnostikimit dhe trajtimeve për popullsinë e Shqipërisë. Kryesisht, Qeveria e Shqipërisë financon sistemin shtetëror të kujdesit shëndetësor. Burime të tjera të financimit përfshijnë kontributet nga punëdhënësit, punonjësit dhe të vetëpunësuarit, një përqindje e caktuar e pagave ose të ardhurave të tyre zbriten dhe kontribuojnë në skemën e sigurimit. Sidoqoftë, varfëria në Shqipëri është mjaft e zakonshme dhe vetëm disa njerëz mund të përballojnë të japin kontribute të tilla. Si rezultat, shumë banorë/qytetarë dështojnë të marrin kujdesin e kërkuar mjekësor dhe ilaçet për sëmundjet e tyre. Sipas sistemit të kujdesit shëndetësor publik në Shqipëri, pacientët kanë një zgjedhje për t'u regjistruar me mjekun e tyre të preferuar. Për të vizituar ndonjë mjek ose konsulent specialist, pacientëve u kërkohet të marrin një rekomandim nga Mjekët e Familjes (GP). Fatkeqësisht, shumicës së mjekëve në vend u mungon niveli i duhur i trajnimit. Kjo ka rezultuar në mosbesimin e pacientëve në aftësitë e mjekëve të familjes dhe shumë shpesh pacientët do ti anashkalojnë dhe do të shkojnë drejtpërdrejt te një specialist. Ministria e Shëndetësisë është përpjekur t'i japë fund kësaj duke rivendosur sistemin e vjetër të referimeve të mjekëve të përgjithshëm duke futur tarifa për të parandaluar njerëzit që të shmangin mjekun e familjes.

Si përmbledhje, Shqipëria mbetet një nga vendet më të varfra në Evropë, me një ekonomi të ngadaltë dhe norma të larta papunësie. Ambientet mjekësore në Shqipëri janë të varfra dhe mungojnë specialistë, pajisje mjekësore dhe ilaçe. Për më tepër, standardet e higjienës janë më të ulëta se pjesa tjetër e Evropës. Sistemi shëndetësor shqiptar është i strukturuar dhe i centralizuar në mënyrë rigoroze dhe ka vështirësi në plotësimin e nevojave mjekësore për të gjithë qytetarët e tij.

Megjithëse ka pasur raporte se gjendja e sistemit të kujdesit shëndetësor në Shqipëri ka filluar të përparojë, disa spitale ende nuk kanë furnizime mjekësore bazë. Kryeqyteti, Tirana, është i pajisur me një numër klinikash dhe spitalesh private me standarde të përmirësuara për shkak të

rritjes së numrit të turistëve dhe investitorëve të huaj në Shqipëri. Sektori privat i shëndetësisë në Shqipëri është ende në zhvillim dhe mbulon kryesisht shërbimet dentare dhe farmaceutike[64].

6.4 Roli i infermierit në advokimin për politikat e familjes

Një rol i rëndësishëm i infermierit historikisht dhe sot është të avokojë për politikat familjare për të promovuar shëndetin e klientëve dhe familjeve, veçanërisht atyre që janë në disavantazh. Si ofrues të kujdesit holistik, infermierët janë në një pozitë të shkëlqyer për të informuar publikun, përfshirë politikanët, se cilat politika janë të nevojshme dhe pse, dhe për të negociuar, dhe për të ndihmuar klientët dhe familjet të marrin burimet më të mira të mundshme të përcaktuara nga politikat e familjes.

Historikisht, infermierët kanë punuar ngushtë me popullatat e prekshme dhe kanë zhvilluar zgjidhje unike për sfidimin e problemeve të kujdesit shëndetësor. Shumë nga këto ndërhyrje u zhvilluan në mjedisin e komunitetit dhe u përqendruan në familje, jo vetëm në individ. Profesioni i infermierisë historikisht është përfshirë në çështje sociale dhe ka punuar pa u lodhur për të mbrojtur dhe siguruar një zë për shumë popullata të prekshme. Në 1737 Marguerite Dufrost de Lajemmerais filloi një fushatë tashmë të njohur ndërkombëtarisht për t'i shërbyer popullatave të cenueshme. Ajo dhe mbështetësit e saj ishin të parët që ofruan kujdes për gratë e cenueshme në Kanada në një kohë kur vetëm burrave u sigurohej kujdes shëndetësor në spitale. Në Angli, në mesin e shekullit të 19 -të, Florence Nightingale filloi të reformojë Shtëpitë e varfra të Londrës dhe theksoi rëndësinë e mjedisit në kujdesin shëndetësor[65] (Hardill, 2006; Monteiro, 1985). Vendbanimi Henry Street (HSS) në Neë York City, i themeluar nga Lillian Ëald, gjithashtu demonstroi rolin e infermierisë si një avokat për popullatat e cenueshme. Këta infermierë po i shërbenin nevojave të grave dhe popullatave të prekshme minoritare, të cilat, në atë kohë, nuk kishin të drejta njerëzore, të tilla si votimi ose pronësia . Në fillim të shekullit të 20 -të, ndërsa kujdesi infermieror u zhvendos në mjedisin spitalor, roli i infermierit ndryshoi. Infermierët humbën praktikën e tyre autonome si shëruese dhe u vunë në varësi të mjekëve. Kujdesi u përqendrua gjithnjë e më shumë në modelin mjekësor dhe u përqëndrua në shërimin e individit të sëmurë, në krahasim me kujdesin për përgjigjen njerëzore ndaj sëmundjes në kontekstin e mjediseve fizike dhe shoqërore. Vlerësimi i ndikimit të përcaktuesve të shëndetit dhe vlerësimi i efekteve të tyre në shëndetin e përgjithshëm të individit dhe familjes humbi shumë nga rëndësia e tij sepse ofrimi i kujdesit u përqendrua në diagnozën mjekësore të individit.

Infermierët po hartojnë programe të reja në fusha të shumta të kujdesit shëndetësor me një fokus të veçantë në përmirësimin e aksesit në kujdes, zvogëlimin e dhimbjeve, menaxhimin e kujdesit për kushtet kronike dhe promovimin e shëndetit. Përparimi i kujdesit shëndetësor do të kërkojë një ndryshim kulturor në pritjet e profesionit të infermierisë në lidhje me arsimin, praktikën dhe avokimin për popullatat e cenueshme. Në Kanada, zbuluan se, edhe në qendrat e kujdesit shëndetësor me bazë në komunitet, shumë infermierë nuk arritën të merrnin parasysh kushtet sociale dhe të strehimit të klientëve kur planifikonin edukimin dhe kujdesin shëndetësor, sepse

[64] Enis Uruci. PROBLEMS AND REALITYIN HEALTH MARKET OF ALBANIA AND ITS MANAGEMENT. Paper presented in 1-stInternational Scientific Conferenceon Professional Sciences, “Alexander Moisiu” University, DurresNovember 2016

[65] Monteiro LA. Florence Nightingale on public health nursing. Am J Public Health. 1985

këto koncepte nuk ishin përfshirë në format standarde të vlerësimit të infermierisë. Infermierët rritën përpjekjet e tyre për të dokumentuar kujdesin e tyre për popullatat e pamjaftueshme, duke rritur kështu fondet për kujdesin infermieror në të dy popullatat urbane dhe rurale (Mahoney & Jones, 2013)[66]. Infermierët kanë aftësinë të ndikojnë në politika në shumë nivele dhe në këtë mënyrë të përmirësojnë rezultatet shëndetësore të popullatave .

6.4.1 Politika infermierore, kërkimi dhe edukimi

Shumë politika të rëndësishme janë në nivelin institucional ku punojnë infermierët; praktika infermierore, kërkimi dhe edukimi duhet të pasqyrojnë këtë orientim. Infermierët që ndikojnë në politikën familjare si një kontekst për kujdesin infermieror të familjeve janë të pakufishme, veçanërisht në mjediset komunitare dhe institucionale. Infermierët mund të ndikojnë në politikën nga vlerësimi fillestar i familjeve në klinika dhe spitale deri në planifikimit për kthimin në komunitet, duke përfshirë mbështetjen dhe burime të mundshme, duke shmangur supozimin se çdo burim është automatikisht i disponueshëm.

Disbalancat gjinore në kërkimin shëndetësor përfshijnë dimensionet e mëposhtëme:

- Njohje më e ngadaltë në historikun e sëmundjeve të problemeve shëndetësore që prekin veçanërisht gratë;
- Përqasje të keqdrejtuara ose të pjesshme ndaj nevojave të ndryshme të grave dhe burrave në kërkimin në fushën shëndetësore;
- Mungesa e njohjes së ndërveprimit mes gjinisë dhe faktorëve të tjerë shoqërorë në problemet shëndetësore;
- Mos – mbledhja e të dhënave të ndara sipas gjinisë;
- Metodologji kërkimore jo e ndjeshme ndaj dimensioneve të ndryshme të pabarazive;
- Metoda që përdoren në kërkimet për medikamente të reja që u mungon perspektiva gjinore ose përjashtojnë subjekte – femra nga popullata e studimit;
- Disbalanca gjinore në komitetet e etikës, fondet për kërkim shkencor, komitete këshilluese;
- Trajtim i diferencuar i shkencëtareve gra.

[66] Mahony D, Jones EJ. Social determinants of health in nursing education, research, and health policy. Nurs Sci Q. 2013

7

Vlerësimi dhe ndërhyrja familjare
Familja si anëtar i ekipit.

Rezultatet e të nxënit

Pas përfundimit të këtij kapitulli studenti do të jetë i aftë të:

- Vlerësojë familjen si anëtar të ekipit
- Kuptojë funksionimin e familjes
- Njohë komponenët e vlerësimit
- Aplikojë metodat e vlerësimit të familjes
- Zbatojë ndërhyrjet infermierore familjare

7.1 Vlerësimi i Shëndetit Familjar

Familja duhet të ndihet e respektuar dhe e vlerësuar. Familjet nuk duhet te fajësohen për problemet e të dashurve të tyre ose të gjykohen për mangësitë e tyre të perceptuara. Është detyra e infermierit të qetësojë familjet dhe t'i bëjë ata të ndihen mjaft rehat për të marrë pjesë hapur në procesin e vlerësimit. **Vlerësimi përdoret për:**

- Të kuptuar më mirë se si e shohin problemin të gjithë anëtarët e familjes.
- Të mbledhur informacion duke bërë një formulim më gjithëpërfshirës.
- Të siguruar një mundësi për të gjithë anëtarët e përfshirë, në përpjekjen për të përballuar sëmundjen.
- Të bërë pyetje dhe për të kërkuar ndihmën e të gjithë të përfshirëve në krijimin e një plani kuptimplotë trajtimi.

Si rregull, është e dobishme që të përfshihen në një vlerësim sa më shumë anëtarë të familjes dhe persona të tjerë të rëndësishëm në fushën sociale të pacientit.

Sfida për infermierin është të integrojë këto qasje në mënyrë të tillë që të përmbushë qëllimet e vlerësimit pa u mënjanuar asnjë nga çështjet, ose të marrë shumë kohë për të përfunduar vlerësimin, saqë familja humbet interesin. Hapi më i rëndësishëm në takimin me familjen për herë të parë ,është krijimi i lidhjes me familjen. Procesi i vlerësimit përbëhet nga katër komponentë të identifikueshëm:

- Orientimi.
- Mbledhja e të dhënave.
- Përshkrimi i problemit .
- Sqarimi i problemit.

7.1.1 Orientimi

Orientimi shpjegon qëllimin e vlerësimit. Shpesh është e dobishme të filloni takimin me prezantimet e pjesëmarrësve, duke vazhduar takimin me një shpjegim se takimet familjare janë pjesë e rregullt e vlerësimit dhe trajtimit të shumicës së pacientëve. Kjo siguron familjen se ata nuk po veçohen ,ose se ka ndonjë gjë problematike në lidhje me familjen e tyre. Familja mund të orientohet më tej duke sqaruar pse erdhën për ndihmë, çfarë prisnin se do të ndodhte dhe çfarë do të donin të merrnin nga takimi.

Infermierja e familjes duhet t'i japë përgjigje pyetjeve të familjes, për t'u siguruar që familja është e mirëinformuar. Infermieri shpjegon se qëllimi i takimit është të sigurojë një mundësi për të gjithë anëtarët e familjes që të identifikojnë atë që ata shohin si probleme dhe të ngrenë çdo fushë shqetësimi. Bashkëpunimi i familjes në procesin e vlerësimit përmirësohet duke i bërë të ditur se ata gjithashtu do të kenë mundësinë të bëjnë pyetje terapistit dhe të kenë kontribut në zhvillimin e një plani trajtimi. Infermieri duhet të marrë informacion në lidhje me :

- Emrat e anëtarëve të familjes.
- Moshat e anëtarëve të familjes.
- Marrëdhëniet brenda familjes .
- Stilin e jetesës.

Është gjithashtu e dobishme të konstatohet faza e saktë e ciklit të jetës familjare për të parashikuar llojet e problemeve dhe çështjeve me të cilat familja mund të jetë duke luftuar përveç problemeve të paraqitura.

7.1.2 Mbledhja e të dhënave

Infermierja e familjes fillon duke pyetur anëtarët e familjes se cilat janë problemet në familje. Çdo anëtari të familjes i jepet mundësia të shprehë shqetësimet e tij / saj pa u ndërprerë nga të tjerët. Ajo duhet të kalojë kohë të mjaftueshme me secilin anëtar të familjes për të siguruar që secili individ të ketë një mundësi për të përshkruar çdo problem që i intereson.

7.1.3 Përshkrimi i problemit

Sfida për Infermieren e familjes në këtë fazë është të mos fillojë të merret me problemet, para se të gjithë të kenë pasur mundësi të paraqesin perspektivat e tyre. Ajo gjithashtu duhet të sigurohet që problemet të mos përshkruhen në detaje aq të mëdha sa të mos lënë kohë për eksplorimin e problemeve të tjera dhe shqetësimet e anëtarëve të tjerë të familjes. Infermierja duhet të fokusohet te anëtarët e familjes duke e dëgjuar atë , për të siguruar që informacioni është transmetuar saktë dhe për ta bërë të ditur personin se shqetësimet e tij / saj janë kuptuar. Si rezultat, ai ose ajo nuk ka pse të japë shumë shembuj të të njëjtit problem.

7.1.4 Sqarimi i problemit

Infermierja gjithashtu siguron anëtarët e tjerë të familjes se shqetësimet e tyre gjithashtu do të adresohen në kohën e duhur pasi qëllimi është të zhvillohet një listë problemesh nga të gjithë anëtarët e familjes.

Dëgjimi me kujdes, kufizimi i detajeve të dhëna për të ilustruar çdo problem, përmbledhja e kuptimit të problemit nga infermierja për të siguruar anëtarët e familjes se janë dëgjuar dhe dhënia e mundësisë së të gjithëve për të folur pa ndërprerje duhet të lejojë zhvillimin e një pasqyre të një sërë shqetësimesh familjare brenda një periudhe të arsyeshme kohore. Pasi problemet paraqitëse të përcaktohen qartë nga anëtarët e ndryshëm të familjes dhe sapo infermierja të ketë përmbledhur kuptimin e tij ose të saj të këtyre problemeve me konsensusin e të gjithë pjesëmarrësve se problemet kuptohen dhe bien dakord, terapisti vazhdon të vlerësojë dimensione më të gjera të funksionimit të familjes

7.2 Funksionimi i përgjithshëm i familjes

Klinicisti orienton familjen në këtë fazë të re të procesit të vlerësimit duke i bërë të ditur se ai/ajo do të bëjë një seri pyetjesh në lidhje me aspekte të ndryshme të jetës së familjes së tyre[67].

Kjo përfshin:

- Zgjidhjen e problemeve.
- Komunikimin.
- Përfshirjen afektive.
- Reagimin afektiv .
- Rolet.
- Kontrollin e sjelljes.

7.2.1 Zgjidhja e problemeve i referohet aftësisë së një familjeje për të zgjidhur problemet në një nivel efektiv të familjes. Një problem familjar është ai që kërcënon integritetin dhe kapacitetin funksional të familjes dhe familja ka vështirësi në zgjidhjen.

Problemet familjare mund të jenë:

- Instrumentale
- Afektive.

7.2.1.1 Problemet instrumentale i referohen problemeve të jetës së përditshme, të tilla si menaxhimi i parave dhe marrja e ushqimit, veshjeve dhe strehimit.

7.2.1.2 Problemet afektive kanë të bëjnë me çështjet e emocioneve ose ndjenjave, të tilla si zemërimi ose depresioni.

Pyetjet në lidhje me aftësitë e zgjidhjes së problemeve të familjes mund të jenë të përgjithshme, ose, nëse familja ka probleme në lidhje me procedurat e tyre të zgjidhjes , anëtarëve të familjes

[67] Gabor I. Keitner. Family Assessment in the Medical Setting. 2012, vol 32, pp 203–222

mund t'u kërkohet të mendojnë për problemet familjare që janë shfaqur brenda javëve të fundit për t'u përdorur si një shembull.

Fazat e zgjidhjes efektive të problemeve përfshijnë:

- Identifikimin e një problemi;
- Komunikimin rreth tij me një person të përshtatshëm;
- Zhvillimin e alternativave;
- Vendosjen mbi një alternativë;
- Veprimin sipas atij vendimi ;
- Vlerësimin e procesit në përfundim të tij.

7.2.2 Komunikimi i referohet shkëmbimit verbal të informacionit brenda familjes. Komunikimi joverbal është gjithashtu shumë i rëndësishëm, por është më i vështirë të përcaktohet dhe monitorohet. Komunikimi mund të jetë afektiv ose instrumental. Familjet mund të kenë vështirësi të theksuara me komunikimin afektiv ndërsa funksionojnë shumë mirë në zonën instrumentale. Familjet që përjetojnë komunikim të dobët instrumental rrallë mund të komunikojnë në mënyrë efektive për çështjet emocionale. Komunikimi gjithashtu mund të mendohet si i qartë kundrejt i maskuar. Komunikimi i maskuar tenton të jetë i turbullt ose i paqartë. Komunikimi mund të jetë i drejtpërdrejtë ose i tërthortë. Komunikimi indirekt tenton të shmanget nga objektivi i synuar te dikush tjetër. Familjet me funksionim të dobët priren të kenë formë të paqartë dhe/ose indirekte të komunikimit[68].

7.2.3 Përfshirja afektive i referohet shkallës në të cilën familja tregon interes dhe vlerëson aktivitetet e anëtarëve individualë të familjes. Familjeve mund t'u mungojë përfshirja me njëra -tjetrën dhe të mos shfaqin ndonjë interes për njëri -tjetrin. Ata bashkëjetojnë në të njëjtën hapësirë pa shumë lidhje. Disa anëtarë të familjes janë përfshirë në mënyrë narciste. Investimi në të tjerët është vetëm në aspektin e asaj që ai individ mund të marrë nga ai pa u shqetësuar për tjetrin. Me përfshirjen empatike, anëtarët e familjes demonstrojnë shqetësim të vërtetë për interesin e të tjerëve në familje, edhe pse këto shqetësime nuk i prekin drejtpërdrejt ato.

7.2.4 Përgjigja afektive i referohet nëse anëtarët e familjes janë në gjendje t'i përgjigjen spektrit të plotë të ndjenjave të përjetuara në jetën emocionale dhe nëse emocioni i përjetuar është i qëndrueshëm ose i përshtatshëm me stimulin, situatën ose kontekstin. Ky dimension vlerëson kapacitetin e një individi në një masë më të madhe sesa dimensionet e tjera të familjes. I referohet aftësisë së personit për të përjetuar lloje të veçanta emocionesh. Vlerësohet në mënyrë që të përcaktohet nëse anëtarët e familjes priren të preken nga ndjenjat ose nuk janë të aftë t'i përjetojnë ato. Është e dobishme të dini nëse disa nga vështirësitë familjare mund të jenë funksion i mbi ose nen reagimit të individët ndaj stimujve afektivë. Vlerësohen dy lloje të ndikimit.

Emocionet e mirëqenies përbëhen nga:

- dashuria,

[68] Mary A. Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations

- ngrohtësia,
- butësia,
- mbështetja,
- lumturia ,
- gëzimi.

Emocionet jo të mira përfshijnë

- frikën,
- zemërimin,
- trishtimin,
- zhgënjimin,
- depresionin.

7.2.5 Rolet janë modele të përsëritura të sjelljes me anë të të cilave anëtarët e familjes përmbushin funksionet e familjes. Funksionet e familjes përfshijnë :

- sigurimin e burimeve,
- edukimin dhe mbështetjen,
- kënaqësinë seksuale,
- zhvillimin personal ,
- mirëmbajtjen dhe menaxhimin e sistemit familjar.

Këto përfshijnë vendimmarrjen, kufijtë dhe funksionet e anëtarësisë, si dhe financat dhe menaxhimin e familjes.

7.2.6 Dimensioni i Kontrollit të Sjelljes vlerëson mënyrat në të cilat një familje vendos rregulla në lidhje me sjelljen e pranueshme në lidhje me:

- situatat fizikisht të rrezikshme,
- situatat që përfshijnë përmbushjen dhe shprehjen e nevojave dhe shtysave psikologjike,
- situatat që përfshijnë sjelljen shoqërore midis anëtarëve të familjes dhe njerëzve jashtë familjes.
- disiplinën prindërore ndaj fëmijëve,
- standardet dhe pritjet e sjelljes që të rriturit vendosin për njëri -tjetrin.

Ekzistojnë një sërë stilesh të kontrollit të sjelljes duke përfshirë :

- kontrollin e ngurtë të sjelljes,
- kontrollin fleksibël të sjelljes,
- kontrollin e sjelljes laissez-faire (ku nuk ka standarde ose drejtim)
- kontrollin kaotik të sjelljes (ku standardet ndryshojnë në mënyrë të rastësishme dhe të paparashikueshme midis të ngurtës, fleksibile dhe anëtarët e familjes nuk e dinë se cilat standarde zbatohen në çdo kohë).

Fokusi i çdo vizite familjare është i ndryshëm. Në një vizitë të parë, të dhënat fillestare të vlerësimit duhet të merren si shtesë për të ndihmuar familjen të vendosë synimet që ata duan të arrijnë. Në vizitat e mëvonshme, ndërmerren veprime dhe aktivitete për të arritur qëllimet.

Për të vlerësuar shëndetin e një familje në mënyrë sistematike, nevojiten tre mjete:

- një kuadër konceptual mbi të cilin do të bazohet vlerësimi,
- një grup i përcaktuar qartë i kategorive të vlerësimit për mbledhjen e të dhënave,
- një metodë për matjen e nivelit funksional të familjes.

7.3 Kornizat Konceptuale

Një kuadër konceptual është një grup konceptesh të integruara në një shpjegim kuptimplotë që ndihmon një person të interpretojë sjelljen ose situatat njerëzore. Disa korniza konceptuale janë përdorur historikisht për të studiuar familjet. Beavers dhe Hampton (1990) dhe Anderson dhe Sabatelli (2003) gjithashtu kanë publikuar modele që përshkruajnë funksionimin e familjes.

7.3.1 Tre kornizat që janë veçanërisht të dobishme në infermierinë e shëndetit në komunitet janë:

1. Kuadri ndërveprues përshkruan familjen si një njësi të personaliteteve ndërvepruese dhe thekson komunikimin, rolet, konfliktin, modelet e përballimit dhe proceset e vendimmarrjes. Ky kuadër fokusohet në marrëdhëniet e brendshme, por neglizhon ndërveprimet e familjes me mjedisin e jashtëm.

2. Korniza strukturore-funksionale e përshkruan familjen si një sistem shoqëror që lidhet me sistemet e tjera shoqërore në mjedisin e jashtëm, të tilla si kisha, shkolla, puna dhe sistemi i kujdesit shëndetësor. Ky kuadër shqyrton funksionet ndërvepruese të shoqërisë dhe familjes, merr parasysh strukturën e familjes dhe analizon se si struktura e familjes ndikon në funksionin e saj.

3. Kuadri zhvillimor studion familjen nga perspektiva e ciklit të jetës duke ekzaminuar rolet në ndryshim të anëtarëve dhe detyrat në secilën fazë të ciklit jetësor. Ky kuadër përfshin elemente nga qasjet ndërvepruese dhe strukturore -funksionale, në mënyrë që struktura, funksioni dhe ndërveprimi i familjes të shihen në kontekstin e mjedisit në secilën fazë të zhvillimit të familjes. Të tjerët i kanë kombinuar këto koncepte në mënyra të ndryshme për të hartuar modele të vlerësimit dhe ndërhyrjes familjare që fokusohen në ndërveprimet njerëzore-mjedisore, kornizat ndërvepruese dhe strukturore-funksionale, kujdesin ndaj vetes, përgjigjet ndaj stresorëve dhe një kuadër zhvillimor.

7.3.2 Kategoritë e grumbullimit të të dhënave

Kur përdor një kuadër konceptual për vlerësimin e shëndetit të familjes, infermierja e shëndetit në komunitet zgjedh kategori të veçanta për mbledhjen e të dhënave. Sasia e të dhënave që mund të mblidhen për çdo familje të caktuar mund të jetë voluminoze, ndoshta më shumë se e

nevojshme për qëllimet e vlerësimit. Procesi i vlerësimit është i gjatë, kërkon kohë dhe vazhdon. Infermierja duhet të mbledhë elementët më thelbësore në vizitën e parë. Duke përzgjedhur një ose dy shqetësime prioritare të familjes dhe infermierit, është e mundur të përqendrohet vlerësimi në këto fusha të identifikuara. Infermierja pastaj e përdor këtë informacion si një udhëzues për marrjen e informacionit shtesë të nevojshëm në vizitat e mëvonshme. Megjithatë, nevojiten disa informacione bazë për të përcaktuar gjendjen shëndetësore të familjes dhe për të hartuar ndërhyrjet e përshtatshme infermierore. Nga shumë burime në literaturën e shëndetit të familjes, veçanërisht Turk dhe Kerns (1985), Edelman dhe Mandle (2002), dhe Friedman dhe bashkëpunëtorët (2003), është krijuar një listë me 12 kategori të mbledhjes së të dhënave. Të 12 kategoritë, secila e grupuar në një nga tre grupet e të dhënave:

1. pikat e forta të familjes dhe aftësitë e vetë-kujdesit,
2. streset dhe problemet familjare,
3. burimet familjare.

1. Demografia e familjes i referohet variabilëve të tillë përshkrues si përbërja e familjes, statusi i saj socio -ekonomik dhe moshat, arsimi, profesioni, përkatësia etnike dhe përkatësitë fetare të anëtarëve.

2. Të dhënat e mjedisit fizik përshkruajnë gjeografinë, klimën, strehimin, hapësirën, strukturat sociale dhe politike, disponueshmërinë e ushqimit dhe modelet dietike, dhe çdo element tjetër në mjedisin e brendshëm ose të jashtëm fizik që ndikojnë në gjendjen shëndetësore të një familjeje.

3. Mjedisi psikologjik dhe shpirtëror i referohet marrëdhënieve afektive, respektit reciprok, mbështetjes, promovimit të vetëvlerësimit dhe zhvillimit shpirtëror të anëtarëve dhe kënaqësisë dhe qëllimeve të jetës.

4. Struktura dhe rolet e familjes përfshijnë organizimin e familjes, proceset e shoqërizimit, ndarjen e punës dhe ndarjen dhe përdorimin e autoritetit dhe pushtetit.

5. Funksionet familjare i referohen aftësisë së familjes për të kryer detyrat e duhura zhvillimore dhe për të siguruar nevojat e anëtarëve.

6. Vlerat dhe besimet familjare ndikojnë në të gjitha aspektet e jetës familjare. Vlerat dhe besimet mund të merren me rritjen e fëmijëve, fitimin dhe shpenzimin e parave, arsimin, fenë, punën, shëndetin dhe përfshirjen e komunitetit.

7. Modelet e komunikimit familjar përfshijnë shpeshtësinë dhe cilësinë e komunikimit brenda një familjeje dhe midis familjes dhe mjedisit të saj.

8. Modelet e vendimmarrjes familjare i referohen mënyrës se si merren vendimet në një familje, nga kush merren dhe si zbatohen.

9. Modelet e zgjidhjes së problemeve familjare përshkruajnë sesi një familje i trajton problemet, kush i trajton ato, fleksibilitetin e qasjes së një familje ndaj zgjidhjes së problemeve dhe natyrën e zgjidhjeve.

10. Modelet e përballimit të familjes përfshijnë mënyrën se si një familje trajton konfliktin dhe ndryshimet e jetës, natyrën dhe cilësinë e sistemeve të mbështetjes së familjes, dhe perceptimet dhe përgjigjet e familjes ndaj stresit.

11. Sjellja e shëndetit familjar i referohet historisë së shëndetit familjar, gjendjes aktuale të shëndetit fizik të anëtarëve të familjes, përdorimit të burimeve shëndetësore nga familja dhe besimeve të shëndetit të familjes.

12. Modelet sociale dhe kulturore të familjes përfshijnë disiplinën familjare dhe praktikat e përcaktimit të kufirit; promovimi i iniciativës, krijimtarisë dhe udhëheqjes; përcaktimi i qëllimit të familjes; kultura familjare; përshtatjet kulturore me rrethanat aktuale; dhe zhvillimin e marrëdhënieve kuptimplota brenda dhe jashtë familjes.

7.4 Metodat e Vlerësimit

Shumë metoda të ndryshme përdoren për të vlerësuar familjet. Këto metoda shërbejnë për të gjeneruar informacion në lidhje me aspektet e zgjedhura të strukturës dhe funksionit të familjes. Vlerësimi i shëndetit të familjes mund të bëhet në mënyrë joformale përmes vëzhgimit dhe pyetjeve të rastit, ose mund të marrë një qasje më formale. Pyetje të veçanta mund t'i bëhen secilit anëtar të familjes, dhe informacione të tilla si të dhënat shëndetësore dhe historia familjare mund të përfshihen. Të dhënat fizike të tilla si lartësia, pesha, pulsi, temperatura dhe presioni i gjakut regjistrohen në një mjet vlerësimi. Niveli i zhvillimit të familjes do të drejtojë pyetësorë, mjete ose teste specifike të vlerësimit që infermierja e shëndetit në komunitet mund të përdorë për mbledhjen e informacionit mbi individët brenda familjes, për shembull, përdorimi i testeve të shqyrtimit zhvillimor për fëmijët e vegjël ose një foshnje me rrezik të lartë ,për një të porsalindur me një problem shëndetësor të identifikuar ose të mundshëm .

7.4.1 Tre mjete vlerësimi janë:

1. Eko-harta është një diagram i lidhjeve midis një familje dhe sistemeve të tjera në mjedisin e saj ekologjik. Fillimisht u krijua për të përshkruar kompleksitetin e historisë së klientit. I zhvilluar nga Ann Hartman në 1975 për të ndihmuar punonjësit e mirëqenies së fëmijëve të studiojnë nevojat e familjes, mjeti vizualisht përshkruan ndërveprimet dinamike familje-mjedis. Infermierja përfshin anëtarët e familjes në zhvillimin e hartës. Një rreth qendror është për të përfaqësuar familjen, dhe qarqet më të vogla satelitore në periferi përfaqësojnë njerëz dhe sisteme, të tilla si shkolla ose puna, marrëdhëniet e të cilëve me familjen janë domethënëse. Linjat nga rrethi qendror në rrethin satelitor përshkruajnë forcën e marrëdhënies.

2. Genogrami shfaq informacionin e familjes në mënyrë grafike në një mënyrë që siguron një pamje të shpejtë të modeleve komplekse të familjes. Është një burim i pasur hipotezash për një familje gjatë një periudhe të konsiderueshme kohore, zakonisht tre ose më shumë breza. Marrëdhëniet familjare përcaktohen me metoda gjenealogjike dhe përfshihen ngjarje të rëndësishme të jetës (p.sh., lindja, vdekja, martesa, divorci, sëmundja). Vihen re gjithashtu karakteristikat identifikuese (p.sh., raca, feja, klasa shoqërore), profesionet dhe vendet e vendbanimit të familjes. Përsëri, ky mjet përdoret së bashku me familjen. Ai inkurajon shprehjen e familjes dhe hedh dritë mbi sjelljen dhe problemet e familjes. Duke përdorur materialet e

shkarkueshme të ofruara në faqen e internetit, familjet mund të krijojnë portretin e tyre shëndetësor të familjes; ky është gjithashtu një mjet i vlefshëm për infermierin që ta përdorë me familjen. Infermierët e shëndetit në komunitet përdorin disa instrumente të ndryshëm të vlerësimit të familjes për të mbledhur të dhëna mbi strukturën, funksionin dhe zhvillimin e familjes. Agjencitë infermierore të shëndetit publik zakonisht zhvillojnë mjetet e tyre, shpesh në formën e pyetësorëve, listave të kontrollit, fletëpalosjeve ose udhëzuesve të intervistave. Formati ndryshon për t'iu përshtatur nevojave organizative. Është e dobishme gjatë një periudhe kohore për vëzhgimin e rritjes ose rënies së familjes, veçanërisht për infermierin e ri të shëndetit të komunitetit , i cili mund të dokumentojë të dhënat e vlerësimit kur krijohet raporti me familjen ose kur niveli i besimit rritet me vizitat në shtëpi.

3. Pema e Shëndetit Familjar është një mjet tjetër që është i dobishëm për CHN. Bazuar në genogram, pema e shëndetit të familjes siguron një mekanizëm për regjistrimin e historive mjekësore dhe shëndetësore të familjes. Infermierja duhet të shënojë informacionin e mëposhtëm mbi pemën e shëndetit të familjes:

- Shkaqet e vdekjes së anëtarëve të familjes .
- Sëmundjet gjenetike, përfshirë sëmundjet e zemrës, kancerin, diabetin, hipertensionin, aneminë , alergjitë, astmën dhe sëmundje të shëndetit mendor.
- Sëmundjet mjedisore dhe profesionale.
- Probleme psikosociale, siç janë sëmundjet mendore dhe obeziteti.
- Sëmundjet infektive.
- Faktorët e rrezikut familjar nga problemet shëndetësore.
- Faktorët e rrezikut të lidhur me metodat e familjes për parandalimin e sëmundjeve, të tilla si kryerja e ekzaminimeve periodike .
- Faktorët e rrezikut të lidhur me stilin e jetës.

Pema e shëndetit familjar mund të përdoret në planifikimin e ndikimeve familjare në faktorët e rrezikut si dieta, aktiviteti fizik, përballimi i stresit dhe presioni për të bërë një ekzaminim fizik. Ky mjet mund të përfshihet në vlerësimin e familjes dhe të përdoret nga infermierja për të planifikuar ndërhyrjet familjare për të përmirësuar shëndetin[69].

Ekzistojnë tre qëllime kryesore kur kryeni një vlerësim familjar.

E para është të orientoni familjen në procesin e intervistës dhe të krijoni një marrëdhënie të hapur dhe bashkëpunuese me familjen.

Qëllimi i dytë është që anëtarët e familjes të identifikojnë të gjitha problemet aktuale në familje, përfshirë problemin (et) që nxitën takimin.

Qëllimi i tretë është **identifikimi i stilit të transaksionit të familjeve** që duket se lidhet me funksionimin e familjes. Modelet jofunksionale të transaksionit janë procese ndërvepruese të përsëritura që parandalojnë zgjidhjen efektive të problemeve të vazhdueshme ndërpersonale. Koha e marrë për të vlerësuar familjen, si dhe numri i seancave të vlerësimit, do të ndryshojë

[69] Mary A. Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th Edition. 810- 853

sipas nivelit të përvojës së vlerësuesit dhe natyrës së problemit (ve) të familjes. Mund të shkojë nga 30 minuta në 2 orë. Ka shumë mënyra të ndryshme për të vlerësuar një familje dhe shumë lloje të ndryshme informacioni që mund të mblidhen. Disa profesionistë fillojnë me një histori të gjatë të jetës, lidhjeve dhe evolucionit të familjes si një njësi. Ata mbledhin informacion mbi familjet e origjinës dhe mund të zhvillojnë një genogram. Klinicistët e tjerë janë më të interesuar për një pikëpamje të tanishme se si funksionon familja dhe problemet aktuale me të cilat po merren. Megjithatë, të tjerë fokusohen kryesisht në çështjet e procesit në seancën familjare. Ata trajtojnë atë që ata vërejnë si model aktual ndërveprimi familjar dhe supozojnë se kjo është përfaqësuese e mënyrës në të cilën familja merret me çështjet jashtë sesionit të vlerësimit. Të tre qasjet kanë merita, dhe ato nuk përjashtojnë njëra -tjetrën.

7.5 Ndërhyrja familjare

Ndërhyrjet infermierore familjare janë ato që i drejtohen jo vetëm pacientit, por edhe anëtarëve të tjerë të familjes. Ato mund të përfshijnë edukimin e anëtarëve të familjes për t'u kujdesur për pacientin. Identifikimi dhe përshkrimi i ndërhyrjeve infermierore familjare është në fillimet e tij. Sidoqoftë, zhvillimet e rëndësishme të kohëve të fundit po e lëvizin këtë proces në mënyrë dramatike. Craft dhe Ëilladsen (1992) janë studiuesit e parë infermierë që kanë bërë një përpjekje për të etiketuar dhe përcaktuar ndërhyrjet që lidhen me familjen. Kjo është një përpjekje shumë e lavdërueshme. Studimi i tyre identifikoi, përcaktoi dhe dha aktivitete kritike dhe mbështetëse për nëntë ndërhyrje.

Familjet identifikuan ndërhyrjet brenda dy fazave të procesit të ndryshimit terapeutik që ata menduan se ishin kritike për shërimin. Këto dy faza janë emëruar duke krijuar rrethanat për ndryshim dhe duke kaluar përtej dhe kapërcyer problemet.

7.5.1 Krijimi i rrethanave për ndryshim

Familjet e kishin të qartë se ndryshimi nuk ndodh vetëm. Ndodh brenda një konteksti të veçantë marrëdhëniesh: midis anëtarëve të familjes dhe infermierit. Problemet me të cilat familjet luftojnë me kalimin e kohës dhe nuk janë në gjendje t'i zgjidhin kanë tendencë të shkaktojnë distancë fizike dhe emocionale midis anëtarëve të familjes. Distanca lind nga dallimet në dukje të pakalueshme në perspektivë në lidhje me ekzistencën e problemit, emrin e problemit, pronësinë e problemit dhe zgjidhjet për problemin. Ndërhyrja e parë e dobishme e identifikuar nga familjet në procesin terapeutik përfshinte bashkimin e familjes në një mënyrë të re rreth problemit.

Faza 1: Krijimi i rrethanave për ndryshim dhe ndërhyrja

- Mblidhni të gjithë anëtarët e familjes së bashku;
- Krijimi i një marrëdhënie terapeutike midis infermierit dhe familjes;
- Tërheqja e ngushëllimit: duke e bërë procesin terapeutik transparent;
- Demonstrimi i besueshmërisë:
- dhembshuri e vërtetë;
- interes i barabartë në të gjitha perspektivat,;
- qëndrim dhe sjellje jo gjykuese;

- qëndrim profesional.

Faza 2: Kapërcimi i problemeve dhe ndërhyrjet.

- Ftoni një bisedë kuptimplote.
- Vërejtja dhe dallimi i fuqive dhe burimeve familjare dhe individuale.
- Vëmendje dhe eksplorim i kujdesshëm i shqetësimeve.
- Vendosja e sëmundjeve dhe problemeve në vendin e tyre.
- Hartimi i një historie të re familjare duke theksuar ndikimin e familjes si në sëmundjet.. ashtu edhe në problemet e sëmundjes.

7.5.2 Tejkalimi i problemeve

Familjet nuk prisnin apo dëshironin zgjidhje magjike për vështirësitë e tyre. Përkundrazi, ata po kërkonin ndihmë me procesin e ndryshimit, domethënë ata kërkuan ndihmë për të lëvizur përtej një vendi të zhytur në telashe. Ndërhyrja e parë e identifikuar në këtë fazë të procesit të ndryshimit terapeutik ishte ftesa për të folur për problemet e sëmundjes. Infermierja inkurajoi anëtarët e familjes të flisnin lirshëm për pushtimin e sëmundjes. Të gjitha familjet vunë re fuqinë e ftesës së infermierit për t'u përfshirë në biseda kuptimplote në lidhje me ndikimin e sëmundjes në jetën e tyre. Ndërhyrja e dytë kritike në këtë fazë të procesit terapeutik ishte vërejtja dhe dallimi i aspekteve pozitive të funksionimit të individit dhe familjes. Të gjitha familjet e gjetën orientimin e ekipit në pikat e forta, burimet dhe mundësitë si një aspekt jashtëzakonisht i rëndësishëm i procesit[70].

7.5.3 Familja si anëtar i ekipit

Çdo person në familje luan një rol unik në strukturën dhe funksionin e familjes. Pikat e forta, tiparet dhe personaliteti i secilit individ kontribuojnë në një pjesë të ekipit të familjes. Ashtu si një ekip sportiv, të gjithë kanë funksionin e tyre për ekipin. Edhe nëse një lojtar mund të duket më i rëndësishëm, mungesa e atij lojtari ose roli që ata luajnë do të pengonte funksionimin e ekipit. Përkufizimi i një ekipi është më shumë se një person që punon së bashku drejt një qëllimi të përbashkët. Qëllimet në familje mund të përfshijnë edukimin e të gjithë anëtarëve të ekipit të familjes, ndërtimin dhe ruajtjen e marrëdhënieve të shëndetshme dhe rritjen e fëmijëve për të qenë të rritur të suksesshëm. Disa elementë të ekipeve cilësore, veçanërisht me familjet, dhe rëndësia e punës në grup janë:

- Të kesh besim mes anëtarëve të ekipit është një element thelbësor në ekipin e familjes.
- Vlerësoni dallimet e anëtarëve të ekipit të familjes.
- Sigurohuni që secili anëtar i ekipit të familjes të kuptojë përgjegjësitë e tyre në ekip, nga punët e vogla deri te pagesa e faturave, sigurohuni që e dini se kush e ka përgjegjësinë.
- Komunikimi është çelësi kryesor në ekipe.
- Zgjidhja e konflikteve është një aftësi e nevojshme në dinamikën e ekipit.

[70] Robinson, C. A. and Wright, L. M.. (1995). "Family Nursing Interventions: What Families Say Makes a Difference". Journal of Family Nursing, 1, No. 3: 327-345.

- Sigurohuni që të gjithë e dinë se ata janë një pjesë e rëndësishme e ekipit të familjes dhe atij shëndetësor[71].

[71] Ann E. Benjamin. The importance of Family Teamwork. 31 March 2015

8

Puna në partneritet me Familjet

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Aplikojë me sukses procesin infermieror në partneritet me familjet:
- Shpjegojë komponentët e vizitës familjare
- Njohë aftësitë vëzhguese akute
- Ushtrojë gjykim profesional

Infermierët në komunitet ofrojnë kujdes për familjet në shtëpitë e tyre, mjediset e tyre të punës, klasat, klinikat dhe departamentet ambulatore, qendrat e lagjeve dhe strehimoret për të pastrehët. Vlerësimi, planifikimi, zbatimi dhe vlerësimi i kujdesit infermieror janë hapat e përdorur për të ofruar kujdes tek klientët në kushtet e kujdesit akut dhe në sistemin e gjerë të klinikave. Të njëjtat hapa përdoren me familjet dhe agregatet në mjediset shëndetësore të komunitetit. Hapat nuk ndryshojnë, por konteksti dhe fokusi i klientit janë të ndryshëm.

8.1 Puna me familjet në cilësimet shëndetësore të komunitetit

Vizitat familjare nuk duhet të kufizohen vetëm në shtëpi. Anëtarët e familjes mund të vizitohen në shkollë ose në punë gjatë një pushimi dreke, në një kopsht ditor ose qendër të moshuarish etj.. Infermierja duhet të jetë krijuese në përshtatjen e orareve dhe rutinave të ndryshme familjare. Në përgjithësi, nëse infermieri ka vizita të rregullta me familjen, shkollën ose punëdhënësin, procesi shkon më mirë . Familjet vlerësojnë përpjekjen e individualizuar dhe përgjigjen më pozitivisht kur infermierët janë të gatshëm të punojnë me të gjithë anëtarët e familjes.

Në familjet me një fëmijë në kujdesin ditor ose një anëtar të moshuar të familjes në një program të kujdesit ditor të të moshuarve, vlerësimi juaj për aftësinë e atij individi për të menaxhuar, marrë pjesë dhe bashkëvepruar në situatë mund të japë një pasqyrë të problemeve të cilave i referohet familja kur bëni një vizitë në shtëpi. Vizita e fëmijëve gjatë ditës së shkollës shpesh jep njohuri për problemet shëndetësore që mund të kenë prindërit . Vizita të tilla mund t'i ofrojnë infermierit të shëndetit në komunitet një mundësi të shkëlqyer për t'u konsultuar me prindin, mësuesit, infermierin e shkollës, këshilltarin dhe psikologun e shkollës. Infermierja e shëndetit në komunitet mund të sugjerojë një takim të ekipit të profesionistëve të shkollës dhe prindërve, të koordinojë takimin dhe të veprojë si ndërlidhës dhe avokat i klientit gjatë takimit.

8.1.1 Procesi Infermieror në partneritet me familjet si klient

Procesi i infermieror (vlerësimi, diagnostikimi, planifikimi, zbatimi) janë hapat e përdorur për të ofruar kujdes ndaj klientëve në të gjitha shërbimet shëndetësore. Të njëjtat hapa përdoren me

familjet dhe në mjediset shëndetësore të komunitetit. Dallimi është konteksti dhe fokusi i klientit (familja) dhe shqyrtimi i variablave të jashtëm që nuk janë hasur në kontekste të tjera. Për infermierinë e shëndetit publik, procesi ka familjen në qendër të çdo hapi, duke ditur se adresimi i nevojave shëndetësore të njësisë bazë të shërbimit do të kalojë gjithmonë në nevojat shëndetësore të komunitetit dhe popullatës.

Vlerësimi i familjes i referohet një koleksioni të detajuar të informacionit nga vëzhgimet e infermierit të shëndetit publik në lidhje me familjen dhe faktorët e jashtëm (p.sh., anëtarët e familjes, miqtë, fqinjët). Ky vlerësim përfshin sinjale verbale dhe joverbale, çfarë vërehet dhe çfarë nuk respektohet sepse disa barriera për kujdesin shëndetësor mund të jenë të padukshme, të kamufluara si një çështje tjetër, ose të nënvlerësuara (p.sh. paragjykimet shoqërore, paragjykimet kulturore ose kufizimet gjeografike). Gjatë procesit të diagnostikimit familjar, infermierja e shëndetit publik njeh modelet, sjelljet dhe/ose rutinat e dukshme/të padukshme nga informacioni i mbledhur gjatë vlerësimit. Ky hap përfshin identifikimin e çështjeve, shqetësimeve të rreziqeve dhe problemeve që mund të ndryshojnë negativisht shëndetin e familjes. Gjatë planifikimit familjar në hapat e kujdesit, rezultatet dhe synimet identifikohen bazuar në modelet e sjelljes dhe marrëdhënieve jo të shëndetshme. Krijohet një plan kujdesi që përfshin ndërhyrje, strategji dhe ndërveprime, i cili përfshin burimet familjare dhe shërbimet e jashtme për të promovuar shëndetin e familjes. Zbatimi i planit të kujdesit familjar shkon përtej përfundimit të planit të kujdesit për të arritur rezultatet e dëshiruara.

Infermierja e familjes bashkëpunon me familjen, burimet e komunitetit dhe shërbimet e jashtme për të organizuar dhe përfunduar planin e kujdesit. Familja është edukuar në lidhje me burimet dhe mënyrën e përdorimit të tyre për të adresuar problemet shëndetësore dhe për të promovuar shëndetin e familjes[72].

8.1.2 Puna me familjet ku ata jetojnë

Në varësi të mjedisit për praktikën e infermierisë në shëndetin publik, infermierja takon shumicën e anëtarëve të familjes në shtëpitë dhe lagjet e tyre. Disa i shohin familjet në tranzicion, të cilat jetojnë në rrugë, në strehimore për të pastrehët, ose me të afërmit ose miqtë. Pavarësisht vendndodhjes së familjes, familja është klienti; familja është njësia e shërbimit në infermierinë e shëndetit publik.

8.2 Planifikimi i vizitave në shtëpi për të përmbushur nevojat shëndetësore të familjes

Pengesa më e madhe për një vizitë të suksesshme shëndetësore familjare është mungesa e planifikimit dhe përgatitjes. Një vizitë nuk është e suksesshme vetëm sepse infermierja hyn në një shtëpi ose në një mjedis tjetër ku familja është e pranishme. Një vizitë e suksesshme shëndetësore familjare kërkon shumë planifikim dhe përgatitje dhe kërkon dokumentim dhe përcjellje të saktë. Për më tepër, masat e sigurisë duhet të ndiqen jo vetëm gjatë udhëtimit në lagje, por edhe në shtëpi.

8.2.1 Aftësitë infermierore të përdorura gjatë vizitave në shtëpi

[72] Barker, P. (2007). Basic family therapy (5th ed.). Hoboken, NJ: Whiley-Blackwell.

Përveç eksperiencës, nevojiten shumë aftësi kur vlerësohen, planifikohen, zbatohen shërbimet në shtëpi për familjet në nivele të ndryshme funksionale[73]. Aftësitë e intervistimit dhe teknikat efektive të komunikimit janë thelbësore për ndërhyrjen efektive të familjes.

8.2.2 Aftësitë vëzhguese akute

Mjedisi është i ri për ju, dhe vëzhgimi i mjedisit dhe klientit janë po aq të rëndësishme. Përveç fokusimit në shqetësimet e anëtarëve të familjes dhe qëllimin e vizitës, duhet të jeni vëzhgues në lidhje me lagjen, sigurinë e udhëtimit, kushtet mjedisore në shtëpi, numrin e anëtarëve të familjes, sjelljen e klientit dhe gjuhën e trupit, si dhe sjellje të tjera joverbale. Udhëtimi në lagje të reja dhe përpjekjet për të gjetur një familje mund të shkaktojnë shqetësim edhe për infermierin më me përvojë. Shpesh klientët janë të vështirë për tu gjetur sepse mungon numri i shtëpisë ose apartamentit. Vendbanimi mund të jetë i vendosur pas një shtëpie tjetër, ose mund të jetë një apartament bodrum pa numër. Shumë anomali në paraqitjen e një ndërtese ose një lagjeje mund ta bëjnë të vështirë për infermierin të gjejë një klient.

8.2.3 Vlerësimi i kushteve mjedisore në shtëpi

Kushtet në lagjen dhe mjediset e shtëpisë zbulojnë informacione të rëndësishme vlerësimi që mund të udhëheqin planifikimin dhe ndërhyrjen me familjet. Ndërsa udhëtoni dhe mbërrini në shtëpinë e familjes, ju keni mbledhur informacion në lidhje me burimet dhe barrierat e hasura nga familja. Ky informacion përdoret gjatë planifikimit me familjen. Është e rëndësishme të mbani mend se kushtet e lagjes dhe madje edhe pamja fizike e banesës ose shtëpisë mund të ndikojnë vlerat, burimet dhe qëllimet e familjes.

8.2.4 Vlerësimi i gjuhës së trupit dhe sinjaleve të tjera joverbale

Duke qenë njerëzor, ju mund të formoni opinione ose të bëni gjykime për familjen që nga takimi fillestar. Dije se ata po bëjnë të njëjtën gjë. Jini të vetëdijshëm për të gjithë anëtarët e familjes; pranoni dhe përshëndetni ata. Çdo anëtar i familjes është i rëndësishëm dhe ka opinione dhe nevoja për kujdes shëndetësor, edhe nëse shihni vetëm disa anëtarë të familjes në çdo vizitë. Jini të vëmendshëm ndaj gjuhës së trupit të familjes dhe sjelljes. Këto sugjerime joverbale japin informacion që nuk duhet të neglizhohet.

8.2.5 Komponentët e vizitës familjare

Struktura e vizitave shëndetësore familjare mund të ndahet në disa komponentë që ndjekin procesin e infermieror.

8.2.5.1 Përgatitja para vizitës

Infermierët e komunitetit hartojnë një plan për vizitën fillestare të shëndetit familjar bazuar në një rekomandim që vjen në agjenci. Një referim është një kërkesë për shërbim nga një agjenci ose person tjetër. Kjo kërkesë zyrtarizohet duke përdorur një formë ose informacion që agjencia i

[73] Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H., et al. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths, 19-year follow-up of a randomized trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164(1), 9–15.

ka transferuar agjencisë marrëse. Referimet mund të jenë formale, që vijnë nga agjenci plotësuese, ose mund të jenë joformale, që rezultojnë nga referime verbale ose telefonike nga miqtë ose të afërmit të cilët besojnë se dikush ka nevojë për ndihmë. Referimet janë burimi i rasteve të reja për agjencitë dhe ato kanë nevojë për përgjigje në kohë. Referimet mund të jenë nga njësitë e punës në repartin e lindjes, duke kërkuar shërbim për foshnjat me peshë të ulët dhe nënat adoleshente. Ata mund të jenë nga agjencitë e shërbimeve sociale, duke kërkuar një vlerësim në shtëpi për një fëmijë që kthehet tek prindërit pas largimit të mëparshëm nga shtëpia. Vizitat pasuese bëhen në këto familje në bazë të nevojës dhe protokollit të agjencisë. Infermierët duhet të kenë një vend fizik për të punuar, me qasje në një telefon dhe çdo burim tjetër mbështetës që konsiderohet i nevojshëm, të tilla si materiale edukative, mjete për vizatim dhe pajisje të tjera të nevojshme për vizitat në shtëpi. Infermierët gjithashtu kanë nevojë për një drejtori burimesh, e cila është një listë e botuar e burimeve për komunitetin më të gjerë, ose një drejtori burimesh të bëra nga infermierët e krijuar gjatë viteve të punës me njerëzit në komunitet. Furnizimet e nevojshme varen nga lloji i vizitës. Gjatë kësaj vizite, është e rëndësishme të merrni një numër kontakti për familjen. Kur telefononi për herë të parë, prezantoni veten, shpjegoni arsyen e thirrjes dhe pse familja u referua, ku konsiston vizita dhe përcaktoni kur një vizitë do të ishte e përshtatshme për familjen dhe infermierin. Disa njerëz bëhen dyshues për qëllimet e infermierit.

8.2.5.2 Kryerja e vizitës

Në gjetjen dhe takimin e familjes, duhet të përdoren udhëzimet e mëposhtme për kontaktin fillestar:

- Prezantoni veten dhe shpjegojini familjes vlerën e shërbimeve të infermierisë të ofruara nga agjencia.
- Kaloni minutat e para të vizitës duke krijuar përzemërsi dhe duke u njohur.
- Përdorni aftësitë vëzhguese akute.
- Jini të ndjeshëm ndaj sugjerimeve verbale dhe joverbale.
- Plani të jetë i adaptueshëm dhe fleksibël.
- Përdorni "shqisën tuaj të gjashtë" si një udhëzues në lidhje me përgjigjet e familjes, pyetjet që ata bëjnë dhe sigurinë tuaj personale.
- Jini të vetëdijshëm për personalitetin tuaj; balanconi të folurit dhe të dëgjuarit dhe jini të vetëdijshëm për sjelljet tuaja joverbale.
- Jini të vetëdijshëm se shumica e klientëve nuk janë të sëmurë rëndë dhe kanë nivele më të larta të mirëqenies sesa shihen në përgjithësi në mjediset e kujdesit akut.
- Njihuni me të gjithë anëtarët e familjes nëse jeni duke bërë një vizitë në shtëpi.
- Inkurajoni secilin person të flasë për veten e tij.
- Jini pranues dhe dëgjoni me kujdes.
- Ndihmoni familjen të përqëndrohet në çështjet dhe të shkojë drejt qëllimeve të dëshiruara
- Pas përfundimit të pjesës së vizitës, rishikoni pikat e rëndësishme, duke theksuar pikat e forta të familjes.

- Planifikoni me familjen vizitën tjetër[74].
- Përfundimi dhe Dokumentimi i Vizitës

8.3 Edukimi familjar dhe udhëzimi

Agjencitë zyrtare, të tilla si departamentet e shëndetit të qarkut ose qytetit, shpërndajnë shërbimet e tyre bazuar në nevojat e komunitetit më të gjerë. Një komunitet tjetër mund të ketë një numër të konsiderueshëm të moshuarish të cilët kanë nevojë të mësojnë se si të menaxhojnë një sëmundje kronike, të përmirësojnë ushqimin e tyre dhe të praktikojnë masa sigurie për të parandaluar dëmtimet dhe rrëzimet.

8.3.1 Udhëzime për Vlerësimin e Shëndetit Familjar

Një vlerësim i shëndetit të familjes mund të rezultojë lehtësisht në shumë të dhëna edhe nëse infermierja zgjedh vetëm një ose dy probleme për të hetuar gjatë vizitës në shtëpi. Kjo sasi e madhe informacioni mund të sfidojë edhe infermierët më me përvojë të shëndetit publik. Prandaj, këtu janë pesë udhëzime për t'u përdorur kur grumbulloni dhe përpunoni të dhënat për një vlerësim të detajuar të shëndetit të familjes:

- Përqendrohuni tek familja si një njësi e vetme.
- Bëni pyetje të drejtuara nga qëllimi.
- Mblidhni të dhëna me kalimin e kohës.
- Kombinoni të dhënat sasiore dhe cilësore.
- Ushtroni gjykim profesional[75].

8.3.2 Përqendrohuni tek familja si njësi e tërë

Shëndeti familjar është më shumë se shuma e shëndetit të anëtarëve të tij individualë. Nëse i jepni një vlerë numerike shëndetit të secilit anëtar të familjes dhe i shtoni ato për një rezultat total, totali nuk do të tregonte sa e shëndetshme është ajo familje. Familja është një njësi e vetme (një njësi e vetme kryesore e shërbimit), dhe është sjellja e grumbulluar e familjes që po vlerësohet. Pas përpunimit të informacionit, infermierja mund të vendosë që familja, në tërësi, të komunikojë mirë dhe të mbështesë edhe nëse një anëtar i familjes nuk e bën këtë. Infermierja do të dokumentojë që sjelljet e komunikimit të një anëtari të familjes devijojnë nga norma e familjes, dhe ky ndryshim duhet të merret parasysh në planifikimin e kujdesit. Mos harroni, një anëtar i familjes mund të ndikojë në funksionimin e brendshëm të të gjithë familjes.

8.3.2.1 Bëni pyetje të drejtuara nga qëllimi

Pyetjet e drejtuara nga qëllimi janë themeli i një vlerësimi të detajuar. Këto lloj pyetjesh kontribuojnë ndjeshëm në zbulimin e një krimi nga një detektiv, një mësues që dallon aftësitë e

[74] Zerwekh, J. V. (1997). Making the connection during home visits: Narratives of expert nurses. International Journal for Human Caring, 1(1), 25–29
McGoldrick, M., Gersen, R., & Petry, S. (2008). Genograms: Assessment and intervention (3rd ed.). New York, NY: W.W. Norton & Company

të mësuarit të një studenti, ose një mekanik që riparon atë tingull që troket në motorin e një makine. Në mënyrë të ngjashme, infermierja bën pyetje të drejtuara kur përcakton nivelin e shëndetit të familjes, bën diagnozat e familjes dhe harton një plan kujdesi. Edhe nëse hezitoni për formulimin, këto pyetje mund të udhëheqin të menduarit dhe vëzhgimet tuaja sepse ato janë ndërtuar mbi karakteristikat e një familjeje të shëndetshme. Ata drejtojnë vëmendjen në aspekte të veçanta të sjelljes familjare për të lehtësuar qëllimin e zbulimit të nivelit të shëndetit të një familjeje. Ndërsa vizitoni këtë familje, ju i shikoni të gjithë nga afër për shenjat e ndryshme të reagimit dhe aftësinë për të zgjidhur çdo problem që egziston.

8.2.3.2 Mblidhni të dhëna me kalimin e kohës

Vlerësimi i shëndetit të familjes është një proces në kohë, dhe ka shumë të ngjarë, informacioni nga vizitat e para dhe/ose të dyta do të sigurojë vetëm një pamje të pjesshme të funksionimit të familjes. Ju dëshironi të merrni kohën tuaj për të grumbulluar vëzhgime, për të bërë shënime, për të identifikuar çështjet kryesore dhe të vogla dhe për të vëzhguar ndërveprimet e të gjithë anëtarëve të familjes. Ju gjithashtu dëshironi të merrni kohën tuaj në mënyrë që të krijoni një marrëdhënie besimi dhe mbështetëse me familjen. Për të vlerësuar modelet e komunikimit të familjes, për shembull, infermierja duhet të vëzhgojë familjen si grup në kohën e ngrënies ose gjatë ndonjë aktiviteti familjar. Familja duhet të ndihet rehat me ju, infermieren vëzhguese, në dhomë, në mënyrë që ata të përgjigjen lirshëm dhe natyrshëm. Duhen kohë dhe durim që të krijohet një raport i tillë. Ne mund të shohim rëndësinë e një vlerësimi në kohë në përvojën e një infermiereje.

8.2.3.3 Kombino të dhënat sasiore me të dhënat cilësore

Çdo vlerësim i shëndetit të familjes mbështetet në informacion cilësor dhe sasior që përdoret për të krijuar një bazë të dhënash për planifikimin e kujdesit. Të dhënat cilësore ndodhin kur infermierja përcakton praninë ose mungesën e karakteristikave thelbësore të familjes. Përcaktimi i shkallës ose kuantifikimi nëse shenjat e ndryshme të shëndetit janë të pranishme ose jo reflekton një masë sasiore. Pas disa vëzhgimeve, infermierja përfundon se familja i përgjigjet në mënyrë të përshtatshme nevojave zhvillimore të anëtarëve shumicën e kohës. Një masë sasiore siguron një mënyrë që infermierja të krahasojë zhvillimin e familjes gjatë disa vizitave në shtëpi. Infermierja mund të përcaktojë nëse shëndeti i familjes po përparon ose regreson duke krahasuar rezultatin aktual me ato të mëparshme. Infermierja mund të monitorojë familjet me rrisk të lartë përmes masave parandaluese kur vërehet një prirje ose sjellje regresive. Vlerësimet sasiore periodike gjithashtu sigurojnë një mjet për vlerësimin e efektivitetit të kujdesit . Të dhënat sasiore i shërbejnë një qëllimi tjetër të dobishëm. Infermierja mund të krahasojë statusin shëndetësor të një familje me atë të një familje tjetër si bazë për përcaktimin e prioriteteve dhe planifikimin e kujdesit infermieror.

8.4 Ushtroni gjykim profesional

Megjithëse infermierët kërkojnë të vërtetojnë të gjitha të dhënat e tyre të mbledhura me përdorimin e masave sasiore, vlerësimi i familjes është ende subjektiv dhe mbështetet në gjykimin ose vendimet profesionale të infermierit. Mjetet e vlerësimit mund të drejtojnë

vëzhgimet dhe madje të përcaktojnë sasinë e vendimeve ; por, në fund të fundit, përmbajtja e vlerësimit drejtohet nga përvojat dhe intuita e infermierit.

Infermierja mund të vërejë se një familje përdor mirë një agjenci komunitare, por vendimi që përdorimi i këtij burimi të jashtëm të kontribuojë në shëndetin e familjes është subjektiv. Ky përcaktim tregon se praktikat efektive të kujdesit shëndetësor varen nga gjykimi i shëndoshë profesional. Një mjet vlerësimi është vetëm një mjet dhe duhet të përdoret për të udhëhequr planifikimin e kujdesit. Vlera ose pagabueshmëria e saj nuk duhet të mbivlerësohet ose interpretohet si një deklaratë absolute dhe e pakthyeshme në lidhje me gjendjen shëndetësore të një familjeje. Këto janë mjete vlerësimi për të ndihmuar në mbledhjen dhe organizimin e vëzhgimeve dhe vendimeve të infermierit. Një vlerësim i shëndetit të familjes ndodh në mënyrë të padukshme dhe çdo mjet vlerësimi zakonisht nuk plotësohet në praninë e familjes. Ky dokumentacion ndodh në fund të vizitave në shtëpi dhe është një mënyrë për të udhëhequr vëzhgimet dhe gjykimet e infermierit. Para se të hyjë në shtëpinë e një familjeje, infermierja e shëndetit publik mund të rishikojë pyetjet. Ai ose ajo mund të jetë e dobishme për të mbajtur mjetin e vlerësimit në një dosje për referencë të lehtë gjatë vizitës. Në varësi të marrëdhënies së infermierit me familjen, shënimet mund të bëhen gjatë ose menjëherë pas takimit. Megjithatë, mjeti i vlerësimit nuk është plotësuar në prani të familjes.

8.5 Promovimi i Familjes dhe Parandalimi i Sëmundjeve

Të gjitha popullatat, pavarësisht nga mosha, të ardhurat, kultura ose kombi i origjinës, kanë nevojë për mbrojtjen themelore që jep imunizimi për të mbrojtur veten dhe shëndetin e komunitetit. Për më tepër, sigurimi i mjeteve për familjet për të marrë imunizimet e kërkuara është përgjegjësi e departamenteve shëndetësore. Zakonisht, shërbimet e imunizimit nuk futen në shtëpi, por infermierja mund të japë informacion në lidhje me imunizimet, të mësojë rëndësinë e ndjekjes së një orari të imunizimit dhe të ndjekë klientin gjatë vizitave në shtëpi. Mësimi i njerëzve se si të parandalojnë sëmundjet dhe si të qëndrojnë të shëndetshëm është bazë për infermierinë e shëndetit të komunitetit. Edhe brenda kufizimeve të sëmundjeve kronike, anëtarët e familjes mund të mësohen për aktivitetet e promovimit të shëndetit për të jetuar sa më shëndetshëm. Aktivitetet e promovimit të shëndetit mund të përfshijnë shqyrtimin e hipertensionit dhe kolesterolit të lartë, kryerjen e një vlerësimi fizik dhe mësimin në lidhje me ushqimin dhe sigurinë. Aktivitete të tilla mund të ndodhin gjatë një vizite shëndetësore familjare; ndërsa anëtarët e familjes janë në vendin e tyre të punës, shkollësose në takimet e grupeve të vetë-ndihmës. Infermierët e shëndetit në komunitet ofrojnë shërbime të promovimit të shëndetit për çiftet para lindjes duke mësuar për ndryshimet e pritshme gjatë shtatzënisë dhe duke siguruar udhëzime paraprake për kujdesin e sigurt të foshnjave.

Një familje e shëndoshë është tepër e rëndësishme për shkak se me këtë kemi edhe një shoqëri të shëndoshë. Nuk është e rastësishme që ndër kriteret e pashkruara të kandidatëve për president në shumë shtete, në mesin e tyre edhe në SHBA, është që të jetë kandidati familjar, për shkak se rregulli i artë i menaxhimit thekson se menaxhimi i mirë i familjes mund të jetë imazh edhe në menaxhimin e mirë të shtetit.

8.5.1 Edukimi dhe promovimi i shëndetit

Aktivitetet e promovimit të shëndetit duhet të fillojnë vetëm pasi anëtarët e familjes të shprehin interes dhe të kenë nevojë. Nëse familja nuk është në një nivel funksionimi që u mundëson anëtarëve të përdorin udhëzime dhe mësimdhënie parashikuese, infermierja mund të ofrojë shërbime më themelore, të tilla si mbledhja e burimeve dhe veprimi si këshilltar. Nëse anëtarët e familjes janë të gatshëm të mësojnë mënyra për të përmirësuar gjendjen e tyre shëndetësore, infermierja duhet të vlerësojë dhe përdorë qasjen më të mirë të mësimdhënies. Konsiderimi i barrierave gjuhësore, njohuritë dhe përvoja e mëparshme, burimet e familjes dhe komunitetit dhe koha në dispozicion do të ndikojnë në zgjedhjen e qasjes.

8.5.2 Vlerësimi i planeve të shëndetit familjar

Hapi i fundit në procesin e infermieror është vlerësimi. Procesi i vlerësimit çon në një rivlerësim të punës tuaj me familjen dhe një përcaktim të asaj që nevojitet në përgatitje për vizitën e ardhshme. Ky rivlerësim ju ndihmon në individualizimin e mëtejshëm të shërbimeve ndaj familjes. Vlerësimi i strukturës-procesit të vizitës dhe vetëvlerësimi juaj mund të bëhen joformalisht në mënyrë reflektuese. Rezultatet dokumentohen në regjistrin e klientit dhe vlerësimi bëhet i formalizuar. Një vlerësim i plotë gjithashtu ju ndihmon në bërjen e referimeve më të përshtatshme dhe kontaktimin e burimeve kryesore për të përmbushur nevojat e familjes.

8.5.2.1 Llojet e vlerësimeve

Çdo vizitë familjare duhet të vlerësohet në tre mënyra:

- procesi i strukturës,
- rezultati,
- vetëvlerësimi.

Secila jep pjesë të ndryshme të informacionit në lidhje me suksesin e vizitës.

8.5.2.2 Vlerësimi i Rezultateve

Më e rëndësishmja është vlerësimi i rezultateve të vizitës. A u arritën rezultatet e parashikuara? Nëse jo, pse? Nëse po, çfarë e bëri të mundur? Vlerësimi i rezultatit, ose vlerësimi i ndryshimit të gjendjes shëndetësore të familjes (klientit) bazuar në aktivitetet e dakorduara reciprokisht, është një proces formal i demonstruar në dokumentacionin e vizitës në shtëpi. Agjencia mund të përdorë Sistemin e Klasifikimit të Rezultateve të Infermierisë (NOC) së bashku me Sistemin e Klasifikimit të Ndërhyrjeve Infermierore (NIC). Përndryshe, mund të ketë kritere të drejtuara nga agjencia për suksesin dhe pritshmëritë për secilën kategori klienti ose lloj vizite. Në bazë të vizitës , ndryshimet e vërejtura në familje mund të jenë të vogla; vërehet përparim drejt një rezultati të pritshëm. Në përfundim të shërbimeve të agjencisë për familjen, vlerësohen ndryshimet kumulative në shëndetin e klientit dhe suksesi ose dështimi për të arritur rezultate të ndryshme. Në varësi të përfundimeve që mund të nxirren, vendimi për ndërprerjen e shërbimeve mund të ketë nevojë të rivlerësohet. Është e mundur që të kërkohet vazhdimësia e shërbimit dhe kushtet duhet të rinegociohen. Cilido qoftë vendimi, familja duhet të përfshihet në procesin e vendimmarrjes.

8.5.2.3 Vetëvlerësim

Komponenti i tretë i vlerësimit është vetëvlerësimi. Ky vështrim më i afërt në veten tuaj është i rëndësishëm për rritjen dhe efektivitetin tuaj si infermiere e shëndetit në komunitet. Ndonjëherë, ne nuk mund t'i shohim pikat e forta ose të metat tona, dhe vlerësimet nga të tjerët janë të dobishme. Në disa agjenci, bëhen vlerësime të rregullta nga kolegët. Një infermiere e stafit të agjencisë bën një vizitë familjare me infermieren e shëndetit në komunitet dhe jep reagime bazuar në vëzhgimet e saj. Kjo është një teknikë e dobishme për t'u përdorur edhe në raste të ndryshme nga vlerësimet e planifikuara të të gjithë anëtarëve të stafit në agjenci. Ju mund t'i kërkoni një kolegu t'ju shoqërojë në një vizitë në shtëpi në një familje që nuk ka bërë përparim drejt arritjes së rezultateve ose në një familje me të cilën nuk keni qenë në gjendje të "arrini" ose e keni të vështirë të punoni. Për arsye të ndryshme, konsultimi me kolegët në vizitat e caktuara dhe mënyra më e mirë për t'i kryer ato mund t'ju ndihmojë të jeni më të përgatitur ose më të përqendruar. Mund të përmirësojë ndërveprimin tuaj me familjet nga kultura të ndryshme ose në situata të vështira.

8.5.2.4 Planifikimi për vizitën tjetër

Një pjesë e vlerësimit të një vizite familjare është planifikimi për vizitën tjetër. Përdorni atë që ndodhi në vizitën e mëparshme për t'ju udhëhequr drejt aktiviteteve në vizitat e mëvonshme. Qëllimet mund të kenë nevojë të modifikohen, ose situatat familjare mund të ndryshojnë dhe rezultatet specifike bëhen të parëndësishme.

8.5.2.5 Referime

Një referim në formë të shkruar ose verbale (me anë të formës së agjencisë, telefonit, faksit ose e-mail) fillon kontaktin me një familje. Përveç përgjigjes ndaj një referimi, i cili fillon marrëdhënien me një familje, infermierja bën referime në emër të familjes. Familjet shpesh kanë nevojë për qasje në shërbime përtej fushëveprimit të agjencisë, dhe njohuria e infermierit për burimet e tjera mund të nënkuptojë ndryshimin midis të pasurit dhe jo qasjes së tyre në shërbime shtesë.

Prandaj, infermierët duhet të kenë informacion në dispozicion për kërkesat e përshtatshmërisë dhe disponueshmërinë e shërbimeve të ofruara nga një mori organizatash zyrtare, vullnetare, fetare dhe të lagjes. Nëse ky informacion nuk është gati, infermierët e shëndetit në komunitet duhet të dinë se si të gjejnë shërbimet e nevojshme. Kjo është një sfidë e frikshme, sepse shërbimet janë të shumta, dhe organizatat shpesh ndryshojnë numrat e telefonit, shërbimet dhe popullatat të cilave u shërbejnë. Rrjetëzimi me kolegët në mënyrë të rregullt ndihmon infermierët të jenë të azhurnuar me shërbimet e komunitetit nga të cilat ata mund të gjenerojnë referime për klientët.

8.6 Si duhet të veprojmë nëse kemi referim për dhunë në familje?

8.6.1 Pse i drejtohemi punonjësve të shëndetësisë për çështje të DHBGJ?

Përveç detyrimeve ligjore, ka arsye të forta pragmatiste se përse i drejtohemi punonjësve të shëndetësisë për çështjet e DHBGJ.

1. Punonjësit e shëndetësisë janë shpesh pika e parë e kontaktit për këto gra dhe ata përballen me pasojat e DHBGJ çdo ditë.

2. Gratë që janë në rrezik mund të mos vihen në kontakt me asnjë profesionist tjetër që mund t'i ofrojë ndihmë.

3. Regjistrimi i të dhënave të një gruaje mund të luajë një rol shumë të rëndësishëm në sjelljen e dhunuesve para drejtësisë.

4. Disa kolege të shërbimit shëndetësor mund gjithashtu të jenë viktima të dhunës në familje.

5. Gratë thonë se ato shpresojnë dhe kërkojnë që të jenë profesionistët që të ndërmarrin iniciativën.

Punonjësit e shëndetësisë duhet të kenë parasysh se shëndeti nuk lidhet vetëm me mirëqenien fizike, por edhe me atë psikologjike dhe sociale. Pasojat e dhunës variojnë shumë nga një individ tek tjetri. DHBGJ (përfshi forma më të përhapur mbytja me duar, apo plagosjet) ndodh në shtëpi – një vend që supozohet i sigurt. Gratë raportojnë se ndikimi i dhunës në vetë-vlerësimin e tyre dhe në ndërgjegje, është më i rëndë se plagët fizike që marrin (Hoff,1990; Kirkëood, 1993)[76].

Dhuna në familje shoqërohet shpesh me përfshirjen e grave në sjellje të dëmshme për shëndetin p.sh. pirje duhani, abuzim me substanca, seks i pasigurt etj. DHBGJ ka një efekt akumulues për shëndetin e grave. Abuzimi mund të rëndojë një problem shëndetësor ekzistues (Campbell, 1998)[77]. Të gjitha këto kanë implikime në praktikimin dhe shpërndarjen e shërbimeve shëndetësore.

8.6.2 Barriera, vështirësi dhe këshilla mbi punën me DHBGJ për punonjësit e shëndetësisë

Pavarësisht kuadri ligjor, detyrimeve për personelin shëndetësor, zbatimi i tij has në një sërë vështirësish dhe pengesash. Punonjësit e shëndetësisë kanë hasur ose mendojnë se do hasin në punën e tyre me viktima/të mbijetuara të DHBGJ një sërë barrierash dhe dilemash.

Tabela 8.1

Barriera dhe dilema në punë me DHBGJ

BARRIERAT	DILEMA

[76] Sic citohet në Anderson DK, Saunders DG. Leaving An Abusive Partner: An Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. Trauma, Violence, & Abuse. 2003;4(2):163-191. doi:10.1177/1524838002250769

[77] Campbell, Jacquelyn C. (Ed.). Empowering survivors of abuse: Health care, battered women and their children. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

• Ç'do nxjerrim me të pyetur? • Mungesa e kohës; • Mungesa e vetëbesimit; • Frika se mos hapet një problem që nuk e zgjidhin dot; • Nuk dinë ç'të bëjnë më pas; • Nuk duan të ofendojnë; • Nuk dinë si të pyesin; • Mungesa e politikave dhe udhëzimeve të qarta; • Sjellja në kujtesë e eksperiencave personale.	• Kanë frikë se mos ofendojnë pacienten apo të hapin telashe që nuk mund t'i zgjidhin dot; • Shqetësimi a do të gjejnë dot ndërhyrjet e duhura; • U mungon trajnimi dhe kualifikimi i duhur; • Paaftësia për të kontrolluar situatën dhe 'kuruar' problemin; • Kanë mungesë kohe për t'u marrë siç duhet me problemin; • Në disa raste nuk mund të punojnë me to pasi ndajnë eksperienca të ngjashme.

Tabela 8.1

8.6.3 Praktika e punës ka treguar se:

- Është thelbësore që pyetje rutinë mbi DHBGJ duhet të shoqërohen me protokollet përkatëse;
- Mos diskutoni për dhunën në detaje; megjithatë, kujdes mos tingëlloni si të painteresuar/a;
- Gjeni mënyra për takime të vazhdueshme;
- Sigurohuni para se të thërrisni partnerin në dhomën ku ndodhemi me pacienten;
- Përgatiteni për një përgjigje nëse partneri pyet se për çfarë diskutuat.
- Gjithashtu, në punë me paciente, viktima të DHBGJ duhet të kini kujdes që:
- Mos i jepni këshilla direkte dhe mos i thoni që ta lerë atë;
- Mos i thoni ta mbrojë veten dhe t'i gjuajë atij mbrapsht;
- Mos ndërmerrni veprime pa miratimin e saj;
- Mos e pyesni si e duron dhe/ose ç'ka bërë që ai e dhunon;
- Mos minimizoni rrezikun duke mos e marrë seriozisht;
- Mos prisni rezultate të menjëhershme;
- Mos u përpiqni të zgjidhni problemin për të;
- Mos i bëni të ditur abuzuesit se gruaja ka folur për problemin e saj.

8.6.4 Disa shembuj të reagimeve të gabuara në këto situata mund të jenë:

- Të merrni në kontroll situatën e saj;
- Thyerja e konfidencialitetit;
- Mos dëgjimi me kujdes;
- Të jesh gjykues/e;
- Detyrimi i saj që të shprehet;
- Të tregosh ndjenja habie ose vënie në pozitë;
- Të nxitoni;

- Influencimi i çështjes së saj nga eksperiencat tuaja;
- Dhënia e informacionit të gabuar.

Po në kuadër të këshillave, tabela e mëposhtme sugjeron hapa konkretë që mund të ndjekin punonjësit e shëndetësisë në punë me viktima të DHBGJ si dhe në raport me sigurinë dhe integritetin e tyre në vendin e punës.

Tabela 8.2

Hapa dhe sugjerime për punën me DHBGJ dhe sigurinë në punë të personelit shëndetësor

HAPAT QË MUND TË NDJEKIN PUNONJËSIT E SHËNDETËSISË	Çështje të sigurisë profesionale Si të veprojmë me një abuzues që është agresiv?
• Ndihmoni në krijimin e një mjedisi në të cilin gratë të mund të ndihen rehat për të treguar mbi abuzimin. • Kini parasysh shenjat të cilat mund t'u tregojnë se abuzimi po ndodh. • Mësoni të bëni pyetjet e duhura në mënyrë që gruaja të kuptojë se mund të flasë me ju. • Sigurojeni për konfidencialitetin dhe anonimitetin që mund t'i ofrohet. Shpjegoni limitet e kofidencialitetit. • Vlerësoni dhe mbështesni gratë që tregojnë për abuzimin e tyre. • Jepni informacion mbi agjencitë që punojnë në këtë fushë edhe në raste kur gruaja nuk hapet. • Mbani shënime të detajuara mbi plagët dhe dëmtimet e saj. • Vazhdoni me punët tuaja të zakonshme që lidhen me kujdesin shëndetësor. • Mbani dhe shpërndani informacion për agjencitë dhe shërbimet e vlefshme.	• A jam në rrezik? Ikni ose kërkoni ndihmë; • Kurrë mos e nënvleftësoni rrezikun; • Flisni me xhentilesë, ngadalë dhe qartë; • Mos u përfshini në një argument të vetëm; • Mos u fshihni pas autoritetit, statusit apo zhargonit tuaj; • Përpiquni të flisni si me një person të rritur dhe të arsyeshëm; • Evitoni tonet dhe qëndrimet agresive; • Mbani distancën e nevojshme; • Kurrë mos i ktheni kurrizin apo prekni një person të inatosur; • Inkurajojeni që të ndërmarrë veprime si p.sh. të shkruajë dhe depozitojë një ankesë apo të takojë një koleg tjetër.

8.6.5 Kontaktimi i Burimeve

Ndonjëherë, infermierët e shëndetit në komunitet zbatojnë rolet e tyre si avokatë të klientit duke lehtësuar qasjen më të lehtë në shërbime për familjen. Infermierët e shëndetit në komunitet dinë të kenë qasje në personelin kryesor në agjenci dhe mund të eliminojnë disa nga burokracitë e përfshira në marrjen e shërbimeve. Infermierët mund të japin udhëzues që mund të ndihmojnë familjet të sigurojnë shërbimet e nevojshme; për shembull, klientët mund të kenë një avantazh nëse shkojnë në një agjenci herët në mëngjes në mes të javës. Kur infermierët kërkojnë shërbime joformale për familjet, një marrëdhënie me drejtorin e agjencisë mund t'i ndihmojë ata të fitojnë shërbime për klientët[78].

[78] Judith Ann Allender. Community & public health nursing. Promoting the Publiic's health. 2014. 584- 615

9

Terapia Familjare. Qasjet e këshillimit dhe aplikimi

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të jetë i aftë të:

- Njohë terapinë familjare
- Aplikojë terapinë familjare në mënyrë efikase.
- Kuptojë përfitimet e këshillimit familjar.
- Përdori teknika efektive komunikimi me anëtarët e saj në stade të ndryshme të jetës

Ofrimi i kujdesit mjekësor sot është në një gjendje të vazhdueshme ndryshimi, ndonjëherë duke arritur nivelet e krizës. Popullsia po plaket, duke rezultuar në një incidencë dhe prevalencë të shtuar të sëmundjeve kronike dhe çështje më komplekse të kujdesit.

Për më tepër, pacientët po dalin më herët nga institucionet e kujdesit akut ose nuk po pranohen fare për procedurat që dikur trajtoheshin në spital me mbështetje dhe monitorim të mëtejshëm. Pacientët gjithashtu po bëhen më përgjegjës për kujdesin e tyre dhe për respektimin e regjimeve të ndërlikuara mjekësore në shtëpi. Përdorimi i gjerë i internetit dhe një theks në media mbi nevojën për të vënë në dyshim të gjitha aspektet e kujdesit shëndetësor kanë çuar në pacientë më të ditur dhe sfidues. Pacientët mund të mos pranojnë një terapi pa pyetje dhe shpesh ndihen të sigurt në rregullimin e tyre vetë për shkak të informacionit që aksesojnë - informacion që mund të mos jetë shumë i saktë apo edhe i rëndësishëm për situatën e tyre të veçantë.

9.1 Terapia familjare

Terapia familjare është një lloj këshillimi psikologjik (psikoterapi) që mund të ndihmojë anëtarët e familjes të përmirësojnë komunikimin dhe të zgjidhin konfliktet. Terapia familjare zakonisht ofrohet nga një psikolog, punonjës social klinik ose terapist i licencuar.

Terapia familjare është shpesh afatshkurtër. Mund të përfshijë të gjithë anëtarët e familjes ose vetëm ata që janë në gjendje ose dëshirojnë të marrin pjesë. Plani specifik i trajtimit varet nga situata e familjes. Seancat e terapisë familjare mund t'ju mësojnë aftësi për të thelluar lidhjet familjare dhe për të kaluar stresin, edhe pasi të keni mbaruar së shkuari në seanca terapie.

9.1.1 Pse bëhet?

Terapia familjare ndihmon në përmirësimin e marrëdhënieve të trazuara me partnerin, fëmijët ose anëtarët e tjerë të familjes. Mund të trajtohen çështje të veçanta siç janë problemet martesore ose financiare, konflikti midis prindërve dhe fëmijëve, ose ndikimi i abuzimit me substancat ose një sëmundje të shëndetit mendor në të gjithë familjen.

Për shembull:

Terapia familjare mund të ndihmojë anëtarët e familjes të përballojnë nëse një i afërm ka një sëmundje serioze mendore siç është skizofrenia-por personi që ka skizofreni duhet të vazhdojë me planin e tij të personalizuar të trajtimit, i cili mund të përfshijë ilaçe, terapi ose trajtim tjetër.

Në rastin e varësisë, familja mund të marrë pjesë në terapinë familjare ndërsa personi që ka një varësi merr pjesë në trajtimin rezidencial. Ndonjëherë familja mund të marrë pjesë në terapinë familjare edhe nëse personi me një varësi nuk ka kërkuar trajtimin e tij ose të saj.

Terapia familjare mund të jetë e dobishme në çdo situatë familjare që shkakton stres, pikëllim, zemërim ose konflikt. Mund ndihmojë anëtarët e familjes të kuptojnë njëri -tjetrin më mirë dhe të mësojnë aftësitë e përballimit për t'i afruar më shumë së bashku.

9.1.2 Përgatitja

Ju mund të pyesni mjekun tuaj ose ofruesin tjetër të kujdesit parësor për një referim tek një terapist. Anëtarët e familjes ose miqtë mund të japin rekomandime bazuar në përvojat e tyre. Ju gjithashtu mund të kërkoni programin tuaj të asistencës për punonjësit ose agjencitë shtetërore ose lokale të shëndetit mendor për sugjerime për terapistët.

Para se të caktoni seanca me një terapist, merrni parasysh nëse terapisti do të ishte i përshtatshëm për familjen tuaj. Këtu janë disa faktorë që duhen marrë parasysh dhe pyetje që duhen bërë:

- **Edukimi dhe përvoja**. Cili është formimi juaj arsimor dhe trajnues? A jeni i licencuar nga shteti? A jeni të akreditуar organizata profesionale? A keni trajnim special në psikoterapinë familjare? Cila është përvoja juaj me llojin e problemit të familjes sime?
- **Vendndodhja dhe disponueshmëria**. Ku ndodhet zyra juaj? Cilat janë oraret tuaja të zyrës? A jeni në dispozicion në rast emergjence?
- **Kohëzgjatja dhe numri i seancave.** Sa zgjat secila seancë? Sa shpesh janë planifikuar seanca? Sa seanca duhet të pres?
- **Tarifat dhe sigurimet.** Sa paguani për secilën seancë? A mbulohen shërbimet tuaja nga plani im i sigurimit shëndetësor? A do të më duhet të paguaj tarifën e plotë paraprakisht? Cila është politika juaj për seancat e anuluara?

9.1.3 Ajo që mund të prisni

Terapia familjare zakonisht mbledh disa anëtarë të familjes së bashku për seancat e terapisë. Sidoqoftë, një anëtar i familjes gjithashtu mund të vizitojë një terapist familjar individualisht.

Seancat zakonisht zgjasin nga 50 minuta në një orë. Terapia familjare është shpesh afatshkurtër - në përgjithësi rreth 12 seanca. Sidoqoftë, sa shpesh takoheni dhe numri i seancave që do t'ju nevojiten do të varet nga situata e veçantë e familjes tuaj dhe rekomandimi i terapistit.

9.1.4 Gjatë terapisë familjare, ju mund të:

- Shqyrtoni aftësinë e familjes tuaj për të zgjidhur problemet dhe për të shprehur mendimet dhe emocionet në mënyrë produktive

- Eksploroni rolet, rregullat dhe modelet e sjelljes së familjes për të identifikuar çështjet që kontribuojnë në konflikt - dhe mënyrat për të zgjidhur këto çështje
- Identifikoni pikat e forta të familjes suaj, të tilla si kujdesi për njëri -tjetrin dhe dobësitë, siç është vështirësia për të besuar tek njëri -tjetri

Shembull: Depresioni

Një pjesëtar i familjes, djali i madh, ka depresion. Familja e tij nuk e kupton çfarë po kalon ai dhe nuk di si ta mbështesë. Pavarësisht shqetësimit që pjesëtarët e familjes kanë për djalin, bisedat me të dhe midis anëtarëve të tjerë përfundojnë gjithmonë me grindje. Komunikimi përkeqësohet, nuk merren vendime, anëtarët e familjes shmangin njëri-tjetrin dhe përçarja bëhet më e gjerë.

9.1.5 Në një situatë të tillë, terapia familjare mund të ndihmojë:

- Përcaktohen sfidat specifike dhe mënyra si i trajton familja këto sfida
- Mësohen mënyra të reja për të bashkëvepruar dhe kapërcyer modelet jo të shëndetshme të marrëdhënies me njëri- tjetrin.
- Vendoset qëllime individuale dhe familjare dhe punohet në mënyrat për t'i arritur ato.

9.1.6 Rezultatet

Terapia familjare nuk zgjidh automatikisht konfliktet familjare ose nuk largon një situatë të pakëndshme. Por mund të ndihmojë anëtarët e familjes të kuptojnë njëri -tjetrin më mirë, dhe mund të ofrojë aftësi për t'i përballur me situatat sfiduese në një mënyrë më efektive. Mund të ndihmojë gjithashtu familjen të arrijë një sens të bashkimit.

Sipas Punonjëses së Licencuar Klinike Sociale Laney Cline King, këto janë llojet më të zakonshme të terapisë familjare:

Boëenian: Kjo formë e terapisë familjare është më e përshtatshme për situatat në të cilat individët nuk mund ose nuk duan të përfshijnë anëtarët e tjerë të familjes në trajtim. Terapia Boëenian është ndërtuar mbi dy koncepte kryesore: triangulimi (tendenca e natyrshme për të shfryrë ose shqetësuar duke folur me një palë të tretë) dhe diferencimi (të mësosh të bëhesh më pak emocionalisht reaktiv në marrëdhëniet familjare);

Strukturore: Terapia strukturore fokusohet në rregullimin dhe forcimin e sistemit familjar për të siguruar që prindërit të kenë kontrollin dhe që fëmijët dhe të rriturit të vendosin kufijtë e duhur. Në këtë formë terapie, terapisti "bashkohet" me familjen në mënyrë që të vëzhgojë, mësojë dhe rrisë aftësinë e tyre për të ndihmuar familjen të forcojë marrëdhëniet e tyre;

Sistemik: Modeli Sistemik i referohet llojit të terapisë që fokusohet në komunikimet dhe kuptimet e pavetëdijshme prapa sjelljeve të anëtarëve të familjes. Terapisti në këtë formë trajtimi është neutral dhe i largët, duke i lejuar anëtarët e familjes të zhyten më thellë në çështjet dhe problemet e tyre si familje;

Strategjike: Kjo formë e terapisë është më e shkurtër dhe e drejtpërdrejtë se të tjerat, në të cilat terapisti i cakton detyrat e shtëpisë familjes. Kjo detyrë shtëpie ka për qëllim të ndryshojë mënyrën se si bashkëveprojnë anëtarët e familjes duke vlerësuar dhe rregulluar mënyrën se si familja komunikon dhe merr vendime. Terapisti merr pozicionin e fuqisë në këtë lloj terapie, e cila lejon anëtarët e tjerë të familjes të cilët zakonisht nuk kanë aq fuqi për të komunikuar në mënyrë më efektive (King, 2017).

Ndërsa terapistët mund të kenë metoda të ndryshme dhe teknika të preferuara të trajtimit, ata të gjithë duhet të kenë të paktën një nivel minimal të përvojës me trajtimin e:

- Problemeve të sjelljes së fëmijëve dhe adoleshentëve;
- Të pikëlluarve;
- Depresionit dhe ankthit;
- Çështjeve LGBTQ;
- Dhunës në familje;
- Sterilitetit;
- Konflikteve martesore;
- Abuzimit me substanca

9.1.6 Për të trajtuar këto dhe çështje të tjera familjare, terapistët duhet të:

- Vëzhgojnë se si njerëzit ndërveprojnë brenda njësive;
- Vlerësojnë dhe zgjidhin problemet e marrëdhënieve;
- Diagnostikojnë dhe trajtojnë çrregullimet psikologjike brenda një konteksti familjar;
- Udhëzojnë klientët përmes krizave kalimtare të tilla si divorci ose vdekja;
- Theksojnë modelet relacionale ose të sjelljes problematike;
- Ndihmojnë në zëvendësimin e sjelljeve jofunksionale me alternativa të shëndetshme;
- Marrin një qasje holistike (mendje-trup) ndaj mirëqenies

Shembuj dhe Ushtrime

Nëse terapia familjare tingëllon si një trajtim që do të përfitonte për ju dhe të dashurit tuaj, mënyra më e mirë e veprimit është të gjeni një profesionist të licencuar me të cilin mund të krijoni një marrëdhënie të mirë pune dhe të adresoni problemet me të cilat përballet familja juaj.

Sidoqoftë, nëse nuk jeni plotësisht gati për këtë hap, ose ka pengesa mes jush dhe trajtimit, ka shumë ushtrime dhe sugjerime që mund të gjeni se janë alternativa të mira.

Ushtrimet dhe teknikat e mëposhtme janë menduar të përdoren brenda kontekstit të një marrëdhënie pune terapeutike, por disa kanë gjithashtu aplikime për ata që dëshirojnë të eksplorojnë mundësitë e terapisë familjare para se të angazhohen në trajtim afatgjatë me një terapist. Nëse jeni terapist ose profesionist tjetër i shëndetit mendor, mund t'i shihni këto ushtrime si shtesa të dobishme në kutinë tuaj të terapisë.

Pyetja e Mrekullisë

Ky ushtrim mund të përdoret në terapi individuale, çifte ose familjare, dhe ka për qëllim të ndihmojë klientët (t) të eksplorojnë llojin e së ardhmes që ata do të donin të ndërtonin. Ne të gjithë luftojmë herë pas here, por ndonjëherë lufta është më e madhe sepse thjesht nuk e dimë se cilat janë qëllimet tona në të vërtetë.

Pyetja e Mrekullisë është një mënyrë e shkëlqyer për të ndihmuar pacientin ose pacientët të hetojnë ëndrrat dhe dëshirat e tyre. Kur përdoret në kontekstin e çifteve ose terapisë familjare, mund të ndihmojë pacientët të kuptojnë se çfarë i nevojitet pjesëtarit tjetër të familjes ose familjes së tyre në mënyrë që të jenë të lumtur me marrëdhënien e tyre.

Kjo Pyetje Mrekullie shtrohet si më poshtë:

"Supozoni se sonte, ndërsa flini, ndodhi një mrekulli. Kur zgjoheni nesër, cilat do të ishin disa nga gjërat që do të vinin re që do t'ju thoshin se jeta ishte përmirësuar papritur?

Topi i emocioneve

Ky është një ushtrim i thjeshtë, që kërkon vetëm një top dhe një stilolaps ose shënues për të shkruar. Përdoret shpesh me fëmijët dhe adoleshentët në shumë kontekste, pasi heq presionin e të folurit për emocionet për ata që mund të kenë siklet të ndajnë ndjenjat e tyre.

Një top plazhi është një top perfekt për këtë aktivitet - mjaft i madh për të shkruar disa emocione dhe i lehtë për t'u hedhur mbrapa dhe me radhë në një rreth. Shkruani disa emocione në top, të tilla si "të gëzueshme", "të vetmuar", "budalla" ose "të trishtuar".

Mblidhni familjen tuaj në një rreth dhe filloni të hidhni topin para dhe prapa midis anëtarëve të familjes. Kur një anëtar i familjes kap topin, bëjini ata të përshkruajnë një kohë kur ata ndienin emocionet me të cilat përballeshin. Përndryshe, ju mund ta bëni tërheqësin të interpretojë një emocion, një aktivitet veçanërisht i përshtatshëm për fëmijët.

Qëllimi i këtij ushtrimi është të diskutoni emocionet me familjen tuaj dhe të praktikoni të dëgjoni njëri -tjetrin dhe të shprehni ndjenjat tuaja.

Genograma

Një genogramë është një paraqitje skematike ose grafike e pemës familjare të një klienti. Sidoqoftë, ndryshe nga pema familjare tipike, genogrami siguron shumë më tepër informacion mbi marrëdhëniet midis anëtarëve të familjes.

Mund të përdoret për të hartuar lidhjet e gjakut, kushtet mjekësore në familje dhe, më shpesh në rastin e terapisë familjare, marrëdhëniet emocionale.

Gjenogramet përmbajnë dy nivele informacioni - atë që është e pranishme në pemën familjare tradicionale dhe atë që siguron një vështrim shumë më gjithëpërfshirës në familje:

Informacioni bazë: emri, gjinia, data e lindjes, data e vdekjes (nëse ka);

Informacion shtesë: arsimi, profesioni, ngjarjet kryesore të jetës, sëmundjet kronike, sjelljet shoqërore, natyra e marrëdhënieve familjare, marrëdhëniet emocionale, marrëdhëniet shoqërore, alkoolizmi, depresioni, sëmundjet, aleancat dhe situatat e jetesës (GenoPro, 2017).

Duke përfshirë këtë informacion shtesë, terapisti dhe klienti (t) mund të punojnë së bashku për të identifikuar modelet në historinë e familjes që mund të kenë ndikuar në emocionet dhe sjelljet aktuale të klientit. Ndonjëherë veprimi i thjeshtë i hartimit dhe vëzhgimit të këtij informacioni mund të bëjë të qarta gjërat që më parë nuk ishin vënë re.

Informacioni mbi marrëdhëniet emocionale mund të përfshijë pika interesi dhe çdo aspekt të marrëdhënies që mund të ketë ndikuar tek klienti (a), të tilla si nëse marrëdhënia është e shënuar nga abuzimi, nëse një martesë është e ndarë apo e paprekur, nëse një marrëdhënie karakterizohet nga dashuri apo indiferencë, nëse një lidhje mund të konsiderohet "normale" ose jofunksionale, etj.

Ky ushtrim mund të përfundojë individualisht, por ka të ngjarë të jetë më efektiv kur të përfundohet në lidhje me një profesionist të kualifikuar.[79]

Terapia familjare presupozon se problemet familjare shkaktohen nga komunikimi joefikas dhe vështirësitë në bashkëveprimin e anëtarëve të familjes. Detyra e terapistit familjar është të ndryshojë këto bashkëveprime sociale dhe t'i ndihmojë anëtarët e familjes që të mund t'i zgjidhin problemet e veta. Në terapitë e tërë familjes theksi vihet në kultivimin e vetëvlerësimit dhe të marrëdhënieve më të mira me qëllim që anëtarët të lidhen më pozitivisht dhe ta mbështesin njëri-tjetrin. P.sh., terapia strukturore mund të përdoret kur fëmija ka më shumë pushtet sesa prindi.

Shpesh terapisti merret vetëm me një anëtar të familjes, ndërsa herë të tjera e gjithë familja merr pjesë në seancën terapike. Qëllimi i terapisë familjare është të punojë me të gjithë familjen që ta ndihmojë atë të ndryshojë modelet e pasuksesshme të sjelljes së anëtarëve me njëri-tjetrin. Një teknikë shumë e suksesshme në terapitë familjare është videoregjistrimi i anëtarëve të familjes kur ata janë duke bashkëvepruar me njëri-tjetrin në një situatë normale. Kur njerëzit kanë mundësi ta shohin vetveten "nga jashtë", ata e kanë më të lehtë të kuptojnë sjelljen e tyre të pasuksesshme dhe ta përmirësojnë atë. Për shumicën e anëtarëve terapia familjare është një formë e dobishme trajtimi, ndonëse jo çdo anëtarë i familjes përfiton prej saj.

Terapia familjare quhet **terapi martesore** kur në të merr pjesë vetëm çifti. Disa herë kjo quhet edhe këshillim çifti dhe merret me çiftet e pamartuara ende. Ajo që ka rëndësi është se të dy bashkëshortët duhet të trajtohen së bashku, në mënyrë që ata të kuptojnë më mirë marrëdhëniet e tyre dhe të përshtaten më mirë me njëri-tjetrin. Një nga detyrat e vështira gjatë këshillimit të çiftit është si të ndihmohet secili nga bashkëshortët të kapërcejnë emocionet e forta për ta parë objektivisht marrëdhënien dhe rolin që luan secili në të. Një studim i kryer nga Cookerly mbi divorcin e individëve që po bënin terapi martesore zbuloi se 56 % e çifteve që patën bërë terapi së bashku edhe përpara, mbetën të martuar për të paktën 5 vjet pas trajtimit. Sigurisht që këto çifte do të ishin edhe më të motivuara për ta ruajtur martesën. Hahlëeg dhe Markman argumentuan se duheshin bërë më shumë përpjekje për parandalimin e zhgënjimit martesor që në fillimet e marrëdhënies. Një formë terapie e lidhur ngushtë me këto quhet **terapi divorci** dhe

[79] https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/family-therapy/about/pac-20385237
[80] https://positivepsychology.com/family-therapy/

synon të ndihmojë njerëzit që po divorcohen për të kaluar më lehtë në rolet e reja. Terapia e divorcit nuk ka histori të gjatë për t'u vlerësuar plotësisht dhe si duhet.

Terapia familjare i sheh simptomat e një personi sikur ndodhin në kontekstin më të gjerë të familjes. Pa e kuptuar atë grup më të madh dhe ndërveprimet dinamike komplekse që ndodhin dhe se si u formuan ato ndërveprime, mund të mos jetë aq e lehtë për të ndihmuar pacientin e identifikuar (personin me "problemin" për të cilin shqetësohen të gjithë të tjerët në familje).

Ashtu si një departament i veçantë në një organizatë biznesi mund të vuajë për shkak të problemeve në një departament tjetër, një person me depresion mund t'u përgjigjet çështjeve më të mëdha familjare. Për shembull, simptomat e një adoleshente në depresion mund të lidhen me problemet martesore të prindërve të saj. Por nëse një terapist ka parë vetëm adoleshentin në depresion, ata mund të mos kenë problemet më të mëdha familjare që mund të jenë një pjesë e rëndësishme e depresionit të tyre.

Terapia familjare është një stil psikoterapie ku mund të përdoret terapi njohëse, sjellje ose ndërpersonale. Sidoqoftë, përdoret më shpesh me terapinë ndërpersonale.

9.2 Përfitimet e Këshillimit Familjar

Familjet mund të përfitojnë nga terapia kur përjetojnë ndonjë ngjarje stresuese që mund të tendosë marrëdhëniet familjare, të tilla si vështirësitë financiare, divorci ose vdekja e një të dashur. Përveç kësaj, mund të jetë efektiv në trajtimin e shqetësimeve të shëndetit mendor që ndikojnë në familjen në tërësi, të tilla si depresioni, abuzimi i substancave, sëmundjet kronike dhe çështjet e ushqimit, ose shqetësimet e përditshme, si problemet e komunikimit, konfliktet ndërpersonale ose problemet e sjelljes tek fëmijët dhe adoleshentët.

Këshillimi familjar synon të promovojë mirëkuptimin dhe bashkëpunimin midis anëtarëve të familjes në mënyrë që të zgjidhë problemet e një ose më shumë individëve. Për shembull, nëse një fëmijë ka probleme sociale dhe akademike, terapia do të përqendrohet në modelet familjare që mund të kontribuojnë në veprimin e tij, në vend se të vlerësojë sjelljen e tij vetëm. Ndërsa familja zbulon burimin e problemit, ata mund të mësojnë të mbështesin fëmijën dhe anëtarët e tjerë të familjes dhe të punojnë në mënyrë aktive në minimizimin ose ndryshimin e kushteve që kontribuojnë në sjelljen e padëshiruar të fëmijës.

9.2.1 Pozicioni i terapistit

Brenda terapisë familjare, terapisti ka një rol të veçantë. Megjithëse varet nga perspektiva nga e cila aplikohet terapia familjare, si rregull i përgjithshëm duhet që profesionisti të **qëndrojë në një pozicion të baraslarguar** midis të gjithë anëtarëve të familjes të pranishëm në terapi, pa marrë anën e asnjë prej anëtarëve të saj. Ai duhet të sigurojë që të gjithë anëtarët mund të japin mendimin e tyre dhe që ai të dëgjohet dhe vlerësohet nga pjesëmarrësit e tjerë.

Në varësi të rastit dhe modalitetit të terapisë familjare, herë pas here nëse mund të krijoni aleanca të përkohshme me disa nga anëtarët në mënyrë që të përqendroni vëmendjen e grupit në aspekte të caktuara, por më vonë duhet të ktheheni në një pozicion neutral dhe / ose.

Në disa raste do të duhet të mbetet si një element i jashtëm dhe i ftohtë është i kufizuar në vënien në dukje të modeleve të funksionimit të familjes, ndërsa në raste të tjera mund të jetë e nevojshme të luhet roli i një anëtari tjetër të familjes në mënyrë që të futet një element i ri në terapi dhe të ndihmojë për të bërë pikëpamjet e ndryshme të shohin.

9.2.2 Psikoedukimi

Edukimi psikologjik me familjet mund të jetë thelbësor për të ndihmuar personin të kuptojë situatën e tij, çfarë mund të pritet, çfarë mund të bëjë për të ndihmuar ose hapat që është e nevojshme të ndërmerren.

9.2.3 Trajnimi i prindërve

Trajnimi i prindërve është një avantazh i madh për ata prindër që kanë fëmijë me probleme të sjelljes ose që nuk dinë si të merren me situata specifike që përjetohen gjatë gjithë zhvillimit të tyre. **Ajo mëson se si të merren me sjelljet jo adaptuese** përmes formimit dhe stimulimit pozitiv që lejon përshtatjen e fëmijës.[80]

Si pasojë e këtyre ndryshimeve, personelit shëndetësor dhe kryesisht infermiereve u lind nevoja të përdorin teknika të ndryshme këshillimi me familjet në përgjithësi dhe anëtarëve të saj në veçanti.

9.2.4 Qasja infermierore në rast se pacienti është një fëmijë:

Kur kujdesemi për një fëmijë duhet të mbajmë mend se ekspertët që e njohin më mirë janë prindërit. Ata njohin mirë aftësitë e fëmijës dhe në qoftë se ata referojnë se fëmija mund të bëjë diçka, për të cilën ne nuk keni prova, duhet t'i besojmë. Është e rëndësishme të mos flasim për fëmijën kur ata janë prezentë. Edhe në qoftë se është një fëmijë që nuk i kupton fjalët që thuhen, ata mund të kuptojnë shumë mirë komunikimin jo verbal dhe mund të sillen në një mënyrë të caktuar.

9.2.4.1 Përkufizimi i ''fëmijës"

Për hir të këtij seksioni, fëmijë do të quajmë një individ nga 0 deri në 16 vjeç.

---

[80] 1. Shoqata Amerikane për Martesën dhe Terapinë Familjare. (n.d.) *Rreth AAMFT: Kualifikimet dhe FAQ.* Marrë nga http://www.aamft.org/iMIS15/AAMFT/Press/FAQs/Content/About_AAMFT/Qualifications.aspx?hkey=7d1341ef-0f95-46a3-9082-6c37fab2dcf6

2. Beels, C. C. (2002). Shënime për një histori kulturore të terapisë familjare. *Procesi familjar, 41*(1), 67-82. Marrë nga http://search.proquest.com/docview/218874305?accountid=1229

Steinglass, P. (1984). Teoria dhe terapia e sistemeve familjare: Një zbatim klinik i teorisë së përgjithshme të sistemeve. *Analet psikiatrike, 14*(8), 582-586. Marrë nga http://search.proquest.com/docview/894186085?accountid=1229

9.2.4.2 SJELLJET QË LIDHEN ME TË QENIT FËMIJË:

Sjelljet e një fëmije ndikohen nga mosha, personaliteti, kultura, eksperienca e tyre me situata të ndryshme, stabiliteti në shtëpi, ndjenja e sigurisë, arsyeja e konsultës dhe prania e një të rrituri në dhomë.

Një fëmijë mund të jetë:

- I heshtur dhe nuk merr pjesë në komunikim
- I turpshëm
- Mund të qajë dhe të qëndrojë pas personit që e shoqëron
- Si fillim mosbesues, por më pas i qeshur.
- Duke parë prindin për siguri
- I zemëruar dhe agresiv
- Kureshtar
- I pavëmendshëm

9.2.4.3 FËMIJET MË TË PRIRUR PËR TË HASUR VËSHTIRËSI KUR SHKOJNË PËR NJË VIZITË:

- Fëmijët që kanë pasur eksperienca të këqija më parë
- Fëmijët që janë shumë të vegjël dhe nuk janë mësuar të jenë larg prindërve
- Fëmijët nga një kulturë ndryshe
- Nuk i njohin shërbimet shëndetësore
- Kanë dhimbje emocionale apo fizike
- Janë shumë të sëmurë
- Janë viktima të një aksidenti
- Kanë vështirësi në komunikim
- Kanë vështirësi në të parë apo në të dëgjuar.

9.2.4.4 EMOCIONET QË MUND TË PËRJETOJË NJË FËMIJË NË VIZITË:

- Frikë, ankth
- Dhimbje fizike ose shpirtërore që bëhet shkak për zemërim
- Mërzi
- Izolim nga të tjerët

9.2.4.5 ARSYE TË NDRYSHME PËR KËTO EMOCIONE

- E shikojnë veten ndryshe nga fëmijët e tjerë.
- Mund të kenë dhimbje fizike.
- Diskomfort pasi nuk e njohin vendin ku ndodhen, njerëzit apo procedurat.
- Vështirësi në shkollë ose në shtëpi.

9.2.4.6 PRINCIPET PËR NJË KOMUNIKIM EFEKTIV ME NJË FEMIJË:

Kur komunikojmë me një fëmijë duhet të:

- Përshtatim prezantimin tonë në bazë të moshës së fëmijës,
- Demonstrojmë ndjeshmëri,
- Të vëzhgojmë me kujdes përgjigjet e fëmijës,
- Vlerësojë perceptimet e tyre,
- Të kemi komunikim jo verbal sa më të mirë për të krijuar një raport terapeutik me fëmijën,
- I japim kohë fëmijës që të na besojë, të ndihet rehat dhe i sigurt,
- Monitorojmë nivelin gjuhësor, përdorim fjalë të thjeshta dhe i shpjegojmë proceduarat që pasojnë.
- Krijojmë kontakt vetëm kur e shohim të arsyeshme,
- Vendosim kufij dhe pritshmëri për sjelljet,
- Të kemi komunikim holistik,
- Shtyjmë takimin për një seancë tjetër nëse është e mundur ose është e nevojshme,

Sigurojmë një praktikë ku në qendër qëndron familja.[81]

9.2.4.7 STRATEGJITË KUR KOMUNIKOJMË ME NJË FEMIJË:

- Flasim drejtpërdrejt me fëmijën,
- Ulemi në nivelin e fëmijës ose i ulim ata në nivelin tonë,
- Nuk duhet të flasim për fëmijën kur ai është prezent,
- Gjejmë lojëra dhe aktivitete që shfaqin interes tek fëmija dhe i përdorim për të krijuar një lidhje me të,
- Krijojmë një mjedis të sigurt,
- Kuptojmë kulturën e fëmijës,
- Gjithashtu duhet të kuptojmë sfondin familjar, social, fizik, kulturor e shpirtëror të fëmijës,
- I tregojmë fëmijës çfarë do të ndodhë dhe kur do të ndodhë, në mënyrë që të kemi një, tranzicion të qetë nga njëra fazë në tjetrën.
- I përgjigjemi komunikimit jo verbal të fëmijës,
- I përgjigjemi pyetjeve që mund të na bëjë fëmija,
- I kërkojmë leje fëmijës kur është nevoja që të bëjmë kontakt fizik, në rast se nuk është nevoja e shmangim kontaktin fizik.
- Duhet që të kemi vëmendjen e fëmijës, mund të rrimë dhe të heshtur në mënyrë që ta bëjmë këtë.

[81] "Komunikimi verbal dhe jo verbal" në: Diferencuesi. Marrë më: 09 shkurt 2019 nga Differentiator: differentiator.com.

Skenari 1: DJALI DHE VULLNETARI I TRAJNUAR

Personi 1: Quhesh Eri dhe je një 12-vjeçar indian, i cili ka ardhur me familjen për të kërkuar azil. Ke mësuar pak anglisht, por gjithsesi nuk i kupton të gjitha fjalët që të thuhen dhe sjelljet që ndodhin rreth teje. Nuk di as të shkruash dhe as të lexosh anglisht. Vëllain e madh ta vranë para se familja të largohej nga India. Babai yt nuk është i punësuar dhe mamaja punon deri vonë për një pagë shumë të vogël në një restorant kinez. Ti nuk ndihesh i pranuar në shkollë, madje edhe nga indianët e tjerë që kanë ardhur këtu më përpara. Ata shpesh herë të tallin në arabisht. Motra jote e vogël është përshtatur mjaft mirë dhe ka krijuar shoqëri. Ti ke kohë që ndihesh i zemëruar dhe ke filluar të dhunosh mesuesit dhe djemtë e tjerë indianë verbalisht. Nuk të pëlqen të kesh të bësh me njerëz të tjerë përveç familjes tënde.

Personi 2: Ju jeni vullnetari i trajnuar për qendrën multikulturore dhe keni nën drejtim një grup që merret me djemtë refugjatë. Kjo është hera e parë që takoni Erin. Ju e dini që ai nuk është i dhunshëm, por kjo është e vetmja gjë që dini rreth tij. Shumë nga refugjatët janë të dhunshëm dhe ti do që të ndihmosh Erin të përshtatet.

Skenari 2: VAJZA DHE PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË

Personi 1: Emri juaj është Eliza dhe vajza juaj 2-vjeçare, Jona, sapo është diagnostikuar me vështirësi intelektuale. Ajo është vajza juaj e vetme dhe është gëzimi i familjes suaj. Ndiheni e pasigurt dhe konfuze. Keni frikë se çdo të ndodhë në të ardhmen, dhe filloni të qani kur shikoni profesionistin e shëndetësisë. Shikoni teksa Jona luan në këmbët e juaja. Çfarë do të sjellë e ardhmja për të?

Personi 2: Ju jeni profesionisti i shëndetësisë i cili duhet të vlerësojë paaftësitë e Jonës. Kur futeni në dhomën e pritjes, thërrisni emrin e Jonës dhe shikoni një grua që iu shikon në sy. Ajo iu buzëqesh, merr Jonën dhe vjen drejt jush. Si do t'i afroheni kësaj situate me Elizën dhe Jonën? Cilat janë prioritetet e komunikimit tuaj? Eliza nuk do që Jona të largohet nga prehri i saj. Si do t'i inkurajoni ato?

Fëmijët zakonisht janë në fokus për një kujdes mjekësor specifik. Sidoqoftë, shumë profesionistë shëndetësorë do të kenë nevojë të kenë kontakt me fëmijët. Është punë e lodhshme, por shumë e bukur, nga ku mund të marrim shumë eksperiencë në të komunikuarit efektiv.

Shënim: Ka shumë grupe dhe organizata që u japin prindërve të një fëmije me nevoja të veçanta informacion dhe mbështetje.

9.3 Qasja infermierore në rast se pacienti është një adoleshent:

9.3.1 Përkufizimi

Adoleshenca (nga latinishtja: *adolescere* do të thotë "*të rriten*") është një fazë kalimtare të zhvillimit fizik e mendor të njeriut në përgjithësi ndodhin në mes pubertetit dhe pjekurisë ligjore (mosha madhore), por karakterizohet në masë të madhe si fillim dhe duke përfunduar me fazën adoleshente. Sipas Erik Erikson fazat e zhvillimit njerëzor, për shembull, një i rritur i ri është në

përgjithësi një person në mes të moshës 20 dhe 40, ndërsa një adoleshent është një person në mes të moshës 13 dhe 19 (sipas modelit amerikan ku shihen ato vite të cilat marrin prapashtesën – *teen* [*ang*. Adoleshentë, p.sh., thir***teen***, four***teen***,..., nine***teen***]). Dijetarët kanë gjetur atë tepër të vështirë për të rënë dakord mbi një përkufizim të saktë të adoleshencës, për shkak se ajo mund të trajtohet nga kaq shumë këndvështrime.

Një adoleshent :

- Është një person në moshë të re
- Është një person midis fëmijërisë dhe maturitetit
- Është një person që po rritet
- Një person trupi i të cilit po pëson ndryshim
- Një person që ka pasiguri emocionale, sfida sociale dhe njohëse

Mosha e maturitetit varet nga gjinia dhe etnia. Disa kultura kanë pritshmëri të ndryshme për mosha të ndryshme. Kur përmbushen këto pritshmëri, pavarësisht moshës, personi konsiderohet i rritur në çdo aspekt të tij.

Në shumë kultura perëndimore, mosha vendos ardhjen e moshës madhore (maturitetit). Individët mund të marrin përgjegjësi të moshës madhore që 14 vjeç, por nuk konsiderohen të rritur deri në moshën 18-21 vjeçare. Nuk është maturiteti emocional, intelektual dhe shpirtëror ai që vendos nëse një person është i rritur, por është mosha.

9.3.2 SJELLJET QË LIDHEN ME ADOLESHENCËN

- Një adoleshent mund të përfshihet në sjellje me rrezik të lartë.
- Të ekzagjerojnë veprimet e tyre për të marrë vëmendje.
- Të mbyllen në vetvete.
- Të sillen në mënyra që krijojnë konflikt me vlerat e tyre morale, vetëm që të pranohen në një grup shoqëror.
- Të shprehin dhunë verbale dhe të jenë agresivë
- Mund të eksperimentojnë me substancë të ndryshme.
- Të sillen në mënyra të pakujdesshme.

9.3.3 ADOLESHENTËT MË TË PRIRUR PËR TË PATUR VËSHTIRËSI GJATË NJË KONSULTE:

Adoleshentët që mund të kenë vështirësi kur janë në një konsultë mjekësore, përfshijnë adoleshentët që:

- Janë ndryshe nga grupi i tyre shoqëror.
- Nuk duan ndihmë nga profesionisti i shëndetësisë.
- Vijnë nga një kulturë tjetër.
- Nuk i njohin shërbimet mjekësore.
- Kanë vështirësi të përshtaten me ndryshimet që po i ndodhin.
- Kanë dhimbje fizike ose emocionale.

- Kanë pasur eksperienca negative të mëparshme.
- Janë viktimë e një aksidenti.
- Kanë vështirësi në të parë ose në të dëgjuar.
- Kanë vështirësi intelektuale.

9.3.4 EMOCIONE TË MUNDSHME QË MUND TË PËRJETOJË NJË ADOLESHENT:

Përgjigjet emocionale që mund të ketë një adoleshent janë komplekse dhe ndonjëherë të papritura si për individin dhe për njerëzit rreth tij. Emocionet që mund të përjetojë një adoleshent janë:

- Zemërim
- Vetmi
- Konfuzion
- Izolim
- Shqetësim
- Konflikt dhe stres
- Ndjenjë e mos pranimit
- Pakënaqësi
- Ndjejnë sikur nuk mund të jenë pjesë e diçkaje
- Urrejnë paraqitjen e tyre
- Pasiguri
- Ankth
- Nuk ndihen të rëndësishëm
- Mërzi

9.3.5 ARYET PËR KËTO NDJENJA:

Një adoleshent kalon një sërë ndryshimesh në vetvete (ndryshime fizike, emocionale, sociale dhe shpirtërore) gjatë adoleshencës. Arsyet se përse mund të ketë emocione janë:

- Hormonet
- Presioni social
- Presioni nga shkolla
- Presioni nga familjarët
- Diferencat kulturore
- Nevoja për socializim
- Fokusimi në nevojat e tyre
- Shokët e tyre

9.3.6 PRINCIPET PËR NJË KOMUNIKIM EFEKTIV ME NJË ADOLESHENT:

Principet për një komunikim efektiv i referohen individëve që kërkojnë ndihmë mjekësore. Por kjo gjë mund të jetë shumë e vështirë kur kemi të bëjmë me adoleshentët, vetëm në rastet kur profesionisti i shëndetësisë i njeh mirë nevojat e adoleshentit.

Kur komunikojmë me një adoleshent duhet të:

- Kemi parasysh eksperiencat personale
- Praktikojmë komunikim holistik
- Jemi sensitivë dhe të kuptueshëm
- U japim energji pozitive
- Respektojmë individin
- Njohim mirë kufijtë etikës
- Njohim diferencat kulturore
- Mos lejojmë pacientin të flasë keq për veten, për vlerat dhe besimet e veta
- Shikojmë me kujdes gjestet e përdorura.

9.3.7 STRATEGJITË PËR TË KOMUNIKUAR ME NJË ADOLESHENT:

- Të përqendrohemi në praktikën që bazohet në familje ose personin në vetvete.
- Të krijojmë një mjedis të sigurt si nga ana emocionale dhe nga ana fizike.
- Të përdorim një përqasje holistike pasi simptomat fizike mund të fshehin nevoja të tjera.
- Të njohim mirë kufijtë e personit, nuk është e nevojshme të zgjidhim çdo problem të të gjithë adoleshentëve që kërkojnë ndihmën tonë.
- Japim shpjegime të herë pas hershme.
- Të demonstrojmë interes dhe të tregojmë se e kuptojmë personin përballë, kjo mund të arrihet duke bërë gjëra që pacientit i pëlqejnë.
- Duhet të shikojmë me kujdes gjestet e personit.
- Të tregojmë pritshmëritë e sjelljes.
- Vendosim kufij të qartë.

9.3.8 SKENARI 1: DJALI DHE PROFESIONISTI SHËNDETËSOR

PERSONI 1: Emri yt është TOM. Je 17 vjeç dhe po mbaron shkollën e mesme. Adoleshencën e ke pasur shumë të vështirë. Ka qenë e vështirë për t'u përqendruar dhe për të mësuar në shkollë. Nuk e kupton se përse prindërit ngulmuan që ti të vazhdoje shkollën, pasi ti nuk i kalon provimet. Mësuesit nuk të kuptojnë dot dhe vetëm një ose dy prej tyre interesohen për ty. Ke shoqëri të mirë që nuk bëjnë gjëra të rrezikshme. Së fundmi je diagnostikuar me "çrregullimi të hiperaktivitetit të deficitit të vëmendjes (ADHD)" dhe po mjekohesh për këtë. Medikamentet nuk të pëlqejnë sepse edhe pse të qetësojnë dhe të japin më shumë kontroll ti nuk ndihesh vetvetja.

Të pëlqen të punosh në kopsht dhe ke filluar të punosh në shërbimin shëndetësor, kryesisht në pushimet e shkollës.

PERSONI 2: Ju jeni profesionisti i shëndetësisë që zakonisht drekoni në terrenin e shërbimit shëndetësor. Sapo keni filluar të flisni me një person të ri në këtë terren, Tomin dhe ju ka krijuar përshtypjen se nuk ka vetëbesim dhe vetëvlerësim. Ndonëse kjo është normale për shumë adoleshentë, ju vini re që tek ai nuk është një adoleshencë normale. Keni zgjedhur që ta bëni Tomin shokun tuaj dhe ta inkurajoni, prandaj zakonisht uleni me të në dreke.

A duhet ta inkurajosh dhe ta ndihmosh Tomin? Pse?

Si mund ta inkurajosh dhe ta ndihmosh atë?

SKENARI 2: VAJZA DHE PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË

Personi 1: Emri yt është ERA. Jeni një 15-vjeçare mjaft e njohur me një karrierë dhe të ardhme premtuese. Je gjithashtu sërfistja më e mirë në qytet. Ishe shumë e lumtur kur firmose kontratën me një skuadër sërfi internacionale. Të njohin shumë nxënës e mësues dhe prindërit të thonë shpesh se sa krenar janë për ty. Për momentin je në shkollë dhe klubin e sërfit e frekuenton sa herë që të jepet mundësia.

Në një aksident të pazakontë, një peshkaqen të kafshoi dhe të këputi krahun nga bërryli e poshtë. Ishte eksperiencë shumë traumatike, por ti ke gjera të tjera për të cilat duhet të shqetësohesh. Po kontrata që lidhe me skuadrën e sërfit? Po karriera jote si sërfiste? Çfarë do të ndodhë tani? Je e dëshpëruar dhe nuk mund ta imagjinosh dot te bësh sërf pa krahun dhe dorën tënde. Kishe ndërmend të kandidoje për kapitene shkolle, por tani mendon se askush nuk do të nominojë një person me një krah. Ti shkruan me dorën e djathtë dhe tani nuk e mendon dot si do të shkruash pa të. Tani je e sigurt se djali që pëlqeje në klubin e sërfit nuk do të të shikojë më fare. Kishe menduar se si do të ishte t'i jepje makinës përgjatë bregut të detit me tavolinën e sërfit mbi makinë, por si mund t'i japësh makinës me një dorë? Ke shumë pyetje dhe shumë frikë për të ardhmen.

Gjëja e vetme që thonë prindërit është që: e rëndësishme është që je gjallë. Asgjë tjetër nuk ka rëndësi.

Ti do që të gjesh dikë me të cilin mund të ndash frikërat që ke dhe dikë që mund të të kuptojë. Por gjithsesi ti nuk do që të flasësh hapur për ndjenjat që ke dhe të duhet pak shtysë për ta bërë këtë.

Personi 1: Ju jeni profesionisti i shëndetësisë, dhe gjithashtu anëtar i ekipitit të ndihmës së parë për sërfistat, ku bën pjesë dhe Era. E keni vëzhguar për disa vite me radhë tani jeni shumë të tronditur nga ngjarja që i ka ndodhur. Po kaloni kohë me të por përsëri ndiheni shumë keq. Ju njihni dhe një vajzë tjetër që bën sërf pa njërin krah, si pasojë e një aksidenti me makinë dhe keni organizuar një takim që ajo të flasë me Erën. Përpara se t'i thoni për takimin duhet të jeni të sigurt që ajo do ta pranojë të flasë për eksperiencat dhe ndjenjat e sajë.

Adoleshenca mund të jetë një kohë e parehatshme për shumë individë, si për adoleshentin edhe për personat rreth tij/saj. Adoleshentët ndihen vulnerabël për shkak të fazës së zhvillimit të tyre. Në qoftë se një adoleshent kërkon ndihmën e një profesionisti të shëndetësisë, vulnerabiliteti i tyre mund të shumëfishohet, kështu që profesionisti i shëndetësisë duhet të komunikojë duke përdorur të gjithë principet e komunikimit efektiv.

9.4 QASJA INFERMIERORE KUR PACIENTI ËSHTË ADULT

PËRKUFIZIMI I NJË ADULTI:

Një person adult është një person i cili ka përmbushur zhvillimin dhe rritjen e tij, dhe është i përgjegjshëm për nevojat personale dhe ndonjëherë dhe nevojat e të tjerëve që varen prej tij. Në disa kultura mosha madhore është përkufizuar në bazë të moshës së personit, në kultura të tjera në bazë të arritjes së aftësive të veçanta ose specifike.

SJELLJET QË LIDHEN ME TË QENURIT ADULT:

- Merr përgjegjësi për nevojat personale
- Merr vendime të pavarura nga njerëzit e tjerë
- Menaxhojnë kohën e tyre për të përmbushur të gjitha përgjegjësitë.
- Demonstrojnë kompetencë në jetën e përditshme
- Janë kompetentë në fushat e zgjedhura të punësimit
- Marrin iniciativën për aktivitetet e përditshme
- Bashkëjetojnë me një partner dhe rrisin fëmijë.

9.4.1 ADULTET MË TË PRIRUR PËR TË PATUR PROBLEME ME KONSULTAT MJEKËSORE

- Adultët me një sëmundje të papritur ose emergjencë
- Dhimbje e pashpjegueshme
- Eksperienca negative të mëparshme me shërbimin mjekësor
- Një person tjetër i sëmurë në familje
- Partnerja është duke lindur
- Nuk ka shumë informacion për shërbimet mjekësore
- Nuk ka shumë informacion mbi profesionistët e shëndetësisë

9.4.2 EMOCIONET E MUNDSHME TË NJË ADULTI KUR SHKON TEK PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË:

- Konfuzion
- Frikë
- Zemërim
- Dëshpërim që çon në depresion
- Zhgënjim

9.4.3 ARSYE QË ÇOJNË NË KËTO EMOCIONE:

- Ndryshime në mënyrën e jetesës
- Sëmundje të një familjari
- Dëshirë për të mbrojtur të tjerët
- Mbivlerësim i angazhimeve financiare
- Pamundësia për të arritur qëllimet

9.4.4 PRINCIPET E NJË KOMUNIKIMI EFEKTIV ME NJË PERSON ADULT

- Kur komunikojmë me një person të rritur duhet të kemi parasysh:
- Të prezantohemi miqësisht por profesionalisht .
- Të jemi të sinqertë.
- Të shprehim empati.
- T'i përgjigjemi pyetjeve dhe komunikimit jo verbal.
- Të njohim pikat e forta dhe vështirësitë.
- Të dëgjojmë në mënyrë aktive.
- Të kuptohemi.
- Të vlerësojmë dhe të inkurajojmë.
- Të qetësojmë adultin dhe japim shpjegime të qarta.
- Të pohojmë.
- Të japim informacion të shkruar, të mirë strukturuar.

9.4.5 STRATEGJITË PËR TË KOMUNIKUAR ME NJË ADULT

- Përdorim komunikimin holistik dhe e konsiderojmë të gjithë personin dhe jo vetëm anën emocionale të tij
- Nuk harrojmë edhe personat e tjerë të familjes
- Përdorni komunikimin jo verbal
- Gjejmë kohë dhe investohemi që t'i japim shpjegim për pyetjet që ka pacienti apo për procedurat në vijim
- Sigurohemi që t'i përgjigjemi pyetjeve në rend kronologjik
- Konsiderojmë që pacienti mund të dojë kujdes nga një gjini specifike
- Qëndrojmë mes kufijve profesionale

9.4.6 SKENARI 1: PACIENTI DHE PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË

PERSONI 1: Emri juaj është Juri. Bashkëshortja sapo iu ka lënë për një njeri tjetër. Ajo dhe partneri i saj i ri janë shpërngulur në Britaninë e Madhe për arsye punësimi. Ju keni një kredi të madhe për të shlyer dhe dy fëmijë për të rritur. Sara, vajza juaj 4-vjeçare, qan gjithmonë sepse i mungon shumë nëna e saj. Nori, djali juaj 9-vjeçar, ka filluar sillet çuditshëm në shkollë dhe qëndron shumë i zymtë në shtëpi. E keni shumë të vështirë të punoni dhe të kujdeseni për fëmijët në të njëjtën kohë. Puna iu merr 12 deri ne 15 orë të ditës suaj dhe në fund të saj nuk keni më as energji dhe as kohë të lirë. Gjithsesi paga që merrni ju lejon të punësoni një punëtore për t'u

kujdesur për shtëpinë dhe për të gatuar. Ndihmë të madhe japin dhe prindërit tuaj duke qëndruar me fëmijët tuaj. Sara ka një infeksion të cilin e ka marrë në kopsht dhe gjatë gjithë natës ka pasur temperaturë dhe kollë, ajo vetëm qan dhe kërkon të ëmën. Jeni shume i lodhur dhe po mendoni të lini punën që të kujdeseni për fëmijët. Është ora 23:00 dhe vendosni të dërgoni Sarën tek mjeku. Shkoni për të zgjuar dhe Norin sepse nuk doni që ta lini vetëm në shtëpi, ai bërtet dhe thotë se është i rritur e mund të qëndrojë në shtëpi vetëm. Më në fund të tre shkoni tek mjeku, atje ka radhë për rreth një orë, por gjithsesi një profesionist i shëndetësisë vjen për t'ju bërë një pyetësor përpara se të konsultoheni me mjekun. Ju nuk doni t'i përgjigjeni pyetjeve, dhe nuk dini t'i përgjigjeni pyetjeve që iu bëhen pasi gruaja juaj dinte çdo gjë rreth fëmijëve. Ju doni thjesht të konsultoheni me mjekun dhe të shkoni në shtëpi.

PERSONI 2: Ju jeni profesionisti shëndetësor i cili merr anamnezën mjekësore që t'i lehtësosh punën mjekut kur ka shumë njerëz në radhë. Sapo e keni filluar turnin dhe jeni i relaksuar dhe i qetë, jeni gati të flisni për të marrë përgjigjet qe iu duhen. Por burri që keni përballë nuk është fare bashkëpunues dhe po teston durimin tuaj si profesionist i shëndetësisë.

SKENARI 2: PACIENTJA DHE PROFESIONISTI SHËNDETËSOR.

PERSONI 1: Emri juaj është Juli dhe humbët punën tuaj para dy javësh. Sigurimi kryesor financiar për familjen tuaj do të donit të gjenit një punë sa më shpejt. Në fillim nuk ishit shumë e shqetësuar pasi kursimet që keni mund t'ju mjaftojnë për disa muaj. Gjithashtu e mendoni se do të gjeni punë shumë shpejt pasi keni aftësi shumë te mira, gjithsesi, bashkëshorti juaj i cili është invalid dhe nuk mund të punojë. Ai do që të anulojë pushimet familjare në Evropë pasi është i shqetësuar për mbarëvajtjen financiare të familjes pasi të jenë mbaruar kursimet, dhe në qoftë se bëhet ky udhëtim, do të harxhohet një sasi e mirë e këtyre të ardhurave. Sot në mëngjes morët një përgjigje negative për punë, por prisni dhe dy përgjigje të tjera, kështu që po qëndroni pozitive. Kur po merrnit fëmijët nga shkolla makina juaj pati një problem me kamion dhe duhet të merrej me karrotrec për te mekaniku. Mekaniku që e pa tha se për të rregulluar problemin do të duhen një shumë e konsiderueshme lekësh. Për momentin jeni ulur në dhomën e pritjes tek mjeku, pasi Melania, vajza juaj ka temperaturë të lartë. Ajo ka disa muaj që ankonohet për dhimbje, por ju gjithmonë keni menduar se nuk është asgjë serioze, tani po mendoni se sa serioze mund të jetë situata. Kjo do të përbëjë problem pasi siguracioni juaj ishte i lidhur me punën dhe për pasojë humbi kur humbët punën. Kjo është hera e parë që jeni shqetësuar për papunësinë tuaj. Personi që futet në dhomë ulet përballë jush dhe ju pyet përse keni ardhur. Në dhomë nuk ka asnjë njeri tjetër dhe Melania është në gjumë, kështu që ju vazhdoni të tregoni historinë tuaj.

PERSONI 2: Ju jeni profesionisti shëndetësor. Ju nevojitet një firmë dhe një diskutim me mjekun për dikë që konsultuat dje. Për momentin nuk keni veshur uniformë, por si një punonjës klinik mund ta shihni që gruaja që keni përballë po përpiqet të fshehë diçka që e shqetëson. Nuk ka asnjë njeri tjetër në dhomë kështu që e pyesni zonjën për emrin dhe i thoni që mund t'ju tregojë çfarëdo që e shqetëson.

9.5 QASJA INFERMIERORE ME PACIENTË TË MOSHËS SË TRETË

9.5.1 Përkufizimi

Një person në moshë të tretë mund të jetë një person i cili:

Përjeton kufizimet e moshës kur lëviz, mendon apo ndjen diçka pavarësisht moshës që ka, ngurtësimi i kyçeve apo ngjyra e flokëve.

Ka arritur moshën e pensionit

Është i përshtatshëm për t'u bërë pjesë e organizatës së pensionistëve.

9.5.1 SJELLJET QË LIDHEN ME TË QENIT NJË NJERI NË MOSHË:

Një person në moshë të tretë, është i njëjtë me çdo person tjetër, mund të përjetojë sjellje të cilat janë tipike për personalitetin e tyre, kulturën, gjeneratën dhe eksperiencat jetësore. Personat në moshë të tretë mund të mos kenë sjellje që lidhen me moshën, mund të jenë persona krejt të pavarur.

Gjithsesi një person në moshë, i cili kërkon asistencën e një profesionisti të shëndetësisë mund të:

- Insistojë në të bërit një punë vetëm dhe pa ndihmë dhe pa asnjë frikë për sigurinë e tij pavarësisht nga gjendja e tij.
- Kërkojë ndihmë për të bërë diçka edhe në qoftë se janë të aftë për ta bërë vetë.
- Kërkojnë t'i përsëritet informacioni i dhënë për shkak të problemeve me dëgjimin apo me kujtesën.
- Kërkojnë syze apo printimin e informacioneve me shkrim të madh.
- Përpiqet të marrë të gjithë kohën e profesionistit të shëndetësisë duke nxjerrë nevoja të reja në çdo sesion konsulte.
- Mos jenë bashkëpunues.
- Ndihen shumë mirë dhe të kënaqur që të vijnë në konsulta.

9.5.2 NJË PERSON NË MOSHË I CILI ËSHTË I PRIRUR PËR TË PASUR VËSHTIRËSI KUR KONSULTOHET ME NJË PROFESIONIST SHËNDETESIE:

Personat në moshë të cilët priren për të pasur vështirësi gjatë një konsulte me profesionistin e shëndetësisë janë ata që:[81] Psychology and Mind: psicologiaymente.com.

- Kanë pasur eksperienca të mëparshme negative me shërbimet shëndetësore
- Nuk kanë pasur ndonjëherë shërbime shëndetësore
- Kanë probleme me dëgjimin apo shikimin
- Nuk e pranojnë se kanë nevojë për ndihmë
- Kanë funksionalitet të limituar
- Kanë dhimbje
- Kanë pësuar humbjen e një personi të afërt

9.5.3 EMOCIONE TË MUNDSHME QË MUND TË KETË NJË PERSON NË MOSHË

- Frikë dhe ankth për të ardhmen
- Frikë dhe ankth për sa i përket vdekjes
- Hidhërim dhe mërzi
- Konfuzion
- Depresion
- Vetmi

9.5.4 ARSYE TË MUNDËSHME PËR KËTO EMOCIONE:

- Eksperienca të mëparshme negative.
- Sëmundje kronike.
- Dhimbje.
- Ndjejnë se duan të vdesin.
- Ndjejnë se nuk i përkasin asnjë vendi dhe nuk mund të bëjnë më asgjë.

9.5.5 PRINCIPET PËR NJË KOMUNIKIM EFEKTIV ME NJË PERSON NË MOSHË:

- Duhet të prezantohemi
- Duhet të tregojmë respekt
- Duhet të tregojmë ndjeshmëri
- Duhet t'u japim informacion të qartë edhe me figura në qoftë se e shikojmë të nevojshme
- Duhet t'i dëgjojmë me vëmendje
- Duhet t'u japim komfort
- Duhet të qartësojmë çdo besim të gabuar që mund të kenë.

9.5.6 STRATEGJITË E KOMUNIKIMIT ME NJË PERSON NË MOSHË:

- Përdorim komunikimin holistik
- I pyesim se si do donin të thërriteshin, mund të duan t'u drejtohemi me fjalët "zoti/zonja", deri sa të familjarizohen me profesionistin e shëndetësisë.
- Duhet t'i trajtojmë si çdo njeri tjetër pavarësisht moshës, gjinisë, kulturës apo aftësive.
- Dëgjojmë dhe mbajmë mend historinë e tyre.

9.5.7 SKENARI 1: PACIENTI DHE PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË

Personi 1: Emri juaj është Ron dhe jeni një 78-vjeçar aktiv, i cili noton çdo mëngjes. Që kur gruaja juaj vdiq ju jeni kujdesur vetë për veten dhe madje keni ndihmuar për kujdesjen e dy mbesave tuaja. Kur po bënit pazar u rrëzuat dhe keni dëmtuar gjurin. Tani kërkoni kujdesje për gjurin. Nuk ju pëlqen jetesa që po bëni në këto momente dhe mezi prisni t'i ktheheni notit. Gjatë përkujdesjes që merrni silleni shumë mirë, por nuk është se ju pëlqen të keni një njeri që kujdeset për ju. Ky profesionist i shëndetësisë është shumë i sjellshëm dhe shumë i ri, ndoshta shumë i ri për t'i ditur gjërat.

Personi 2: Ju jeni profesionisti i shëndetësisë. Keni krijuar një marrëdhënie pune me Ronin dhe doni të kuptoni se si ndihet ai për rënien që ka pësuar, sepse doni që ta drejtoni atë drejt një profesionisti tjetër për të parandaluar rrëzimet në vazhdim.

SKENARI 2: PACIENTJA DHE PROFESIONISTI I SHËNDETËSISË.

PERSONI 1: Emri juaj është Ela. Jeni një zonjë 84-vjeçare e cila jeton vetëm. Edhe pse keni problem me koksigsin, osteoporozë të vertebrave të sipërme spinale dhe artrit në të dyja duart ju vazhdoni të qëndisni, të punoni me shtiza dhe të qepni. Deri vonë keni qenë shumë aktive, merreshit me kërcim dhe shkonit në bouling disa herë në javë. Gjithsesi, përpara gjashtë muajsh patët një tërheqje muskulare në këmbë dhe që atëherë nuk keni mundur më të kërceni dhe as të luanit bouling. Para një muaji, kur tërheqja muskulare në këmbë u shërua, patet një tërheqje tjetër muskulare por kësaj radhe në shpatull. Ju jeni shumë e pavarur, dhe pavarësisht se keni një "letër me vlerë" me Departamentin e Ndërlidhjeve me Veteranet, nuk keni menduar asnjëherë ta përdornit. Tani për momentin konsultoheni me një fizioterapist i cili ju rekomandon të merrni asistencë në shtëpi për punët e shtëpisë.

PERSONI 2: Ju jeni profesionisti i shëndetësisë, i cili e njeh shumë mirë Elën. Juve ju kanë thënë që të mundoheni t'i mbushni mendjen asaj për të marrë një asistente në shtëpi.

Personat në moshë sjellin në praktikën e përditshme eksperienca të panumërta dhe zgjuarsi. Përveç rasteve kur kemi problem me të kuptuarit, këta perona zakonisht nuk kanë nevojë për një gjuhë të veçantë. Si për të gjithë individët e tjerë, komunikimi me personat në moshë kërkon të treguarit respekt, empati, aftësi bashkëpunuese, dhe praktikë që ka në qendër familjen dhe individin.

Skenari i mëposhtëm ilustron një shembull ku infermierja ka gjasa të përjetojë ankth të konsiderueshëm. Infermieret shpesh shmangin diskutime të tilla me mjekët, edhe pse mund të jenë shumë të vetëdijshëm për gjendjen aktuale klinike të pacientit. Të jesh plotësisht i sinqertë dhe autentik do të thotë të mos shpëtosh nga diskutime të tilla për shkak të ankthit ose frikës "se jemi duke thënë gjënë e gabuar".[82]

Një shembull i ndërveprimit efektiv është si më poshtë (terapi këshillimi)

Pacienti: Unë jam ndier shumë keq kohët e fundit dhe e di se kimioterapia nuk po funksionon ashtu siç shpresonim. A do të vdes?

Infermieria: Çfarë ju ka thënë mjeku juaj për këtë?

Pacienti: Ajo tha se nëse kjo kimio nuk do të funksiononte, ka disa opsione të tjera.

Infermierja: Pra, ju kuptuat se nëse kjo terapi nuk do ishte efektive, nuk do kishte gjasa që ju të shëroheni nga kanceri?

Pacienti: Po, e drejtë.

Infermierja: Më vjen keq. Sigurisht që ju shqetësoheni për këtë.

82 Psychology and Mind: psicologiaymente.com.

[Ndalo këtu, duke lënë kohë që pacienti të përpunojë fjalën tuaj.] E po, duke supozuar që ajo çka keni kuptuar është e saktë, çfarë ju shqetëson më së shumti tani?

Pacienti: Shqetësimi im më i madh është se unë do të vdes. Unë nuk jam gati të vdes. Unë nuk mund ta imagjinoj ta lë familjen time dhe të mos i shoh kurrë më.

Infermierja: Mendimet për vdekjen mund të jenë vërtet të frikshme, dhe ndjenjat e trishtimit dhe humbjes janë të kuptueshme. Më vjen shumë keq.

Pacienti: Unë kam qenë i shqetësuar për këtë gjatë gjithë kohës. E dija se kanceri ishte i keq, por nuk mendoja se do të ishte kaq agresiv.

Infermierja: Po, rasti juaj mund të jetë një lloj veçanërisht agresiv i kancerit.

Pacienti: Sa kohë mendoni se kam?

Infermierja: Nuk e di. Kjo është një pyetje e mirë për të onkologun tuaj. Do të bëj një telefonatë në të për të parë kur mund të vijë ai.

Pacienti: [qan] Çfarë ndodh pasi vdesim? A mendoni se ka vërtet një parajsë apo një jetë të përtejme?

Infermierja: Mendoj se njerëz të ndryshëm kanë ide të ndryshme për këtë. Çfarë mendoni ju? A keni një besim apo religjion që ju ndihmon të mendoni për pyetje të tilla, dikush që ju keni thirrur për t'ju ndihmuar në kohë të vështira?

Pacienti: Unë besoj se ka jetë pas vdekjes, dhe se kam jetuar një jetë të mirë, kështu që unë nuk shqetësohem për hyrjen në parajsë. Unë thjesht nuk jam gati të largohem. Çfarë do të ndodhë me burrin tim? Do të ketë nevojë për ndihmë.

Infermierja: Unë e kuptoj. Ka shumë për të menduar. [Siguroni disa çaste heshtje këtu për të lejuar që pacienti të jetë me ndjenjat e saj dhe që të jeni vetëm me të, në ato ndjenja.] Mendoj se ka disa gjëra që mund t'ju ndihmojnë. Së pari, bëni një bisedë të sinqertë me mjekun tuaj rreth opsioneve të trajtimit dhe çfarë mund të prisni. Duhet të jeni të sigurt që keni informacionin më të saktë. Së dyti, nëse ajo që dyshon është e vërtetë, shqyrtoni se ku mund të drejtoheni për ndihmë dhe mbështetje për ju dhe bashkëshortin tuaj. Ne kemi njerëz këtu që mund t'ju ndihmojnë. Kemi punonjës socialë dhe madje edhe një infermiere të trajnuar posaçërisht që u ndihmon pacientëve të flasin për këto lloj çështjesh. Infermierja pastaj ofron mënyra të ndryshme të shpresuarit: shpresoj që pacienti të mos vuajë vetëm - se të tjerët janë në dispozicion për të dëgjuar, kuptuar dhe ofruar mbështetje; shpresoj se ajo do të ketë të disponueshme burime për të ndihmuar adresimin e saj në çështjet shpirtërore; shpresoj se ka ndihmë në dispozicion, për veten dhe për burrin e saj gjithashtu.

Në këtë skenar, infermieres po i bëhen disa pyetje shumë të vështira. Është përballur me një pacient emocional që lufton me ato që ndoshta janë momentet më të dhimbshme të jetës. Infermierit i bëhen pyetje të cilave nuk mund t'i përgjigjet ende, por që për pacientin ka shumë rëndësi të marrë përgjigje. Më e vlefshme se çdo teknikë tjetër në aftësitë komunikuese të infermierit, është aftësia e tij për të qenë i vetëdijshëm. Nëse ai do të vepronte vetëm me anën

emocionale, ka të ngjarë që s'do të jetë i aftë të shohë shqetësimin e tij në rritje, dhe thjesht do t'i përgjigjet pyetjes fillestare të pacientit: "A do të vdes unë?" me një përgjigje të vakët: " Nuk ka nevojë të flasim për vdekjen. Ju nuk e dini se çfarë do të ndodhë. Është e rëndësishme të presësh dhe të shohësh dhe të mbash një frymë lufte." Një përgjigje e tillë mund t'i shërbejë nevojës së menjëhershme të infermierëve për të ulur ankthin dhe për të qetësuar përkohësisht pacientin, por me shumë mundësi pacienti do ta interpretojë si mungesë dëshire për të folur për tema të tilla të dhimbshme dhe pacienti do të lihet të vuajë me frikën dhe dyshimin e tij në vetmi. Me një përkushtim ndaj ndërgjegjësimit dhe zhvendosjes së mirë në fushën e Arsyes Mendore, infermierja është në gjendje të kuptojë se bisedat në fund të jetës janë një pjesë kritike e ofrimit të kujdesit shëndetësor. Ajo mund të reflektojë mbi natyrën e fundme të jetës, mbi pashmangshmërinë e vdekjes, mbi vlerën e ndihmës që pacientët të udhëtojnë paqësisht në këtë tranzicion përfundimtar, mbi nevojën për të përqendruar shpresën mbi sinqeritetin, mbi drejtime konstruktive që rrisin përvojat e pacientit dhe familjes. Infermieri duhet të pranojë se mendimi i tij emocional do të aktivizohet kur pacientët të sjellin çështje prekëse siç është fundi i jetës dhe se ai do të duhet të identifikojë vazhdimisht mendimin e tij emocional, të hetojë trupin e tij për të njohur tensionin e muskujve dhe shtrëngimin e stomakut që ai ndjen me qëllim që të zhvendoset në mendimin logjik, duke shmangur emocionet p.sh: "vdekja është prodhues ankthi për pacientët dhe personelin, ndaj unë nuk mund të ndjehem mirë në këto situata".(emotional mind) Ai pastaj duhet të kalojë në orientimin e të menduarit logjik(ëise mind), ku ai mund të hyjë në ide të tilla si këto: "Kjo është situatë e vështirë dhe ndihem keq për këtë pacient, por me kalimin e kohës ajo do të bëjë më mirë nëse unë mund të shmang shprehjen e ankthit, i flas me dhembshuri, e dëgjojë, i ndjek nevojat e saj, i vërtetoj ndjenjat e saj dhe të përpiqem ta qetësoj me arsyetim real, jo thjesht duke u përpjekur për t'i lehtësuar përkohësisht frikën. "Kur mjekët arrijnë të pranojnë diskomfortin e tyre dhe ende përpiqen të jenë të pranishëm në vuajtjen e pacientit, ata lejojnë krijimin e një lidhje të thellë njerëzore që i jep pacientit mundësinë për të shprehur friken e thellë që mund të jetë e vështirë të ndahet me anëtarët e familjes dhe që nëse mbetet pashprehur, i lë pacientët të vuajnë vetëm. Dhënia e shpresës konsiston në pyetje të tilla:

1. Në kohën që ju ka mbetur, cilat gjëra doni të arrini?
2. A është dikush me të cilin dëshironi të flisni, dikush me të cilin keni pasur konflikte dhe do të dëshironit të flisni me ta për të riparuar marrëdhënien?
3. A keni plane apo aranzhime për të bërë ose për të përfunduar projekte për sa kohë që keni kohë për të marrë pjesë në to?
4. A ka njerëz që dëshironi të kontaktoni për të sqaruar një çështje ose për t'i ndihmuar në një problem?
5. Në çfarë keni nevojë për ndihmë dhe kush do të donit t'ju përkrahë në zhvillimin e një plani për marrjen e kësaj ndihmës?

Disa pacientë gjithashtu u bëjnë mirë të tjerëve kur kanë një mundësi për t'i dhënë kuptim jetës së tyre, për të kujtuar dhe për të vënë në perspektivë përpjekjet dhe arritjet e jetës së tyre. Kërkimi i pyetjeve nxitëse dhe gatishmëria për të dëgjuar përgjigjet e tyre mund të ndihmojë pacientët të lëvizin përmes këtij procesi. Pyetje të tilla si në vijim janë të përshtatshme:

- Si dëshiron të mbahesh mend nga miqtë dhe të dashurit tuaj, dhe a ke ndonjë gjë që do të doje ta bëje tani për t'i ndihmuar ata që t'ju kujtojnë?
- Për çfarë jeni më krenarë në jetën tuaj?
- Duke parë në të gjitha sfidat, pengesat, vështirësitë, sukseset dhe triumfin në jetën tuaj, cilën do veçonit?
- Kur ktheheni pas në jetën tuaj, cili ka qenë mësimi më surprizues që ju ka dhënë jeta?
- Kush dhe çka ka qenë më domethënëse për ju?

Këto janë vetëm drejtime të përgjithshme që ndihmojnë pacientët të fillojnë procesin e sistemimit të punëve të tyre; ndajnë fjalë të rëndësishme me të dashurit e tyre, vënë në perspektivë gëzimet dhe sfidat e jetës së tyre, deri sa kalojnë në vdekje. Me ndihmën dhe pranimin e një infermieri të ndërgjegjshëm, pacienti mund të përjetojë ndjenjën e të dëgjuarit, të kuptuarit dhe vlerësimit si një person i tërë. Mjekët e ndërgjegjshëm shprehin gatishmëri për takime të tilla duke përqafuar diskutime të vështira, me bindjen se duke bërë kështu zotërojnë një aspekt tjetër të rëndësishëm të kujdesit human. [83]

[83] "Llojet e komunikimit" në: Llojet e. Marrë më: Shkurt 09, 2019 nga Types Of: types of.online.

10

Kornizat konceptuale për infermierinë familjare
Koncepti i shëndetit si ekuiliber dhe të infermierisë si mundësi që njerëzit të përballen me problemet.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të jetë i aftë të:

- Përshkruaj qasjen e teorive të ndryshme me shëndetin dhe rolin e infermierit:
- Shpjegojë kuadrin konceptual të ndikimit të gjinisë në shëndet;
- Të analizojë mënyrën se si faktorët strukturorë dhe të ndërmjetëm kontribuojnë në cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe në aksesin e burrave dhe grave tek to;
- Të praktikojë njohuritë për çështjet gjinore në shembuj konkretë të sëmundjeve shëndetësore.

10.1 Kornizat konceptuale për infermierinë familjare

Një kuadër konceptual siguron një mënyrë për të kuptuar dhe organizuar konceptet kryesore të praktikës dhe të programit edukativ që përgatit studentin për atë praktikë - në këtë rast, atë të infermierisë në familje. Për të përshkruar rolin e Infermierit të Shëndetit Familjar duhet te bazohemi në teorinë e sistemeve, teorinë e ndërveprimit dhe teorinë e zhvillimit.

Teoria e sistemeve siguron një mënyrë të dobishme për të përfaqësuar dhe analizuar kompleksitetin e një situate - dhe kujdesi shëndetësor është një çështje shumë komplekse.

Teoria e ndërveprimit inkurajon marrjen parasysh të marrëdhënies infermiere/pacient, marrëdhënien infermiere/familje dhe konceptet e partneritetit dhe punës në ekip të cilat janë thelbësore në filozofinë e kujdesit shëndetësor parësor.

Teoria e zhvillimit është e rëndësishme për të ndihmuar të kuptuarit jo vetëm të qenieve individuale njerëzore, por edhe të zhvillimit të familjes, në kontekstin e ngjarjeve kryesore të rrjedhës së jetës me të cilat përballen të gjithë njerëzit dhe të cilët ndryshojnë në intensitet dhe ndikim, në varësi të shumë faktorëve kompleks[84].

[84] THE FAMILY HEALTH NURSE CONTEXT, CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CURRICULUM. EUR/00/5019309/13 00074 ñ 27 January 2000

Infermierët e Shëndetit Familjar dhe familjet me të cilat ata punojnë mund të shihen si sisteme që veprojnë brenda një konteksti ose mjedisi. Shëndeti shihet si ekuilibri dinamik i cili ruhet midis njërit prej sistemeve, pra familjes ose individit dhe mjedisit. Puna e Infermierit të Shëndetit Familjar është një aktivitet interaktiv, në të cilin infermierja dhe familja janë partnerë. Qëllimi i aktiviteteve të infermierit është të ruajë, dhe me kalimin e kohës nëse është e mundur të përmirësojë, ekuilibrin ose gjendjen shëndetësore të familjes duke ndihmuar familjen të shmangë ose të përballojë stresuesit ose kërcënimet për shëndetin.

Kuadri konceptual për Infermierinë e familjes bazohet në besimin filozofik se marrësi kujdesit infermieror është një qenie holistike. Elementet kryesore të Modelit të Sistemeve janë në përputhje me konceptet e pranuara përgjithësisht për modelet e infermierisë. Këto janë: klienti, mjedisi, shëndeti dhe infermieria.

Individi është një qenie holistike, dinamike, ndërvepruese me pjesë të sistemit që kanë kuptim vetëm brenda kontekstit të së tërës. Tërësia është më e madhe se shuma e pjesëve të saj. Individi lëviz përgjatë jetëgjatësisë si një përbërje e pesë ndryshoreve: fiziologjike, psikologjike, sociokulturore, zhvillimore dhe shpirtërore. Këto ndryshore ndërveprojnë vazhdimisht dhe në mënyrë holistike me stresuesit mjedisorë për të ruajtur, arritur stabilitetin e sistemit. Rregullimi dinamik ndaj faktorëve stresues duhet të bëhet vazhdimisht për stabilitetin e sistemit. Secili individ është unik në perceptimin e tij për stresuesit dhe në reagimin e tij ndaj stresorëve që ndodhin brenda mjedisit të brendshëm (intrapersonal, ndërpersonal dhe jashtëpersonal) dhe të jashtëm. Qëllimi përfundimtar i sistemit është mirëqenia, gjendja në të cilën të gjitha pjesët dhe nënpjesët e sistemit janë në harmoni me të gjithë sistemin e klientit.

Shëndeti shihet si një vazhdimësi nga mirëqenia në sëmundje në çdo moment të caktuar në kohë. Shëndeti është stabiliteti optimal i sistemit dhe kërkon rregullim të vazhdueshëm të sistemit. Sëmundja tregon paqëndrueshmëri midis pjesëve dhe nënpjesëve të sistemit. "Shqetësimi kryesor për infermierinë është mbajtja e sistemit të klientit të qëndrueshëm përmes saktësisë në vlerësimin e efekteve të mundshme të stresuesve mjedisorë dhe në ndihmën e përshtatjeve të klientit të kërkuara për një nivel optimal të mirëqenies." (Modeli i Sistemeve Neuman f. 34; 1989)[85].

Format e reja të trajnimit dhe mbështetjes nevojiten për të pajisur infermierët për të menaxhuar sfidat komplekse dhe të kushtueshme me të cilat përballen sistemet e kujdesit shëndetësor. Për të siguruar format e duhura të trajnimit dhe mbështetjes, nevojiten partneritete të forta përmes integrimit organizativ midis shkollave të infermierisë dhe organizatave të kujdesit shëndetësor. Integrimi ndër-organizativ i referohet cilësisë së bashkëpunimit midis organizatave të ndryshme dhe sektorëve të ndryshëm në shoqëri për të përmirësuar cilësinë e shërbimit si dhe për të përmirësuar efikasitetin. Kjo gjithashtu mund të shtrihet në mënyrën në të cilën ofrohen shërbimet dhe si organizohen dhe menaxhohen praktikat së bashku. Llojet kryesore të integrimit

[85] Neuman, B., Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Boston: Pearson.

ndër-organizativ janë bashkëpunimi dhe ndërveprimi, megjithëse terma të tillë si rrjetet, partneritetet dhe koalicionet përdoren gjithashtu për të shpjeguar nivele të ndryshme të integrimit. Bashkëpunimi dhe ndërveprimi është një proces i vazhdueshëm si në nivelin individual ashtu edhe në atë të sistemit, ku individëve u kërkohet të negociojnë vazhdimisht kufijtë[86].

10.2 Koncepti i shëndetit si ekuilibër

Shëndeti është objekti i përcaktuar nga OBSH si "një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, sociale dhe mendore, dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve ose dobësive"[87] (ËHO. Division of Health Promotion 1998).

Termi dhe kuptimi i shëndetit merr një këndvështrim që çon përsëri në një model bio-psiko-socio-shpirtëror, në të cilin qeniet njerëzore futen në një rrjet të marrëdhënieve biologjike, psikologjike dhe sociale që ndikojnë në shëndetin individualisht dhe përmes ndërveprimeve të ndërlikuara reciproke[88] (Simonelli dhe Simonelli 2009).

Shëndeti është një burim për jetën e përditshme dhe jo qëllimi i ekzistencës, është një koncept pozitiv që rrit burimet individuale dhe shoqërore për të arritur potencialin njerëzor. Shëndeti është një nga burimet kryesore që lejon një zhvillim pozitiv shoqëror, ekonomik dhe personal dhe përfaqëson një aspekt themelor të cilësisë së jetës [89](OBSH, Ottaëa 1986). Prandaj, jo vetëm homeostaza fizike, por edhe komponentët psikologjikë dhe social hyjnë në lojë në problemin shëndetësor. Në këtë mënyrë, individi konsiderohet në tre dimensionet e tij: biologjik, mendor dhe shoqëror. Ky koncept i ri i shëndetit është në kontrast me përkufizimin tradicional, i cili e konsideronte shëndetin thjesht si "mungesë simptomash".

Shëndeti në tërësi është një koncept relativ dhe dinamik, i cili mund të ndryshojë në disa nga shprehjet e tij në varësi të kohës, vendit dhe civilizimit në të cilin shprehet. Në konceptin e shëndetit është gjithashtu e rëndësishme të merren parasysh aspektet mjedisore: klima, shkalla e ndotjes, kushtet shëndetësore, etj.

Mbrojtja e shëndetit ka profil të dyfishtë:

Nga njëra anë, afirmohet e drejta e individit për të rimarrë efikasitetin e plotë fizik dhe funksional (mbrojtja e shëndetit si një e drejtë themelore e individit)

---

[86] Juniarti N et al,.Conceptual framework of the nursing centre for the integration of community health nursing practice, education, and research. Prim Health Care Res Dev. 2019

[87] WHO. Division of Health Promotion, Education. 1998. «Health Promotion Glossary». Health Promotion Glossary, 38

[88] Simonelli, Ilaria, e Fabrizio Simonelli. 2009. Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute: Modelli e teorie di riferimento per generare salute. FrancoAngeli

[89] World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986.*

Nga ana tjetër, interesi i komunitetit për të pasur individë plotësisht të vlefshëm në sektorët e tij të ndryshëm njihet dhe sanksionohet (mbrojtja shëndetësore si interes i shoqërisë)[90].

Konceptet e shëndetit, sëmundjes dhe trajtimit ndikohen fuqimisht nga ndryshoret kulturore dhe sociale, të cilat nënkuptojnë ndryshime të konsiderueshme në aspektin e politikave socio-shëndetësore, parandalimin dhe trajtimin e një patologjie, në varësi të vendit në të cilin shfaqet sëmundja.

10.3 Gjinia dhe shëndeti

10.3.1 Gjinia si një përcaktues social i shëndetit

Në shëndetin e njeriut ndikojnë shumë faktorë, të natyrës biologjike por edhe të natyrës sociale. Faktorët socialë njihen ndryshe si përcaktues/determinues socialë të shëndetit. Të tillë janë: mosha, statusi socio – ekonomik, etnia, raca etj. Gjinia është një ndër përcaktuesit socialë të rëndësishëm të shëndetit. Marrëdhëniet gjinore të diskutuara më përpara, mbi të cilat bazohen pabarazitë gjinore përbëjnë një nga përcaktuesit më të rëndësishëm të shëndetit. Ato ndikojnë në mënyrën sesi njerëzit jetojnë, punojnë dhe formojnë marrëdhënie me të tjerët. Për këtë arsye, adresimi i pabarazive gjinore duhet bërë brenda dhe jashtë sektorit të shëndetësisë;

10.3.2 A janë çështjet gjinore në shëndetësi pasojë vetëm e ndryshimeve biologjike?

Në fakt, edhe në shëndetësi, ku trupi fizik i njeriut është qendror, faktori biologjik nuk është i vetmi determinues i shëndetit. Për shembull, ka raste që njerëzit më të varfër nuk kanë të njëjtin akses në shërbime shëndetësore. Vajzat dhe gratë preken më shumë nga varfëria dhe kjo është një ndër arsyet që ato janë më vulnerable në shëndetin e tyre dhe kanë më pak akses në shërbime shëndetësore dhe jo vetëm.

Seksi dhe shoqëria, faktorët e lindur dhe të mësuar, kromozomet dhe mjediset e ndryshme ndërveprojnë për të përcaktuar mes të tjerash:

- Kush është mirë dhe kush është i sëmurë?
- Kush do të trajtohet dhe kush jo?
- Kush është më i/e ekspozuar nga rreziqeve shëndetësore ose më vulnerabël ndaj shëndetit?
- Sjelljet e kujt janë më të rrezikshme dhe kush e shmang rrezikun dhe pse?
- Nevojat e kujt njihen dhe pranohen më shumë dhe kujt anashkalohen?

Natyrisht, gjinia nuk është i vetmi përcaktues, por ajo ndërvepron me një sërë faktorësh të tjerë, si gjendja ekonomike, etnia, prejardhja, vendbanimi në përcaktimin e shëndetit. Kuadri konceptual për gjininë si përcaktues i shëndetit.

[90] Senato della Repubblica Costituzione. 2012 Dicembre

Sen dhe Ostlin (2010) kanë prezantuar një kuadër konceptual të mënyrës sesi gjinia ndikon në shëndetin. Ata u referohen faktorëve në tre nivele: strukturorë, të ndërmjetëm dhe më pas në rezultatet shëndetësore dhe ekonomike të burrave dhe të grave. Më konkretisht, mënyra e ndikimit shihet dhe përshkruhet më poshtë në figurë:

- Faktorët strukturorë
- Faktorët e ndërmjetëm
- Vlera, norma, praktika dhe sjellje diskriminuese brenda familjes dhe në komunitet
- Ekspozime të ndryshme ndaj rreziqeve dhe vulnerabilitete që ndikojnë në shfaqjen e sëmundjeve, në nivelin e aftësisë së kufizuar dhe në lëndime/trauma
- Paragjykime në sistemet shëndetësore
- Paragjykime në kërkimet shëndetësore

Rezultate:

Rezultate shëndetësore të pabarabarta

Pasoja ekonomike dhe sociale për vajzat dhe djemtë, burrat dhe gratë, familjet e tyre dhe vendet e tyre.

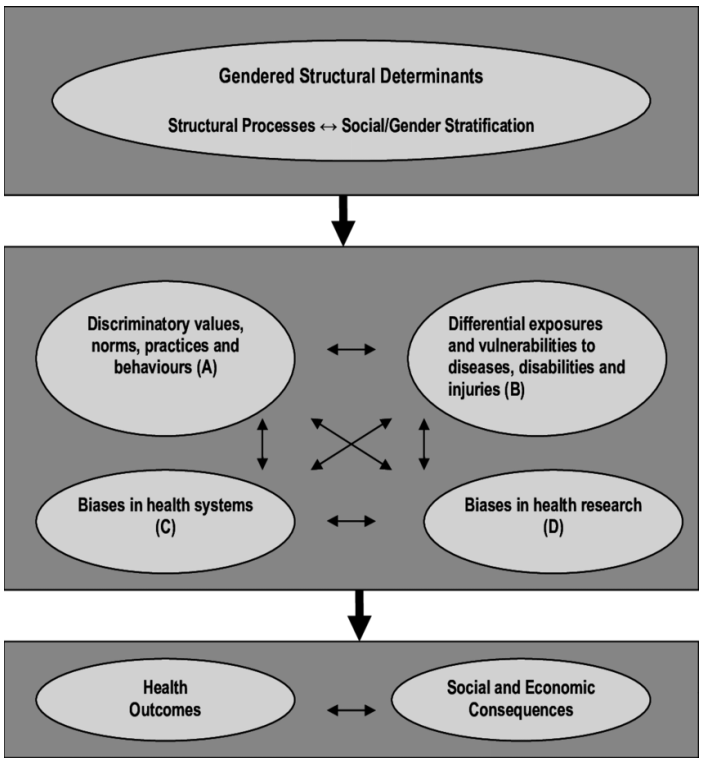


Fig1 Kuadri konceptual i ndërveprimit të gjinisë me shëndetin

10.4 Modelet dhe konstruktet e shëndetit

Karakteristikat e modeleve kanë një vlerë sinkronike dhe diakronike. Dimensioni sinkron tregon se modelet shëndetësore mund të bashkëjetojnë në të njëjtin kontekst operacional duke ruajtur dallimet dhe karakteristikat e tyre. Dimensioni diakronik merr parasysh evolucionin historik të konceptit të shëndetit dhe vlerat dhe dimensionet e reja të supozuara me kalimin e kohës, duke nënkuptuar kështu modele të ndryshme kulturore dhe shkencore (Bitti dhe Gremigni

2013)[91]. Përtej shumëllojshmërisë së qasjeve dhe aktiviteteve që përbëjnë promovimin e shëndetit, një aspekt për të cilin ka një pajtueshmëri të plotë është fakti se ai ka të bëjë me përmirësimin e gjendjes shëndetësore të individëve dhe komuniteteve. Prandaj, ajo ka një shtrirje më të gjerë sesa parandalimi, qëllimi i së cilës është i kufizuar ekskluzivisht në ruajtjen e gjendjes aktuale të shëndetit.

10.4.1 Qasja holistike

Qasja holistike zgjeron perspektivën e një modeli të mëparshëm biomjekësor duke futur konceptin e shëndetit pozitiv, të ilustruar në përkufizimin e OBSH-së, i cili sheh shëndetin si një gjendje të mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale, sesa një mungesë e thjeshtë e sëmundjes. ose dobësi. Lëvizja holistike prezanton idenë se shëndeti është një kusht i funksionimit pozitiv dhe jo mungesa e thjeshtë e simptomave; dualizmi i mendjes dhe trupit është në kontrast me konceptin e qenies njerëzore si një njësi funksionale, e cila duhet të trajtohet në tërësi. Në një perspektivë të ndërhyrjeve, kjo lloj qasje sugjeron dhe shpreh rëndësinë se sa një sjellje e caktuar ndikohet nga faktorë të shumtë dhe sa ndikon një veprim në disa elementë të këtij sistemi në të njëjtën kohë. Qasja holistike është e integruar sipas një logjike sinkronike me promovimin e shëndetit pasi hedh bazat për një vizion të personit në tërësi, ky i fundit shihet si ndërveprim i vazhdueshëm midis trupit, mendjes dhe shpirtit. Sipas një këndvështrimi tërësor, promovimi i shëndetit shikon sjelljet individuale, të tilla si ndjenja e përgjegjësisë, aktiviteti fizik, rritja shpirtërore, ushqimi i duhur, marrëdhëniet ndërpersonale të kënaqshme dhe menaxhimi i stresit [92](McElligott et al. 2010).

10.4.2 Qasja ekologjike

Një kontribut në evolucionin e promovimit të shëndetit u ofrua nga qasja ekologjike. Ai propozoi një mënyrë tjetër të konceptimit të marrëdhënies midis shëndetit të individit dhe mjedisit, duke nënvizuar rëndësinë e rishikimit të njësisë së analizës të miratuar në ndërhyrjet promovuese, nga individë të vetëm në sisteme të niveleve të ndryshme që i përfshijnë ato (për shembull familjen, shkolla, vendi i punës, komuniteti, etj). Kjo qasje reflekton një zhvendosje të vëmendjes nga vëzhgimi mbi atë që e bën një individ të sëmurë drejt një perspektive mirëqënieje, pra mbi atë që gjeneron shëndet në popullata. (Dooris 2009). Perspektivat ekologjike kanë ndikuar në të menduarit e atyre që promovojnë jashtë kontekstit klinik, ky i fundit karakterizohet nga ndërveprimi një me një midis mjekut dhe pacientit.

Qasja ekologjike e sheh shëndetin si produkt të ndërvarësisë midis individit dhe nënsistemeve të ekosistemit të lartpërmendur. Për të promovuar shëndetin, ky ekosistem duhet të ofrojë kushtet ekonomike dhe sociale që lehtësojnë një mënyrë jetese të shëndetshme. Ai gjithashtu duhet të sigurojë informacion dhe të lejojë përvetësimin e aftësive të nevojshme për individët për të marrë

[91] Bitti, Pio Enrico Ricci, e Paola Gremigni. Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi. Carocci.2013
[92] McElligott et al,."The Effect of a Holistic Program on Health-Promoting Behaviors in Hospital Registered Nurses". Journal of Holistic Nursing 28 (3): 175–83. 2010

vendime në lidhje me sjelljen e tyre në mënyrë që të ruajnë shëndetin. Në këtë kuptim, qasja ekologjike i shton një kuptim të rëndësishëm qasjes holistike duke kontekstualizuar fenomenet që do të hetohen brenda një mjedisi natyror dhe social dhe ndërveprimet e tyre.

10.5 Infermieri promovues i shëndetit

Pika fillestare themelore, mbi të cilën njihet roli qendror i infermierit në procesin e promovimit të shëndetit, është ai i profilit të aftësive SUP. Profili i lindur në 2009 dhe i zhvilluar më pas nga Konferenca e Rektorëve të Shkollave Universitare Zvicerane, e cila e sheh infermierin si një profesionist që ka fituar maturi në aftësitë e "promovuesit të shëndetit" dhe një sërë aftësish që lidhen me "përkatësinë profesionale". Në rolin e promovuesve të shëndetit, infermierët "mbështeten me përgjegjësi në njohuritë e tyre eksperte dhe shfrytëzojnë ndikimin e tyre në interes të shëndetit dhe cilësisë së jetës së pacientëve dhe shoqërisë në tërësi" [93](KFH 2009).

Në rolin e lidhur me anëtarësimin profesional, infermierët janë të përkushtuar për shëndetin dhe cilësinë e jetës së individëve dhe shoqërisë. Ata janë të lidhur me etikën profesionale dhe kujdesin për shëndetin e tyre. Emëruesi i përbashkët që mund të përshkruhet brenda kompetencave të sipërpërmendura është sigurisht koncepti i edukimit shëndetësor, i kuptuar si "aftësia për të informuar në lidhje me shëndetin dhe t'u mësojë njerëzve mënyra të shëndetshme të jetesës, një proces në të cilin aktorë të tillë si profesionistë të shëndetit, shkolla dhe media masive duket se janë të përfshirë "[94](Evans, Coutsaftiki, and Fathers 2014).

Koncepti i edukimit shëndetësor është në kombinim me parandalimin (parësor, sekondar dhe terciar) dhe politikat e mbrojtjes së shëndetit. Ky koncept i referohet aftësisë së profesionistit shëndetësor për të edukuar për mënyra të shëndetshme jetese, ndërsa njeh ndërlidhjen që gjen qasja edukative me qasjen parandaluese dhe sesi të dy ndikohen nga politikat e mbrojtjes shëndetësore. Në këtë kuptim, roli infermieror merr një karakter rigorozisht edukativ, me një mundësi zbatimi në 360 °, duke u ofruar profesionistëve shëndetësor një fushë të gjerë veprimi, siç është mundësia e ndërhyrjes në nivele të shumëfishta, si në një nivel inteligjence emocionale,, strategjitë e përballimit, trajnimi pohues, edukimi relacional-emocional, zhvillimi i potencialit personal, sigurimi i njerëzve me një sërë mjetesh që mund të promovojnë vetëdijen, vetëkontrollin dhe motivimin.

Në nivelin e të kuptuarit të shkaqeve që mund të ndikojnë në sjelljet jo të shëndetshme, ose anasjelltas që mund të favorizojnë sjellje të shëndetshme, infermierja mund të përdorë teori të ndryshme të sjelljes, të tilla si modeli i besimit shëndetësor, teoria e motivimit për të mbrojtur, teoria e ' veprimi i planifikuar, qasja ndaj procesit të veprimit të shëndetshëm, modeli i zbatimit të veprimeve, teoria e kontrollit të veprimit dhe modeli trans-teorik i fazave të ndryshimit, të cilat

[93] KFH. 2009. "Comparaison entre le plan d'études cadre ES et les compétences finales du BSc en soins infirmiers".
[94] Evans, Daryl, Dina Coutsaftiki, e C. Patricia Fathers. 2014. Health Promotion and Public Health for Nursing Students. Learning Matters

rezultojnë të jenë vetëm disa nga teoritë psikologjike që në dekadat e fundit janë përpjekur të shpjegojnë gjenezën e sjelljeve të shëndetshme te njerëzit.

Përsëri në një nivel arsimor, dhe sipas një qasjeje të shëndetshme, vitet e fundit teoritë e edukimit në lidhje me aftësitë e jetës janë konsoliduar gjithnjë e më shumë, një tipologji edukative që ka zënë vendin e një projekti të vërtetë të OBSH -së. Termi aftësi jetësore do të thotë "tërësia e aftësive që i lejojnë njerëzit të jenë më mirë me të tjerët, të zgjidhin probleme, të menaxhojnë situata të vështira dhe të merren në mënyrë efektive me jetën"[95] (DallAglio, Marmocchi, Zannini 2005).

Shkathtësitë e jetës, të cilat për këtë arsye janë një fushë jashtëzakonisht e frytshme në drejtim të promovimit të shëndetit, si një qasje e përqendruar tek personi që mund të ofrojë një kornizë teorike dhe metodologjike të dobishme për aktivizimin e ndërhyrjeve që synojnë promovimin. Një vizion pozitiv i natyrës njerëzore, një besim në mundësinë e personit për të zhvilluar potencialin e tij ose të saj në maksimum, ku ofrohet një mjedis lehtësues, duken parakushte të domosdoshme për kryerjen e projekteve qëllimet e të cilave nuk janë aq shumë ato të "mësimdhënies" aftësive, por të rritjes së aktivizimit ,zhvillimit personal dhe kolektiv. Një lloj i të menduarit pozitiv ndaj përgjegjësisë arsimore siç është ai i sjellë nga zhvillimi i potencialit personal, i cili shpreh nevojën për të mos kufizuar aktin shëndetësor në trajtim, por më tepër mbi rëndësinë e veprimit përmes ndërhyrjeve të edukimit shëndetësor.

Roli i infermierisë është themelor në ofrimin e "mundësive të mësimit", të cilat në konceptin e OBSH -së përcaktohen si "të ndërtuara me vetëdije", duke nënkuptuar një vetëdije ide, e cila e bën të thjeshtë komunikimin e informacionit të pamjaftueshëm për të siguruar që njerëzit përvetësojnë sjellje të shëndetshme. Përveç metodologjive të ndryshme, ekzistojnë disa nivele të ndryshme të planifikimit dhe ndërhyrjeve në fushën e promovimit të shëndetit.

Janë identifikuar pesë nivele të ndryshme, hierarkike nga mikro në makro, mbi të cilat është e mundur të zbatohet një program promovimi i shëndetit:

1. niveli individual,
2. niveli i komunitetit,
3. niveli rajonal,
4. niveli kombëtar
5. niveli ndërkombëtar.

Nivelet individuale dhe të komunitetit që preken më shumë nga roli infermieror, pasi nivele të tjera shumë më të gjera u nënshtrohen dhe ndikohen më shumë nga politikat shëndetësore dhe ekonomike të kontekstit në të cilin gjenden. Planifikimi i nivelit individual që shpesh e sheh infermierin si aktorin kryesor të edukimit dhe mësimit të ndërgjegjshëm nga personi të cilit i

[95] Dall'Aglio, Marmocchi, Zannini. 2005. "Carl Rogers e il progetto Life Skills dellOMS". ACP – Rivista di Studi Rogersiani

drejtohet programi i promovimit. Niveli që i shtyn infermierët dhe pacientët të identifikojnë stile jetese të shëndetshme, duke bërë të mundur në të njëjtën kohë identifikimin e stileve të jetesës dhe sjelljeve të rrezikshme që janë praktikuar deri në atë moment.

10.6 Infermieria si mundësi që njerëzit të përballen me problemet

Koncepti i fuqive të familjes është studiuar për disa dekada dhe përshkruan një familje që funksionon në mënyrë optimale në mbështetje të anëtarëve individualë. Kur infermierët përdorin një kuadër teorik të fuqisë familjare në kujdesin e tyre infermieror në vend që të përqendrohen në përpjekjen për të përmirësuar deficitet e funksionimit të familjes, ata i kushtojnë vëmendje forcimit të familjeve. Një familje e shëndetshme mund të jetë më e fortë në një zonë se sa në një tjetër, dhe se pikat e forta mund të mbivendosen me njëra - tjetrën.

Mjedisi familjar mund të ketë një efekt pozitiv ose negativ tek individët në familje, në varësi të vlerave, besimeve dhe aftësisë së familjes për të menaxhuar ndryshimin. Historikisht, ecomaps, genograms dhe mjetet e vlerësimit të familjes kanë ndihmuar infermieret në kuptimin më të mirë të sistemeve familjare, nënsistemeve dhe marrëdhënieve. Kur përdorin një kornizë të fuqive të familjes për të hartuar kujdesin infermieror, infermierët rrisin kujdesin e tyre duke kaluar përtej kulturës dhe holizmit dhe planifikojnë kujdesin e tyre bazuar në një vlerësim të pikave të forta të secilës familje, duke ndihmuar kështu familjet të cilave u shërbejnë të rrisin karakteristikat e tyre më të forta.

Pionieri i rëndësishëm në kërkimin e forcës familjare ishte Otto (1963)[96], i cili u siguroi psikiatërve, psikologëve, këshilltarëve, punonjësve socialë dhe edukatorëve të familjes një kornizë për konceptet e fuqive familjare. Otto shqyrtoi llojet e ndërveprimit personal që anëtarët e familjes besonin se kontribuan në forcën e familjes së tyre. Forca e familjes u pa si rezultat i faktorëve të shumtë, disa prej të cilëve tentojnë të ndryshojnë gjatë jetëgjatësisë. Sipas Otto, disa faktorë të rëndësishëm përfshinin:

1. edukimin,
2. mbështetjen,
3. disiplinën prindërore,
4. nxitjen e rritjes dhe pjekurisë së të gjithë anëtarëve të familjes
5. mirëqenien shpirtërore të anëtarëve,
6. komunikim i mirë,
7. aftësi për zgjidhjen e problemeve,
8. pjesëmarrje kuptimplote.

96 Herbert A. Otto. Criteria for Assessing Family Strength First published: SEPTEMBER, 1963

Në vitet 1970, Stinnett dhe Sauer (1977)[97] kryen Projektin Kërkimor të Fuqive Familjare për të shqyrtuar karakteristikat e familjeve të forta. Pjesëmarrësit ishin partnerë në martesat për herë të parë, me të dy bashkëshortët që jetonin në shtëpi me të paktën një fëmijë nën moshën 21 vjeç. Familjet e përzgjedhura për të marrë pjesë duhej të kishin një shkallë të lartë lumturie martesore, të kënaqnin marrëdhëniet prind-fëmijë dhe aftësinë për të përmbushur nevojat e njëri -tjetrit. Një studim i këtyre familjeve tregoi se :

- shprehja e vlerësimit,
- kalimi i kohës së bashku,
- komunikimi i mirë ,
- ndjenja e spiritualitetit ishin përbërës thelbësorë të një familjeje të fortë.

Gjashtë cilësi të fuqisë familjare dolën nga të dhënat:

1. **Angazhimi** (duke u fokusuar në promovimin e mirëqenies dhe lumturisë së familjes, balancimin e marrëdhënieve, ndarjen e përgjegjësive, moszbatimin e tepërt të aktiviteteve jashtë shtëpisë, dhe vendosjen e qëllimeve të përbashkëta)
2. **Vlerësimi dhe afeksioni** (njohja pozitive në një mjedis pozitiv për të rritur vetëvlerësimin personal)
3. **Komunikimi pozitiv** (duke përdorur me respekt aftësitë e dëgjimit dhe bisedës për të diskutuar çështjet e familjes pa sulmuar njëri -tjetrin)
4. **Koha e këndshme së bashku** (për të forcuar marrëdhëniet dhe për të vendosur identitetet familjare)
5. **Një ndjenjë e mirëqenies shpirtërore** (një forcë bashkuese që sjell kuptim dhe qëllim për të drejtuar jetën)
6. **Aftësia për të përballuar stresin** dhe krizën (bashkimi i familjes përmes aftësive të mira komunikuese, shtimi i humorit në situatë, mbajtja e gjërave në perspektivë)

Familjet që përjetojnë çështje psikosociale të lidhura me sëmundje akute ose kronike mbështeten te infermierët për t'i ndihmuar ata në menaxhimin e krizës së situatës dhe infermierët kanë një histori të gjatë të studimit të çështjeve psikosociale në lidhje me

- funksionimin e familjes,
- pikat e forta të familjes,
- qëndrueshmërinë ,
- përballimin e kushteve shëndetësore.

Këto studime kanë konfirmuar se personat kuptohen më së miri brenda kontekstit të tyre të ngushtë shoqëror ose familjes dhe se shqyrtimi i të gjithë njësisë së familjes në krahasim me

97 Stinnett, N., & Sauer, K. H. (1977). Relationship characteristics of strong families. Family Perspective, 11(4), 3-11.

studimin e secilit anëtar individual të familjes siguron një bazë të fortë për një plan të kujdesit infermieror.

10.6.1 Implikimet klinike

Tre mënyra në të cilat infermierët mund të përdorin konceptin e pikave të forta të familjes janë:

- Identifikimi i pikave të forta dhe dhënia e reagimeve për anëtarët e familjes.
- Ndihma e anëtarëve të familjes në zhvillimin e pikave të forta .
- Cilësimi i pikave të forta të familjes për të arritur qëllimet ose zgjidhur një problem[98] (Feeley & Gottlieb, 2000).

Për të ndihmuar familjet me aftësinë për të përballuar stresin dhe krizën në mënyrë efektive në rrethana të lidhura me shëndetin, infermierët mund të japin informacion të qëndrueshëm në planin e kujdesit dhe të inkurajojnë familjet të përdorin burimet e komunitetit dhe këshillimit për të parandaluar ose minimizuar stresuesit. Çelësi i komunikimit pozitiv është që ofruesit e kujdesit shëndetësor të dëgjojnë dhe të krijojnë një marrëdhënie besimi në të cilën familjet ndjehen të lira të ndajnë pikëpamjet e tyre dhe të pranojnë këshilla profesionale pa u ndjerë të izoluar për ndarjen e perspektivave të tyre.

Për disa familje, integrimi i spiritualitetit në planin e kujdesit i ndihmon ata të përballojnë fatkeqësitë shëndetësore dhe psikosociale kur ato lindin. Është e rëndësishme që infermierët të kuptojnë se mirëqenia shpirtërore mund të jetë fe e organizuar ose mund të jetë një spiritualitet thjesht personal që reflekton besimet, vlerat dhe ritualet e vetë familjes. Vlerësimi i infermierisë mund të zbulojë preferencat dhe kërkesat e tyre. Roli i infermierit është të njohë perspektivën shpirtërore të familjes dhe të zbatojë ndërhyrje infermierore që promovojnë spiritualitetin.

Infermierët mund të ndihmojnë familjet për të forcuar marrëdhëniet në sëmundje dhe në shëndet duke vlerësuar së pari angazhimet e familjes për marrëdhënie afatgjata, të cilat janë ndërtuar mbi ndershmërinë, besueshmërinë dhe praninë fizike dhe emocionale. Nëse ky angazhim ekziston ose dëshirohet, ka më shumë mundësi që familjet të përballojnë me sukses. Infermierët mund të udhëzojnë familjet se koha e këndshme së bashku gjatë një sëmundjeje është gjithashtu një atribut i rëndësishëm në ruajtjen e marrëdhënieve të shëndetshme. Infermierët mund të inkurajojnë familjet që të jenë fizikisht afër, të festojnë raste dhe të kujtojnë raste të veçanta të së kaluarës. Inkurajimi i individëve dhe familjeve për të shprehur vlerësimin dhe dashurinë për ndihmë gjatë një sëmundjeje promovon një marrëdhënie të kujdesshme bazuar në besimin dhe mbështetjen e ndërsjellë.

Studimi dhe zhvillimi i mëtejshëm i pikave të forta të familjes kërkohen në teori, praktikë dhe kërkime. Identifikimi i natyrës së pikave të forta të familjes hap një arenë të re për infermierët

[98] Feeley, Nancy & Gottlieb, Laurie. (2000). Nursing Approaches for Working With Family Strengths and Resources. Journal of Family Nursing - J FAM NURS. 6. 9-24. 10.1177/107484070000600102.

për të zhvilluar strategji efektive të kujdesit shëndetësor dhe mundësi për të zbatuar ndërhyrje të fokusuara në familje për të siguruar kujdes holistik

Rekomandime

- Merrni parasysh vlerësimin e pikave të forta të familjes kur planifikoni kujdesin infermieror për familjen.
- Ndihmoni familjet të përballojnë stresin dhe krizën në mënyrë efektive duke siguruar informacion të qëndrueshëm.
- Sigurohuni që të dëgjoni dhe punoni drejt krijimit të një marrëdhënie besimi me familjet.
- Pranoni perspektivën shpirtërore të individualizuar të familjes dhe zbatoni ndërhyrje infermierore që promovojnë nevojat e tyre shpirtërore.
- Ndihmojini familjet të kuptojnë se koha e këndshme së bashku gjatë një sëmundjeje është e rëndësishme.
- Inkurajoni familjet që të jenë fizikisht afër dhe të festojnë rastet.
- Inkurajoni individët dhe familjet që të shprehin vlerësimin dhe dashurinë për ndihmën gjatë një sëmundjeje[99]

[99]

11

Vlerësimi i shëndetit – llojet, mjetet. Vlerësimi i Riskut Mbikëqyrja shëndetësore.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij sesioni studenti do të jetë të aftë të:

- Praktikojë njohuritë për vlerësimin e shëndetit
- Aplikojë mjetet e vlerësimit të shëndetit
- Shpjegojë kuadrin konceptual të ndikimit të gjinisë në shëndet;
- Analizojë mënyrën se si faktorët strukturorë dhe të ndërmjetëm kontribuojnë në cilësinë e shërbimeve shëndetësore dhe në aksesin e burrave dhe grave tek to;
- Praktikojë njohuritë për çështjet gjinore në shembuj konkretë të sëmundjeve shëndetësore.

11.1 Vlerësimi Shëndetësor

Vlerësimi shëndetësor është mbledhja e informacionit në lidhje me gjendjen shëndetësore të pacientit, analizimi dhe sintetizimi i këtyre të dhënave, bërja e gjykimeve në lidhje me ndërhyrjet infermierore bazuar në gjetjet dhe vlerësimi i rezultateve të kujdesit ndaj pacientit. Një vlerësim shëndetësor përfshin një histori shëndetësore dhe një vlerësim fizik. Sipas Shoqatës Amerikane të Infermierëve, infermieri përdor një mënyrë sistematike, dinamike për të mbledhur dhe analizuar të dhënat për një klient, hapi i parë në dhënien e kujdesit infermieror. Vlerësimi përfshin jo vetëm të dhëna fiziologjike, por edhe faktorë psikologjikë, sociokulturorë, shpirtërorë, ekonomikë dhe të stilit të jetës.

Për shembull, vlerësimi i kryer nga një infermiere për një pacient të shtruar në spital me dhimbje përfshin jo vetëm shkaqet dhe manifestimet fizike të dhimbjes, por edhe përgjigjen e pacientit - të tilla si pamundësia për të lëvizë nga shtrati, refuzimi për të ngrënë, tërheqja nga anëtarët e familjes ose zemërimi me stafin e spitalit.

Historia shëndetësore përfshin intervistimin për të mbledhur historitë e kaluara mjekësore dhe intervente të ndryshme të pacientit, stilin e jetës dhe simptomat aktuale. Një histori shëndetësore gjithëpërfshirëse gjithashtu përfshin ushqimin, zhvillimin, shëndetin mendor, kulturën dhe çështjet e sigurisë. Të dhënat që grumbullohen gjatë vlerësimit fizik ndryshojnë në varësi të seriozitetit të gjendjes së pacientit, historisë shëndetësore dhe simptomave aktuale. Në raste

urgjente, mblidhet informacion që do të ndihmojë në përcaktimin e burimit të çështjeve dhe trajtimin e kushteve aktuale. Për pacientët e shëndetshëm që kërkojnë një kontroll shëndetësor, duhet përqendruar vlerësimi në shqyrtimin e kushteve me rrezik të lartë (p.sh., mbipeshë) dhe edukimit dhe promovimit të shëndetit të lidhur me çështje të zakonshme (p.sh., të ushqyerit dhe aktivitetit fizik).

Vlerësimi i nevojave shëndetësore është një proces i përcaktimit të nevojave të kujdesit shëndetësor të çdo popullsie ose nëngrupi të caktuar në një zonë. Është një detyrë komplekse që kërkon ekspertizë epidemiologjike, aftësi për të punuar përtej kufijve organizativ, si dhe një kuptim dhe aftësi për t'u angazhuar me të gjitha grupet e përshtatshme të popullsisë. Procesi i vlerësimit të nevojave shëndetësore duhet të marrë parasysh diversitetin brenda këtyre popullatave. Programet e përmirësimit të shëndetit ofrojnë mundësi për t'u përfshirë në vlerësime të tilla në popullatën kombëtare dhe rajonale. Hulumtimet kanë treguar se programet parandaluese mund të përmirësojnë shëndetin e komunitetit kur zbatohen siç duhet. Nevojat e kujdesit shëndetësor po ndryshojnë dhe sfidat e reja që dalin nga sëmundjet kronike dhe infeksioni HIV duhet të përballen. Mbulimi më i mirë i shërbimeve parandaluese dhe thelbësore të kujdesit shëndetësor ka çuar në theks më të madh në përmirësimin e cilësisë së kujdesit shëndetësor për të siguruar përdorimin efikas dhe të arsyeshëm të burimeve të pakta. Për shembull, vdekshmëria foshnjore ka rënë në mënyrë dramatike në dy dekadat e fundit përmes ndërhyrjeve të tilla si rehidratimi oral për diarre dhe programet e imunizimit. Nëse shërbimet shëndetësore do t'i përgjigjen nevojave shëndetësore në ndryshim të popullatave të tyre lokale, planifikuesit dhe menaxherët do të kenë nevojë për informacion të dobishëm dhe në kohë në lidhje me gjendjen shëndetësore të këtyre popullatave.

11.1.1 Vlerësimi i shëndetit dhe nevojave të komunitetit

Vlerësimet e komunitetit përshkruajnë qasjet ndaj vlerësimeve të nevojave që theksojnë përfshirjen e njerëzve vendas. Një numër i ngatërruar i termave përshkruajnë metoda të ngjashme: metodat e vlerësimit të shpejtë, anketat ,vlerësimin rural, etj.

Përvoja me këto metoda të vlerësimit tregoi se kur ato u ekzekutuan në mënyrë perfekte, ata siguruan informacion të vlefshëm, të besueshëm dhe në kohë mbi gjendjen shëndetësore, njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet. Kohët e fundit, theksi është vënë në nxitjen e njerëzve për të marrë pjesë në vlerësimin e tyre (për shembull, vlerësimi pjesëmarrës rural). Pjesa më e vështirë e çdo vlerësimi të nevojave është përkthimi i rezultateve në politika dhe praktika për të nxjerrë ose iniciuar ndryshime të dobishme. Përfshirja e punonjësve të kujdesit shëndetësor në teknika të tilla si vlerësimi i shpejtë ose rural do të nxisë ndryshimet në një nivel individual.

11.1.2 Vlerësimi i nevojave për shëndetin: Qasja e shëndetit në kujdesin parësor

Një numër temash rezultojnë të rëndësishme për ndikimin e vlerësimeve të nevojave shëndetësore në politikat dhe planifikimin.

Këto përfshinin dizajn të kujdesshëm, metodologji të rreptë, udhëheqje vendimtare, komunikim të mirë, përfshirje dhe zotërim të punës nga palët e interesuara përkatëse, mbështetje e lartë nga vendimmarrësit, vlerësim i dinamikës politike dhe angazhim me prioritetet lokale, disponueshmëri burimesh dhe, së fundi, një element i rastësisë. Është raportuar se cilësia e jetës nuk ishte e lidhur me kënaqësinë e shërbimeve, por ishte e lidhur fort me nevojat e paplotësuara të shëndetit mendor dhe fizik, dhe të rehabilitimit. Cilësia e jetës u ul me rritjen e nevojave. Nevojat lidhen gjithashtu fort me diagnozën dhe funksionimin njohës. Për më tepër, me rritjen e nevojave u siguruan mjedise të kujdesit intensiv. Kujdesi parësor shëndetësor mund të plotësojë nevojat e popullatës në mënyrë të barabartë vetëm nëse këto nevoja janë të njohura. Disa studime kanë përshkruar katër lloje të nevojave që duhet të merren parasysh në vlerësimin e nevojave. Këto përfshijnë:

1. Nevojat normative → Treguesit e nevojave normative mund të shihen si "vizioni i shëndetit" ose standardet ose objektivat që përshkruhen nga ekspertët, grupet e punës, komisionet, etj.
2. Nevojat krahasuese → Treguesit e nevojave krahasuese përfshijnë informacion në lidhje me përcaktuesit e shëndetit për popullatën pasi krahasohen me standardet e popullatave të tjera dhe fushave të tjera të shëndetit. krahasuese, normative, të shprehura dhe të ndiera.
3. Nevojat e shprehura → përshkruhen si informacion në lidhje me kërkesat ose si "dëshira për të vënë në veprim" në lidhje me shëndetin e mbledhur nga informatorët kryesorë, të mbijetuarit, grupet e avokimit, direktivat e qeverisë, etj.
4. Nevojat e ndjera → janë dëshirat ose qëndrimet që lidhen me personelin ose vizionet e komunitetit për shëndetin.

Nevoja në kujdesin shëndetësor zakonisht përcaktohet si kapacitet për të përfituar. Nëse nevojat shëndetësore do të identifikohen, atëherë duhet të ketë një ndërhyrje efektive për të përmbushur këto nevoja dhe për të përmirësuar shëndetin. Vlerësimi i shpejtë mund të përdoret për të përfshirë publikun në identifikimin e nevojave shëndetësore lokale dhe për të plotësuar metoda më joformale të vlerësimit të nevojave[100].

11.1.3 Llojet e vlerësimeve

Tre lloje të vlerësimeve të zakonshme infermierore janë:

1. Emergjente dhe urgjente
2. Gjithëpërfshirëse
3. Të fokusuara.

Vlerësimet emergjente dhe të fokusuara përqendrohen në problemin e menjëhershëm dhe me përparësinë më të lartë. Vlerësimet gjithëpërfshirëse janë të gjera dhe të plota. Sasia dhe lloji i

[100] Bani IA. Health needs assessment. J Family Community Med. 2008 Jan;15(1):13-20. PMID: 23012162; PMCID: PMC3377051.

informacionit ndryshojnë në varësi të nevojave të pacientit, qëllimit të mbledhjes së të dhënave, cilësimit të kujdesit shëndetësor dhe rolit të infermierit.

Vlerësimi emergjent dhe urgjent → Vlerësimi i urgjencës përfshin një situatë kërcënuese për jetën ose të paqëndrueshme, siç është një pacient që ka përjetuar një dëmtim traumatik kritik[101] (Smith & Boëden, 2017). Anëtarët e stafit përdorin triazhin për të përcaktuar nivelin e urgjencës duke marrë parasysh vlerësimet e bazuara në A, B, C, D, E:

A: Rrugët e frymëmarrjes (me mbrojtje të shpinës së qafës së mitrës nëse dyshohet për një dëmtim).

B: Frymëmarrja - shkalla dhe thellësia, përdorimi i muskujve ndihmës.

C: Qarkullimi -ritmi i pulsit dhe ritmi, ngjyra e lëkurës.

D: Paaftësia - niveli i ndërgjegjes, lëvizja.

E: Ekspozimi Ju kryeni vlerësime dhe ndërhyrje kritike njëkohësisht.

Vlerësimi gjithëpërfshirës→ Vlerësimi gjithëpërfshirës përfshin një histori të plotë shëndetësore dhe vlerësim fizik. Është një vlerësim i ngjashëm me atë që kërkohet për pranimin në shkollë. Në klinikë, historia mund të merret duke e bërë pacientin fillimisht të plotësojë një formular të shkruar me historinë familjare të sëmundjes, sëmundjes personale dhe trajtimit mjekësor ose operacioneve. Ju diskutoni informacionin me pacientët dhe sqaroni çdo pjesë jo të plotë ose të paqartë.

Shënoni datat e diagnozave dhe trajtimeve së bashku me arsyen e marrjes së medikamenteve - për shembull, nëse pacienti po merr një medikament për zemrën, për tensionin e lartë të gjakut ose për një histori të atakut në zemër. Një histori gjithëpërfshirëse gjithashtu përfshin perceptimin e një pacienti për shëndetin, pikat e forta për t'u ndërtuar, faktorët e rrezikut për sëmundjen, aftësitë funksionale, metodat e përballimit dhe sistemet mbështetëse. Është e rëndësishme të pajtohet lista e ilaçeve me atë që pacienti në të vërtetë po merr. Nëse pacienti nuk është në gjendje të marrë pjesë në mbledhjen e të dhënave për shkak të urgjencës së problemit, mund t'ju duhet të përdorni burime dytësore të të dhënave për informacion, siç janë anëtarët e familjes së pacientit.

Vlerësimi i fokusuar → Vlerësimi i fokusuar bazohet në çështjet shëndetësore të pacientit. anë vlerësime infermierore që synojnë sistemin e veçantë të trupit ku pacienti demonstron një problem, çrregullim ose shqetësim. Kjo mund të lidhet me një ose shumë sisteme të trupit. Ky lloj vlerësimi ndodh në të gjitha mjediset. Zakonisht përfshin një ose dy sisteme të trupit dhe

[101] Smith D, Bowden T. Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. Nurs Stand. 2017 Nov 29;32(14):51-63.

është më i vogël në fushë sesa vlerësimi gjithëpërfshirës, por më i thelluar për çështjen ose çështjet specifike. Një shembull është një pacient i cili paraqitet në klinikë me kollë. Historia shëndetësore fokusohet në kohëzgjatjen e kollës, simptomat shoqëruese të tilla si gulçim , dhe faktorët që lehtësojnë ose përkeqësojnë kollën.

Vlerësimi fizik përfshin një vlerësim të hundës dhe fytit, auskultimit të mushkërive dhe inspektimit të pështymës. Ndërsa përfundon një vlerësim të fokusuar, një infermiere duhet të sigurojë që pacienti të mbetet i qëndrueshëm në përgjithësi dhe të mos fiksohet tepër në atë aspekt të vlerësimit. Për shembull, nëse një pacient ankohet për dhimbje në sy, por menjëherë pas kësaj fillon të ankohet për gulçim, infermierja nuk duhet të presë për të adresuar gulçimin derisa vlerësimi i syrit dhe ndërhyrjet të jenë të plota.

11.2 Mjetet

11.2.1 Vlerësimi: Përdorimi i Mjetit të Vlerësimit të Infermierisë për Shëndetin Publik

Vlerësimi është themelor për vendimmarrjen në kujdesin shëndetësor duke siguruar informacion në lidhje me shëndetin e individit, familjes, komunitetit, sistemit dhe popullsisë. Si një funksion thelbësor, vlerësimi identifikohet si një element kyç dhe një nga kompetencat kryesore për infermierët e shëndetit publik[102]-[103]. Infermierët e shëndetit publik pranojnë se komunitetet në të cilat individi, familja, sistemi ose popullata banojnë ndikojnë në shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Po kështu, individi, familja, sistemi dhe popullsia ndikojnë në shëndetin e komunitetit dhe njëri-tjetrit.

Një mjet vlerësimi udhëzon infermierin e shëndetit publik përmes procesit të zbulimit. Mjeti i Vlerësimit të Infermierisë për Shëndetin Publik (PHNAT), i krijuar nga Leëenson dhe Truglio-Londrigan, i cili përdor konceptet e gjetura në Njerëz të Shëndetshëm 2020 dhe ndërhyrjes. Në mënyrë të veçantë, PHNAT përdor katër masat themelore shëndetësore që shërbejnë si tregues të përparimit drejt arritjes së qëllimeve të Njerëzve të Shëndetshëm 2020. Këta tregues përfshijnë:

- gjendjen e përgjithshme shëndetësore,
- cilësinë e jetës dhe mirëqenien e lidhur me shëndetin,
- përcaktuesit e shëndetit,
- pabarazitë[104].

Përdorimi i katër masave themelore shëndetësore ndihmon infermierin e shëndetit publik të përcaktojë nevojat prioritare të komunitetit dhe më pas të zhvillojë, zbatojë dhe vlerësojë një

[102] American Association of Colleges of Nursing. (2013). Public health: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines. Washington, DC: Author.
[103] Quad Council Coalition. (2011). Quad council competencies for public health nurses. Retrieved from http://www.quadcouncilphn.org/documents-3 /competencies/
[104] U.S. Department of Health and Human Services. (2010a). About healthy people. Retrieved from http:// www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx

plan duke përdorur strategjitë e planit të ndërhyrjes si udhëzues. PHNAT gjithashtu kërkon që infermierja e shëndetit publik të reflektojë mbi përvojën e bërjes së një vlerësimi të infermieror për shëndetin publik.

PHNAT lejon infermierin e shëndetit publik të vlerësojë individin si dhe të vlerësojë njëkohësisht familjen, komunitetin, popullsinë dhe sistemin. Ky fleksibilitet i lejon infermierit të shëndetit publik të ndryshojë pikëpamjen e tij paraardhëse në varësi të zonës së fokusit dhe nevojave prioritare në atë moment në kohë.

PHNAT bën që përdoruesi të analizojë dhe referojë të dhënat e mbledhura. Ndërsa përdoruesi bëhet më i njohur me PHNAT, mund të kërkohen informacione dhe të dhëna shtesë, tabela të reja të formuara dhe ato origjinale të rishikohen, në varësi të nevojave të përdoruesit.

Për shembull, nëse përdoruesi dëshiron të krahasojë gjetjet me të dhënat kombëtare ose globale, ai ose ajo mund ta bëjë këtë. Një version online i PHNAT lehtëson më tej përdorimin e këtij mjeti dhe në menaxhimin e informacionit të mbledhur.

Të dhënat e nevojshme për shumë nga tabelat e sugjeruara në PHNAT mund të gjenden përmes internetit dhe bazave të të dhënave të ndryshme. Infermierja e shëndetit publik duhet të jetë i sigurt për të zgjedhur burime të besueshme dhe të vlefshme informacioni. Shkëmbimi i informacionit me ekipin dhe partnerët e tjerë të komunitetit është thelbësor gjatë gjithë vlerësimit, përfundimisht bashkëpunimi dhe marrja e vendimeve të përbashkëta për nevojat e komunitetit dhe njerëzve që banojnë në atë komunitet[105].

Edhe pse ky mjet vlerësimi mund të plotësohet vetëm, autorët inkurajojnë përdorimin e një qasjeje ekipore kur mbledhin dhe interpretojnë të dhënat. PHNAT mund të përdoret nga infermierët dhe studentët e shëndetit publik të cilët punojnë në të gjitha llojet e mjediseve të komunitetit si kujdesi në shtëpi, shërbimi i infermierëve vizitues, departamentet shëndetësore, qendrat shëndetësore të lagjeve, shkollat dhe industria. Etika e praktikës së shëndetit publik garanton që infermierët e shëndetit publik që mbledhin të dhëna të jenë të kujdesshëm dhe respektues ndaj atyre që po vlerësojnë - për shembull, studentët që vlerësojnë një komunitet duhet të caktojnë takime me palët e ndryshme të interesit në vend që të shfaqen të paparalajmëruar. Ata gjithashtu duhet të kenë identifikim dhe ndonjëherë mund të gjejnë një leje nga shkolla e tyre . Kryerja e një vlerësimi duke përdorur PHNAT i jep vetes një proces të vazhdueshëm zbulimi dhe rizbulimi.

PHNAT Masat Shëndetësore

Gjendja e përgjithshme shëndetësore është një nga katër masat themelore shëndetësore. I referohet të dhënave që informojnë infermierin e shëndetit publik dhe partnerët në nismën

[105] Truglio-Londrigan, M. (2017). Coalitions, partnerships, and shared decision-making: A primary healthcare perspective. In S. B. Lewenson & M. TruglioLondrigan (Eds.), Practicing primary health care in nursing: Caring for populations (pp. 89–108). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

shëndetësore për shëndetin e popullatës. Disa nga këto informacione nuk janë të përqendruara në popullatë, siç është gjendja shëndetësore e vetëvlerësuar; megjithatë, ky është një shembull se si infermierët e shëndetit publik u shërbejnë individëve në komunitet si dhe popullatës së përgjithshme.

Një masë tjetër themelore e shëndetit është cilësia e jetës që lidhet me shëndetin. Cilësia e jetës e lidhur me shëndetin është një koncept kompleks dhe fokusohet në ndikimin që ka statusi shëndetësor në cilësinë e jetës. Kjo pjesë e PHNAT gjithashtu fokusohet tek individi dhe përsëri hedh dritë mbi ata infermierë të shëndetit publik të cilët praktikojnë një nga një me klientët në komunitet. Fushat e veçanta të përfshira në këtë pjesë të mjetit janë:

- mjetet e sistemit të informacionit të matjes së rezultateve të raportuara nga pacienti (PROMIS) për të matur rezultatet shëndetësore nga perspektiva e pacientit,
- masat e mirëqenies,
- masat e pjesëmarrjes që gjithashtu pasqyrojnë perceptimin e një individi për shëndetin e tij ose të saj për të marrë pjesë dhe bashkëvepruar me mjedisin (US DHHS, 2010c).

Një pjesë e madhe e PHNAT përfshin përcaktuesit e shëndetit. Në këtë pjesë, infermierja e shëndetit publik mbledh informacione që kanë të bëjnë me ata faktorë që përcaktojnë shëndetin e individit, familjes dhe popullsisë që jetojnë në një komunitet. Përcaktuesit e shëndetit që organizojnë këtë seksion përfshijnë biologjinë dhe gjenetikën, faktorët socialë, shërbimet shëndetësore, hartimin e politikave dhe sjelljen individuale[106].

11.3 Vlerësimi i Riskut

Vlerësimet e rrezikut janë vendimtare kur bëhet fjalë për respektimin e kërkesave ligjore dhe promovimin e shëndetit dhe sigurisë në vendin e punës. Ata luajnë një rol të rëndësishëm në strategjitë e menaxhimit të rrezikut të bizneseve. Pasi të përfundojnë dhe shkruhen, ato mund të shihen nga punonjësit në të gjitha nivelet dhe të përdoren për të inkurajuar standarde të shkëlqyera të shëndetit dhe sigurisë dhe praktika të sigurta pune në të gjithë organizatën.

11.3.1 Llojet e Vlerësimeve të Rrezikut

Ekzistojnë disa lloje të ndryshme të vlerësimeve të rrezikut të përdorura nga shëndeti dhe siguria.

Vlerësimet Cilësore të Rrezikut → Kur kryen një vlerësim cilësor, vlerësuesi do të përdorë gjykimin e tij personal për të identifikuar rreziqet rreth vendit të punës, për të vlerësuar rreziqet dhe për të planifikuar masat e kontrollit.

Vlerësimet Sasiore të Rrezikut → Ky lloj i vlerësimit të rrezikut përdor mjete dhe teknika sasiore për të matur nivelin e rreziqeve.

[106] Marie Truglio-Londrigan. Public Health Nursing. Practicing population – Based Care. 3rd edition. 2018 49- 61

Vlerësimet e Rrezikut të Përgjithshëm → Vlerësimet e përgjithshme të rrezikut vlerësojnë rreziqet e përfshira në detyrat dhe aktivitetet e punës.

Vlerësimet Dinamike të Rrezikut →Vlerësimet dinamike të rrezikut kryhen në vend, gjatë rrethanave të paparashikuara. Nëse ka ndryshime të papritura të rëndësishme në shëndetin dhe sigurinë e vendit të punës ose aktiviteteve të punës, vlerësimet e shkruara të rrezikut mund të mos jenë të zbatueshme. Rreziqet mund të kenë nevojë të merren parasysh në vend për të vlerësuar nëse është e sigurt që puna të vazhdojë.

11.3.2 Parimet për praktikat më të mira në vlerësimin e rrezikut dhe planifikimin e sigurisë

Parimi 1: Përdoruesit e shërbimeve duhet të jenë pjesëmarrës aktivë në vlerësimin dhe sigurinë e tyre procesi i planifikimit.

Parimi 2: Një marrëdhënie besimi midis përdoruesit të shërbimit dhe të gjithë atyre që janë përfshirë në të ofrimi i kujdesit të tyre është themeli më i mirë për kujdesin efektiv dhe planifikimin e sigurisë .

Parimi 3: Një vlerësim gjithëpërfshirës i rrezikut kërkon një vlerësim jo-gjykues dhe qëndrimi pozitiv ndaj përdoruesit të shërbimit.

Parimi 4: Vlerësimi i rrezikut është pjesë përbërëse e shëndetit të përgjithshëm mendor të personit plani i vlerësimit dhe rimëkëmbjes.

Parimi 5: Gjykimi i strukturuar klinik konsiderohet qasja më e mirë ndaj rrezikut vlerësimi .

Parimi 6: Vlerësimi i rrezikut dhe planifikimi i sigurisë duhet të adoptojnë një qasje të bazuar në pikat e forta dhe njohin faktorët mbrojtës .

Parimi 7: Rreziku terapeutik duhet të mbështesë vlerësimin dhe sigurinë e rrezikut proceset e planifikimit.

Parimi 8: Një vlerësim gjithëpërfshirës i rrezikut përfshin shqyrtimin e rreziqeve të paraqitura nga përdoruesit e shërbimit për veten dhe të tjerët, si dhe rreziqet që paraqesin përdoruesit e shërbimeve nga të tjerët.

Parimi 9: Vlerësimi i rrezikut dhe planifikimi i sigurisë është përfunduar më së miri në kontekstin e përfshirje multidisiplinare

11.4 Mbikëqyrja shëndetësore

Mbikëqyrja përcaktohet si mbledhja sistematike e vazhdueshme, analiza, dhe interpretimi i të dhënave shëndetësore thelbësore për planifikimin, zbatimin, dhe vlerësimin e praktikave të shëndetit publik, integruar ngushtë me shpërndarjen e këtyre të dhënave për ata që kanë nevojë.

Lidhja përfundimtare në mbikëqyrje zinxhir është aplikimi i këtyre të dhënave në parandalimi dhe kontrolli. Një sistem mbikëqyrjeje përfshin një kapacitet funksional për grumbullimin, analizimin dhe shpërndarjen e të dhënave lidhje me programet e shëndetit publik[107] (CDC 1988).

Të gjitha sistemet e mbikëqyrjes përfshijnë gjashtë elementë kryesorë:

1. Zbulimin dhe njoftimin e ngjarjes shëndetësore
2. Hetimin dhe konfirmimin (epidemiologjik, klinike, laboratorike)
3. Mbledhjen e të dhënave
4. Analizën dhe interpretimin e të dhënave
5. Reagimin dhe shpërndarjen e rezultateve
6. Përgjigjen - një lidhje me programet e shëndetit publik, konkretisht veprimet për parandalimin dhe kontrollin

11.4.1 Objektivat e Sistemeve të Mbikqyrjes

Mbikëqyrja e shëndetit publik siguron bazën e të dhënave shkencore dhe faktike thelbësore për vendimmarrjen e informuar dhe veprimet e duhura të shëndetit publik. Objektivi kryesor i mbikëqyrjes është të sigurojë informacion për të udhëhequr ndërhyrjet. Objektivat dhe veprimet e shëndetit publik të nevojshme për të bërë ndërhyrje të suksesshme përcaktojnë hartimin dhe zbatimin e sistemeve të mbikëqyrjes.

Për shembull, nëse objektivi është parandalimi i përhapjes së epidemive të sëmundjeve akute infektive, siç është SARS, menaxherët duhet të ndërhyjnë shpejt për të ndaluar përhapjen e sëmundjes. Prandaj, ata kanë nevojë për një sistem mbikëqyrjeje që siguron informacion të shpejtë të paralajmërimit të hershëm nga klinikat dhe laboratorët. Në të kundërt, sëmundjet kronike dhe sjelljet e lidhura me shëndetin ndryshojnë ngadalë. Infermieret zakonisht monitorojnë efektin e programeve për të ndryshuar sjelljet e rrezikshme të tilla si pirja e duhanit ose sëmundjet kronike një herë në vit ose edhe më rrallë. Parimi është se objektivat e ndryshme të shëndetit publik dhe veprimet e kërkuara për t'i arritur ato kërkojnë sisteme të ndryshme informacioni. Lloji i veprimit që mund të ndërmerret, ose sa shpesh duhet të ndërmerret ai veprim, çfarë informacioni nevojitet për të ndërmarrë ose monitoruar veprimin, dhe sa shpesh nevojitet informacioni duhet të përcaktojë llojin e sistemit të mbikëqyrjes ose informacionit shëndetësor[108].

Megjithatë, në nivelin lokal, përdorimi i mbikëqyrjes për të nxitur hetimet bazë të shëndetit publik dhe zbatimin e aktiviteteve specifike të kontrollit mbizotëron për sëmundjet infektive dhe rreziqet mjedisore. Në të kundërt, mbizotëron monitorimi për trendet, matja e efektivitetit të ndërhyrjeve specifike dhe kryerja e analizave më të ndërlikuara për të sqaruar faktorët e rrezikut

[107] CDC (U.S. Centers for Disease Control Prevention). Surveillance of Health Status of Kampuchean Refugees—Khao I-Dang Holding Center, Thailand, December 1981–June 1983. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1983;32(31):412–15.
[108] Anabela Garcia-Abreu. Public Health Surveillance Toolkit. A guide for busy task managers. 2002

në nivel kombëtar. Në nivelin lokal, kapaciteti analitik është zakonisht shumë më i kufizuar sesa në nivel kombëtar.

Në nivel shtetëror, agjencitë e shëndetit publik zakonisht ndajnë të dyja perspektivat. Ka shumë lloje të sistemeve të vëzhgimit, të cilat ndryshojnë nga shumë të thjeshta në komplekse. Në përgjithësi, në vendet në zhvillim preferohet përdorimi i sistemeve më pak komplekse, të krijuara më lehtë dhe të qëndrueshme. Mbikëqyrja shpesh rezulton në aktivitete parandaluese më të synuara dhe të fokusuara. Aktivitete të tilla mund të përshkruhen si parësore, dytësore ose terciare. Sistemet e mbikëqyrjes luajnë një rol të rëndësishëm në secilin nga tre nivelet e parandalimit. Një shembull në nivelin e mbrojtjes parësore do të ishin sondazhet e mbulimit të imunizimit midis fëmijëve të moshës shkollore që formojnë bazën e një sistemi mbikëqyrës të programeve të vaksinimit.

11.4.2 Analiza dhe Shpërndarja e të Dhënave të Mbikqyrjes

Informacioni i mbikëqyrjes analizohet nga koha, vendi dhe personi. Tabelat dhe grafikët e thjeshtë janë më të dobishmit për përmbledhjen dhe paraqitjen e të dhënave. Shpërndarja në kohë e të dhënave për ata që bëjnë politika dhe zbatojnë programe ndërhyrjeje është kritike për dobinë e të dhënave të mbikëqyrjes. Fusha në zhvillim e sipër e informatikës së shëndetit publik, e cila merret me mbledhjen, klasifikimin, ruajtjen, marrjen, analizën dhe prezantimin e sasive të mëdha të të dhënave shëndetësore, ofron potencial për mbikëqyrje të integruar të vërtetë të shëndetit publik bazuar në standardizimin e të dhënave, një infrastrukturë komunikimi dhe politikat për aksesin dhe ndarjen e të dhënave.

Mbikëqyrja do të përfitojë duke përfshirë një qasje sistematike ndaj standardeve për përmbajtjen e të dhënave. Për shembull, Qendrat Amerikane për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) kanë përdorur sisteme të bazuara në standarde për të mbështetur raportimin automatik elektronik të rezultateve laboratorike diagnostikuese të sëmundjeve të njoftueshme, duke rritur kështu numrin e rasteve të raportuara dhe duke marrë rezultate më shpejt (Effler dhe të tjerët 1999)[109].

Përdorimi i standardeve të të dhënave lehtëson krahasimin e informacionit të mbikëqyrjes me kalimin e kohës (për shembull, matja e efektit të ndërhyrjeve në program), në qasje të ndryshme të mbikëqyrjes (për shembull, raportimi i bazuar në struktura krahasuar me anketat e mostrës), dhe në vende dhe rajone[110].

[109] Effler P., Ching-Lee M., Bogard A., Ieong M. C., Nekomoto T., Jernigan D. Statewide System of Electronic Notifiable Disease Reporting from Clinical Laboratories: Comparing Automated Reporting with Conventional Methods. Journal of the American Medical Association. 1999;282:1845–50

[110] Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors.The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006. Chapter 53Public Health Surveillance: A Tool for Targeting and Monitoring Interventions

12

Konceptet dhe qasjet e shëndetit publik. Përcaktuesit e shëndetit të komunitetit.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë Konceptin dhe qasjet e shëndetit publik
- Vlerësojë riskun
- Bëjë parandalimin

12.1 Konceptet dhe qasjet e shëndetit publik

Shëndeti publik, siç përcaktohet nga CEA Ëinsloë 1920, një figurë udhëheqëse në historinë e shëndetit publik, është shkenca dhe arti i parandalimit të sëmundjeve, zgjatjes së jetës dhe promovimit të shëndetit dhe efikasitetit përmes përpjekjeve të organizuara të komunitetit për skanimin e mjedisit, kontrollin e infeksionet e komunitetit, edukimi i individit në shëndetin personal, organizimi i shërbimeve mjekësore dhe infermierore për diagnostikimin e hershëm dhe trajtimin parandalues të sëmundjeve dhe zhvillimin e makinerisë sociale e cila do të sigurojë për çdo individ në komunitet një standard jetese të përshtatshëm për mirëmbajtjen ose përmirësimin e shëndetit[111].

Sot Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik (APHA) e përkufizon shëndetin publik si praktiken e parandalimit të sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit të mirë brenda grupeve të njerëzve, nga komunitetet e vogla në ato më të mëdha[112]. APHA thekson më tej se përfshin profesionistë të shëndetit nga shumë fusha që punojnë së bashku me qëllimin e përbashkët për të mbrojtur shëndetin e një popullate. Qëllimi i çdo komuniteti, ose ofruesi të kujdesit shëndetësor për këtë çështje, duhet të jetë të zgjasë numrin e viteve të jetës së shëndetshme të popullatës që përfaqëson ose kujdeset për të. Shëndeti publik përdor tendencat dhe shfaqjet e sëmundjeve në popullatat tona dhe nënbashkësitë e popullatës për të nxjerrë në pah rrezikun e sëmundjes për individët. Baza e rrezikut ose faktori i rrezikut e merr origjinën nga puna e Koch.

[111] Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920;Jan. 9:23-33.
[112] American Public Health Association. Fact sheet. What is public health? Our commitment to safe, healthy communities. Washington DC. Accessed November 14,2007.

Postulatet e Koch vrojtuan sëmundjet e shkaktuara nga organizmat e gjallë dhe deklaruan në thelb katër marrëdhëniet e mëposhtme duhet të ndodhin në lidhje me shkaqet e sëmundjes:

1. Njeriu duhet të vëzhgojë organizmin shkaktar në çdo rast të sëmundjes.
2. Duhet të jetë në gjendje të rritet në një kulturë të pastër.
3. Kultura e pastër, kur inokulohet në një kafshë pritëse të ndjeshme, duhet të riprodhojë sëmundjen.
4. Mikroorganizmi duhet të vëzhgohet dhe të shërohet nga kafsha e sëmurë në mënyrë eksperimentale.

Konceptet e Koch do të ishin të shkëlqyera nëse do të mund të aplikoheshin në çdo gjendje sëmundjeje, por si mund t'i zbatoni këto për sëmundjet kronike që duhen vite për t'u zhvilluar dhe ndoshta janë për shkak të shkaqeve ose rreziqeve të shumta? Kjo sjell konceptin e faktorëve të rrezikut. Faktorët e rrezikut janë ato ekspozime ose agjentë shkaktarë që e bëjnë më të prirur të vuajë nga një sëmundje ose problem shëndetësor.

Edhe pse një faktor rreziku mund të shkaktojë një sëmundje nëse është i pranishëm, ai në fakt nuk mund të jetë shkaku i vërtetë. Prania e faktorëve të tjerë mund të jetë e nevojshme për të shkaktuar shfaqjen e sëmundjes. Dikush mund të përdorë duhanin si një shembull se si një faktor rreziku mund të predispozojë një person për disa sëmundje në të njëjtën kohë. Friis dhe Sellers theksojnë se faktorët e rrezikut kanë tre parakushte[113].

Frekuenca e sëmundjes ndryshon sipas kategorisë ose vlerës së faktorit.

Shembull: Duke përdorur pirjen e duhanit dhe kancerin e mushkërive, ato tregojnë lidhjen midis pirjes së duhanit dhe kancerit-sa më shumë që pi duhan, aq më i madh është rreziku i kancerit.

12.1.1 Faktori i rrezikut duhet të paraprijë fillimin e sëmundjes.

Shembull: Duke përdorur të njëjtin problem të kancerit të mushkërive dhe pirjes së duhanit, ata thonë se nëse një duhanpirës fillon pirjen e duhanit pas zhvillimit të kancerit të mushkërive, do të ishte e gabuar të etiketohej pirja e duhanit si shkak i sëmundjes.

Ndonjëherë mund të ndodhin gabime në përpjekjen për të vlerësuar shkaqet e sëmundjes.

Shembuj: Gabime mund të ndodhin në përzgjedhjen e pjesëmarrësve të studimit, në masën e ekspozimit dhe sëmundjes, dhe, natyrisht, në analizën statistikore.

Epidemitë ndodhin kur ka një numër të madh të rasteve të një sëmundjeje që janë jashtë proporcionit me atë që normalisht pritet të shihet për atë kohë, vend ose grup. Ndër ato sëmundje endemike në një shoqëri, herë pas here ka goditje dramatike në numrat që janë më të larta se ato që pritet të shihen në komunitet ose rajon. Kjo njihet si një shpërthim. Çdo shfaqje e një

[113] Friis RH, Sellers TA. Epidemiology for Public Health Practice. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999.

sëmundjeje endemike që është jashtë proporcionit me atë që pritet mund të shihet si një shpërthim. Sigurisht, një rritje në shfaqjen e një sëmundjeje që rrallë shihet ose mendohet të çrrënjoset gjithashtu do të përbënte një shpërthim, dhe madje edhe një rast i kësaj të fundit mund të sinjalizojë shqetësime serioze të shëndetit publik.

12.1.2 Termat e Përdorur në Raportimin e Shëndetit Publik

Terma të shumtë përdoren për të përshkruar ngjarjet e shëndetit publik, nivelet e rrezikut dhe shkaqet e sëmundjeve. Ndër më të zakonshmet janë sëmundshmëria, vdekshmëria, prevalenca dhe incidenca.

Sëmundshmëria është numri i njerëzve që vuajnë nga një sëmundje në një kohë të caktuar. Ajo lidhet me sëmundjen.

Vdekshmëria është numri i njerëzve që kanë vdekur nga një sëmundje. Dy masat më të zakonshme të sëmundjes në popullata janë prevalenca dhe incidenca. Ndonjëherë të dy termat përdoren në përshkrimin e një sëmundjeje ose shpërthimi të sëmundjes.

Prevalenca është numri i njerëzve që kanë një sëmundje në një kohë të caktuar; domethënë, numri aktualisht që vuan nga sëmundja ose çrregullimi.

Incidenca është numri i rasteve të reja të një sëmundjeje. Dikush mund të dëgjojë një raport lajmesh mbi normat e incidencës së një sëmundjeje, të tilla si gripi, që janë më të larta se zakonisht për vitin. Kjo tregon se numri i rasteve të reja është më i lartë se sa pritet në mënyrë tipike, ndërsa një raport që tregon prevalencë të shtuar do të thotë se numri i rasteve ekzistuese është më i lartë.

Epidemiologjia është shkenca që studion marrëdhëniet midis sëmundjeve që ndodhin në popullata dhe grupe, zakonisht në një përpjekje për të zvogëluar rreziqet dhe sëmundshmërinë në vitet e fundit të jetëgjatësisë së popullsisë.

Jetëgjatësia është kufiri i jetës natyrore i tillë që përmes të gjitha mbështetjeve dhe përpjekjeve dikush ka jetuar sa më gjatë që të jetë e mundur. Jetëgjatësia nënkupton diçka të ndryshme, sepse ky term zbatohet për kohëzgjatjen mesatare të jetës që dikush mund të jetojë në bazë të gjinisë, racës, ku jeton, etj.

12.1.3 Kriteret e Sir Austin Bradford Hill

Shkaqet ose faktorët shkaktarë tës hfaqjes ose shpërthimit të një sëmundjeje mund të jenë të vështira për t'u përcaktuar. Jo të gjitha sëmundjet shoqërohen me një ekspozim të njohur ndaj një faktori rreziku, as të gjitha sëmundjet nuk shfaqen menjëherë pas ekspozimit ndaj një faktori të njohur rreziku. Hill përcaktoi nëntë çështjet e mëposhtme që janë të rëndësishme në shëndetin publik kur identifikoni shkakun:

1. Forca e shoqërimit: Hill deklaroi se, pirja e duhanit rrit shkallën e incidencës së kancerit të mushkërive.

2. Konsistenca e vëzhguar: Domethënë, a është vërejtur e njëjta konsistenë në më shumë se një vend nga persona të ndryshëm në kohë të ndryshme? Hill vuri në dukje raportin e kirurgut amerikan të vitit 1964 mbi pirjen e duhanit dhe kancerin e mushkërive që kishte më shumë se 30 studime që lidhnin pirjen e duhanit me një rrezik në rritje të kancerit.

3. Specificiteti: Nëse një shoqatë do të shënohej në punëtorë të veçantë dhe do të kufizohej në zona të veçanta dhe lloje të veçanta të sëmundjeve, do të kishte gjithashtu një argument të fortë në favor të shkakësisë. Hill sugjeroi që përfundimet ndoshta mund të nxirren me më pak hezitim aty ku ekziston një specifikë e fortë; me më pak specifikë, e kundërta do të ishte e vërtetë.

4. Përkohësia: Sa i përket kohës dhe shoqërimit, Hill pyeti: "Cila është karroca dhe cili kali?" A ka çuar një dietë e caktuar në një sëmundje apo fazat e hershme të një sëmundjeje kanë bërë që dikush të fillojë të konsumojë një dietë të ndryshme? Prandaj, faktori i ekspozimit duhet të vijë para fillimit të sëmundjes.

5. Gradienti biologjik: Gjithashtu i njohur si përgjigje dozë. Kjo do të thotë, me cigare si shembull, shkencëtarët e dinin se sa më shumë që pi duhan, aq më të mëdha ishin rreziqet për zhvillimin e kancerit. Sa më e lartë të jetë "doza" e duhanit e konsumuar rregullisht, aq më e lartë është "përgjigja" ose rreziku i kancerit. Hill gjithashtu vuri në dukje se një gradient biologjik nuk ishte gjithmonë i pranishëm, por megjithatë duhet kërkuar.

6. Besueshmëria: Ndihmon nëse shkakësia e dyshuar është biologjikisht e besueshme; megjithatë, ai paralajmëroi se ajo që mendohet të jetë e papranueshme sot mund të kuptohet më shumë nesër dhe se besueshmëria ishte në lidhje me njohuritë e fundit të shkencës.

7. Koherenca: A ka koherencë të shpjegimit në lidhje me faktet e njohura të shkencës? Kjo do të thotë, të dhënat e shkakut dhe pasojës nuk duhet të bien ndesh seriozisht me shkencën në lidhje me historinë natyrore dhe biologjinë e sëmundjes. Ai vuri në dukje se normat e kancerit të mushkërive tek duhanpirësit ishin rritur pasi pirja e duhanit ishte rritur si zakon, dhe ky ishte një shpjegim s dhe koherent i rritjes së incidencës së kancerit të mushkërive gjatë asaj kohe.

8. Eksperimenti: Hill tha se herë pas here ishte e mundur të vëzhgonte një eksperiment natyror në punë. Ky është thjesht vëzhgimi i disa fenomeneve të sëmundjes dhe më pas disa veprimeve parandaluese të ndërmarra që rezultojnë në përmbysjen e atij fenomeni. Mund të vërehet një lidhje e fortë nëse një përpjekje parandaluese rezulton në një ulje të frekuencës së sëmundjes.

9. Analogji: Hill deklaroi se në disa raste një efekt i ngjashëm mund të vërehet në një situatë të ngjashme që mund të rrisë lidhjen. Ai përdori ilaçin thalidomide dhe sëmundjen e rubeolës si shkaqe të defekteve të lindjes për të demonstruar se për shkak se këto mund të shkaktojnë rreziqe të tilla, do të kishte kuptim që ilaçet ose sëmundjet e tjera mund të rrisnin rrezikun e defekteve të

lindjes gjithashtu. Kërkimi i një analogjie të ngjashme ekzistuese mund të prodhojë një lidhje më të fortë nëse njëra do të zbulohej në një hetim të ri të sëmundjes.

Në përgjithësi, mendohet se të gjitha këto kritere nuk do të shihen së bashku për asnjë vlerësim të shkakësisë, por sa më shumë që janë të pranishme, aq më e fortë është mundësia që të ketë një lidhje.

12.2 Vlerësimi i rrezikut dhe shfaqja e sëmundjes

Kur vërejnë shfaqjen e sëmundjes ose rreziqet për sëmundje, shkencëtarët në shëndetin publik shpesh shikojnë normat.Shkalla e incidencës është numri i rasteve të reja të një sëmundjeje, zakonisht gjatë një periudhe të caktuar kohore në një popullatë. Incidenca është një masë e rrezikut për zhvillimin e sëmundjes. Shkalla e incidencës përcaktohet në mënyrë tipike për 1000 ose edhe për 10,000 njerëz. Kjo në mënyrë të përshtatshme do të bazohej në madhësinë e popullsisë që po heton. Masat e incidencës shpesh përfshijnë një periudhë kohore që është me interes. Kur bëhet kjo, përkufizimi është ai i incidencës kumulative. Dikush mund të llogarisë numrin e rasteve të reja të raportuara në një javë, një muaj, një vit, 5 vjet, etj. Varet nga personi që llogarit të vendosë se cila është periudha më logjike kohore bazuar në sëmundjen që studiohet. Shkalla e zhvillimit të shpejtë të sëmundjeve infektive mund të llogaritet më së miri në ditë, ndërsa sëmundjet kronike që duhen vite për t'u zhvilluar do të vlerësoheshin më së miri gjatë disa viteve. Prevalenca gjithashtu raportohet, por është me të vërtetë një pjesë e atyre që preken nga një sëmundje në një kohë të caktuar. Pra, llogaritja për këtë vlerësim është numri i personave të prekur të pranishëm në një popullatë në një moment në kohë të dalluar nga numri i personave në popullatë në atë kohë. Kjo krijon dy lloje të prevalencës - prevalenca e pikëve është numri i rasteve të pranishme në një kohë të caktuar, dhe prevalenca e periudhës është sa raste ka pasur në një popullsi gjatë vitit të fundit ose 5 viteve.

12.2.1 Matja dhe vlerësimi i rrezikut

Për të përcaktuar shkakësinë, shkencëtarët duhet të matin dallimet midis grupeve. Një matje tipike është të dallosh rreziqet në lidhje me shpeshtësinë e një sëmundjeje duke krahasuar një grup që është ekspozuar ndaj një faktori rreziku dhe një grup që nuk është i ekspozuar.

12.2.2 Raporti i rrezikut

Raporti i rrezikut është një masë tjetër e zakonshme për shkencën e shëndetit publik. Ky është raporti i rrezikut në grupin e ekspozuar në krahasim me raportin e rrezikut tek ata që janë të paekspozuar. Ndonjëherë quhet rrezik relativ. Nëse rreziqet janë të njëjta në të dy grupet, raporti i rreziqeve do të jetë i barabartë me 1. Sa më i madh raporti, aq më shumë rreziku është për të ekspozuarit. Numrat më të vegjël tregojnë më pak rrezik ose efekte mbrojtëse midis atyre të ekspozuar.

12.2.3 Parandalimi

Rezultati i çdo hetimi mbi rrezikun është të përcaktojë se çfarë mund të bëhet për të zvogëluar ato rreziqe shëndetësore brenda popullatës. Shkencëtarët e shëndetit publik dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të përqendrojnë përpjekjet në parandalimin, kur kjo është e mundur . Parandalimi është përcaktuar në mënyrë tipike me tre nivele - primare, sekondare dhe terciare.

Në rastin e parandalimit primar, përpjekjet përqendrohen në ruajtjen në një gjendje të shëndetshme; domethënë parandalimi i vërtetë i sëmundjeve.

Parandalimi dytësor është niveli tjetër i interesit. Kjo tregon që një problem tashmë ka ndodhur. Ndoshta një person ka zbuluar se ka tension e gjakut më të lartë se normalja. Ata e dinë që presioni i tyre i gjakut është i lartë dhe ata ndërmarrin veprime për ta ulur atë duke ndryshuar dietën e tyre dhe duke filluar një program stërvitje. Kjo është një përpjekje për të penguar dëmet e një sëmundjeje para se të shkaktojë ndryshime të përhershme që nuk mund të zhbëhen. Në këtë rast, një person ka vuajtur nga një sëmundje që i ka shkaktuar ndonjë dëm shëndetit të tij.

Parandalimi terciar është përpjekja për të parandaluar që problemi të mos përkeqësohet ose t'i japë fund jetës së tyre para kohe, nëse kjo është e mundur.

Edukimi shëndetësor është dhënia e çdo informacioni që është i favorshëm për shëndetin. Promovimi i shëndetit e çon këtë hap më tej dhe mund të përfshijë çdo mbështetje shoqërore, ligje ose ndryshime të politikave që mund të lehtësojnë përpjekjet e favorshme për shëndetin. Ky përkufizim sjell dy përkufizime shtesë që përdoren kur flasim për metodat parandaluese në një popullsi: çështjet mikro dhe çështjet makro. Mikro çështjet që lidhen me promovimin e shëndetit përfshijnë ato që janë të rrezikshme për individin. Përbërja gjenetike e individit, njohuritë, qëndrimet ose besimet e tyre, madje edhe historia e tyre e mëparshme mjekësore mund të konsiderohen si çështje mikro. Çështjet makro përfshijnë gjithçka mjedisore dhe sociale që mund të ndikojë në mënyrën se si njerëzit nuk sillen. Rrjetet sociale, politikat, ligjet dhe kultura okupacionale që punon në të gjitha ndikojnë në shëndetin në mënyrë indirekte, por duhet të merren parasysh kur planifikoni çdo përpjekje parandaluese për një popullatë.

12.2.4 Shqyrtimi

Shqyrtimi i pacientëve për rreziqet e sëmundjeve mund të jetë po aq i thjeshtë sa të bësh pyetje për kartelën e pacientit; për shembull, pyetja nëse përdorin produkte duhani, dhe nëse po për sa kohë dhe sa shpesh, kontrollon rrezikun e sëmundjeve të shoqëruara me pirjen e duhanit . Historia e pacientit mund të zbulojë tendencat familjare drejt sëmundjeve kardiovaskulare ose kancerit, për të cilat përpjekjet parandaluese dihet se janë efektive, veçanërisht me modifikimin e stilit të jetesës dhe ndryshimet në sjelljet. Për më tepër, përdorimi i duhur i testeve të shqyrtimit nga kontrollet e thjeshta të presionit të gjakut ose vlerësimet e përqëndrimet të lipideve dhe sheqerin në gjak mund të bëhet në shumë zyra kiropraktike . Sigurisht, shqyrtimi për skoliozën

dhe kushtet e tjera kronike muskuloskeletale do të ishte i garantuar edhe në praktikat kiropraktike. Shqyrtimi duhet të jetë një procedurë rutinë për të gjithë infermieret.

12.2.5 Fazat e ndryshimit

Në fushën e edukimit shëndetësor dhe promovimit të shëndetit, një model i theksuar teorik i ndryshimit të sjelljes është modeli Fazat Transteorike të Ndryshimit, i zhvilluar nga Prochaska dhe DiClemente[114].

Ky model është përdorur prej vitesh për të vlerësuar më mirë nivelin e gatishmërisë së një individi për një ndryshim në sjellje. Modeli mund të përdoret më së miri në praktikën klinike për identifikimin e atyre njerëzve që kanë më shumë gjasa të pranojnë një mesazh të ndryshimit të sjelljes dhe të bëjnë një përpjekje për të vazhduar. Modeli ka pesë faza të ndjeshmërisë ndaj ndryshimit. Njerëzit jo domosdoshmërisht lëvizin nëpër to në një mënyrë lineare, por mund të shkojnë mbrapa dhe me radhë në mes të fazave ndërsa përpiqen të ndryshojnë sjelljen e tyre me kalimin e kohës.

Së pari, një personi i cili nuk ka qëllim, dëshirë ose njohuri për të ndryshuar quhet në **fazën e paramendimit.** Ata thjesht mund të jenë të pavetëdijshëm për një nevojë për ndryshim ose mund të dinë për nevojën, por nuk kanë interes ose synim të bëjnë ndonjë ndryshim brenda 6 muajve të ardhshëm.

Faza tjetër brenda modelit është sigurisht soditja. Njerëzit në këtë fazë mund të mendojnë për një ndryshim brenda 6 muajve të ardhshëm ose më shumë. Pasi një person arrin fazën e përgatitjes, ai në të vërtetë po vendos se çfarë hapash të ndërmarrë për të arritur nivelin e ardhshëm, i cili quhet **faza e veprimit**. Ata në fazën përgatitore shpesh grumbullojnë informacion dhe ndoshta i pyesin të tjerët se çfarë duhet të bëjnë më pas. Një lloj veprimi zakonisht po ndërmerret në një moment, dhe kjo do të thotë që individi ka bërë diçka konstruktive për të ndryshuar sjelljen e tij.

12.2.6 Modeli i Besimit Shëndetësor

Një model tjetër që ka qenë në përdorim për shumë vite është Modeli i Besimit Shëndetësor. Së pari u përdor nga Shërbimi Shëndetësor Publik i SHBA për të kuptuar më mirë se kush mund të ketë më shumë gjasa të bëjë një kontroll të tuberkulozit. HBM tani është përdorur në shumë fushata të ndryshme për t'i shtyrë njerëzit të ndërmarrin veprime. Ndoshta përdoret më së miri për të bërë që një pacient ose një person në përgjithësi të ndërmarrë një veprim specifik, të tillë si të bëjë një mamografi ose një test tjetër të shqyrtimit.

12.2.7 Modeli Ekologjik i Promovimit të Shëndetit

[114] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psych 1983;511:390-395

Ndër modelet më gjithëpërfshirëse të përdorura në përpjekjet për promovimin e shëndetit është Modeli Ekologjik. I zhvilluar për të qenë një model gjithëpërfshirës që synon më shumë në një nivel makro, ai ka konstrukte që marrin parasysh si çështjet mikro ashtu edhe ato makro të personit. Modeli Ekologjik ka pesë fusha për përqendrimin e përpjekjeve për të ndihmuar në ndryshimin e sjelljes. Çdo nivel duhet të konsiderohet po aq i rëndësishëm sa të tjerët. E para është niveli intrapersonal. Kjo thekson çështjet e nivelit mikro që një person duhet të kapërcejë në mënyrë që të ndryshojë sjelljen e tij. Kjo përfshin njohuritë, qëndrimet, besimet dhe tiparet e personalitetit. Niveli tjetër i theksit brenda Modelit Ekologjik janë marrëdhëniet ndërnjerëzore. Niveli i komunitetit konsiderohet i radhës, dhe sigurisht që ka një nivel makro të ndikimit. Lënia e një ose më shumë prej këtyre konstrukteve jashtë çdo procesi planifikimi për ndryshimin e përhapur të sjelljes pothuajse do të garantojë dështimin e një përpjekjeje për promovimin e shëndetit. Megjithëse nuk është një model parimar i përdorur për të ndihmuar individët, Modeli Ekologjik është një çelës për përpjekjet e suksesshme të shëndetit publik të komunitetit, i cili është provuar herë pas here të jetë i suksesshëm në ndërhyrjet në nivelin makro. Çdo ofrues i kujdesit shëndetësor që dëshiron të përfshijë veten në një rol si një avokat i shëndetit të komunitetit do të ishte i mirë të përfshijë konstruksionet e Modelit Ekologjik në planin e tyre të sulmit.

12.3 Puna me pacientët për ndryshimin e sjelljes

Ofruesit e kujdesit shëndetësor kanë një mundësi për të shërbyer si burim për pacientët që duan të ndryshojnë sjelljet e tyre aktuale.Këshillimi i pacientëve është treguar efektiv, veçanërisht kur përdoren mesazhe të përsëritura. Rëndësia e shikimit të pacientit drejtpërsëdrejti në sy dhe i thënë atyre se ndryshimi i dëshiruar i sjelljes është një nga gjërat më të rëndësishme që ata mund të bëjnë sot për shëndetin e tyre nuk mund të nënvlerësohet. Ata duhet të inkurajohen të caktojnë një datë për të vënë në lëvizje ndryshimin. Efekti i abuzimit të abstinencës është një koncept që vlen për individët që bëjnë përpjekje për të ndryshuar një sjellje dhe janë të pasuksesshëm. Ata përpiqen vetë dhe dështojnë, gjë që i bën ata të përjetojnë këtë efekt.

12.4 Përcaktuesit e shëndetit të komunitetit

Infermierët e shëndetit publik marrin parasysh faktorët e shumtë që përcaktojnë shëndetin e klientëve të tyre. Përcaktuesit e shëndetit janë faktorë që ndikojnë në shëndetin e individëve, familjeve dhe popullatave. Përcaktuesit e shëndetit mund të kenë një ndikim pozitiv ose negativ në shëndet.

• Faktorët mbrojtës janë përcaktues të shëndetit që mbrojnë një person nga sëmundjet ose ndihmojnë në përmirësimin e shëndetit të personit.

• Faktorët e rrezikut janë përcaktues të shëndetit që kontribuojnë në mundësinë e shfaqjes së sëmundjes ose në uljen e nivelit shëndetit ose mirëqenies.

Ashtu si praktika holistike infermierore, infermieria e shëndetit publik fokusohet në tërësi duke identifikuar të gjithë faktorët që ndikojnë në shëndetin e individëve, familjeve dhe komuniteteve. Të injorosh këtë tërësi të gjendjes së jetesës do të thotë të injorosh shumë faktorë që ndikojnë në shëndetin dhe aftësinë e infermierëve të shëndetit publik për të promovuar shëndetin. Faktorët biologjikë, të sjelljes dhe të mjedisit ndërveprojnë dhe kontribuojnë në shëndetin dhe sëmundjen e individëve, familjeve dhe popullatave. Individët dhe familjet janë në gjendje të ndikojnë ose kontrollojnë disa nga përcaktuesit e tyre biologjikë dhe shëndetin e sjelljes, por nuk janë në gjendje të kontrollojnë shumë nga përcaktuesit mjedisorë fizikë dhe socialë të shëndetit që ndodhin në nivelet e komunitetit dhe sistemeve.

Përcaktuesit e shëndetit të formuar nga forcat shoqërore, ekonomike dhe politike, përfshirë sistemet e vendosura për t'u marrë me sëmundjet, quhen përcaktuesit shoqërorë të shëndetit. Këta përcaktues socialë të shëndetit ndikojnë në shëndetin e popullatës në të gjitha kombet e botës. Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, jetojnë, punojnë dhe plaken. Këto rrethana formohen nga shpërndarja e parave, fuqisë dhe burimeve në nivel lokal kombëtar dhe global. Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë kryesisht përgjegjës për pabarazitë shëndetësore - dallimet e padrejta dhe të shmangshme në statusin shëndetësor të parë brenda dhe midis vendeve.

Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë kushtet dhe rrethanat që përjetojnë popullatat e cenueshme gjatë jetës së tyre në shtëpitë, lagjet, vendet e punës, shkollat dhe komunitetin më të madh. Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit përfshijnë qasjen në kujdesin shëndetësor dhe sistemet e vendosura për t'u marrë me gjendjen e tyre të vazhdueshme shëndetësore dhe sëmundjen[115]. Këto rrethana janë formuar nga ana tjetër nga një grup më i gjerë i forcave ekonomike, sociale dhe politike në nivelet lokale, kombëtare dhe globale. Këta përcaktues shoqërorë të shëndetit kanë një ndikim të rëndësishëm në gjendjen shëndetësore të popullatave - shpesh negativ. Hulumtimet kanë treguar se ndërhyrjet që adresojnë përcaktuesit shoqërorë të shëndetit para problemeve të identifikuara shëndetësore ose njëkohësisht me kujdesin mjekësor përmirësojnë shëndetin dhe zvogëlojnë pabarazitë shëndetësore. Përcaktuesit shoqërorë të shëndetit (faktorët socialë dhe ekonomikë dhe mjedisi fizik) përbëjnë 40% të përcaktuesve të shëndetit që ndikojnë në rezultatet shëndetësore. Të dy kategoritë e përcaktuesve shoqërorë dhe përcaktuesit fizikë në tabelë konsiderohen përcaktues socialë të shëndetit[116].

Njerëzit e Shëndetshëm 2020 kanë identifikuar objektivat për përcaktuesit shoqërorë të shëndetit në kategoritë e mëposhtme: stabiliteti ekonomik, arsimi, mjedisi fqinjësor dhe i ndërtuar, dhe konteksti social dhe komunitar.

[115] Alessandro Rinaldi, Maurizio Marceca. Riflessioni Sistemiche - I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute? N° 16 giugno 2017

[116] Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backans M. Health for all?. Swedish National Institute of Public Health. Report 2008

Është e rëndësishme të theksohet se lista e përcaktuesve shoqërorë të shëndetit nuk përfshin kulturën ose përkatësinë etnike. As kategoria e racës nuk konsiderohet një përcaktues shëndetësor që rezulton në rezultate më të dobëta shëndetësore. Për të organizuar të dhënat e shëndetit publik në një mënyrë që identifikon popullatat me rezultate më të dobëta shëndetësore dhe pabarazi shëndetësore, agjencitë qeveritare raportojnë rezultatet shëndetësore sipas kategorive të veçanta të njerëzve (grupimi i njerëzve sipas një grupi karakteristikash të përcaktuara biologjike, kulturore dhe etnike). Qëllimi i këtij kategorizimi është identifikimi dhe synimi i grupeve të veçanta të popullsisë për ndërhyrje specifike për të zvogëluar pabarazitë shëndetësore. Ky kategorizim i referohet racizmit në atë që këto kategori çojnë në stereotipizimin e individëve sipas kategorive racore, etnike dhe kulturore. PHN -të duhet të jenë të kujdesshëm që, kur zhvillojnë ndërhyrje për grupe të veçanta të popullsisë (emigrantë, amerikanë vendas, etj.), Ata të jenë në gjendje të lënë mënjanë stereotipet e të dhënave dhe të zhvillojnë shërbime që plotësojnë nevojat unike të individëve.

12.5 Ndikimi i Përcaktuesve Socialë të Shëndetit

Në Shtetet e Bashkuara, përcaktuesit shoqërorë të shëndetit të statusit shoqëror (p.sh. arsimi, të ardhurat, vendbanimi, diskriminimi historik bazuar në perceptimet e racës dhe etnisë) dhe aftësia për të kontrolluar jetën dhe shëndetin e dikujt kanë një ndikim të rëndësishëm në rezultatet shëndetësore si të individëve ashtu edhe të popullatave. Një krahasim i jetëgjatësisë mes grupeve të ndryshme shoqërore në Shtetet e Bashkuara ilustron pabarazitë shëndetësore .

13

Qasjet në promovimin e shëndetit dhe edukimin shëndetësor

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë qasjet për promovimin e shëndetit.
- Shpjegojë teoritë e promovimit të shëndetit.
- Aplikojë edukim shëndetësor efikas.

13.1 Promovimi i Shëndetit: Evolucioni Historik

Termi "Promovimi i Shëndetit" u krijua në vitin 1945 nga Henry E. Sigerist, i cili përcaktoi katër detyrat kryesore të mjekësisë si promovimi i shëndetit, parandalimi i sëmundjeve, dhe rehabilitim i të sëmurëve. Ajo gjeti reflektime 40 vjet më vonë në Kartën e Otavës për promovimin e shëndetit. Karta e Otavës përfshinte aftësimin e njerëzve për të arritur një nivel të mirëqenies duke mbrojtur politika të shëndetshme publike, duke krijuar mjedise mbështetëse, duke forcuar veprimet e komunitetit, duke zhvilluar aftësitë personale, duke riorientuar shërbimet shëndetësore dhe duke lëvizur në një të ardhme ku shëndeti krijohet aty ku njerëzit mësojnë, punojnë.

13.1.1 Qasjet në Promovimin e Shëndetit

Qasjet për promovimin e shëndetit përfshijnë avokimin dhe politikën së bashku me burimet konkrete të nevojshme për të rritur kontrollin dhe për të përmirësuar gjendjen e shëndetit dhe mirëqenies për individët, komunitetet dhe popullatat. Promovimi i shëndetit është një praktikë shumëdisiplinore për të përmirësuar dhe ruajtur shëndetin e individëve, familjeve, komuniteteve dhe popullatave.

Infermierët kanë një mundësi unike për të promovuar shëndetin për individët, familjet dhe komunitetet në nivel global për shkak të ekspertizës së tyre biofizike-psikosociale, sepse ofrojnë kujdes dhe kontakt të vazhdueshëm me njerëzit dhe për shkak të nivelit të besimit shoqëror që infermierët kanë arritur. OBSH propozoi që infermierët të kenë potencialin të udhëheqin lëvizjen e promovimit të shëndetit (OBSH, 1989). Sidoqoftë, është e qartë se bashkëpunimi me profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor është një premisë bazë për ofrimin e shërbimeve të

promovimit të shëndetit. Meqenëse promovimi i shëndetit duhet të bëhet në mënyrë tërësore, është thelbësore të jeni në gjendje të punoni në një atmosferë plotësuese me edukatorë të shëndetit, specialistë të promovimit të shëndetit, nutricionistë, sociologë, ambientalistë dhe të tjerë[117].

Referimi i teorive të ndryshme mund të udhëzojë dhe informojë praktikuesit nëpërmjet fazave:

- përcaktimi i problemit
- gjenerimi i zgjidhjeve
- ngritja e kapaciteteve
- veprimet e promovimit të shëndetit
- matja e rezultateve

13.1.2 Përcaktimi i problemit

Identifikimi i parametrave të problemit shëndetësor që do të adresohen mund të përfshijë nxjerrjen e një game të gjerë informacioni epidemiologjik dhe demografik, si dhe informacion nga shkencat e sjelljes dhe ato shoqërore dhe njohjen e nevojave dhe prioriteteve të komunitetit. Këto mund të jenë karakteristika, besime dhe vlera individuale që lidhen me sjellje të ndryshme shëndetësore dhe që mund të jenë të përshtatshme për t'u ndryshuar.

13.1.3 Krijimi i zgjidhjes

Hapi i dytë përfshin analizën e zgjidhjeve të mundshme, duke çuar në zhvillimin e një plani programor i cili specifikon objektivat dhe strategjitë që do të përdoren, si dhe sekuencën e veprimtarisë. Teoria është më e dobishme këtu në dhënien e udhëzimeve se si dhe kur mund të arrihet ndryshimi në popullatën, organizatën ose politikën e synuar. Ai gjithashtu mund të krijojë ide të cilat përndryshe nuk ju kishin shkuar ndërmend. Teoritë e ndryshme mund t'ju ndihmojnë të kuptoni metodat që mund të përdorni si fokus të ndërhyrjeve tuaja; veçanërisht duke përmirësuar të kuptuarit e proceseve me anë të të cilave ndodhin ndryshimet në variablat e synuara (p.sh. njerëzit, organizatat dhe politikat), dhe duke sqaruar mjetet për të arritur ndryshimin në këto variabla të synuar. Për shembull, teoria mund të ndihmojë në shpjegimin e ndikimit të mjediseve të ndryshme të jashtme dhe ndikimin e tyre në sjelljen individuale. Këto njohuri do të ndihmojnë në hartimin e një programi, për shembull duke treguar se si ndryshimet në mjedis mund të kenë ndikim në sjelljen shëndetësore. Disa teori gjithashtu informojnë vendimet për kohën dhe renditjen e ndërhyrjeve tuaja në mënyrë që të arrihen efektet maksimale.

13.1.4 Ndërtim kapaciteti

[117] Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. Indian J Community Med. 2012

Pasi të jetë zhvilluar një plan programi, faza e parë në zbatim zakonisht drejtohet drejt krijimit të interesit publik dhe politik në program, mobilizimit të burimeve për zbatimin e programit dhe ndërtimit të kapaciteteve në organizatat përmes të cilave programi mund të funksionojë (p.sh. shkollat, vendet e punës, qeveri lokale). Teoritë e modeleve që tregojnë se si të ndikohet në politikat dhe procedurat organizative janë veçanërisht të dobishme këtu, ashtu siç është edhe teoria e cila udhëheq zhvillimin e aktiviteteve të medias.

Zbatimi i një programi mund të përfshijë strategji të shumta, të tilla si arsimi dhe avokimi. Këtu, elementët kryesorë të teorisë mund të sigurojnë një pikë referimi kundër së cilës përzgjedhja aktuale e metodave dhe renditja e një ndërhyrje mund të konsiderohet në lidhje me zbatimin teorikisht ideal të programeve. Në këtë mënyrë, përdorimi i teorisë ju ndihmon të kuptoni suksesin ose dështimin në programe të ndryshme, veçanërisht duke theksuar ndikimin e mundshëm të dallimeve midis asaj që ishte planifikuar dhe asaj që ndodhi në të vërtetë në zbatimin e programit. Ai gjithashtu mund të ndihmojë në identifikimin e elementeve kryesore të një programi që mund të formojnë bazën për përhapjen e programeve të suksesshme.

13.1.5 Rezultatet

Ndërhyrjet për promovimin e shëndetit mund të pritet të kenë ndikim fillimisht në procese ose aktivitete të tilla si pjesëmarrja dhe praktikat organizative. Teoria mund të japë udhëzime mbi masat e duhura që mund të përdoren për të vlerësuar aktivitete të tilla. Për shembull, aty ku teoria sugjeron që objektivi i ndërhyrjeve është të arrihet ndryshimi i njohurive ose ndryshimet në normat shoqërore, matja e këtyre ndryshimeve bëhet pika e parë e vlerësimit. Masat e tilla të ndikimit shpesh quhen rezultate të promovimit të shëndetit. Vlerësimi i rezultateve të ndërmjetme është niveli tjetër i vlerësimit. Teoria mund të përdoret gjithashtu për të parashikuar rezultatet e ndërmjetme shëndetësore që kërkohen nga një ndërhyrje. Zakonisht këto janë modifikime të sjelljes së njerëzve ose ndryshime në kushtet shoqërore, ekonomike dhe mjedisore që përcaktojnë shëndetin ose ndikojnë në sjelljen. Teoritë mund të parashikojnë që rezultatet e promovimit të shëndetit do të çojnë në rezultate të tilla të ndërmjetme shëndetësore. Rezultatet shëndetësore dhe sociale i referohen rezultateve përfundimtare të një ndërhyrjeje në drejtim të ndryshimeve në gjendjen e shëndetit fizik ose mendor, në cilësinë e jetës ose në përmirësimin e barazisë në shëndet brenda popullatave. Përkufizimi i rezultateve përfundimtare do të bazohet në marrëdhëniet e parashikuara teorikisht midis ndryshimeve në rezultatet e ndërmjetme të shëndetit dhe rezultateve përfundimtare të shëndetit[118].

13.2 Prioritetet për promovimin e shëndetit

13.2.1 Promovimi i përgjegjësisë sociale për shëndetin

[118] L. Louise Ivanov, Carolyn L. Blue PUBLIC HEALTH NURSING Leadership, Policy & Practice. 1st edition (January 18, 2008). Fq 253- 269

Vendimmarrësit duhet të jenë të përkushtuar fort ndaj përgjegjësisë sociale. Si sektori publik ashtu edhe ai privat duhet të promovojnë shëndetin duke ndjekur politika dhe praktika që:

- shmangin dëmtimin e shëndetit të individëve;
- mbrojtjen e mjedisit dhe sigurimin e përdorimit të qëndrueshëm të burimeve;
- të kufizojë prodhimin dhe tregtimin e mallrave dhe substancave të dëmshme, të tilla si duhani dhe armatimi,
- të dekurajojë praktikat jo të shëndetshme të marketingut;
- të mbrojë qytetarin në treg dhe individin në vendin e punës;
- përfshijnë vlerësimet e ndikimit shëndetësor të përqendruara në barazi si pjesë integrale e zhvillimit të politikave.

13.2.2. Rritja e investimeve për zhvillimin e shëndetit

Në shumë vende, investimet aktuale në shëndetësi janë të papërshtatshme dhe shpesh joefektive. Rritja e investimeve për zhvillimin e shëndetit kërkon një qasje vërtet multi-sektoriale duke përfshirë, për shembull, burime shtesë për arsimin dhe strehimin, si dhe për sektorin e shëndetësisë. Investimi më i madh për shëndetin dhe riorientimi i investimeve ekzistuese, si brenda ashtu edhe midis vendeve. Investimet për shëndetin duhet të pasqyrojnë nevojat e grupeve të veçanta si gratë, fëmijët, njerëzit e moshuar dhe popullatat indigjene, të varfra dhe të margjinalizuara.

13.3.3. Konsolidimi dhe zgjerimi i partneriteteve për shëndetin

Promovimi i shëndetit kërkon partneritete për shëndetin dhe zhvillimin social midis sektorëve të ndryshëm në të gjitha nivelet e qeverisjes dhe shoqërisë. Partneritetet ekzistuese duhet të forcohen dhe potenciali për partneritete të reja duhet të eksplorohet. Partneritetet ofrojnë përfitime reciproke për shëndetin përmes ndarjes së ekspertizës, aftësive dhe burimeve. Çdo partneritet duhet të jetë transparent dhe i përgjegjshëm dhe të bazohet në parimet etike të dakorduara, mirëkuptimin dhe respektin reciprok. Udhëzimet e OBSH -së duhet të respektohen.

13.3.4. Rritja e kapaciteteve të komunitetit dhe fuqizimi i individit

Promovimi i shëndetit kryhet nga dhe me njerëzit, jo mbi njerëzit[119]. Përmirëson aftësinë e individëve për të ndërmarrë veprime dhe kapacitetin e grupeve, organizatave ose komuniteteve për të ndikuar në përcaktuesit e shëndetit. Përmirësimi i kapacitetit të komuniteteve për promovimin e shëndetit kërkon edukim praktik, trajnim për lidership dhe qasje në burime. Fuqizimi i individëve kërkon qasje më të qëndrueshme, të besueshme në Filozofinë dhe teorinë e procesit të vendimmarrjes për promovimin e shëndetit dhe aftësitë dhe njohuritë thelbësore për të ndikuar në ndryshim. Komunikimi tradicional dhe mediat e reja të informacionit e mbështesin

[119] Esma Kabasakal&Gülümser KublayHealth. Education and Health Promotion Skills of Health Care Professionals Working in Family Health Centres. International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2017

këtë proces. Burimet shoqërore, kulturore dhe shpirtërore duhet të shfrytëzohen në mënyra novatore.

13.3.5. Sigurimi i një infrastrukture për promovimin e shëndetit

Për të siguruar një infrastrukturë për promovimin e shëndetit, duhet të gjenden mekanizma të rinj për financimin e saj në nivel lokal, kombëtar dhe global. Duhet të krijohen stimuj për të ndikuar në veprimet e qeverive, organizatave joqeveritare, institucioneve arsimore dhe sektorit privat për të siguruar që mobilizimi i burimeve për promovimin e shëndetit është maksimalizuar. "Cilësimet për shëndetin" përfaqësojnë bazën organizative të infrastrukturës së kërkuar për promovimin e shëndetit. Sfidat e reja shëndetësore nënkuptojnë se duhet krijuar rrjete të reja dhe të larmishme për të arritur bashkëpunimin ndër-sektorial.

Dokumentimi i përvojave në promovimin e shëndetit përmes kërkimit dhe raportimit të projekteve duhet të përmirësohet për të përmirësuar planifikimin, zbatimin dhe vlerësimin. Të gjitha vendet duhet të zhvillojnë mjediset e duhura politike, ligjore, arsimore, sociale dhe ekonomike të kërkuara për të mbështetur promovimin e shëndetit[120].

13.4 Edukimi Shëndetësor – Përkufizimi

Organizata Botërore e Shëndetit (1998) e përkufizoi edukimin shëndetësor si "Edukimi shëndetësor përfshin mundësi të ndërtuara me vetëdije për të mësuar nga një formë komunikimi të krijuar për të përmirësuar nivelin shëndetësor, duke përfshirë përmirësimin e njohurive dhe zhvillimin e aftësive jetësore të cilat janë të favorshme për shëndetin e individit dhe komunitetit".

Në të kaluarën, edukimi shëndetësor përdorej si term për të përfshirë një gamë më të gjerë veprimesh duke përfshirë mobilizimin social dhe avokimin. Këto metoda tani përfshihen në termin promovim shëndetësor dhe këtu propozohet një përkufizim më i ngushtë i edukimit shëndetësor për të theksuar dallimin.

13.4.1 Prioritetet Bazuar në Demografinë

Nevojat për edukim shëndetësor mund të jenë të ndryshme bazuar në variablat demografikë si gjinia, mosha, të ardhurat, arsimi dhe përkatësia etnike. Burrat dhe gratë kanë shqetësime të ndryshme shëndetësore, stile të ndryshme jetese dhe incidencë të ndryshme të sëmundjes. Konsiderimi i moshës, arsimimit dhe të ardhurave janë gjithashtu faktorë që përcaktojnë nevojat për edukim shëndetësor.

Edukimi shëndetësor për fëmijët mund të përqendrohet në nevojat ushqyese, imunizimet, parandalimin e shtatzënisë adoleshente dhe parandalimin e abuzimit të substancave. Të rriturit e

[120] Maggie Davies & Wendy Maçdowall. Health Promotion Theory. December 1, 2005. Fq 5-37.

moshuar mund të kenë nevoja arsimore rreth dietës ose menaxhimit të një sëmundjeje kronike. Personat që kanë të ardhura më të ulëta dhe nivele arsimore mund të kenë nevojë për këshillim rreth sjelljeve shëndetësore, si dhe akses në shërbimet shëndetësore. Nevojat për arsim gjithashtu mund të ndryshojnë sipas grupit etnik ose kulturor, nëse shqetësime të caktuara shëndetësore janë më të përhapura në këto grupe.

Edukimi shëndetësor ka të bëjë me sigurimin e informacionit dhe njohurive shëndetësore për individët dhe komunitetet dhe ofrimin e aftësive për t'u mundësuar individëve të miratojnë vullnetarisht sjellje të shëndetshme.

Edukimi për kujdesin shëndetësor nuk sigurohet në mënyrë rigoroze përmes shkëmbimit të informacionit, por përkundrazi lidhet gjithashtu me motivimin, inkurajimin e aftësive dhe besimit të caktuar, të cilat janë të rëndësishme për të sjellë përmirësim të shëndetit të njerëzve. Është me rëndësi parësore që profesionistët e kujdesit shëndetësor që punojnë në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor të kenë njohuritë, përvojën dhe aftësitë e nevojshme për të promovuar shëndetin dhe për të informuar shoqërinë përmes këshillimit për sjelljet e duhura të jetesës që promovojnë shëndetin. Duke pasur parasysh se funksioni kryesor i përpjekjeve për promovimin e shëndetit është forcimi i individëve, dhe nga ana tjetër, është e rëndësishme që të bëhet një ekzaminim i zbatimit të aftësive të edukimit shëndetësor dhe rolit të ofruesve të shërbimeve shëndetësore në qendrat shëndetësore familjare[121].

13.4.2 Edukimi shëndetësor në nxitjen e shëndetit

Në literaturën infermierore dhe brenda praktikës, termat promovim i shëndetit dhe edukim shëndetësor janë keqpërdorur si koncepte të këmbyeshme. Në realitet, edukimi shëndetësor dhe promovimi i shëndetit janë aktivitete të ndryshme. Koncepti i promovimit të shëndetit, i cili fokusohet në përcaktuesit socio-ekonomikë dhe mjedisorë të shëndetit dhe përfshirjes pjesëmarrëse, përfshin konceptin më të ngushtë të edukimit shëndetësor.

Edukimi shëndetësor përfshin dhënien e informacionit dhe mësimin e individëve dhe komuniteteve se si të arrijnë një shëndet më të mirë, një rol i përbashkët brenda infermierisë. Edukimi shëndetësor është përcaktuar si ato aktivitete që rrisin ndërgjegjësimin e një individi, duke i dhënë individit njohuritë shëndetësore të kërkuara për t'i mundësuar atij ose asaj të vendosë për një veprim të veçantë shëndetësor. Whitehead (2004) e përkufizoi edukimin shëndetësor si aktivitete që kërkojnë të informojnë individin mbi natyrën dhe shkaqet e shëndetit / sëmundjes dhe nivelin personal të rrezikut të individit që lidhet me sjelljen e tyre të jetesës.

Edukimi shëndetësor kërkon të motivojë individët të pranojnë një proces të ndryshimit të sjelljes duke ndikuar drejtpërdrejt në vlerat, besimet dhe sistemet e tyre të qëndrimit. Në kontrast, promovimi i shëndetit përfshin ndryshime sociale, ekonomike dhe politike për të siguruar

[121] L. Louise Ivanov, Carolyn L. Blue PUBLIC HEALTH NURSING Leadership, Policy & Practice. 1st edition (January 18, 2008). 278-283

mjedisi është i favorshëm për shëndetin, kërkon që një infermiere të edukojë një individ për nevojat e tij ose të saj shëndetësore, por gjithashtu kërkon që infermierja të luajë një rol në përpjekjen për të trajtuar çështjet më të gjera mjedisore dhe sociale që ndikojnë negativisht në shëndetin e njeriut. Për vite edukimi shëndetësor u pa si sinonim i promovimit të shëndetit dhe termat u përdorën në mënyrë të ndërsjellë. Ëhitehead, argumentoi se në fakt ekziston një paradigmë midis edukimit shëndetësor të përqendruar në sëmundje dhe koncepti më i madh i promovimit të shëndetit që përfshin një fokus në përcaktimet mjedisore, arsimore, kulturore dhe sociopolitike të shëndetit.

Edukimi shëndetësor është një komponent i promovimit të shëndetit. Sigurisht, edukimi shëndetësor, një rol tradicional infermieror, është një pjesë integrale dhe thelbësore e promovimit të shëndetit. Sidoqoftë, arritja e shëndetit nuk ka të bëjë vetëm me arsimimin ose stërvitjen për të ndryshuar sjelljen e dikujt nga një ofrues i kujdesit shëndetësor. Shpesh pacientët janë përpjekur të ndryshojnë një sjellje të lidhur me shëndetin para se të flasin me një ofrues të kujdesit shëndetësor. Në këto situata, biseda me një pacient dhe zhvillimi i një kuptimi gjithëpërfshirës të asaj që ata duan të ndryshojnë, atë që ata kanë provuar më parë dhe barrierat e tyre për të ndryshuar është jetike.

Edukimi shëndetësor ka të bëjë me ndihmën e njerëzve që të bëjnë zgjedhje të informuara në lidhje me sjelljen e tyre duke rritur kuptimin e tyre për pasojat shëndetësore të veprimeve ose mosveprimeve të tyre dhe duke fituar aftësitë për t'i bërë zgjedhjet e tyre një realitet. Infermierët në të gjitha specialitetet përdorin procesin e infermieror dhe metodën e tij të zgjidhjes së problemeve në praktikë për të individualizuar dhe planifikuar qasjet për kujdesin, zbatimin e ndërhyrjeve dhe vlerësimin e rezultateve. Procesi i edukimit shëndetësor është i ngjashëm me procesin e infermieror dhe përfshin vlerësimin e nxënësit, planifikimin dhe zhvillimin e objektivave, zbatimin dhe vlerësimin e planit[122].

[122] Mary A. Nies, Melanie McEwen. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th Edition. 2018. Fq 286- 316.

14

Vlerësimi i komunitetit (përfshirë profilizimin)

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë rezultatet kryesore të vlerësimit të nevojave të komunitetit janë në
- Vlerësojë karakteristikat e popullsisë
- Njohë Hapat në procesin e vlerësimit të nevojave
- Vlerësojë ekspozime në rreziqe shëndetësore dhe shkalla e vulnerabilitetit

14.1 Hyrje

Komunitetet përcaktohen nga një zonë gjeografike; megjithatë, ata gjithashtu mund të bazohen në interesa ose karakteristika të përbashkëta siç është feja, raca, mosha ose profesioni. Njerëzit brenda një komuniteti vijnë nga prejardhje të ndryshëm dhe kanë kultura, zakone dhe vlera unike. Vlerësimi i nevojave të komunitetit u siguron udhëheqësve të komunitetit ndihmën në identifikimin e fushave për përmirësim. Me këto të dhëna, komunitetet mund të hartojnë një kurs për përmirësimin e shëndetit duke krijuar strategji për ndryshime pozitive dhe të qëndrueshme në.

Rezultatet kryesore të vlerësimit të nevojave të komunitetit janë në 3 kategori:

- Ndryshimi i Politikave
- Ndryshimi i Sistemeve
- Ndryshimi i Mjedisit

Ndryshimi i Politikës → Kjo përfshin ligjet, rregulloret, rregullat, protokollet dhe procedurat që janë projektuar për të udhëhequr ose ndikuar në sjellje. Politikat mund të jenë ose legjislative ose organizative. Politikat shpesh urdhërojnë ndryshimet mjedisore dhe rrisin gjasat që ata të institucionalizohen .

Shqetësimi kryesor i infermierëve të shëndetit në komunitet është të përmirësojnë shëndetin e komunitetit. Për të trajtuar këtë shqetësim, infermierët e shëndetit në komunitet përdorin të gjitha

parimet dhe aftësitë e infermierisë dhe praktikës së shëndetit publik. Ky proces përfshin përdorimin e metodave demografike dhe epidemiologjike për të vlerësuar shëndetin e komunitetit dhe për të diagnostikuar nevojat e tij shëndetësore. Para fillimit të këtij procesi, infermieri i shëndetit në komunitet duhet të përcaktojë komunitetin. Një aspekt kryesor i praktikës së shëndetit publik është aplikimi i qasjeve dhe zgjidhjeve për problemet shëndetësore që sigurojnë që shumica e njerëzve të përfitojnë maksimalisht. Për këtë qëllim, infermieri punon për të përdorur kohën dhe burimet në mënyrë efikase. Një qasje alternative e konsideron vetë komunitetin ,njësinë e shërbimit dhe punon në bashkëpunim me komunitetin duke përdorur hapat e procesit infermieror.. Infermieri bashkëpunon me anëtarët e komunitetit për të identifikuar problemet e komunitetit dhe për të zhvilluar zgjidhje për të përmirësuar përfundimisht shëndetin e komunitetit.

Infermieri i shëndetit në komunitet njihet me komunitetin dhe fillon të kuptojë natyrën e tij duke udhëtuar nëpër zonë. Infermieri fillon të krijojë gjykime ose hipoteza të caktuara në lidhje me shëndetin e komunitetit, pikat e forta dhe problemet e mundshme shëndetësore përmes kësaj qasjeje të thjeshtë. Infermieri i shëndetit në komunitet duhet t'i vërtetojë këto vlerësime dhe përshtypje fillestare me të dhëna më konkrete ose të përcaktuara para se të formulojë një diagnozë dhe plan të komunitetit.

14.2 Nevojat e Vlerësimit

Infermieri duhet të kuptojë perspektivën e komunitetit mbi gjendjen shëndetësore, shërbimet që përdor ose kërkon dhe shqetësimet e tij. Shumica e të dhënave zyrtare nuk e kapin këtë lloj informacioni. Të dhënat e mbledhura drejtpërdrejt nga një agregat mund të jenë më të kuptueshme dhe më të sakta; prandaj infermierët e shëndetit në komunitet ndonjëherë kryejnë vlerësime të nevojave të komunitetit. Ekzistojnë disa qasje për mbledhjen e të dhënave subjektive; megjithatë, planifikimi i kujdesshëm i një infermiereje për procesin do të kontribuojë në besueshmërinë dhe dobinë e tij pavarësisht nga metoda. Strategjia e zgjedhur për mbledhjen e të dhënave të vlerësimit të nevojave varet nga madhësia dhe natyra e agregatit, qëllimi për mbledhjen e informacionit dhe burimet në dispozicion të infermierit. Edhe pse procesi i vlerësimit të nevojave mund të tregojë pikat e forta dhe të dobëta të një programi, ai gjithashtu mund të rrisë pritjet për shërbime të reja nga ana e anëtarëve të komunitetit. Përfshirja e anëtarëve të komunitetit në planifikimin e vlerësimit krijon besim dhe autorësi në proces, dhe në përmirësimet që rezultojnë më pas. Me zbatimin e Aktit të SHBA -së për Mbrojtjen e Pacientëve dhe Kujdesin e Përballueshëm, spitalet jofitimprurëse duhet të kryejnë vlerësime gjithëpërfshirëse të nevojave të komunitetit për shëndetin, të quajtura shpesh CHNA, të cilat krijojnë një mundësi të rëndësishme për të koordinuar me agjencitë e shëndetit publik për të marrë vendime më efektive dhe për të planifikuar në mënyrë strategjike për të adresuar shëndetin lokal[123].

[123] Community Commons, 2017; National Association of County and City Health Officials [NACCHO], 2017)

14.2.1 Hapat në procesin e vlerësimit të nevojave

- Identifikimi i agregatit për vlerësim.
- Angazhoni komunitetin në planifikimin e vlerësimit.
- Identifikoni informacionin e kërkuar.
- Zgjidhni metodën e mbledhjes së të dhënave.
- Zhvilloni pyetësorin ose pyetjet e intervistës.
- Zhvillimi i procedurave për mbledhjen e të dhënave.
- Trajnoni mbledhësit e të dhënave.
- Kryeni vlerësimin e nevojave.
- Listoni dhe analizoni të dhënat.
- Identifikoni nevojat e sugjeruara nga të dhënat.
- Zhvilloni një plan veprimi.

Një qasje e parë për mbledhjen e të dhënave është intervistimi i informatorëve kryesorë në komunitet. Një qasje e dytë është mbajtja e një forumi të komunitetit për të diskutuar pyetjet e zgjedhura. Është e rëndësishme që infermierja të planifikojë me kujdes takimin paraprakisht për të marrë informacionin më të dobishëm. Infermierja e shëndetit në komunitet gjithashtu mund t'i dërgojë anketa anëtarëve të komunitetit për të nxjerrë informacion nga një grup më i larmishëm njerëzish të cilët mund të mos jenë të gatshëm ose të paaftë për të marrë pjesë në një forum të komunitetit. Fokus grupet janë një qasje e tretë; këto mund të jenë shumë efektive në mbledhjen e pikëpamjeve të komunitetit, veçanërisht për segmentet e largëta dhe të cenueshme të një komuniteti dhe për ata me opinione të pazhvilluara. Infermierët që kryejnë fokus grupe duhet të zgjedhin me kujdes pjesëmarrësit, të formulojnë pyetje dhe të analizojnë seancat e regjistruara. Këto sesione mund të prodhojnë ndërveprim dhe shprehje më të madhe të ideve sesa sondazhet dhe mund të ofrojnë më shumë pasqyrë në opinionet e një agregati. Përveç inkurajimit të pjesëmarrjes së komunitetit në identifikimin e aseteve dhe nevojave, fokus grupet mund të vendosin bazën për përfshirjen e komunitetit në planifikimin e zgjidhjeve për problemet e identifikuara.

14.2.2 Diagnostikimi i problemeve shëndetësore

Hapi tjetër i procesit infermieror është sintetizimi i të dhënave të vlerësimit, në të cilat infermierja planifikon të ekzaminojë të dhënat dhe krijon një listë të të gjitha problemeve aktuale dhe të mundshme. Pastaj infermierja zhvillon deklarata diagnostikuese për shëndetin e komunitetit. Këto deklarata, ose diagnoza, specifikojnë natyrën dhe shkakun e një problemi shëndetësor aktual ose potencial të komunitetit dhe drejtojnë planet e infermierëve të shëndetit të komunitetit për të zgjidhur problemin. Muecke (1984) zhvilloi një format që ndihmon në shkrimin e një diagnoze të komunitetit. Diagnoza përbëhet nga katër komponentë:

1. identifikimi i problemit ose rrezikut shëndetësor,
2. agregati ose bashkësia e prekur,
3. deklarata etiologjike ose shkakësore,
4. dëshmitë ose mbështetja për diagnozën.

Secili prej këtyre përbërësve ka një rol të rëndësishëm në procesin infermieror. Problemi paraqet një sintezë të të gjitha të dhënave të vlerësimit.

Të dhënat epidemiologjike mund të jenë të dobishme si bazë për përcaktimin e suksesit. Duke krahasuar të dhënat bazë, dhe treguesit e tjerë përkatës, infermierja mund të ndërtojë standarde për të vlerësuar arritjen e objektivave të programit. Ky hap mund të nënkuptojë llogaritjen e normave të incidencës nëse qëllimi është të zvogëlojë zhvillimin e sëmundjeve, ose parandalimin . Reduktimi i pranisë së faktorëve të rrezikut dhe dokumentimi i modeleve të sjelljes së shëndetshme janë indekse të tjera objektive të programeve të suksesshme. Infermierja e shëndetit në komunitet përpilon një sërë të dhënash vlerësimi që mbështesin diagnozën infermierore. Studimet epidemiologjike mbështesin planifikimin e programit duke përcaktuar efektivitetin e ndërhyrjeve të caktuara dhe specifikën e tyre për agregate të ndryshëm. Së fundi, të dhënat epidemiologjike janë të rëndësishme për dokumentimin infermieror të komunitetit për efektivitetin afatgjatë të një programi.

14.2.3 Informacion infermieror

Kjo do të jetë një pjesë e rëndësishme e çdo vlerësimi të nevojave shëndetësore të komunitetit që harton infermierja. Ju gjithashtu mund të merrni informacion nga anëtarët e tjerë të ekipit. Njohuri infermierore. Kjo është e përbërë nga tre fillesa kryesore.

14.2.4 Vëzhgimi

Vëzhgimi i mirë është themelor për të gjitha vlerësimet infermierore. Është një bazë për vlerësimin e gjendjes së shëndetit të njerëzve dhe përparimin e tyre. Ky informacion nuk duhet të jetë i vështirë për tu marrë. Në nivel komuniteti vëzhgimi përfshin një vlerësim infermieror joformal të mirëqenies së komunitetit.

14.2.5 Intervista dhe pyetësorë

Nëse ndonjë pjesë e informacionit mungon, mund të jetë e nevojshme të bëni një pjesë të vogël kërkimi vetë për ta marrë atë. Pyetësorët mund të përdoren në shkallë të gjerë për të hetuar një aspekt të veçantë të gjendjes shëndetësore të një komuniteti, siç është përhapja e një sëmundjeje, ose ekspozimi ndaj rreziqeve të veçanta ose sjelljeve të dëmshme për shëndetin, siç është pirja e duhanit. Intervistat në përgjithësi përdoren për të dhënë një pasqyrë më të thellë si kushtet ose sëmundjet ndikojnë tek njerëzit.

14.2.6 Informacioni i çështjes

Ky është informacioni që përmbahet në regjistrat e infermierisë. Mund të lidhet me modelet e sëmundjeve, mirëqenien, sjelljen shoqërore, marrjen e shërbimeve ose karakteristikat shoqërore. Kjo mund të lidhet vetëm me një pjesë të vogël të bashkësisë ose grupit, ose mund të përfaqësojë një popullsi më të madhe. Infermierja duhet të bëjë të qartë marrëdhënien e grupit të saj të klientëve me komunitetin më të gjerë. Kjo mund të sigurojë njohuri të përqendruara dhe të detajuara që janë jashtëzakonisht të rëndësishme në identifikimin e nevojave shëndetësore.

Ky është një mjet infermieror me tre qëllime:

1. të vlerësojë nevojat shëndetësore të familjes në partneritet me familjen
2. t'i mundësojë familjes të identifikojë shërbimet që u nevojiten
3. të marrë informacion për vlerësimin e nevojës në nivel komuniteti.

Shumë njerëz e konsiderojnë veten të shëndetshëm, edhe me kushte kronike, derisa të ketë një problem. Vlerësimi i shëndetit të familjes mbulon shëndetin fizik, social, emocional dhe mjedisor dhe plotësohet nga vetë anëtarët e familjes. Rezultatet e vlerësimit diskutohen nga familja dhe infermierja dhe bien dakord së bashku për veprimet. Një vlerësim i shëndetit të familjes i bërë në partneritet me një infermiere mund të jetë fuqizues për një familje. Mund t'u japë atyre mjetet me të cilat mund të kërkojnë ose refuzojnë shërbimet. Familjet kanë të drejtë të bëjnë zgjedhje dhe kjo duhet të ndikojë në ofrimin e shërbimeve lokale. Informacioni që japin familjet për komunitetin e tyre në nivel mikro është i një cilësie të mirë dhe mund të krijojë një panoramë të përgjithshme të komunitetit nëse plotësohen një numër i mjaftueshëm vlerësimesh[124].

10.3 Profilizimi i komunitetit

Profilizimi i komunitetit si një mjet i zhvillimit të komunitetit nuk është i ri. Komunitetet, grupet e komunitetit kanë kryer ushtrime të profilizimit të komunitetit si një mjet për t'u demonstruar ofruesve të shërbimeve ligjore që nuk po marrin një nivel adekuat të shërbimeve, ose se kanë nevoja që aktualisht nuk janë duke u përmbushur, ose për të demonstruar kundërshtimin e nismave që do të ndikojnë negativisht në to.

Vlerësimet e nevojave në përgjithësi përdorin të dhënat ekzistuese (për shembull, të dhënat e popullsisë). Komunitetet nuk përfshihen gjithmonë në procesin e vlerësimit të nevojave. Ndonjëherë kjo ndodh sepse zona gjeografike ose administrative për t'u mbuluar është shumë e madhe për komunitetet që të përfshihen në çfarëdo kuptimi praktik. Ose mund të jetë sepse burimet në dispozicion për vlerësimin e nevojave - përfshirë burimet financiare, kohën dhe ekspertizën - janë të pakta në agjencitë përkatëse. Sidoqoftë, përderisa vlerësimet e nevojave të ndërmarra në nivelin e një zone më të gjerë administrative mund të mos përfshijnë shumë mundësi për kërkime parësore (mbledhjen e informacionit të ri) ose përfshirjen e komunitetit, ka

[124] Mary A Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th EDITION. 2019.221-250

pasur një numër më shumë vlerësimesh të nevojave lokale të ndërmarra nga praktikuesit e komunitetit që duan të zhvillojnë shërbime më të përshtatura me nevojat e njerëzve në 'anën' e tyre. Dhe, me të vërtetë, e gjithë fusha e kërkimit të praktikuesve po rritet pjesërisht si rezultat i kërkesës që praktika të bazohet në dëshmi[125].

14.3.1 Planifikimi i profilizimit te komunitetit

Planifikimi i punës për të arritur profilizimin e komunitetit është një pjesë vitale e procesit. Fazat e procesit të profilizimit janë:

planifikimi fillestar, duke përfshirë identifikimin paraprak të komunitetit dhe çështjet që do të mbulohen nga profili; krijimin e kontakteve me grupet përkatëse të komunitetit, udhëheqësit dhe aktorët kryesorë; duke mësuar nga përvoja e të tjerëve; identifikimi i burimeve në dispozicion; angazhimin e konsulentëve ose studiuesve profesionistë; dhe zhvillimin e një strukture menaxhuese.

14.3.2 Planifikimi fillestar

Në këtë pikë të procesit, vendimi i parë i rëndësishëm që duhet të merrni është se cili është saktësisht komuniteti që do të profilizohet. Duhet shënuar çdo kufi 'natyror' për komunitetin, siç janë parqet, linjat hekurudhore, autostradat ose rrugët kryesore. Ekzistojnë të paktën tre konsiderata të tjera përkatëse që mund t'ju ndihmojnë të përcaktoni komunitetin tuaj. E para mbahet zakonisht nga pikëpamjet lokale se ku fillon ose mbaron komuniteti ose lagja. E dyta është nëse ka ndonjë kufi administrativ që tejkalon zonën tuaj. Një detyrë tjetër që duhet të realizohet si pjesë e këtij planifikimi fillestar është identifikimi i një liste paraprake të çështjeve që dëshironi të shqyrtoni si pjesë e profilit të komunitetit. Për shembull, a është menduar që profili juaj të jetë gjithëpërfshirës, që mbulon shumicën e çështjeve që prekin njerëzit si shëndeti, strehimi, mjedisi, punësimi, shërbimet e mirëqenies?

14.2.3 Krijimi i kontakteve

Pasi është përpiluar një listë sa më e plotë, e individëve dhe organizatave kryesore brenda komunitetit, infermieret duhet të informojnë individët për projektin, të kërkojnë mbështetjen dhe bashkëpunimin e tyre.

14.2.4 Mësimi nga përvoja e të tjerëve

Një detyrë tjetër që mund të kryhet me dobi në këtë fazë është të zbuloni nëse dikush tjetër është përpjekur të bëjë diçka të ngjashme me atë që keni në plan të bëni dhe nëse ka ndonjë pjesë tjetër të madhe të punës për zhvillimin e komunitetit të planifikuar.

14.2.5 Identifikimi i burimeve

[125] Jack K, Holt M. Community profiling as part of a health needs assessment. Nursing standard. 51-56. 2008.

Çdo ushtrim i profilizimit të komunitetit mbështetet në suksesin e tij duke pasur një gamë mjaft të gjerë burimesh. Është shumë e rëndësishme që të kemi një kuptim të qartë të tre çështjeve në lidhje me burimet.

- Në cilat burime ka grupi qasje tashmë ?
- Çfarë burimesh i duhen grupit por nuk i ka për momentin?
- Cilat nga këto janë jetike për përfundimin me sukses të projektit dhe si mund të merren ato?

14.2.6 Zhvillimi i një strukture menaxhimi

Në një moment gjatë kësaj faze fillestare të "përgatitjes në terren", është e domosdoshme te merret një vendim se si duhet menaxhuar projekti. Mund të jetë e përshtatshme që grupi drejtues thjesht të vazhdojë si grup i menaxhimit të projektit. Qëllimi kryesor i takimit është kërkimi i bashkëpunimit dhe mbështetjes dhe zgjedhja, nominimi ose emërimi i një komiteti menaxhues.

14.2.7 Vendosja e qëllimeve dhe objektivave

Qëllimet dhe objektivat e projektit të profilizimit të komunitetit do të varen në masë të madhe nga qëllimi i përgjithshëm për të cilin profili po kryhet. Në shumicën e rasteve, profili nuk do të jetë një qëllim në vetvete, por një mjet për të arritur një qëllim. Qëllimet dhe objektivat për të cilat grupi vendos duhet të jenë të shprehura qartë, mjaft specifike dhe duhet të bien dakord nga i gjithë grupi i menaxhimit[126].

14.3 Karakteristikat e popullsisë

Një numër elementësh mundësojnë të përshkruani komunitetin në të cilin punoni:

Gjeografia → Një përshkrim i një bashkësie përfshin vendndodhjen e tij. Supozohet se komuniteti i identifikuar do të përkojë me zonën e përgjegjësisë së infermierit. Ju mund të jeni përgjegjës për një fshat me kufij të dallueshëm dhe të njohur, një pjesë të një qyteti me rrugë të emërtuara që shënojnë kufijtë e jashtëm, ose një kamp refugjatësh. Nëse jeni përgjegjës për një popullsi pa vendndodhje fikse, siç janë njerëzit pastrehë, përshkruani vetë njerëzit në vend të vendndodhjes. Përcaktimi i kufijve është i nevojshëm për të identifikuar se kush përfshihet brenda një komuniteti dhe për të ndihmuar në mbledhjen e informacionit. Nëse është e mundur, përputheni kufijtë që zgjidhni me ato administrative, veçanërisht nëse informacioni është mbledhur tashmë mbi atë bazë ose punonjësit e tjerë lokalë ndajnë përgjegjësinë për të njëjtën popullsi.

Shpërndarja e moshës → Është e rëndësishme të shqyrtohet shpërndarja e moshës së një komuniteti sepse kjo do të ketë një ndikim të madh në nevojat shëndetësore. Shumica e profileve e ndajnë komunitetin në grupmoshat e mëposhtme:

[126] Murray Hawtin & Janie Percy-Smith. Community profiling, a practical guide. 2nd edition. 23-36

- fëmijët parashkollorë,
- fëmijët e moshës shkollore dhe të rinjtë,
- të moshuarit.

Grupet e moshës së vjetër dhe të re në një popullsi kanë nevoja më të mëdha për kujdes shëndetësor. Në vend të kësaj, ajo mund të zgjedhë të investojë burime në ruajtjen e shëndetit të të rriturve, pasi aftësia e tyre për të punuar dhe funksionuar është çelësi për ruajtjen e grupeve të varura.

Shpërndarja gjinore → Raporti i meshkujve me femrat në një komunitet padyshim gjithashtu ka një ndikim të madh në nevojat shëndetësore të komunitetit. Shpërndarja gjinore ka disa modele standarde në një shkallë të madhe, të tilla si më shumë djem lindin sesa vajza dhe ka më shumë gra sesa burra në grupmoshën shumë të vjetër. Është e rëndësishme të dini nëse bashkësia juaj i përshtatet këtij modeli, pasi kjo do të ndikojë në gamën e shërbimeve të kërkuara. Gjinia është gjithashtu e rëndësishme kur shikoni çështje specifike shëndetësore, të tilla si planifikimi i familjes, shërbimet e maternitetit ose sëmundjet që janë gjinore specifike, siç është kanceri i vezoreve.

Hierarkia gjinore drejton mënyrën se si njerëzit besojnë ose "dinë/kanë njohuri" për vajzat dhe djemtë, gratë dhe burrat dhe sigurisht që mund të jetë të paragjykuar. Vajzat dhe gratë shihen si më pak të afta, përgjegjëse për "nderin e familjes", si qytetare të dorës së dytë, me më pak akses në vendimmarrje (edhe në shoqëri më të zhvilluara) etj. Natyrisht, nuk mund të përgjithësohet, pasi pozicioni i gruas në një shoqëri varet dhe nga shumë faktorë të tjerë, si p.sh. nga statusi ekonomik dhe social Një grua e një statusi më të lartë socio – ekonomik mund të ketë një akses më të mirë në shërbime shëndetësore dhe më pak ngarkesë në familje. Por, edhe ajo mund të mbajë më shumë përgjegjësi për "emrin" e familjes.

Etnia dhe feja → Grupet etnike dhe fetare të pakicave mund të margjinalizohen brenda një komuniteti; mungesa e vetëdijes mund të rezultojë në një vlerësim të nevojave të komunitetit për shëndetin që mund të mos përfshijë grupet më të cenueshme. Infermierët duhet të jenë të vetëdijshëm për grupet e ndryshme etnike dhe kulturore brenda komunitetit. Grupet etnike mund të klasifikohen sipas origjinës racore, fesë, ngjyrës ose kombësisë. Ju mund të zgjidhni të përdorni klasifikimin kombëtar në mënyrë që të bëni krahasime me fushat e tjera. Grupe të ndryshme përballen me probleme të ndryshme dhe kërkojnë shërbime që janë të ndjeshme ndaj prejardhjes së tyre kulturore dhe gjuhësore. Kjo mund të shihet në sëmundjet që janë specifike për një grup të tillë si drepanocitoza dhe talasemia. Grupet fetare janë të dobishme për t'u njohur, pasi ato mund të kenë një ndikim të fuqishëm në jetën e njerëzve dhe shpesh janë një burim i mbështetjes së komunitetit dhe ndikojnë në sjelljen shëndetësore. Përkatësia etnike dhe kulturore kanë një ndikim të rëndësishëm në shëndet, dhe individët, pavarësisht prejardhjes së tyre etnike, kanë të drejtë të kenë qasje të barabartë në kujdesin shëndetësor. Edhe nëse numrat janë të vegjël, infermierët duhet të ndërmarrin veprime për të siguruar barazinë e aksesit në kujdesin

shëndetësor dhe programet shëndetësore që janë të përshtatshme nga pikëpamja kulturore dhe gjuhësore.

Gjuha dhe shkrim-leximi → Mund të ketë një ose shumë gjuhë në përdorim brenda bashkësisë, së bashku me dialektet lokale ose rajonale. Gjuha dhe shkrim-leximi janë thelbësore për komunikimin e informacionit shëndetësor dhe për qasjen në shërbime. Njohja e gjuhëve të pakicave vendore është jetike për të siguruar barazi dhe për të mundësuar që i gjithë komuniteti të përfshihet në procesin e vlerësimit të nevojave shëndetësore të komunitetit.

Gjendja shëndetësore e popullsisë → Ka mënyra të ndryshme për të mësuar në lidhje me gjendjen shëndetësore të komunitetit:

- pikëpamjet e njerëzve për shëndetin e tyre,
- informacion statistikor,
- sondazhe cilësore njohuritë e punonjësve të kujdesit shëndetësor lokal dhe agjencive të tjera.

Ekzistojnë një numër masash që përdoren zakonisht për të identifikuar shëndetin e një popullate.

14.3.1 Të dhënat e vdekshmërisë

Kjo në përgjithësi përshkruan modelet e vdekjes në lidhje me moshën, gjininë dhe shkakun e vdekjes. Është një masë bazë e epidemiologjisë - studimi i sëmundjeve në popullata. Informacioni është të mbledhura në nivel kombëtar, rajonal dhe nganjëherë në nivel lokal, zakonisht nga vdekja certifikatat. Ajo tregon vdekjet nga sëmundjet, aksidentet, vetëvrasjet dhe vrasjet, dhe shëndetin e përgjithshëm të popullsisë për sa i përket jetëgjatësisë. Shkalla e vdekshmërisë punojnë më mirë për popullata të mëdha; në bashkësitë e vogla një ndryshim i vogël mund të prodhojë shtrembërimet të mëdha statistikore.

Disa fakte interesante për burrat janë: burrat vdesin 2.7 herë më shumë gjasa që të vdesin në një aksident. A është vetëm ngaqë ka më shumë shoferë burra? Në fakt, jo. Burrat socializohen në një mënyrë të tillë që të kenë më shumë sjellje të rrezikshme. Ngarja e makinës me shpejtësi është një sjellje për përforcon modelin mashkullor të të "fortit", ndërsa burrat që janë më të kujdesshëm mund të paragjykohen nga të tjerët. Gjithashtu, vetë burrat mund të kenë vetëbesim të tepruar në ngarjen e makinës, për shkak të mënyrës sesi janë socializuar. Të ngjashme janë sjelljet e tjera të rrezikshme për burrat dhe pasojat që kanë tek shëndeti i tyre, si për shembull përdorimi i duhanit, i alkoolit, i substancave narkotike etj.

14.3.2 Të dhënat e sëmundshmërisë

Ky është informacion mbi llojet e sëmundjeve dhe aftësive të kufizuara, incidencën dhe përhapjen e tyre. Mund të merret nga një gamë e gjerë burimesh duke përfshirë të dhënat spitalore, sëmundjet infektive njoftimet dhe regjistrat e aftësisë së kufizuar, të dhënat e

sëmundjeve, praktikat e përgjithshme mjekësore, të dhënat shëndetësore të fëmijëve, materiali i regjistrimit dhe sondazhe të tjera.

14.3.3 Masat "Cilësia e jetës"

Këto janë një mjet për të vlerësuar shëndetin fizik, aftësinë funksionale dhe psikologjike mirëqenie. Shkallët e vlerësimit bazohen kryesisht në vlerësimin e një individi. Këto janë zhvilluar kryesisht në Amerikën e Veriut dhe Mbretërinë e Bashkuar për të matur rezultatet shëndetësore bazuar në perceptimin e njerëzve për shëndetin e tyre. Besueshmëria dhe vlefshmëria e këtyre mjeteve ndryshojnë, por ato janë akoma të dobishme në sigurimin e masave të shëndetit të bazuara te njerëzit. Shembujt përfshijnë Indeksin Barthel, Profilin Shëndetësor Nottingham dhe Indeksin e Aktivitetet e jetesës së përditshme.

Normat gjinore lidhen me vlerën që u atribuohet vajzave dhe grave dhe djemve/burrave për shkak të seksit të tyre biologjik, përgjegjësinë për familjen/komunitetin, të drejtën për të marrë vendime dhe autoritetin në familje. Mungesa e pasurisë për vajzat/gratë ndikon drejtpërsëdrejti në kërkimin e ndihmës shëndetësore, praktikat për shëndetin, aksesin në shërbime shëndetësore etj. Gjithashtu, për shkak të normave gjinore gratë sakrifikojnë më shumë kohën e tyre të lirë, pushimin, një e drejtë njerëzore që padyshim pa pasoja shëndetësore. Seksualiteti dhe aftësia riprodhuese e gruas konsiderohet “pronë” e burrit, diçka që eventualisht mund të sjellë pasoja në mënyrën se si një grua trajtohet në marrëdhëniet seksuale nga partneri i saj, si p.sh. në rastet që ajo heziton të kërkojë që të përdorin masa mbrojtëse për të kryer marrëdhënie seksuale. Janë po të njëjtat norma që ndikojnë dhe tek burrat, pasi për ata përgjegjësia për gruan, familjen dhe rendin e saj mund të jetë stresuese dhe të ushtrojë presion tek ta. Një prej arsyeve që përkeqësojnë dhunën në familje është ajo e pamundësisë së burrave për t’iu përgjigjur rolin të tyre gjinor.

14.3.4 Përdorimi i informacionit të shërbimit

Ky informacion mund të ndihmojë në krijimin e një panoramë të sëmundshmërisë pasi mund të përshkruajë sëmundjet që po trajtohen nga shërbimet shëndetësore. Do të mbulojë të dy trajtimet, për shembull spitalin pranimet dhe marrjen e shërbimeve parandaluese, të tilla si imunizimi dhe shqyrtimi i programeve.

Pabarazitë shëndetësore → Është thelbësore të mblidhen informacione, jo vetëm për shëndetin dhe sëmundjet, por edhe për pabarazitë shëndetësore. Kjo vlen si për vendet e pasura ashtu edhe për ato të varfra. Shumica e modeleve të sëmundjeve lidhen ngushtë me rrethanat ekonomike, kështu që ata në varfëri vuajnë nga nivele të larta disproporcionale të shëndetit të dobët. Statistikat shëndetësore zbulojnë se, edhe atje ku nivelet e vdekjeve përmirësohen për një sëmundje, kjo ka më pak të ngjarë të jetë e vërtetë për pjesët më të varfra të popullsisë.

14.3.5 Ekspozime në rreziqe shëndetësore dhe shkalla e vulnerabilitetit

Në fushën e shëndetësisë është i njohur koncepti i "paradoksit gjinor", sipas të cilit gratë jetojnë më gjatë se burrat, por ato vuajnë nga më shumë sëmundje në jetën e tyre. Pra, është e vërtetë që gratë mund të jetojnë më gjatë, por jetesa e tyre është me praninë e më shumë sëmundjeve. Disa sëmundje shëndetësore përcaktohen nga ndryshimet biologjike, sipas seksit të personit. Të tjera rezultojnë nga mënyra se si shoqëritë socializojnë gratë dhe burrat në rolet e tyre gjinore, të mbështetura nga maskuliniteti dhe feminiliteti dhe pushtetin/privilegjet që kanë burrat. Këto kanë pasoja shëndetësore për gratë dhe për burrat. Shumë probleme shëndetësore janë pasojë e kombinimit të ndryshimeve biologjike dhe gjinore.

Të gjitha ndryshimet biologjike bazohen në kromozomin e seksit – ndryshimet anatomike dhe fiziologjike të bazuara në kromozomet XX dhe XY (46 për të dyja sekset). Karakteristikat e trashëguara nga kromozomet nuk mund të ndryshojnë, por aspekte të tjera të seksit biologjik (hormone seksuale, organet riprodhuese dhe karakteristika të tjera sekondare) munden dhe ndryshojnë:

- përgjatë jetës (puberteti, menopauza);
- me anë të veprimeve që ndërmarrin (ndryshimi i seksit, terapitë hormonale)

Vulnerabiliteti reflekton kapacitetin e individit për të shmangur, reaguar ose për t'u përballur/shëruar nga ekspozime në rreziqe të ndryshme për shëndetin. Shpesh, shqetësimet shëndetësore të grave shihen si të përcaktuara vetëm biologjikisht. Për shembull, në qoftë se konsiderojmë osteoporozën, një sëmundje më e shpeshtë tek gratë. Ajo lidhet me menopauzën, por a mjafton vetëm terapia e zëvendësimit të hormoneve (biologjik) për ta trajtuar? A mjafton vetëm trajtimi me bazë biologjike? A shkaktohet vetëm nga problemet biologjike të grave? Në fakt, ajo mund të lidhet me dieta tradicionale të varfra dhe me izolimin e disa grave në moshën e rritur që e përkeqëson problemin. Gjithashtu, në trajtimin e saj duhet të kihet parasysh se gratë e vetme kanë më pak akses në shërbime publike, më shumë vështirësi për të aksesuar transportin, diçka që e vështirëson trajtimin e kësaj sëmundjeje (përcaktues gjinorë).

Një shembull tjetër është malaria: gratë shtatzëna janë më vulnerable ndaj, kështu që në qoftë se ato ekspozohen ka gjasa që të preken më shpejt dhe më shumë (faktor biologjik). Vulnerabiliteti i tyre rritet më shumë kur mungon aksesi në terapi antenatale për malarian, aksesi në mjedise mbrojtëse (me rrjeta për mushkonjat), menaxhimi i mirë i anemisë etj. Thënë ndryshe, ekspozimi tek faktorët e rrezikut mund të jetë i njëjtë për burrat dhe për gratë, por shkalla e vulnerabilitetit të grave është më e madhe për shkak të seksit të tyre. Një shembull tjetër është ai i HIV. Në Afrikë, 59% e të rriturve me HIV janë gra. Ato të moshës 15 – 24 vjeç kanë 3 herë më shumë mundësi që të infektohen se sa burrat në të njëjtën moshë sepse (i) burrat e infektuar me HIV kërkojnë partnere më të reja në moshë; (ii) normat heteroseksuale kanë standarde të dyfishta për burrat dhe gratë: gratë që kërkojnë të mbrohen gjatë marrëdhënies seksuale etiketohen si "të përdala" dhe dhuna ndaj tyre është e pranuar/toleruar për shkak të këtij "devijimi" nga normat, kështu që ato nuk mund të kërkojnë marrëdhënie seksuale të sigurta; (iii) edhe gratë e martuara

janë të rrezikuara shumë, sepse burrat e tyre mund të jenë të infektuar për shkak të marrëdhënieve të tjera, dhe ato nuk kanë të drejtë të kërkojnë mbrojtje në seks.

Pasojat e pabarazisë gjinore shihen dhe në:

- vulnerabilitetin më të madh të grave nga ekspozimi ndaj rreziqeve për shëndetin;
- mungesën e njohjes dhe përgjigjes ndaj nevojave specifike të grave për shëndetin e tyre (p.sh. sëmundjet kardiovaskulare dhe ataku kardiak paraqiten me simptoma të ndryshme tek gratë sesa tek burrat, diçka që për shumë vite ka bërë që gratë që mos marrin kujdesin e duhur kur paraqiteshin me simptoma të tilla);
- trajtimin e pabarabartë te problemeve shëndetësore – riprodhuese, okupacionale, mjedisore, sëmundje infektive etj.

14.4 Faktorët lokalë që ndikojnë në shëndetin

14.4.1 Puna dhe punësimi

Puna dhe nivelet e punësimit dhe papunësisë në një komunitet janë themelore për shëndetin për tre arsyet:

Sëmundjet profesionale → E gjithë puna ndikon në shëndet, si pozitivisht ashtu edhe negativisht. Megjithatë, disa punë dihet se shkaktojnë sëmundje, të tilla si silikoza në punëtorët e minierës dhe guroreve dhe aksidentet e makinerisë midis punonjësve të fermave.

Nivelet e të ardhurave. Shuma e të ardhurave që njerëzit fitojnë ka një ndikim të rëndësishëm në ta shëndetit, duke ndikuar në aftësinë e tyre për të zgjedhur një mënyrë jetese të shëndetshme dhe për të hyrë në shërbimet shëndetësore.Nivelet e të ardhurave gjithashtu kanë një ndikim në ekonominë lokale brenda një komuniteti.

14.4.2 Varfëria dhe të ardhurat

Varfëria mund të jetë absolute (domethënë e papërshtatshme për të mbajtur shëndetin) ose relative (domethënë sa e varfër ,personi krahasohet me një tjetër). Në aspektin shëndetësor, nuk është vetëm niveli i varfërisë , por edhe hendeku midis më të pasurve dhe më të varfërve. Kjo njihet si pabarazi shëndetësore. Ajo është një nga faktorët më domethënës që ndikojnë në shëndetin në të gjithë botën.

Përkatësia gjinore dhe rolet gjinore kanë pasoja të ndryshme në shoqëri të ndryshme. Vajzat dhe gratë kanë më pak pasuri dhe pronësi sepse nuk ushtrojnë gjithmonë të drejtat e trashëgimisë dhe kanë më pak akses në tregun e punës, ato mund të ushqehen më pak, të kenë më shumë kufizime të lirisë/seksualitetit/mundësisë riprodhuese të tyre, të jenë të nënpaguara, të punojnë në punë informale etj. Gjithashtu, tradicionalisht vajzat dhe gratë kanë pasur më shumë ngarkesë në ekonominë e përkujdesjes: ato janë përgjegjëse për të siguruar mbijetesën, riprodhimin dhe sigurinë e më të vegjëlve dhe më të moshuarve në familjet e tyre dhe më gjerë.

14.4.3 Mjedisi

Rrethinat ku jetojmë dhe punojmë ndikojnë drejtpërdrejt në shëndetin tonë. Ndotja e ajrit dhe ujit shkakton sëmundje dhe vdekje dhe kjo është e dukshme kudo bota, pavarësisht nëse është plumb në Arjanëninë ose derdhje kimike nga një fabrikë, apo ujë i pijshëm të kontaminuar nga ujërat e zeza.

14.5 Puna aktuale e infermierisë

Puna infermierore brenda bashkësisë lokale, kujdesi për të sëmurët ose ruajtja e shëndetit të popullatës do të jetë një burim i rëndësishëm i informacionit shëndetësor. Duke përpiluar informacionin e përfshirë në regjistrat tuaj të infermierisë, ju mund të fitoni njohuri shtesë mbi gjendjen aktuale shëndetësore të komunitetit. Informacioni infermieror është i rëndësishëm sepse është i përditësuar dhe vjen drejtpërdrejt nga individët dhe familjet.

14.5.1 Pikëpamjet e njerëzve vendas për nevojat e tyre shëndetësore dhe shërbimet shëndetësore

Një pjesë qendrore e vlerësimit të nevojave shëndetësore është mbledhja e informacionit mbi pikëpamjet e njerëzve vendas për nevojat dhe burimet e tyre shëndetësore. Përfshirja e njerëzve vendas do të sigurojë që çdo shërbim i zhvilluar të bazohet në nevojë dhe të ketë më shumë gjasa të jetë i pranueshëm për popullatën. Gjithmonë do të ketë një ekspertizë dhe njohuri të madhe për t'u tërhequr në mesin e popullatës lokale, në veçanti mbi atë që ekzistojnë asetet, faktorët që ndikojnë në shëndetin e tyre, ajo që është më e rëndësishmja, besimet shëndetësore vendore dhe zgjidhjet e problemeve. Është e rëndësishme që njerëzit të jenë në gjendje të përshkruajnë problemet shëndetësore dhe zgjidhjet në termat e tyre. Kjo mund të përfshijë përdorimin e metodave më pak konvencionale siç janë fotografitë, vizatimet ose historitë personale. Jini fleksibël dhe pyesni komunitetin se cilat metoda janë më të përshtatshme.

14.5.2 Prioritetet vendore dhe kombëtare

Prioritetet kombëtare shpesh përcaktohen nga qeveritë dhe ndikohen nga agjenda politike dhe ekonomike. Prioritetet lokale do të pasqyrojnë përparësitë kombëtare, si dhe çështjet e identifikuara nga grupet lokale, praktikuesit dhe komunitetet. Kur ndërmerrni një vlerësim të nevojave, do t'ju duhet të zbuloni se cilat janë këto përparësi në lidhje me shëndetin. Ndonjëherë mund të ketë një konflikt midis axhendës kombëtare nga lart poshtë dhe nevojave të identifikuara në nivel lokal[127].

14.6 Dhuna (DHBGJ) me bazë gjinore dhe punonjësit e shëndetësisë

DHBGJ është e lidhur pazgjidhshmërisht me shëndetin dhe mirëqenien. Sipas OBSH, DHBGJ është çështje madhore e shëndetit publik. Në shkallë globale, gati një në tre gra ka qenë viktimë e

[127] Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family healthnurse in Europe. World Health Organization – 2001. 4-13

dhunës fizike dhe /ose seksuale. 27% e vajzave dhe grave 15-49 kanë qenë subjekte të dhunës nga partnerët intimë[128]. E gjitha kjo, jo vetëm që është alarmante në kuadër të të drejtave të njeriut dhe të drejtave të grave, por ka edhe kosto të mëdha që janë të natyrës shëndetësore dhe ekonomike si dhe prekin jo vetëm gratë, por edhe fëmijët, apo anëtarë të tjerë të familjes.

Tabela e mëposhtme paraqet përmbledhtazi disa nga efektet/pasojat e dhunës tek gratë dhe tek fëmijët.

Tabela 14.1

Efekte të DHBGJ tek Gratë dhe Fëmijët

Efekte tek gratë	
Efekte fizike	**Efekte psikologjike**
• **Nxirrje** • **Infeksione seksuale të ritransmetuara** • **Kocka të thyera** • **Plagë djegie ose prerje** • **Vdekje** • **Probleme gjinekologjike** • **Shëndet i dobët** • **Ushqyeshmëri e dobët** • **Dhimbje kronike** • **Aborte** • **Vdekshmëri maternale** • **Ndjenjë izolimi** • **Lindje premature** • **Bebe me peshë të vogël** • **Sjellje vetë-dëmtuese**	• Frikë • Rritje e mundësisë për përdorim të alkoolit, drogave ose anti-depresantëve • Depresion/shëndet mendor i keq • Tentativa ose akt vetëvrasje • Çrregullime të gjumit • Çrregullime të stresit post-traumatik • Mungesë energjish • Inat; Faj • Humbje e vetëbesimit • Ndjenja varësie • Humbje e shpresës • Vetëvlerësim i ulët • Panik ose ankth • Çrregullime të të ngrënit
Efektet e dhunimit të nënës tek fëmijët	
Nënat që përjetojnë dhunë mund të:	**Efekte të drejtpërdrejta të DHBGJ tek fëmijët**

[128] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

• **Nënvleftësohen si individë dhe nëna;** • **Kanë vështirësi të lidhen apo të ruajnë distancat emocionale me fëmijën;** • **Ndihen të konsumuara emocionalisht dhe psikologjikisht dhe aspak në gjendje për t'i dhënë fëmijëve të tyre;** • **Janë në vështirësi se ç't'iu thonë për dhunën që ndodh;** • **Besojnë se fëmija nuk ka gjë dhe se nuk ka parë skena dhune;** • **Janë të paafta të kuptojnë sjelljen e fëmijës;** • **Mbështeten tek ata për të minimizuar rrezikun për vete dhe për ta;** • **Kenë mungesë të mbështetjes financiare apo mjeteve të tjera për t'u larguar;** • **Nxjerrë furstrimin e saj tek fëmijët;** • **Jetë e paaftë të sigurojë strukturimin, sigurinë dhe qetësinë e nevojshme për fëmijët;** • **Dështojë të kuptojë se cilat janë nevojat e fëmijës lidhur me shkollën;** • **Ndikohet nga sjellja e fëmijëve për ri-përjetuar abuzimet e të shkuarës;**	• Jetesa me dhunën në familje ndikon shëndetin fizik, emocional dhe psikologjik të fëmijës; • Ka një lidhje të fortë midis abuzimit të grave dhe fëmijëve; • Mbështetja e prindit të abuzuar është një mbrojtje e mirë edhe për fëmijët; • Efektet e dhunës në arsimim, karrierë, marrëdhënie etj. janë të menjëhershme, por edhe afatgjata; • Reagimet e fëmijëve ndaj dhunës janë të ndryshme edhe brenda të njëjtës familje; • Fëmijët thonë se të folurit mbi dhunën dhe atë që ndodh në familje është mënyra më e mirë për t'i ndihmuar (McGee, 2000); • Përjetimi i dhunës në familje nuk do të thotë që fëmijët do të rriten të dhunshëm.

Efektet që DHBGJ mund të sjellë tek fëmijët ndryshojnë në varësi të zhvillimit të fëmijës.

14.6.1 Shembuj të dëmtimeve tek foshnjat 0- 2 vjeç

Abort, i lindur i vdekur, lindje prematurë, lindje nën peshë, dëmtime në tru, dëmtime që çojnë në paaftësi; pagjumësi, dridhje, probleme të ushqyerjes.

14.6.2 Shembuj të dëmtimeve tek fëmijët 3-7 vjeç

Urinim dhe ndotje në shtrat, tërheqje dhe mbyllje në vetvete, agresivitet, sjellje që kërkojnë vëmendje, ëndrra të këqija, të qara, trishtim, ankth, konfuzion, inat dhe frikë, mungesë përqendrimi në shkollë, ndikime në aftësitë për të luajtur dhe aftësitë sociale.

14.6.3 Shembuj të dëmtimeve tek fëmijët 8- 12 vjeç

Performim i dobët në shkollë, mbi-arritje në shkollë që të kompensojë për vetëvlerësimin e ulët, mungesa në shkollë pasi rri në shtëpi të kujdeset për nënë, dëmtime të vetes si prerje-gërvishtje-djegie-kafshim i thonjve, çrregullime të ushqyerjes, tall ose tallet nga të tjerët në shkollë, përpiqet të ndërhyjë të mbrojë nënën.

14.6.4 Shembuj të dëmtimeve tek adoleshentët

Largim nga shtëpia, shtatzëni e hershme, fillon ofendon, mund të bashkohet në abuzim apo të detyrohet ta bëjë një gjë të tillë, mund të sulmojë dhunuesin, përdorim droge dhe alkooli.

15

Balancimi/përparësia e nevojave të individëve me ato të familjes dhe komunitetit.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Kuptojë përparësitë e nevojave të individëve dhe të familjeve:
- Bëjë balancimin e nevojave midis individëve dhe familjes:
- Vlerësojë nevojat sipas përparësive
- Adresojë problematikat e evidentuara.

15.1 Hyrje

Nevojat shëndetësore kanë qenë objekt i studimeve, debateve dhe politikave publike. Ndër qasjet e shumta për të diskutuar nevojat shëndetësore, njëra prej tyre ndjek një qasje teorike-konceptuale më abstrakte, pasi nevojat i referohen jetës njerëzore në sferat e tyre shoqërore, historike dhe kulturore dhe ato rimendohen në veçanti në aspektin e shëndetit. Një qasje tjetër është më funksionale në natyrë, ku nevojat përfaqësojnë tregues që drejtojnë politikat dhe programet mbi menaxhimin e shërbimeve shëndetësore, duke iu përgjigjur problemeve specifike. Për më tepër, këto dy qasje mund të konceptohen si dëshira ose aspirata që pasqyrojnë dhe formësojnë gjenezën e politikave sociale që plotësojnë nevojat e perceptuara nga individët ose grupet.

Nevojat shëndetësore përcaktohen, vlerësohen, hartohen, synohen dhe, rrjedhimisht, njihen si hapësira të ndërveprimit midis shërbimeve shëndetësore dhe popullsisë nga zonat ku ndodhen shërbime të tilla, me qëllim të kujdesit për të. Duke synuar arritjen e cilësisë së një kujdesi të tillë, shërbimet shëndetësore duhet të ofrojnë kujdes në përputhje me nevojat e përdoruesve të tyre dhe qëllimet e përcaktuara prej tyre. Kështu, shërbimet shëndetësore parësore, dytësore dhe terciare, kontrolli i sëmundjeve dhe promovimi dhe parandalimi i shëndetit përdorin programe të veçanta kornizat për të ndërtuar tregues të ndryshëm të nevojave. Sfida qëndron në aftësinë për të konceptuar nevojat shëndetësore në atë mënyrë që ato të përmbushen përtej objektivit operacional të shërbimeve, duke kërkuar kështu ndërmjetësimin midis konceptit kompleks dhe kuptimit dhe përfshirjes së tij nga profesionistët, në mënyrë që kujdesi të jetë më i humanizuar dhe i kualifikuar. Kështu, qeniet njerëzore, pavarësisht nga kushtet e tyre shëndetësore dhe

qëllimet e shërbimeve, në fakt mund të njihen dhe kuptohen në kompleksitetin e tyre si qenie të cenueshme[129].

Nevojat njerëzore specifikojnë nevojat psikologjike që janë thelbësore për rritjen e vazhdueshme psikologjike, integriteti dhe mirëqenia. Nevojat luajnë një rol të domosdoshëm në mirëqenien dhe përparimin e njeriut. Individët mund të zhvillohen plotësisht vetëm nëse plotësohen të gjitha nevojat e tyre themelore, pavarësisht nëse vlerësohen ose jo me vetëdije, dhe asnjëra nuk mund të neglizhohet sepse jep pasoja negative. Përtej rolit të tyre vendimtar si ushqyes për mirëqenien, nevojat janë gjithashtu një burim i fortë i drejtpërdrejtë i kuptimit dhe kënaqësisë (dhe pakënaqësisë).

15.2 Hierarkia e Nevojave sipas A. Masloë

Abraham Masloë kontribuoi ndjeshëm në rritjen dhe zhvillimin e psikologjisë njerëzore siç tregohet qartë në studimin e nevojave njerëzore dhe motivimi në mjedisin njerëzor në shoqërinë bashkëkohore. Masloë parashtroi teorinë e nevojave njerëzore e cila në popull njihet si Hierarkia e nevojave të Masloë në mjedisin njerëzor në shoqëri. Masloë si i njohur studiuesi në studimin e nevojave dhe motivimit njerëzor doli me hierarkinë e tij të nevojave teori me një propozim që njerëzit janë të motivuar nga shtate nivele të nevojave, përkatësisht:

- Nevojat fiziologjike
- Nevojat e sigurisë
- Nevojat e dashurisë dhe përkatësisë ose nevojat shoqërore
- Nevoja për vlerësim dhe prestigj ose nevoja për ego
- Nevojat e vetë-aktualizimit ose nevojat e vetë-realizimit
- Kuptimi i nevojave
- Nevojat estetike.

Këto nivele të nevojave të njerëzve të artikuluara nga Abraham Masloë forcojnë dëshirën njerëzore për të adresuar nevojat e njerëzve me qëllim përmirësimin e kushteve të jetesës së njerëzve në mjedise të ndryshme shoqërore në mjedisin njerëzor. Fokusi qendror i hierarkisë së nevojave të Abraham Masloë është në eksplorimin se si qëndrimi i njerëzve stimulohet nga dëshira njerëzore për të përmbushur nevoja të caktuara njerëzore në komunitete të ndryshme në shoqëri. Hierarkia e nevojave e zhvilluar nga Abraham Masloë, megjithatë, mund të përdoret si një metodë e vlerësimit të nevojave në zhvillimin e komunitetit në komunitete të ndryshme në shoqëri bashkëkohore. Kjo metodë e hierarkisë së nevojave të cilën e zhvilloi Abraham Masloë thekson se ekzistojnë nevoja të caktuara themelore të cilat duhet të plotësohen para se të plotësohen nevojat e tjera në bashkësi të ndryshme.

[129] Petersen CB, Lima RAG, Boemer MR, Rocha SMM. Health needs and nursing care. Rev Bras Enferm. 2016

15.2.1 Nevojat fiziologjike

Nevojat fiziologjike janë nevojat themelore të njeriut të cilat janë kritike për jetesën njerëzore në bashkësi të ndryshme pjesëmarrëse në shoqëri, te tilla si ushqimi, uji, veshmbathja, strehimi, gjumi si dhe lindja. Kuptohet, zhvillimi i komunitetit perceptohet si përpjekje e anëtarëve të komunitetet pjesëmarrëse që bashkohen me ato të autoriteteve qeveritare, organizatat jo qeveritare (OJQ), organizatat e korporatave, individët e pasur dhe aktorë të tjerë përkatës në mënyrë që të përmbushin nevojat themelore njerëzore të cilat përfundimisht do përmirësojnë kushtet e jetesës së njerëzve në shoqëri. Në thelb, disponueshmëria e ushqimit për popullsinë në rritje konsiderohet si një tregues i rëndësishëm i zhvillimit në mjedisin global bashkëkohor. Është e qartë se nëse një vend nuk është në gjendje të plotësojë nevojat themelore njerëzore për ushqim, ujë, strehim, shëndet, veshje, riprodhimi ndër të tjera se është një tregues i qartë i moszhvillimit[130].

15.2.2 Nevojat e sigurisë

Nevojat e sigurisë merren me mbrojtjen dhe mbijetesën nga situatat kaotike, çrregullimet shoqërore, shqetësimet shoqërore dhe rreziqet fizike në mjedisin njerëzor. Shembujt e situatave kaotike, çrregullimeve shoqërore janë krizat komunale, konfliktet, trazirat civile, fatkeqësitë natyrore ndër të tjera të cilat zakonisht kërcënojnë bashkëjetesën paqësore dhe jetesën në harmoni të njerëzve në komunitete ,shoqëri, mjedise të ndryshme bashkëkohore. Kur anëtarët e komuniteteve pjesëmarrëse shqetësohen nga situatat kaotike, shqetësimet shoqërore, çrregullimet shoqërore ose çrregullimet fizike, ata zakonisht nuk mendojnë të përfshihen në kryerjen e ndonjë gjëje tjetër, përveç se si të sigurojnë sigurinë e tyre. Pasiguria e jetës dhe pronës në komunitete të ndryshme e bëjnë të vështirë për anëtarët e këtyre komuniteteve të mos fillojnë promovimin e zhvillimit të komunitetit.

15.2.3 Nevojat e dashurisë dhe përkatësisë ose nevojat shoqërore

Me sa duket, kur njerëzit në komunitete të ndryshme ndihen të siguruar dhe mjaft të sigurt në një mjedis, tendenca është që ata të ndiejnë nevojën për të identifikuar dhe i përkasin një organizate shoqërore të familjes, komunitetit, shoqërisë. Kjo, pa dyshim, i ndihmon ata të kontribuojnë në mënyrë të arsyeshme në zhvillimin e komunitetit në bashkësi të ndryshme në shoqëri. Dashuria dhe përkatësia tregojnë nevojën për të qenë pjesë e një grupi të tillë si familja, grupi i kolegëve në një vend pune, miqësia, grupi shoqëror etj. Dashuria dhe përkatësia i ndihmojnë njerëzit të kenë besim në aftësitë e tyre për të kontribuar në mënyrë të arsyeshme në procesin e vendimmarrjes që promovon zhvillimin e komunitetit në komunitete të ndryshme në shoqëri.

15.2.4 Nevojat për vlerësim dhe prestigj ose nevoja për ego

[130] Kopsov, Igor. A New Model of Human Needs.2019

Nevojat për vlerësim dhe prestigj mund të quhen në mënyrë të barabartë si nevoja të egos në mjedisin njerëzor. Nevojat për vlerësim dhe prestigj zakonisht kërkohen kur një person në të vërtetë ndihet i sigurt në një grup në shoqëri. Kur njerëzit arrijnë nevojat e tyre shoqërore ose nevojat e dashurisë dhe përkatësisë duke i përkitur një grupi familjar, grup shoqëror, grup komunal, grup miqsh, grup kolegësh, grup profesional ndër të tjera, ata priren të kërkojnë respekt për veten, njohjen, reputacionin, statusin, vetëvlerësimin ndër të tjera në grupet e tyre përkatëse shoqërore në komunitete të ndryshme në shoqëri. Kur njerëzit arrijnë nevojat e tyre shoqërore, ata përqendrojnë vëmendjen në çështje të tilla si reputacioni, njohja, vetëvlerësimi dhe prestigji ose vetëvlerësimi, respekti për veten, statusi, ndër të tjera që u japin njerëzve besim të fortë për të marrë pjesë në aktivitete që sigurisht do të përmirësojnë kushtet e tyre të jetesës në komunitetet e tyre të ndryshme në shoqëri.

15.2.5 Vetë-aktualizimi

Vetë-aktualizimi është niveli i pestë i nevojës në hierarkinë e nevojave të Abraham Masloë që merret me dëshirën e njerëzve për të zhvilluar talentet dhe potencialin e tyre që fshihen në to në shoqëri.. Vetë-aktualizimi perceptohet si vetë-përmbushje-nevojë për të zhvilluar potencialin e plotë të një personi në mënyrë që t'i mundësojë atij të bëhet më i miri që ai ose ajo është i aftë të jetë në shoqëri. Nevojat e vetë-aktualizimit ose nevojat e vetë-realizimit i nxisin njerëzit të jenë novatorë në mjediset e tyre të ndryshme shoqërore në mënyrë që të përmirësojnë kushtet e tyre të jetesës në shoqëri. Nevojat për vetë-aktualizim i ndihmojnë njerëzit të jenë krijues në shoqëri. Në këtë perspektivë, vetë-aktualizimi ose vetë-realizimet kanë nevojë për kërkesë për zhvillimin e potencialit njerëzor në mënyrë që të përmirësojnë kushtet e jetesës së njerëzve në komunitete të ndryshme në mjedisin global bashkëkohor. Rrjedhimisht, në zhvillimin e komunitetit, nevojat për vetë-aktualizim ose vetë-realizim arrihen duke përmirësuar aftësitë e anëtarëve te Komitetit të Menaxhimit të Projekteve dhe punonjësve të projektit të zhvillimit të komunitetit, në mënyrë që të rezultojnë projekte të ndryshme të zhvillimit të komunitetit -orientuar në bashkësi të ndryshme në shoqëri. Fokusi i nevojave të vetë-aktualizimit ose të vetë-realizimit në zhvillimin e komunitetit është në zhvillimin e potencialit njerëzor me qëllimin përfundimtar të stimulimit të performancës së rritur, kompetencës, efikasitetit dhe ofrimit efektiv të shërbimeve për të promovuar përmirësimin e kushteve të jetesës së njerëzve në komunitete të ndryshme bashkëkohore.

15.2.6 Kuptimi i nevojës

Kuptimi është niveli i gjashtë i nevojës në hierarkinë e nevojave të Abraham Masloë që merret me dëshirën e njerëzve për të njohur në mjedisin njerëzor. Kjo u kujton qenieve njerëzore nevojën urgjente për të fituar njohuri, aftësi, informacion dhe qëndrim përkatës në mënyrë që t'u mundësojë atyre të funksionojnë në mënyrë shumë efikase dhe efektive në mjedise të ndryshme shoqërore . Është padyshim një nevojë urgjente që njerëzit të marrin njohuri, aftësi, informacion dhe qëndrim përkatës në mënyrë që t'i ndihmojnë ata të jenë në gjendje të kontribuojnë me kuotën e tyre të vogël në ripozicionimin e komuniteteve të tyre të ndryshme përmes kontributeve

të tyre në promovimin e zhvillimit të komunitetit. Përvetësimi i njohurive, aftësive, informacionit dhe qëndrimit përkatës përmes instrumentalitetit të arsimit do t'i ndihmojë marrësit në nivel komuniteti të shohin se si njohuritë, aftësitë, informacionet dhe qëndrimi i fituar do t'i ndihmojnë ata të marrin pjesë në promovimin e zhvillimit të komunitetit. Nevojat e të kuptuarit merren me nevojën njerëzore për të parë se si ato që janë dhe çfarë bëjnë dhe roli që ata luajnë përshtaten me shoqërinë më të madhe. Në thelb, nevoja për të fituar njohuri, aftësi, informacion dhe qëndrim përkatës do të ndihmojë në ripozicionimin e marrësve për të mbetur të rëndësishëm në promovimin e zhvillimit të komunitetit në përmirësimin e kushteve të jetesës së njerëzve në komunitete të ndryshme në shoqëri. Fitimi i njohurive, aftësive, informacionit dhe qëndrimit përkatës sigurisht që i ndihmon njerëzit të jenë në gjendje të përballen me sfidat e shumta të komuniteteve të ndryshme në shoqërinë bashkëkohore.

15.2.7 Nevojat estetike

Nevojat estetike i referohen dëshirës njerëzore për të shijuar dhe promovuar bukurinë e mjedisit njerëzor. Fokusi i nevojave estetike është të ndërgjegjësohen njerëzit mbi nevojën për të dashur, kuptuar dhe promovuar bukurinë e mjedisit njerëzor në shoqëri. Njerëzit inkurajohen të duan, kuptojnë, vlerësojnë dhe promovojnë efikasitetin e gjërave të bukura si arti, muzika, dhe sfondi i pikturuar në mjedisin njerëzor. Nevojat estetike u ofrojnë njerëzve një mundësi për relaksim dhe rekreacion në bashkësi të ndryshme në mjedisin njerëzor. Anëtarët e familjeve dhe komuniteteve të ndryshme duhet të inkurajohen që të sigurojnë për veten e tyre një mjedis estetik për relaksimin e tyre në shoqëri[131].

15.3 Dimensionet e mirëqenies

Mirëqenia përbëhet nga dy fusha kryesore:

- Kushtet materiale të jetës (të ardhurat dhe pasuria; punë dhe paga; kushtet e strehimit)
- Cilësinë e jetës (gjendja shëndetësore; ekuilibri i jetës dhe kohës së punës; arsimimi dhe aftësitë; mbështetje sociale).

15.3.1 Kushtet materiale të jetës

Të ardhurat dhe pasuria matin burimet ekonomike që njerëzit mund t'i përdorin sot ose do të jenë në gjendje t'i përdorin në të ardhmen për konsum. Paraja është një mjet i rëndësishëm për arritjen e kushteve të mira të jetesës dhe për këtë arsye të ardhurat dhe pasuria janë përbërës thelbësorë të mirëqenies individuale. Në nivelin shoqëror, burimet ekonomike i lejojnë vendet të investojnë në arsim, shëndetësi, siguri, etj. Ndërsa të ardhurat dhe pasuria vetëm nuk janë sigurisht të mjaftueshme për të garantuar mirëqenien e një vendi, ato megjithatë janë një kusht i domosdoshëm për zhvillimin e përgjithshëm të tij. Aftësia për të kontrolluar burimet ekonomike

[131] E. O. Aruma, Melvins Enwuvesi Hanachor. ABRAHAM MASLOW'S HIERARCHY OF NEEDS AND ASSESSMENT OF NEEDS IN COMMUNITY DEVELOPMENT. International Journal of Development and Economic Sustainability Vol.5, No.7, pp.15-27, December 2017

i lejon njerëzit të kënaqin nevojat kryesore materiale dhe të ndjekin qëllimet që ata i konsiderojnë të rëndësishme për aspektet materiale dhe jomateriale të jetës së tyre. Të ardhurat dhe pasuria mbrojnë nga dobësitë dhe rreziqet personale, bëjnë zgjedhje të qëndrueshme me kalimin e kohës dhe rrisin lirinë e njerëzve për të jetuar jetën që duan. Disponueshmëria financiare rrit potencialin për qasje në arsim të kualifikuar dhe strehim me cilësi të mirë dhe shoqërohet me kënaqësinë e jetës, statusin e perceptuar shoqëror dhe marrëdhëniet shoqërore. Nuk mjafton thjesht të shqyrtohen nivelet mesatare të të ardhurave dhe pasurisë familjare: është thelbësore të vlerësohet se si burimet ekonomike ndahen midis individëve dhe grupeve. Informacioni mbi shpërndarjen e të ardhurave dhe pasurisë dhe si lidhen këto janë pra qendrore në hartimin e politikave për përmirësimin e kushteve materiale të jetesës së popullsisë.

15.3.2 Disponueshmëria, cilësia e punës dhe pagat janë çelësi për mirëqenien e njerëzve dhe mund të ketë një ndikim shumë të rëndësishëm në kushtet materiale dhe jomateriale të jetës. Të kesh një punë të lejon para së gjithash të kesh një burim të ardhurash të nevojshme për të plotësuar disa nevoja materiale; dhe të ardhurat nga puna janë, për shumicën e familjeve, burimi të ardhurat kryesore. Të kesh një punë është një burim krenarie dhe dinjiteti, ajo kontribuon për formimin e identitetit personal dhe për shumë përfaqëson njohjen e një kontributi të dhënë shoqërisë në të cilën jetoni. Kompanitë me nivele të larta punësimi janë më të pasur, më të qëndrueshëm politikisht dhe më të shëndetshëm.

Të qenit i papunë, nga ana tjetër, ka një ndikim shumë negativ në shëndetin fizik dhe mirëqenien mendore dhe subjektive dhe kolektive. Papunësia afatgjatë çon në humbjen e aftësive dhe të mundësi të mëtejshme punësimi dhe i ekspozon njerëzit në rrezikun e përjashtimit social, varfëria dhe privimi. Cilësia e punës është përcaktues i fortë i kënaqësisë së njerëzve me jetën, duke qenë se një pjesë e madhe e tyre kalojnë pjesën më të madhe të jetës së përditshme në vendin e punës dhe përbën një pjesë kuptimplote për jetën e dikujt. Një faktor thelbësor në cilësinë e punës është siguria e saj. Punëtorët të cilët përballen me një rrezik të lartë për të humbur punën e tyre janë më të prekshëm në mirëqenien dhe cilësinë e jetës, veçanërisht në vendet me nivele të ulëta shoqërore.

15.3.3 Qasja në banesë dhe cilësitë e saj plotëson nevojën parësore për të pasur një strehim dhe jetesë në kushte të kënaqshme. Strehimi është një nga aspektet më të rëndësishme të jetës së njerëzve. Nuk është vetëm çështja e të pasurit katër mure dhe një çati, sepse shtëpia duhet të jetë gjithashtu një vend ku njerëzit mund të ndihen të sigurt, të pushojnë, të kenë një hapësirë personale dhe përfundimisht të krijojë një familje. Përtej vlerës së tyre të brendshme, kushtet strehimi mund të ndikojë më gjerë në rezultate të tjera të mirëqenies.

Kostot e larta për strehim mund të kërcënojnë mirëqenien materiale dhe sigurinë ekonomike të familjeve. Ata gjithashtu mund të gjenerojnë forma të stresit të strehimit që i pengojnë seriozisht marrëdhëniet midis anëtarëve të familjes dhe dëmtojnë zhvillimin e fëmijëve. Kushtet e këqija të strehimit (mbipopullimi, mungesa e shërbimeve shëndetësore adekuate, shërbimet, etj.) është

gjithashtu një nga përcaktuesit kryesorë të gjendjes shëndetësore, me efekte si në ato fizike ashtu edhe mendore.

15.3.4 Cilësia e jetës

Gjendja e shëndetit fizik dhe mendor është e rëndësishme në vetvete për mirëqenien e individët; të qenit i shëndetshëm dhe të jetosh një jetë të gjatë pa sëmundje dhe aftësi të kufizuara ka një vlerë të brendshme për njerëzit. Gjendja shëndetësore gjithashtu ka një vlerë instrumentale sepse rrit mundësitë e njerëzve për të marrë pjesë në kurse trajnimi, tregun e punës si dhe të ketë marrëdhënie të mira shoqërore. Në nivel shoqëror, vendet me rezultatet më të mira në shëndetin e përgjithshëm tregohet se kanë gjithashtu mesataret më të larta të të ardhurave dhe pasurisë, norma më të larta të punësimit dhe pjesëmarrje në aktivitetet politike, rrjetet më të forta të mbështetjes sociale dhe nivelet e në përgjithësi kënaqësi më e lartë nga jeta. Një popullsi e shëndetshme kërkon kosto edhe më të ulëta për kujdesin shëndetësor. Një gjendje e mirë shëndetësore lejon pra pjesëmarrja aktive në një gamë të gjerë aktivitetesh shoqërore që kontribuojnë në zhvillimin e mirëqenies personale dhe kolektive.

Shëndeti i njerëzve ndikohet nga ndërveprimi i disa përcaktuesve, siç janë:

- Karakteristikat individuale, të tilla si trashëgimia gjenetike, mënyra e jetesës (dieta, pirja e duhanit, alkooli, aktiviteti fizik, edukimi dhe kultura në përgjithësi),
- Rrethanat e mjedisit fizik (ndotja, disponueshmëria e hapësirave të gjelbra dhe në përgjithësi, cilësia e mjediseve të jetës dhe punës) dhe, në pjesën më të madhe,
- Konteksti socio-ekonomik e kulturore (tregu i punës, shpërndarja e të ardhurave dhe pasurisë, sistemet mirëqenies arsimore, shëndetësore dhe sociale, etj).

15.3.5 Bilanci i jetës dhe kohës së punës është i rëndësishëm për mirëqenien e njerëzve; sasinë e kohës që njerëzit mund t'i kushtojnë kohës së lirë, kujdesi personal dhe aktivitetet e tjera ndihmojnë individët të qëndrojnë të shëndetshëm dhe për të qenë produktiv. Arritja e ekuilibrit të duhur midis punës dhe jetës personale është një element kyç i mirëqenies. Ekuilibri i duhur midis punës dhe jetës nuk është i rëndësishëm vetëm për mirëqenien e personit, por edhe për atë të të gjithë familjes; veçanërisht mirëqenia e fëmijëve është ndikuar fuqimisht nga aftësia e prindërve për të menaxhuar si punën e tyre ashtu edhe trajtimin e fëmijëve të tyre. Kujdesi prindëror është vendimtar për zhvillimin e fëmijëve, veçanërisht gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës. Gjetja e një ekuilibri të përshtatshëm midis jetës dhe kohës së punës është një sfidë për të gjithë punëtorët dhe veçanërisht për prindërit. Disa nga këto do të donin më shumë fëmijë, por nuk janë në gjendje të zvogëlojnë kohën e punës ose të kenë të ardhura të mjaftueshme. Prindërit e tjerë janë të kënaqur me numrin e fëmijëve, por ata do të donin punë më shumë. Shpërndarja e detyrave brenda familjes është ende e ndikuar fuqishëm rolet gjinore: meshkujt kanë më shumë gjasa të kalojnë më shumë kohë në punë, ndërsa gratë kalojnë më shumë kohë në punë të papaguara shtëpiake, për kujdesi për fëmijët, shtëpinë dhe të afërmit e moshuar ose me aftësi të kufizuara. Krijuesit e politikave duhet adresojnë problemin më konkretisht duke inkurajuar organizimin e

punës më fleksibile dhe të favorshme për mbështetjen e familjes, në mënyrë që ta bëjnë më të lehtë për të rriturit, kërkimin e një ekuilibri të mirë midis punës dhe jetës familjare.

15.3.6 Arsimi dhe aftësitë janë gjithashtu komponentët kryesorë të mirëqenies individuale kolektive. Ato mund të konsiderohen si nevoja themelore dhe aspirata të të gjithë qenieve njerëzore si burime instrumentale për të marrë një kuptim të gjerë ekonomik, social dhe kulturore . Zhvillimi i aftësive personale është thelbësisht i rëndësishëm, ashtu siç i përgjigjet nevojës themelore për të mësuar. Arsimi është gjithashtu një nga burimet kryesore për t'u përballur me ndryshimet e thella dhe të shpejta strukturore që janë duke kaluar shoqëritë bashkëkohore. Ka shumë lloje aftësish, të gjitha të rëndësishme për të jetuar një jetë të mirë: aftësia për të kuptuar botën në të cilën jeton ofron mundësi të konsiderueshme për njerëzit që të rrisin kontrollin mbi jetën e tyre.

Të kesh një arsim të mirë ka një ndikim të fortë pozitiv në kushtet materiale të jetën, pasi arsimi i lartë përmirëson gjasat për të gjetur një punë të kualifikuar dhe më pak të rrezikshme dhe të kenë fitime më të larta. Janë individë me arsim të lartë më pak të ndikuar nga tendencat e papunësisë, sepse një nivel i lartë arsimimi e bën një individ më tërheqës në tregun e punës. Një arsimim i lartë gjithashtu favorizon përvetësimin e stileve të jetesës më të shëndetshme, prandaj njerëzit të cilët kanë një arsim të lartë gjithashtu kanë më shumë gjasa të gëzojnë një shtet për një shëndet më të mirë dhe për të jetuar më gjatë. Arsimi luan një rol jetësor në sigurimin e njohurive të individëve, aftësitë dhe kompetencat e nevojshme për të marrë pjesë në mënyrë efektive në shoqëri dhe ekonomi. Një popullsi e arsimuar mirë është thelbësore për mirëqenien sociale dhe ekonomisë së një vendi, pasi arsimi promovon ndërgjegjësimin dhe pjesëmarrja qytetare dhe politike.

Një popullsi me nivele të larta të arsimit ofron një gamë të gjerë përfitimesh për shoqërinë, përfshirë rritjen më të lartë ekonomike, kohezion më të fortë shoqëror, nivele më të ulëta të krimit dhe më pak rekurs ndaj ndihmës sociale. Fëmijët që jetojnë në kushte të pafavorshme socio-ekonomike duhet të marrin mbështetje përshtatur nga institucionet arsimore për të kompensuar disavantazhin e tyre. Arsimi është ndoshta dimensioni më i vlerësuar nga prindërit për tu përmirësuar mundësitë e ardhshme të fëmijëve të tyre dhe në një ekonomi të shpejtë të dijes evolucioni, edukimi nënkupton përvetësimin e aftësive gjatë rrjedhës së jetës. Duke investuar në arsim, familjet dhe qeveritë mund të arrijnë, në të njëjtën kohë, shumë përfitime ekonomike dhe sociale[132].

15.4 Arsimimi dhe gjinia

Vitet e fundit aksesi i vajzave në sistemin arsimor është përmirësuar, por sërish në vende të ndryshme të botës ka hendek në arsimimin mes vajzave dhe djemve. P.sh në Azinë Jugore niveli i

[132] Antonio Caiazzo – Arpa Piemont. Le dimensioni e gli indicatori del benessere dell'OCSE (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo) nel progetto "Better Life" 2014

analfabetizmit tek gratë e rritura arrin 52%, ndërkohë tek burrat është 33 %. Fëmijët e grave të paarsimuara kanë 50% më shumë shanse të vuajnë nga kequshqyerja ose të vdesin para moshës 5 – vjeçare. Po kështu, në shumë vende të botës vajzat "humbasin/zhduken" në martesa të hershme, punë të rrezikshme ose dhe në luftëra dhe ato mund të vijnë në kontakt me sistemin shëndetësor vetëm kur mbeten shtatzëna ose për shkak të plagëve që mund të marrin (UNICEF, 2006). Në Shqipëri, niveli i aksesit dhe përfundimit të studimeve në të gjitha nivelet arsimore për vajzat është në nivele të kënaqshme. Aktualisht, vihet re se djemtë kanë më shumë prirje që të largohen nga shkolla për të siguruar të ardhura për familjen, diçka që sërish lidhet me rolin gjinor të djemve/burrave. Megjithatë, në zonat rurale e të thella të Shqipërisë ende ka mendësi që pengojnë arsimimin e vajzave, sikundër i gjejmë dhe në vende të tjera. Të tilla janë:

- perceptime negative për vajzat/gratë, që zhvlerësojnë aftësitë e tyre intelektuale;
- bindje të forta për ndarjen e punës që u shton ngarkesën grave në familje;
- bindje kundër arsimimit të grave,
- besime për profesione që shihen si të papërshtatshme për vajzat dhe gratë

Këto bindje nxiten nga barriera strukturore si:

- kostot e shkollimit,
- perceptimi se vajzat në shkollë janë të pambrojtura,
- distanca me shkollat, mungesa e mësueseve gra (në vende të tjera)
- mungesa e ndjeshmërisë gjinore në shkolla (si tualetet e papërshtatshme) etj.

Këto barriera janë më evidente në arsimin e mesëm dhe të lartë dhe shpesh bëhen penguese për vajzat për të vazhduar arsimin e mesëm.

15.4.1 Marrëdhëniet shoqërore kanë një vlerë në vetvete, pasi qeniet njerëzore janë krijesa dhe në shpeshtësinë e kontaktit tonë me të tjerët dhe cilësinë e marrëdhënieve tona personale janë përcaktuesit kryesorë të mirëqenies të gjithkujt. Njerëzit e futur në rrjete të gjera marrëdhëniesh dhe mbështetje kanë shëndet më të mirë, nivele më të ulëta stresi, kanë tendencë të jetojnë më gjatë dhe ka më shumë mundësi të punësohen. Marrëdhëniet shoqërore gjithashtu mund të kenë një funksion instrumental. Një rrjet i fortë social mund të sigurojë mbështetje emocionale si gjatë kohës paqësore ashtu edhe gjatë asaj më të vështirë, si dhe sigurimin e burimeve për qasje në punë, shërbime dhe të tjera mundësitë materiale.

Një rrjet i dobët social mund të thotë mundësi e kufizuar financiare, mungesa e kontaktit me të tjerët dhe ndjenja të izolimit. Izolimi social mund të çojë në prishje të familjes, humbje të punës, sëmundje ose vështirësi financiare. Në nivelin shoqëror, lidhjet shoqërore gjenerojnë vlera të përbashkëta - të tilla si besimi tek të tjerët dhe normat e reciprocitetit - që ato ndikojnë në një numër rezultatesh, përfshirë rritjen ekonomike, pjesëmarrjen nivelet e demokracisë dhe krimit. Mbështetja sociale, vlerat dhe normat e përbashkëta të krijuara prej saj janë elemente thelbësore

të kapitalit shoqëror, i cili gjithnjë e më shumë konsiderohet të jetë një motor i rezultateve të rëndësishme të mirëqenies si :

- pjesëmarrja demokratike,
- nivele të ulëta të krimi,
- një gjendje më e mirë shëndetësore,
- forcë e lidhjeve me komunitetin dhe ekonomitë.

15.4.2 Cilësia e mjedisit fizik në të cilin njerëzit jetojnë dhe punojnë është thelbësore ,për të cilësia e jetës dhe njohuritë e konsoliduara shkencore tregojnë se ajo ka një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin tonë. Faktorë ekstremë mjedisorë dhe shëndetësorë, si:

- ciklonet,
- përmbytjet,
- thatësira,
- epidemitë
- valët e nxehtësisë janë të lidhura me aktivitetet njerëzore dhe mund të shkaktojnë vdekje, lëndime dhe sëmundje.

Në planin afatgjatë, ndryshime drastike në kushtet mjedisore mund të dëmtojnë shëndetin e njeriut përmes ndryshimeve të kushtet klimatike, transformimet e cikleve të karbonit dhe ujit dhe humbja e biodiversitetit. Mjedisi fizik është gjithashtu thelbësisht i rëndësishëm, siç bëjnë shumë njerëz i kushtojnë rëndësi bukurisë dhe shëndetit të vendit ku jetojnë dhe pse ata janë të shqetësuar për degradimin e planetit dhe shterimin e burimeve natyrore.

15.4.3 Mirëqenia subjektive dhe kënaqësia me jetën pasqyrojnë idenë se përvoja që njerëzit kanë nga rrethanat e jetës është shumë e rëndësishme si vetë rrethanat dhe se njerëzit janë gjykatësit më të mirë të mënyrës sesi po shkon jeta e tyre.

Të dhënat subjektive mund të japin informacion mbi :

- vlerësimin personal të shëndetit,
- arsimin,
- të ardhurat,
- përmbushjen personale,
- në mjediset e jetesës dhe të punës ,
- në kushte shoqërore në përgjithësi.

Kënaqësia e jetës është një vlerësim dhe masë njohëse si njerëzit e vlerësojnë jetën e tyre në tërësi ndjenjat e tyre dhe kushtet e jetesës të konsideruara të rëndësishme për mirëqenien subjektive. Lumturia ose mirëqenia subjektive matet gjithashtu nga prania e përvojave dhe ndjenja pozitive, të tilla si kënaqësia, gëzimi, ndjenja e të qenit paqësor dhe i dashur dhe mungesa e përvojave dhe ndjenjave negative, të tilla si dhimbja, frika, shqetësimi dhe trishtimi.

Masat e kënaqësisë me jetën janë po aq të rëndësishme për tregues më tradicionalë që vlerësojnë kushtet objektive, sepse ato sigurojnë një tablo të përgjithshme të mirëqenies e cila bazohet në aspektet e jetës ,të konsideruara si prioritet nga njerëzit për mirëqenien e tyre dhe jo sipas gjykimeve apriori.

Pasuria, puna, arsimi, aftësitë, siguria dhe mjedisi fizik gjithashtu ndikojnë npozitivisht kënaqësinë e jetës. Shëndeti ka një ndikim të lartë mbi kënaqësinë e jetës me rëndësi më të madhe të shëndetit mendor në krahasim me atë fizik, paaftësia ka një ndikim të përhershëm negativ në kënaqësinë e jetës.

15.5 Roli i infermierit në mirëqenie

Mbështetja e ofruar nga një infermiere kur një person është në gjendje të mirë mund të shihet si kryesisht natyrë indirekte, që është në promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Këto konsiderata mbështesin dy kompetencat e para të kërkuara nga një infermiere e përgjithshme e regjistruar (Këshilli Qendror i Mbretërisë së Bashkuar 1983), përkatësisht:

- këshillimi mbi promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve
- njohja e situatave që mund të jenë të dëmshme për shëndetin dhe mirëqenien e individit.

Kjo nuk do të thotë se këto nuk janë përbërës thelbësorë të të gjitha situatave infermierore, përkundrazi që këtu është vënë theksi tek individi i cili është në gjendje, kryesisht, të plotësojë nevojat e tij pa ndihmë. Kështu infermierja synon të mbështesë personin në ruajtjen e një gjendjeje shëndetësore dhe mirëqenieje. Veprimet mund të shihen duke filluar nga dhënia e informacionit për të mundësuar individët të marrin vendime të informuara (përfshirë mbështetjen gjatë dhe pas procesit të vendimmarrjes), deri tek kujdesi minimal i drejtpërdrejtë, për shembull në administrimin e injeksioneve të rregullta.

15.5.1 Vlerësimi i nevojave individuale

Vlerësimi është themeli i procesit të infermierisë; nëse infermieria nuk ka qëllim plotësimin e nevojave të individit , kujdesi nuk mund të jetë kurrë plotësisht efektiv. Problemet janë shfaqur sepse infermierët shpesh nuk kanë pasur një model të hapur nga i cili të zhvillohet një kuadër për vlerësim; prandaj kërkohet informacion i cili mund të jetë i dobishëm në vendosjen e qëllimeve të kujdesit të infermierit ose pacientit / klientit. Arsyet për domosdoshmërinë e një mjeti vlerësimi mund të shihen si:

- sigurimi i një udhëzuesi dhe një qasjeje sistematike,
- identifikimi i përparësive të informacionit të kërkuar,
- sigurimi që vetëm informacioni përkatës i cili do të përdoret është kërkuar qëllimisht. duke pranuar kështu të drejtën e individit për privatësi,
- sigurimi i një baze për vendimmarrjen e infermiereve dhe pacientëve dhe vendosjen e qëllimeve,

- ofrimi i një fokusi për infermierin dhe pacientin për të vërtetuar ekzistencën e problemeve.

Në interpretimin e këtij modeli për praktikën infermierore, kuadri i nevojave njerëzore përdoret si mjet vlerësimi, nevojat individuale vlerësohen në mënyrë hierarkike.

Duke siguruar që infermierja të jetë e kënaqur përmes vlerësimit fillestar se pacienti është larguar nga rreziku i menjëhershëm, atëherë secila kategori e nevojave njerëzore mund të eksplorohet me rëndësi ekuivalente, lejon një kuadër të qartë për infermierët e të gjitha niveleve për të vlerësuar nevojat njerëzore në dimensionet më jomateriale, d.m.th. personale / psikologjike. Sapo të përfundojë vlerësimi, problemet aktuale ose të mundshme të pacientëve identifikohen dhe vendosen sipas rendit të përparësisë. Problemet në nivelet më të larta mund të jenë më të rëndësishme për individin sesa ato në nivele më të ulëta dhe aspektet operacionale të këtij modeli të infermierisë lehtësojnë identifikimin e aspekteve të tilla. Jo të gjithë individët do të kenë probleme në të gjitha nivelet, por të gjithë pacientët do të kenë disa probleme në disa nivele[133]

[133] Jean Minshull et al,. The human needs model of nursing. Journal of Advanced Nursing. 1986,11,643-649.

16

Zhvillimi i fëmijes, personit të rritur dhe të moshuar Qasja e rrjedhës së jetës

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë fazat e zhvillimit njerëzor;
- Njohë nevojat shëndetësore në çdo fazë:
- Analizojë ndikimin që ka ndarja gjinore e roleve në mundësitë për fuqi, akses, kontroll mbi burimet dhe zhvillimin;
- Jetë i aftë të aplikojë konceptet e trajtuara në këtë sesion në të menduarit kritik dhe analizën e situatës së burrave dhe grave në fusha të ndryshme të jetës sociale dhe profesionale.

Cilat janë fazat e zhvillimit njerëzor?

Teoria e zhvillimit njerëzor të Dr. Armstrong-ut spikat për idenë e tij se secili nga momentet e jetës sonë shënohet nga një aftësi ose "dhuratë" që ne mund ta shfrytëzojmë për të përmirësuar ekzistencën e të tjerëve dhe botës në përgjithësi. Ky autor e ndan zhvillimin në 12 faza të veçanta, të cilat shkojnë nga momenti i konceptimit deri në vdekje.

16.1. Fazat e zhvillimit njerëzor Ato janë një seri fazash nëpër të cilat kalojnë njerëzit në evolucionin tonë nga momenti i lindjes deri në pleqëri dhe vdekje. Të mësuarit për të lundruar drejt në secilën nga këto faza është thelbësore që të jemi në gjendje të bëjmë një jetë të mirë dhe të kapërcejmë sfidat që na paraqiten.

1. Faza para lindjes
2. Lindja
3. Fëmijëria e hershme
4. Fëmijëria e parë
5. Fëmijëria e mesme
6. Fëmijëria e vonë
7. Adoleshenca
8. Rinia
9. Mosha e mesme
10. Pjekuria
11. Pjekuria e vonë
12. Vdekja

Studimi i fazave të zhvillimit njerëzor ka qenë i pranishëm praktikisht që nga fillimi i psikologjisë si shkencë. Disa nga autorët më të njohur në këtë fushë, të tilla si Jean Piaget ose Erik Erikson, krijuan teoritë e tyre rreth fazave që duhet të kalojmë gjatë gjithë ekzistencës sonë.

Disa nga teoritë e fazave të zhvillimit njerëzor mbrojnë që fazat nuk janë arbitrare, por janë të shënuara nga një sërë sfidash që ne duhet t'i kapërcejmë dhe shoqërohen nga pikat e forta dhe të dobëta. Një nga teoritë më të famshme të këtij lloji është ajo e Dr. Thomas Armstrong.

16.1.1 Faza para lindjes

Faza para lindjes shtrihet nga momenti i konceptimit deri në lindjen aktuale të personit. Megjithëse ai ende nuk ka ardhur në botë, në këtë fazë fëmija tashmë fillon të ndikojë në mjedisin e tij, kryesisht përmes pritjeve që kanë ata përreth tij.

Për shkak se ai nuk ka lindur ende, prindërit dhe ata që janë pranë tyre pyesin se çfarë mund të bëhet kjo jetë e re, dhe për këtë arsye fëmija bëhet një simbol i rritjes dhe i mundësive që ekzistojnë në secilin individ.

16.1.2 Lindja

Lindja e një jete të re është një nga ngjarjet më të rëndësishme për shumë njerëz, veçanërisht për anëtarët e ngushtë të familjes së fëmijës.

Në këtë fazë, kontributi kryesor që i porsalinduri mund të japë në mjedis është shpresa, pasi njerëzit pranë tyre janë të mbushur me optimizëm dhe ndjenjën se kjo jetë e re mund të sjellë diçka të veçantë në botë.

Kështu i porsalinduri indirekt bëhet një përfaqësim i ndjenjës së shpresës që të gjithë kemi brenda dhe në përgjithësi frymëzon familjet e tyre dhe ata që janë në kontakt me ta që të përpiqen ta bëjnë botën një vend më të mirë.

16.1.3 Fëmijëria e hershme

Faza e parë e jetës së një personi është fëmijëria e hershme, e cila zgjat nga koha e lindjes deri në rreth 3 vjet. Në këtë kohë, karakteristika kryesore e fëmijës sipas Armstrongut është gjallëria e tij, e cila duket praktikisht e pakufishme dhe që ndikon shumë në mjedisin e tij.

Nga lindja deri në 3 vjeç, fëmijët përfaqësojnë të gjithë potencialin dhe energjinë e njerëzimit, dhe me praninë e tyre të thjeshtë ata promovojnë aktivitetin e të rriturve përreth tyre. Gjatë kësaj kohe fëmija nuk ndalet së mësuari dhe eksploruar mjedisin e tij, dhe është i aftë të zgjojë kuriozitetin dhe gëzimin te të moshuarit.

16.1.4 Fëmijëria e parë

Fëmijëria e parë është faza që zhvillohet midis 3 dhe 6 viteve të jetës së fëmijës. Gjatë kësaj kohe ata vazhdojnë të kenë të gjithë energjinë e fazës së mëparshme, por gjithashtu janë në

gjendje të sjellin një gëzim dhe dëshirë për të bashkëvepruar me botën që janë shumë karakteristike për këtë moment jetësor.[134]

Kur fëmijët në këtë fazë luajnë, ata janë në gjendje të përfaqësojnë botën në tërësinë e saj dhe ta transformojnë atë sipas dëshirës, duke krijuar të gjitha llojet e skenarëve të rinj. Prandaj, kontributi i tyre kryesor është inovacioni dhe gëzimi me të cilin ata ndërveprojnë me mjedisin e tyre, i cili përhapet në njerëzit përreth tyre.

16.1.5 Fëmijëria e mesme

Fëmijëria e mesme është faza që zgjat përafërsisht midis moshës 6 dhe 8 vjeç. Në këtë kohë, ndodh një fenomen unik dhe shumë i rëndësishëm për zhvillimin e personit: shfaqja e subjektivitetit të vërtetë dhe ndarja midis "Unë" dhe pjesës tjetër të botës.

Nga kjo ide e "Unë", fëmija mund të fillojë të përdorë imagjinatën, e cila kështu bëhet kontributi kryesor që ai i jep botës në këtë fazë.

Jeta e brendshme fillon të kultivohet nga ky moment e më tej, dhe nëse zhvillohet siç duhet mund të përfundojë duke sjellë të gjitha llojet e zbulimeve dhe inovacioneve në fazat e mëvonshme.

16.1.6 Fëmijëria e vonë

Fëmijëria e vonë është faza e zhvillimit njerëzor që ndodh midis moshës 9 dhe 11 vjeç. Në këtë kohë fëmija tashmë ka fituar një numër të madh të aftësive sociale dhe teknike që e lejojnë atë të funksionojë si duhet në botë. Sidoqoftë, ju ende duhet të përballeni me shumë situata që nuk i keni zotëruar ende dhe për të cilat nuk keni një përgjigje të vendosur.

Si pasojë, në këtë fazë fëmijët kryesisht zhvillojnë zgjuarsi. Për të qenë në gjendje të zgjidhin problemet me të cilat përballen, ata duhet të jenë në gjendje të zbatojnë krijimtarinë e tyre në një mënyrë praktike dhe të përdorin mjetet që tashmë kanë për të zgjidhur situatat e reja me të cilat përballen.

Ky parim i zgjuarsisë është themelor gjatë gjithë jetës sonë, pasi ai mund të zbatohet për të zgjidhur të gjitha llojet e problemeve praktike, emocionale ose çfarëdo lloji tjetër dhe për të funksionuar si duhet në jetën tonë të përditshme.

Zhvillimi i fëmijës

Një detyrë kryesore e familjeve është të edukojnë fëmijët të bëhen të rritur të shëndetshëm, të përgjegjshëm dhe krijues të cilët mund të zhvillojnë marrëdhënie kuptimplote gjatë gjithë jetës. Një detyrë e rëndësishme e të gjithë prindërve është t'i mbajnë fëmijët të shëndetshëm dhe të kujdesen për ta gjatë sëmundjes. Megjithatë, shumica e nënave dhe baballarëve kanë pak arsimim formal për kujdesin shëndetësor të fëmijëve. Në fakt, shumica e prindërve mësojnë rolin "në punë", duke u mbështetur në kujtimet e përvojave të tyre të fëmijërisë në familjet e tyre të

[134] "Fazat e Zhvillimit Njerëzor nga Foshnjëria deri në Moshën e Pjekurisë" study.com.

origjinës për t'i ndihmuar ata. Infermierët e familjes ndihmojnë familjet të promovojnë shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe përballimin e sëmundjeve.

Rëndësia e jetës familjare për shëndetin dhe kujdesin ndaj sëmundjeve të fëmijëve është shpesh e padukshme, sepse rutinat e përditshme të familjeve janë të zakonshme dhe qëndrojnë nën nivelin e ndërgjegjësimit. Jeta familjare ndikon në shumë aspekte të shëndetit të fëmijëve, megjithatë, duke përfshirë promovimin e shëndetit dhe përvojën e sëmundjes tek fëmijët. Po kështu, jeta familjare ndikohet nga shëndeti dhe sëmundja e fëmijëve.

Familjet janë grupe me karakteristika unike, duke përfshirë kujtimet e veçanta familjare dhe marrëdhëniet midis brezave, strukturën dhe anëtarësinë e familjes, rregullat dhe rutinat e familjes, aspiratat dhe arritjet e familjes, dhe modelet etnike ose kulturore. Infermierët kujdesen për fëmijët brenda kontekstit të familjes së tyre dhe ata kujdesen për fëmijët duke e trajtuar familjen në tërësi. Në të dy qasjet, familjet ndikojnë në shëndetin e fëmijëve të tyre, ndërsa shëndeti i fëmijëve ndikon në familjet e tyre. Infermierët kujdesen për fëmijët në një sërë mjedisesh klinike dhe situatash të kujdesit.

Kujdesi për familjet që lindin fëmijë dhe janë në qendër të vëmendjes në praktikën e infermierisë, sepse për të pasur të rritur të shëndetshëm duhet të keni fëmijë të shëndetshëm. Për të pasur fëmijë të shëndetshëm, është e rëndësishme të promovoni shëndetin e gruas që lind dhe fëmijën e saj që nga lindja e fëmijëve deri në moshën madhore. Kujdesi parakonceptual dhe ai para lindjes janë kontribute thelbësore në shëndetin e gruas dhe fetusit dhe në përgatitjen emocionale të familjes për lindjen dhe rritjen e fëmijës. Ndërsa fëmijët rriten, familjet kanë nevojë për mbikëqyrje dhe mbështetje të vazhdueshme shëndetësore. Ndërsa fëmijët arrijnë pjekurinë dhe planifikojnë për familjet e tyre, fillon një cikël i ri dhe mbështetja e re bëhet e nevojshme.

Roli i infermierit në të gjitha këto faza fokusohet në promovimin e rritjes dhe zhvillimit të shëndetshëm të fëmijës dhe familjes në shëndet dhe sëmundje[135]. Megjithëse fusha e infermierisë zakonisht i ndan shqetësimet e saj për familjet gjatë lindjes dhe rritjes së fëmijës në dy njësi të veçanta, kujdesi i maternitetit dhe kujdesi për shëndetin e fëmijëve, fushëveprimi i plotë i praktikës infermierore në këtë fushë nuk është dy njësi të veçanta, por një: infermieria e shëndetit të nënës dhe fëmijës Me ndërhyrjet në favor të zhvillimit në fëmijërinë e hershme, nga zero në gjashtë vjeç, janë kritike për të gjithë jetën, me përfitime për shëndetin, mësimin, autonominë dhe pjesëmarrjen shoqërore.

Në dekadat e fundit, fusha e neuroshkencave ka kontribuar me dëshmi shkencore që demonstrojnë se ngjarjet fillestare të jetës ndikojnë në konfigurimin e funksioneve të trurit, të cilat janë kritike për krijimin e një zhvillimi solid. Nga ana tjetër, ajo demonstroi se ndryshimet e trurit që vijnë nga kushtet e pafavorshme mjedisore, veçanërisht keqtrajtimi dhe privimet psikosociale, qoftë në kontekste familjare apo institucionale, shpesh mund të çojnë në dëmtime të përhershme të zhvillimit.

[135] Joanna Rowe Kaakinen. Family Health Care Nursing. 4th Edition. 2010. Fq 322-379

Kjo dëshmi ripohon rëndësinë e marrëdhënieve njerëzore. Në proceset e rritjes dhe zhvillimit, qenia njerëzore ka nevojë për ndërveprime pozitive dhe të përshtatshme të kryera nga njerëz që janë të përkushtuar ndaj shëndetit dhe mirëqenies së tyre në mënyrë që të minimizojnë cenueshmërinë e tyre ndaj efekteve të mundshme të dëmshme mjedisore. Marrëdhëniet pozitive socio-afektive janë thelbësore për krijimin e dimensioneve të ndryshme të funksioneve dhe aftësive të strukturuara në fëmijërinë e hershme. Prandaj, është e rëndësishme që fëmijët të plotësojnë nevojat e tyre në lidhje me procesin e zhvillimit, dhe për këtë, kujdesi ditor kërkon vëmendje dhe mbrojtje. Kjo përfaqëson një sfidë për profesionistët e shëndetit, veçanërisht ata që punojnë në kujdesin parësor, jo vetëm për të parandaluar dëmtimet, por edhe për të zgjeruar mbrojtjen e shëndetit të fëmijëve në skenarë të ndryshëm.

Veprimet efektive në promovimin dhe mbrojtjen e zhvillimit në fëmijërinë e hershme kanë një potencial për të zvogëluar pabarazitë; dhe një numër zgjidhjesh dhe përfitimesh shoqërohen me përpjekjet në fushën e shëndetit publik për të kapërcyer pasojat e dëmshme neurozhvillimore. Në këtë kontekst, praktikat dhe njohuritë infermierore mund të kontribuojnë në fuqizimin dhe emancipimin e individëve dhe komuniteteve, duke ndikuar pozitivisht në zhvillimin njerëzor për shkak të fokusimit të tij në kujdesin si objekt i profesionit. Për të arritur këtë qëllim, infermierët duhet të kenë referenca të qëndrueshme që drejtojnë praktikën e tyre në kërkimin e gjithëpërfshirjes, duke kapërcyer kufijtë që janë të pranishëm në skenarët e shumtë të kujdesit shëndetësor, si nevojat e individëve që shpesh janë të pavërejtur ose të reduktuar në kërkesat krijuar më parë nga shërbimet shëndetësore.

16.1.7 Adoleshenca

Adoleshenca ose puberteti është një nga rastet kur shumica e ndryshimeve ndodhin në një hapësirë të shkurtër kohe në të gjitha fazat e zhvillimit njerëzor. Në këtë kohë, fëmijët fillojnë të lënë fëmijërinë e tyre prapa dhe të zhvillojnë karakteristika më tipike për moshën e rritur, me të gjitha vështirësitë që nënkupton kjo.

Adoleshenca zakonisht konsiderohet të jetë midis 12 dhe 20 vjeç. Ndryshimet biologjike, sociale dhe emocionale që ndodhin në këtë kohë lindin një pasion të madh jetësor, të përfaqësuar për shembull në fushën seksuale ose në kërkimin e pavarësisë.

Kështu, adoleshenti përmbush një funksion jetësor duke u kujtuar njerëzve përreth tij rëndësinë e pasionit jetësor dhe vullnetin për të jetuar. Rilidhja me këtë fazë të jetës mund të jetë shumë e dobishme për ata individë që mendojnë se kanë humbur gëzimin e tyre .

Adoleshenca dhe shëndeti i adoleshentëve

Adoleshenca është një periudhë dinamike e rritjes dhe zhvillimit që lidh urën e fëmijërisë me moshën madhore, ndërkohë që është dukshëm e ndryshme nga të dy grupet. Adoleshenca karakterizohet nga shumë ndryshime të shpejta, të ndërlidhura në trupin, mendjen dhe marrëdhëniet shoqërore. Është e rëndësishme të merret parasysh edukimi i nevojshëm që studentët duhet të kenë në lidhje me natyrën e adoleshentëve, fazën e zhvillimit të tyre, çështjet

shëndetësore dhe barrierat dhe sfidat për shëndetin brenda mjediseve të tyre. Një nga sfidat themelore për praktikuesit e shëndetit është të kuptuarit e proceseve zhvillimore të adoleshencës.

Shkalla e paparashikueshme e ndryshimit për të gjitha aspektet e zhvillimit që lidhen me adoleshencën krijon një kompleksitet shtesë për ata që ofrojnë kujdes shëndetësor. Sigurimi i kujdesit të duhur dhe efektiv të shëndetit të adoleshentëve kërkon një gamë të gjerë njohurish, aftësish dhe qëndrimesh që shkojnë përtej qasjeve tradicionale të përdorura në kuadrin e sëmundjes. Infermierët duhet të kenë një sfond të shëndoshë në rritjen dhe zhvillimin e adoleshentëve dhe kompetencat e nevojshme për të vlerësuar shëndetin, duke pasur parasysh gamën e gjerë të aftësive fizike, emocionale dhe psikosociale që një adoleshent mund të ketë në një moshë të caktuar. Ndërsa shumica e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së adoleshentëve është e parandalueshme, ofruesit e shëndetit, komunitetet dhe hartuesit e politikave nuk i kanë kushtuar vëmendje të duhur mundësive për promovimin dhe parandalimin e shëndetësisë.

Ndryshimi i normave shoqërore ka çuar në një numër problemesh shëndetësore për adoleshentët. Qëndrimet dhe praktikat e shëndetit të adoleshentëve jo vetëm që ndikojnë në gjendjen e menjëhershme shëndetësore, por kanë pasoja afatgjata, shumë prej të cilave shoqërohen me probleme serioze shëndetësore të tilla si sëmundjet kardiake, kanceri, sëmundjet e frymëmarrjes dhe SIDA-n.

Adoleshenca, pra, është një kohë kur strategjitë krijuese të shëndetit dhe ndërhyrjet e demonstruara mund të parandalojnë sëmundjet dhe të rrisin potencialin për sjellje gjatë gjithë jetës që do të kontribuojë në shëndetin e njerëzve në botë. Ka pasur një pranim në rritje të nevojës për të parë shëndetin nga një perspektivë kontekstuale, duke njohur forcat shoqërore që formojnë shëndetin dhe mirëqenien. Shëndeti i adoleshentëve që shikohet vetëm nga perspektiva individuale pa marrë parasysh mjediset mjedisore, kulturore, sociale, ekonomike dhe politike nuk do të prodhojë zgjidhjet e nevojshme për të promovuar shëndetin. Shkalla e lidhjes familjare dhe të rriturve si dhe shëndeti i komunitetit njihet si mbrojtës, zvogëlon rrezikun dhe rrit elasticitetin[136]-[137] (OBSH, 2000a; 2000b).

Adoleshentët bëjnë zgjedhje shëndetësore nga një vlerësim i kostove dhe përfitimeve brenda kontekstit të jetës së tyre. Shumë prej tyre mund të modifikohen nga strategjitë e promovimit dhe parandalimit të shëndetit. Ekziston një hendek i pranuar në hulumtimin e shëndetit të adoleshentëve lidhur me "sesi raca, përkatësia etnike, gjinia dhe statusi socio-ekonomik ndikojnë, individualisht dhe në mënyrë interaktive, zhvillimin e vlerave shëndetësore, opsionet e perceptuara të shëndetit dhe sjelljet shëndetësore. Prandaj, një analizë e kujdesshme e strukturave të komunitetit është thelbësore për të kuptuar kontekstin e zgjedhjeve shëndetësore.

Për më tepër, adoleshentët duhet të kenë një zë më të madh në shpjegimin e zgjedhjeve të tyre shëndetësore në një atmosferë që inkurajon dialogun. Adoleshentët duhet të jenë partnerë në kujdesin shëndetësor me familjet e tyre kur përcaktojnë një plan shëndetësor. Krijuesit e

[136] WHO (2000b). Risk and protective factors affecting adolescent health and development. Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization (document WHO/FCH/CAH/00.20)
[137] WHO (2000a). Report of second meeting. Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization (document WHO/FCH/CAH/00.17).

politikave shpesh e karakterizojnë adoleshentin si impulsiv dhe rrezikues, me pak aftësi për të kuptuar pasojat e ardhshme. Pikëpamjet alternative do të mbështesin proceset që përfshijnë identifikimin e pikave të forta dhe të cenueshme nga perspektiva individuale, familjare dhe komunitare[138].

Meqenëse mjedisi formon vlerat, besimet dhe praktikat shëndetësore, infermierja ose mamia duhet të jenë në gjendje të vlerësojnë çdo mjedis në mënyrë që të praktikojnë në mënyrë efektive.

Kompetencat e nevojshme për infermierët për të ruajtur, promovuar dhe rivendosur shëndetin e adoleshentëve kërkojnë njohuri dhe aftësi të specializuara që mbulojnë një spektër të gjerë të fushave të shëndetit dhe aftësinë për t'u përshtatur me kultura të veçanta brenda një sërë mjedisesh. Meqenëse vendosja për ofrimin e kujdesit shëndetësor për adoleshentët ndodh kryesisht në komunitet, infermierët dhe mamitë duhet të zhvillojnë aftësitë drejtuese të nevojshme për të bashkëpunuar me adoleshentët, familjet dhe organizatat e komunitetit për ofrimin e kujdesit shëndetësor.

16.1.8 Rinia

Koncepti i rinisë ka ndryshuar shumë gjatë historisë, por gjithnjë ka qenë i lidhur me një sërë karakteristikash që ndodhin sot midis moshës afërsisht 20 dhe 35 vjeç.

Të rriturit e rinj fillojnë të përballen me të gjitha llojet e përgjegjësive për të cilat nuk kishin pse të shqetësoheshin në fëmijëri, me gjithçka që përfshin.

Kështu, në rini shfaqen disa sfida, siç është nevoja për të gjetur një shtëpi të tyre dhe ndoshta për të krijuar një familje, krijimin e një rrethi miqësor të qëndrueshëm dhe të përmbushur dhe ndjekjen e një karriere të kënaqshme profesionale.

Kështu, karakteristika më e rëndësishme e rinisë është iniciativa. Njerëzit në këtë fazë duhet të mësojnë të marrin masa për të përmirësuar kushtet e jetës së tyre. Kjo aftësi është shumë e dobishme në fazat e tjera, por bëhet thelbësore gjatë viteve të para të jetës së të rriturve.

16.1.9 Mosha e mesme

Hyrja në moshën e mesme është një tjetër nga ndryshimet e mëdha brenda fazave të zhvillimit njerëzor. Pas gjithë kohës së kaluar në rini, të rriturit midis 35 dhe 50 vjeç zakonisht fillojnë të reflektojnë mbi atë që kanë arritur të ndërtojnë dhe kuptimin që ka jeta e tyre.

Në këtë kohë, njerëzit zakonisht fillojnë të pyesin nëse rruga që kanë ndjekur ka qenë ajo që ata dëshironin apo jo. Nëse i kanë ndjekur dëshirat e tyre, ata zakonisht ndiejnë kënaqësi të madhe, dhe nëse jo, ata zakonisht përpiqen të drejtojnë veprimet e tyre për të shfrytëzuar sa më mirë kohën që u ka mbetur.[139]

---

[138]Gwen Brumbaugh Keeney. ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT in nursing and midwifery education. World Health Organization Geneva 2004

[139] "Fazat e zhvillimit njerëzor" All Matter: todamateria.com.

Kështu, gjatë kësaj faze, karakteristika më e rëndësishme është përsiatja, ose aftësia për të reflektuar mbi veprimet e veta në një mënyrë të paanshme dhe objektive.[140]

a. Zhvillimi i personit te rritur

Termi i rritur ka shumë kuptime të ndryshme në shoqëri. Ndërsa të rriturit hyjnë në vitet e tyre të mesme, ata përjetojnë shumë ndryshime normale fiziologjike.

Aftësia e një gruaje për të kryer rolet e saj të rëndësishme mund të ndikojë në të gjithë familjen e saj, prandaj gratë duhet të marrin shërbime që promovojnë shëndetin dhe zbulojnë sëmundjet në një fazë të hershme. Zbulimi i hershëm dhe trajtimet e përmirësuara për sëmundjet i lejojnë gratë të kthehen në punë ose të punojnë gjatë gjithë rrjedhës së një sëmundjeje. Edhe pse puna është thelbësore për mirëqenien ekonomike dhe sociale të shumë familjeve të grave, vetë vendi i punës krijon stres fizik dhe social. Ndërsa më shumë gra hyjnë në fuqinë punëtore dhe përballen me të njëjtat rreziqe dhe stresues si burrat, nuk është për t'u habitur që shkalla e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë së tyre më parë të favorshme janë në rënie.

Që nga fillimi i viteve 1970, gratë janë takuar në grupet e vetë-ndihmës për të zhvilluar një kuptim më të mirë të nevojave të tyre shëndetësore. Disa nga sjelljet shëndetësore që gratë mësojnë në këto grupe janë rëndësia e të ushqyerit dhe stërvitjes, mirëmbajtja e shëndetit, testimi i shtatzënisë dhe ndërgjegjësimi kontraceptiv; njohja e shenjave të hershme të infeksioneve vaginale dhe SST; dhe vetëdija për ndryshimet në anatominë dhe fiziologjinë femërore.

Infermierja e shëndetit në komunitet mund të përdorë modele të tilla si Modeli i Promovimit të Shëndetit të Penderit në mësimin e sjelljeve shëndetësore që çojnë në promovimin e përgjithshëm të shëndetit tek gratë. Pender vëren se sjelljet promovuese të shëndetit drejtohen drejt ruajtjes ose rritjes së nivelit të mirëqenies, vetë-aktualizimit dhe përmbushjes së një individi ose grupi të caktuar. Sidoqoftë, për shkak se shumë modele janë zhvilluar për klasën e mesme, ato mund të mos jenë të dobishme për infermierët e shëndetit në komunitet që punojnë me familje me të ardhura të ulëta. Deficitet e njohurive që lidhen me ndërgjegjësimin e trupit mbizotërojnë tek të gjitha gratë, pavarësisht nga niveli socio-ekonomik ose arsimor.

b.Faktorët që pengojnë shëndetin e burrave

Shumë faktorë funksionojnë si barriera për shëndetin e burrave, përfshirë sjelljet e tyre të marrjes së rrezikut dhe përdorimin e rrallë të sistemit të kujdesit shëndetësor. Për më tepër, boshllëqet në sjelljen parandaluese shëndetësore dhe dallimet në sëmundjet dhe orientimet shëndetësore dhe raportimi i sjelljes shëndetësore të gjitha kontribuojnë në një status të zvogëluar shëndetësor për burrat. Qasja në Orientimin e Misionit të Kujdesit Historikisht, interesi i shoqërisë për shëndetin e burrave është përqendruar në përpjekjet e nevojshme për të ruajtur një fuqi punëtore efektive. Burrat shoqërohen për ta parë shëndetin si një produkt ose burim që i mundëson trupit të punojë. Kujdesi shëndetësor i orientuar drejt misionit është një përparësi për industritë e mëdha dhe sportet e organizuara.

[140] "Zhvillimi i jetëgjatësisë" në:lumenlearning.com.

Kufizimi i konceptit të shëndetit në mungesë të sëmundjes eliminon promovimin e shëndetit. Përdorimi i normave tradicionale të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë si reflektues i gjendjes së "shëndetit" të një popullate përfaqëson vetëm një bazë biologjike të shëndetit. Për t'i siguruar infermieres së shëndetit të komunitetit një pamje më të qartë të shëndetit mashkullor, duhet të merret parasysh prania e faktorëve të rrezikut të sjelljes si pirja e duhanit, konsumimi i alkoolit, obeziteti dhe mënyra e jetesës sedentare. Rimëkëmbja fizike pas dëmtimit, sëmundjes ose dëmtimit konsiderohet gjithashtu një faktor në përkufizimin e burrave për "të shëndetshëm". Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit nuk reflektohen shpesh në perceptimin e shëndetit të një burri.

Infermieria mund të luajë një rol kryesor në kontributin në praktikë dhe kërkime në këtë fushë shqetësimi. Fokusi i vazhdueshëm në kurimin e sëmundjeve në sistemin aktual të kujdesit shëndetësor përforcon perceptimin e burrave për shëndetin. Sëmundjet koronare të zemrës, kanceri dhe goditja në tru janë tre gjendje që përbëjnë dy të tretat e të gjitha vdekjeve dhe kërkojnë përdorimin më të madh të burimeve të kujdesit shëndetësor. Rritja e jetëgjatësisë tregon efektin që këto përparime mjekësore kanë pasur në shkallën e vdekshmërisë nga këto sëmundje. Këto përparime kanë rezultuar në një rritje të viteve të aftësisë së kufizuar, e cila mund të përbëjë rritjen e vetëvrasjeve tek burrat më të mëdhenj se 65 vjeç[141].

16.1.10 Pjekuria

Pjekuria është faza e jetës që kalon afërsisht midis 50 dhe 80 viteve të jetës. Në këtë fazë, njerëzit zakonisht kanë arritur shumicën e qëllimeve të rëndësishme të jetës, të tilla si krijimin e një familjeje, krijimin e një karriere, ose çfarëdo qëllimi tjetër që i kanë vendosur vetes.

Si pasojë, individët në këtë moshë priren të ndryshojnë fokusin e tyre dhe t'i përkushtohen vetes duke kontribuar gjithçka që munden në shoqëri. Kjo mund të ndodhë në mënyra të ndryshme, të tilla si duke bashkëpunuar me OJQ, me vullnetarë ose duke dhuruar para.



Kështu, sipas Armstrong, kjo fazë e zhvillimit dallohet për dashamirësinë dhe kontributin e saj ndaj të tjerëve.

16.1.11 Pjekuria e vonë

E parafundit e fazave të zhvillimit të Armstrongut është mosha e pjekurisë. Kjo shtrihet nga afërsisht 80 vjet deri në vdekje.

[141] Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health. 7th Edition. 650-668.

Në të, kontributi kryesor i personit është mençuria që ai ka fituar gjatë gjithë jetës së tij. Në këtë mënyrë, ju mund të ndihmoni të tjerët me njohuritë tuaja në mënyrë që ata të mos bëjnë gabime dhe të përfitojnë nga ato që dinë.

16.1.11.a. Zhvillimi i personit te moshuar

Profili i familjeve të moshuara

Familjet po ndryshojnë në strukturë dhe funksionojnë me një ritëm të shpejtë. Një nga këto ndryshime është rritja e numrit të të rriturve mbi 65 vjeç brenda të gjitha shoqërive perëndimore. Këta të rritur janë pjesë e familjeve, duke ofruar kontekst historik, perspektivë zhvillimore dhe mbështetje për të rriturit dhe fëmijët më të vegjël. Në të njëjtën kohë, të rriturit po jetojnë më gjatë, dhe ndërsa rriten, shpesh kërkojnë ndihmën e të rinjve për të mbajtur një jetë të pavarur ose për t'u kujdesur për sëmundjet kronike progresive. Disa tendenca janë shfaqur me moshën e popullsisë sonë, dhe shumë prej këtyre tendencave ndikojnë në familjet dhe kujdesin infermieror të familjeve. Këto tendenca përfshijnë rritjen e diversitetit në jetën e mëvonshme, rritjen e numrit të të moshuarve që jetojnë me sëmundje kronike, ndryshimin e strukturës së familjes duke përfshirë rritjen e numrit të të moshuarve të divorcuar dhe rritjen e numrit të gjyshërve që jetojnë dhe/ose rritjen e nipërve dhe mbesat, dhe ndryshimin e marrëdhënieve familjare, duke përfshirë rritjen e besimit mbi mbështetjen ndër breza dhe sfidën e konflikteve midis brezave. Kujdesi gjithashtu është rritur dhe përfshin ndihmën e papaguar të ofruar nga anëtarët e familjes për një individ me një ose më shumë gjendje kronike.[142]

16.1.11.b.Karakteristikat e të rriturve të shëndetshëm të moshuar

Pjesa dërrmuese (94%) e të moshuarve, edhe ata me sëmundje kronike ose paaftësi të tjera, jetojnë jashtë institucioneve dhe janë relativisht të pavarur. Aftësia e tyre për të funksionuar është një tregues kryesor i shëndetit dhe mirëqenies dhe është një faktor i rëndësishëm në kuptimin e plakjes së shëndetshme. Shëndeti i mirë tek të moshuarit nënkupton ruajtjen e shkallës maksimale të mundshme të fuqisë fizike, mendore dhe shoqërore. Do të thotë të jesh në gjendje të përshtatesh, të vazhdosh të përballosh stresin dhe të jesh aktiv dhe i përfshirë në jetë dhe të jetuar. Plakja e shëndetshme do të thotë të jesh në gjendje të funksionosh, edhe kur je me aftësi të kufizuara, me një ndihmë minimale nga të tjerët. Mirëqenia në mesin e popullatës më të vjetër ndryshon në mënyrë të konsiderueshme.

Ndikohet nga shumë faktorë, duke përfshirë tiparet e personalitetit, përvojat e jetës, shëndetin aktual fizik dhe mbështetjet aktuale shoqërore dhe sjelljet e shëndetit personal, duke përfshirë pirjen e duhanit, obezitetin dhe përdorimin e tepërt të alkoolit. Qëllimet në infermierinë shëndetësore në komunitet janë të maksimizojnë potencialin e mirëqenies së klientëve të moshuar dhe të mbështesin nivelin e tyre më të lartë të aftësisë funksionale duke u mundësuar atyre të qëndrojnë të pavarur. Infermierët duhet të analizojnë dhe të ndërtojnë mbi pikat e forta të një personi të moshuar sesa të përqendrohen në vështirësitë ose deficitet. Qëllimi për një popullsi

[142] "Fazat e Zhvillimit Njerëzor" : ukessays.com.

të plakur është që të mundësojë që njerëzit e moshuar të lulëzojnë dhe të kenë cilësinë më të lartë të jetës për aq kohë sa të jetë e mundur, jo thjesht për të mbijetuar.

16.1.11.c.Nevojat shëndetësore të të moshuarve

Infermieria efektive në mesin e çdo popullate kërkon njohje me problemet dhe nevojat shëndetësore të atij grupi. Plakja, në vetvete, nuk është një problem shëndetësor. Përkundrazi, plakja është një proces fiziologjik normal, i pakthyeshëm. Ritmi i tij, megjithatë, ndonjëherë mund të ngadalësohet, siç po zbulojnë studiuesit, dhe shumë nga problemet që lidhen me plakjen mund të parandalohen.

Procesi i plakjes është i hollë, gradual dhe i përjetshëm. Dikush mund të shohë ndryshime të jashtëzakonshme midis individëve në shkallën e plakjes. Edhe në një individ të vetëm, sisteme të ndryshme të trupit plaken me ritme të ndryshme. Prandaj, mosha kronologjike nuk mund të jetë një tregues i besueshëm i nevojave shëndetësore. Sidoqoftë, përqindja e njerëzve me probleme shëndetësore rritet me moshën dhe si grup, të rriturit më të vjetër kanë më shumë gjasa sesa të rinjtë të vuajnë nga kushte të shumta, kronike dhe shpesh të paafta që kërkojnë kujdes dhe menaxhim të vazhdueshëm. Të moshuarit, si çdo grupmoshë, kanë disa nevoja themelore: nevoja fiziologjike dhe të sigurisë, si dhe nevoja për dashuri dhe përkatësi, vetëvlerësim dhe vetë-aktualizim. Nevojat e tyre fizike, emocionale dhe sociale janë komplekse dhe të ndërlidhura.

16.1.11.d Disa veprime infermierore që promovojnë mirëqenien për të moshuarit janë si më poshtë:

- Adresimi i ndërlidhshmërisë trup-mendje-shpirt të çdo të rrituri të moshuar.
- Identifikimi dhe sfidimi i qëndrimeve të moshës (duke përfshirë edhe ato të tyre), veçanërisht ato që ndërhyjnë në kujdesin optimal shëndetësor .
- Vlerësimi i çdo të rrituri të moshuar si një person i tërë.
- Përfshirja e diagnozave infermierore Ëellness si një pjesë rutinore e kujdesit.
- Planifikimi i rezultateve të mirëqenies, të cilat drejtohen drejt përmirësimit të shëndetit, funksionimit dhe cilësisë së jetës.
- Përdorimi i ndërhyrjeve infermierore për të adresuar faktorët që ndërhyjnë në funksionimin optimal (përfshirë mungesën e informacionit të saktë në lidhje me plakjen).
- Njohja e secilit të rritur të moshuar potencial për përmirësimin e shëndetit dhe funksionimit si dhe rritjen psikologjike dhe shpirtërore .
- Edukim në lidhje me sjelljet e vetë-kujdesit për të përmirësuar shëndetin dhe funksionimin (ose mësimin e kujdestarëve të të moshuarve të varur).
- Promovimi i mirëqenies për kujdestarët dhe njerëzit e tjerë që ofrojnë kujdes për të moshuarit[143]

16.1.12 Vdekja

[143] Carol A. Miller. Nursing for Wellnessin Older Adults. 6th edition. 2012. 63-69.

Për Armstrongun, vdekja konsiderohet gjithashtu një nga fazat e jetës. Ata që janë në prag të vdekjes ose që kanë ndërruar jetë u mësojnë të tjerëve rëndësinë e festimit të ekzistencës sonë dhe kalimin e kohës duke bërë atë që është më e rëndësishmja për ne. [144]"

16.2 Çfarë ndikimi ka moshimi i popullatës tek shëndeti i grave dhe i burrave?

- Ka më shumë gra të veja, pasi burrat kanë jetëgjatësi më të ulët dhe vdesin më shpejt se gratë;
- Burrat e ve kujdesen më pak për veten e tyre, pasi tradicionalisht kanë qenë gratë që janë kujdesur për ta. Kjo do të thotë se ata mund të vuajnë nga më shumë sëmundje ose të kenë nevojë për më shumë kujdes;
- Gratë e veja vuajnë më shumë pasojat e ndërvarësisë nga burrat që kanë pasur gjatë jetës së tyre: me më pak pasuri, më pak pension;
- Në shumë vende ri - martesa për burrat e ve promovohet, po jo për gratë e veja, diçka që nënkupton se gratë ka më shumë gjasa që të jetojnë vetëm. Në këtë rast, mund të kenë vështirësi për të aksesuar shërbimet shëndetësore;
- Gratë vuajnë më shumë ngarkesën e kujdesit për të tjerët në kohëra normale, por edhe në kohë krize

16.2.1 Nevojat e ushtrimit rritja e aktivitetit fizik

Hulumtimet tregojnë se ushtrimet dhe rritja e aktivitetit fizik mund të ngadalësojnë humbjen e densitetit të kockave dhe të rrisin madhësinë dhe forcën e muskujve, përfshirë zemrën, si dhe të rrisin veprimin e insulinës dhe të përmirësojnë gjumin dhe aftësitë funksionale të të moshuarve. Plakja nuk përfshin dhe nuk duhet të përfshijë pasivitet; në vend të kësaj, aktiviteti fizik dhe lëvizja kontribuojnë në cilësinë e performancës intelektuale dhe fizike në pleqëri. Ushtrimi, siç është ecja e përditshme, mund të mbajë muskujt në një ton të mirë, të rrisë qarkullimin dhe të promovojë shëndetin mendor dhe gjumin e duhur. Ushtrimi mund të ndodhë në lidhje me aktivitete të tilla si punët e shtëpisë, kopshtarinë, hobi ose rekreacionin dhe sportet. Infermierët e shëndetit publik mund të inkurajojnë ushtrimet midis klientëve të moshuar dhe të shqyrtojnë faktorët që i pengojnë ata të ushtrojnë rregullisht.

16.2.2 Nevojat e Sigurisë Ekonomike

Siguria ekonomike është një tjetër nevojë e madhe për të moshuarit. Shqetësimi për financat është shpesh një nga faktorët më dobësues të pleqërisë. Duke u frikësuar nga kostoja e mundshme e sëmundjeve të mëdha dhe duke mos dashur të jenë barrë për familjen ose miqtë, shumë të moshuar ruajnë financat e tyre të kufizuara duke krijuar modele të kursimit të ushqimit, duke përdorur burimet shëndetësore me masë, duke mos marrë ilaçet e tyre ose duke marrë ilaçe vetëm në doza të pjesshme, duke zvogëluar kostot për ngrohjen dhe ftohjen e shtëpisë, dhe, në përgjithësi, duke shpenzuar pak për veten e tyre. Një faktor tjetër që po rrit koston e kujdesit

[144] "12 fazat e jetës" në: Instituti për të Mësuar. Marrë më: 28 Prill 2020 nga Instituti për Mësim: institute4learning.com.

shëndetësor për popullsinë në plakje është se shumë klientë të moshuar presin derisa të jenë vërtet të sëmurë para se të kërkojnë kujdes shëndetësor. Për të rriturit e moshuar sot që kanë jetuar shumë vite pas daljes në pension dhe ndoshta nuk kanë planifikuar një siguri shtesë të mjaftueshme financiare për t'i mbajtur ata gjatë gjithë këtyre viteve, të papritura, frika nuk është e pabazë.

16.2.3 Ruajtja e Pavarësisë

Të moshuarit kanë nevojë për pavarësi, dhe ata që qëndrojnë të pavarur janë më të lumtur. Sa më shumë që të jetë e mundur, të moshuarit duhet të marrin vendimet e tyre dhe të menaxhojnë jetën e tyre. Edhe ata me aktivitete të kufizuara për shkak të aftësisë së kufizuar mund të ushtrojnë opsione vendimmarrëse për shumë, në mos shumicën e aspekteve të jetës së tyre të përditshme. Nevoja për autonomi - të jesh në gjendje të pohosh veten si një individ i veçantë - është e rëndësishme për të gjithë njerëzit. Pavarësia ndihmon në plotësimin e nevojës për respekt dhe dinjitet për veten. Një program vetë-menaxhimi, i zhvilluar nga një agjenci federale, po përdoret për të parandaluar ose vonuar aftësinë e kufizuar tek të moshuarit.

Infermierët kanë shumë mundësi për të promovuar mirëqenien për të rriturit përmes veprimeve që janë pjesë përbërëse e infermierisë holistike. Një fokus kryesor i një "qasjeje të mirëqenies" për kujdesin shëndetësor të të rriturve të moshuar është trajtimi i ndërlidhjes trup -mendje -shpirt të secilit të moshuar si një individ unik dhe i respektuar. Kjo kërkon që infermierët të vlerësojnë çdo të moshuar në kontekstin e plotë të historisë së tij personale dhe situatës aktuale. Bazuar në këtë vlerësim tërësor, infermierët identifikojnë rezultatet reale të mirëqenies dhe planifikojnë ndërhyrje të drejtuara drejt përmirësimit të shëndetit, funksionimit dhe cilësisë së jetës.

16.3 Nevojat dhe gjinia

Si pasojë e diferencave gjinore, roleve gjinore, dhe pozitave të tyre në shoqëri, burrat dhe gratë zhvillojnë edhe nevoja të ndryshme. Ato njihen edhe si nevoja gjinore. Nevojat gjinore klasifikohen në dy kategori:

1. Nevojat gjinore praktike (practical gender needs – PGN)
2. Nevojat gjinore strategjike (strategic gender needs – SGN)

16.3.1 Nevojat gjinore praktike: janë nevoja që gratë (edhe burrat) identifikojnë në kuadër të roleve të tyre të pranuara në shoqëri. Për shembull, nëse gratë mbulojnë shumicën e punës së përkujdesit në familje, atyre u krijohen nevoja që lidhen rolet që kryejnë në këtë drejtim. Plotësimi i nevojave gjinore praktike nuk sfidon ndarjet gjinore të punës edhe pse këto nevoja lindin prej tyre. Adresimi i tyre është një përgjigje e menjëhershme ndaj domosdoshmërive të momentit. Kështu, një grua mund të ketë nevoje për të blerë një fshesë korrenti të re dhe me funksione shtesë për ta lehtësuar punët e shtëpisë, një burrë mund të ketë nevojë për një set veglash pune për rregullime të vogla në banesë.

16.3.2 Nevojat gjinore strategjike: janë nevoja që gratë identifikojnë si të lidhura me pozicionin e nënshtruar të tyre në shoqëri. Këto nevoja ndryshojnë nga në kontekst në një tjetër dhe lidhen si me ndarjen gjinore të punës, ashtu edhe me çështje të pushtetit dhe kontrollit.

Adresimi i tyre ndihmon në arritjen e shanseve të barabarta, fuqizimin e grave dhe vendosjen e drejtësisë sociale. Po kështu, plotësimi i nevojave strategjike sfidon dhe kërkon ndryshimin e ndarjeve gjinore ekzistuese të roleve në shoqëri. Për shembull, balancimi dhe ndarja me e drejtë e punës përkujdesëse ndaj fëmijëve në familje kërkon që burrat të përfshihen më shumë në këtë rol. Nevoja gjinore strategjike është që përmes politikave dhe ndërhyrjeve të nxitet dhe mbështetet një pjesëmarrje dhe angazhim më i madh i baballarëve në rolin përkujdesës. Shembull i këtyre politikave janë ato mbi lejet e lindjes së një fëmije (leja e lindjes për nënën, leja për babain dhe leja prindërore). Mënyra sesi ato konceptohen dhe zbatohen mund të nxisin, sfidojnë dhe sjellin ndryshim në angazhimin e hershëm për baballarëve në përkujdesin dhe rritjen e fëmijëve të vegjël.

Tabela e mëposhtme përmbledh shkurtimisht diferencat kryesore midis nevojave praktike dhe atyre strategjike.

Tabela 16.1

Nevojat praktike vs. strategjike dhe adresimi i tyre

Nevojat praktike vs strategjike	
Praktiket	**Strategjiket**
• **Të menjëhershme, afatshkurtra**	• Më afatgjata;
• **Të veçanta për gra të caktuara;**	• Të përbashkëta për shumicën e grave;
• **Lidhen me nevoja të të përditshmes: ushqim, strehim, të ardhura, shëndetin e fëmijëve etj.**	• Të lidhura me pozicione të disfavorizuara: në arsim, punësim, varfëri, çështje të dhunës etj.;
• **Lehtësisht të identifikueshme;**	• Identifikimi dhe/ose adresimi i tyre është më i vështirë;
• **Adresohen me disa inpute të veçanta.**	• Mund të adresohen me ndërhyrje sistemike, arsimim, mobilizim politik etj.
Adresimi i nevojave gjinore	

Praktiket	Strategjiket
• **Gratë si përfituese, ndonjëherë edhe si pjesëmarrësve;**	• Përfshin gratë si agjente ndryshimi ose i fuqizon/mundëson atyre të veprojnë si të tilla;
• **Mund të përmirësojë kushtet e jetesës së grave;**	• Mund të përmirësojnë pozitën e grave në shoqëri;
• **Nuk tjetërson rolet dhe marrëdhëniet tradicionale.**	• Mund të fuqizojë gratë dhe transformojë marrëdhëniet/raportet.

16.3.3 Aksesi, kontrolli dhe zhvillimi: ËID vs. GAD

Dy koncepte të tjera shumë të rëndësishme për t'u trajtuar në raport me adresimin e nevojave janë aksesi dhe kontrolli. Kuptimi dhe diferencimi midis aksesit dhe kontrollit na ndihmon në identifikimin dhe vlerësimin e situatës që kemi në raport me burime të cilat individët mund t'u qasen apo të komandojnë për realizimin e roleve të tyre, aktiviteteve të ndryshme, si dhe për adresimin e nevojave.

Të kesh akses ndaj diçkaje do të thotë të kesh qasje në/ndaj asaj gjëje. Ndërkohë, të kesh kontroll ndaj dickaje do të thotë që jo vetëm të kesh qasje ndaj saj, por edhe të kesh kapacitetin të vendosësh se ç'bëhet/ ç'do të bëhet me të. Niveli i aksesit dhe kontrollit që kemi në burime dhe mundësi është përcaktues edhe për nivelin e askesit dhe kontrollit që kemi në zhvillim.

Burrat edhe gratë kanë nivele të ndryshme të aksesit dhe kontrollit në burime si toka, pajisjet e ndryshme, punën që gjeneron të ardhura, të ardhurat që fitohen nga puna, në kapital apo në prodhim. Të gjitha këto burime janë shumë të rëndësishme për të siguruar zhvillim, gjithëpërfshirje dhe qëndrueshmëri.

Zhvillim i qëndrueshëm do të thotë arritje e një niveli të kënaqshëm jetese për të gjithë. Garantimi i një jete të plotë dhe të kënaqshme për të gjithë është një përgjegjësi e përbashkët në një shoqëri. Për ta aktualizuar dhe pasur rezultate në përpjekjet për zhvillim, individët kanë nevoje për kapacitete "për të bërë" dhe kapacitetet "për të qenë". Tabela e mëposhtme paraqet në mënyrë të përmbledhur elementet kryesore të secilës.

Tabela 16.2.

Kapacitetet zhvillimore: kapacitetet për të bërë vs. kapacitetet për të qenë

Kapacitete të nevojshme për zhvillim	
Kapacitete për të bërë – ***D.m.th. mundësi ose fuqi për:***	***Kapacitete për të qenë*** ***D.m.th. e drejtë për:***
• **për të pasur një punë produktive dhe të kënaqshme**	• për të qenë i ditur dhe i aftë
• **të kesh kontroll mbi të ardhurat dhe të përfitosh prej tyre**	• për të qenë të mirëushqyer
• **të gëzosh natyrën dhe mjedisin natyral**	• për të pasur vetëbesim tek aftësitë e veta
• **të sjellësh në jetë dhe të rrisësh fëmijë**	• për të qenë komod në këto arritje, i/e pavarur dhe i/e fuqishme.
• **të përkujdesesh për të tjerët**	
• **të udhëtosh në kërkim të mundësive**	

Qasjet për ta garantuar këtë kanë ndryshuar me kalimin e kohës. Kjo vlen edhe në fushën e përkatësisë gjinore dhe zhvillimit. Fillimisht, zhvillimi i pabarabartë mes burrave dhe grave u targetua përmes qasjes që në literaturë njihet si "Ëomen in Devepolment – ËID" (Gratë në Zhvillim). Në vitet '70 të shekullit të kaluar, pati një ndërgjegjësim të gjerë dhe grumbullim evidencash që dokumentuan se gratë ndikoheshin ndryshe nga zhvillimi dhe se ato kishin një potencial të pashfrytëzuar. Për këtë, përpjekjet u fokusuan tek gratë dhe fuqizimi i tyre.

Megjithatë, me kalimin e kohës u zhvilluan shumë kritika ndaj kësaj qasje që fokusohej ekskluzivisht tek gratë. Kritika kryesore lidhej me supozimin se barazia ligjore ishte garanci për barazi faktike. Rezultatet treguan se garantimi i të drejtave të barabarta me ligj nuk do garanton zbatim dhe rezultate të tilla.

Eventualisht, nevoja për rishikimin e qasjes ndaj zhvillimit nën këndvështrimin gjinor u zhvillua drejt asaj që njihet si "Gender and Development – GAD" (Gjinia dhe Zhvillimi). Në këtë qasje, dinamikat zhvillimore shohin përtej grave, në raporte dhe marrëdhëniet e burrave dhe grave në shoqëri. Kjo qasje shqyrton mënyrën sesi strukturat dhe marrëdhëniet në sferën private dhe publike i ndikojnë ndryshe burrat dhe gratë. GAD i shikon gratë si agjente ndryshimi dhe jo thjesht si përfituese të zhvillimit. Në kuadër të GAD pritet që çdo nismë që synon fuqizimin e grave, shanset e barabarta, gjithëpërfshirjen, zhvillimin e qëndrueshëm do duhet të adresojnë shoqërinë si e tërë, përfshi gratë dhe burrat. Për shembull, nën këtë perspektivë nuk do të mjafton te që të investoje për arsimimin e vajzave, nëse nuk ke marrë në konsideratë dhe nuk ke adresuar kufizimet kulturore që mund t'i pengojnë ato në shfrytëzimin mundësisë që sjell ky investim. Në rastin më të mirë arritja nuk do ishte e qëndrueshme, apo përpjekjet do të dështonin.

17

Shtëpia si vendndodhja e kujdesit.

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Zbatojë praktika infermierore për vizitën në shtëpi
- Njihet me Problemet që mund të hasë gjatë kujdesin shëndetësor në shtëpi dhe zgjidhjen e tyre me profesionalizëm
- Listojë disa nga përfitimet e Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi

17.1 Hyrje. Praktika e infermierore infermierinë e shëndetit në Amerikane e Infermierëve, 1999). kujdesin infermieror shëndetësor në kronik dhe të sëmurë të të gjitha tyre duke integruar parimet e komunitet që fokusohen në faktorët



në shtëpi i ka rrënjët në komunitet[145](Shoqata Infermierja siguron shtëpi për klientët akut, moshave në shtëpitë e infermierisë në e :

- shëndetit mjedisor,
- psikosocial,
- ekonomik,
- kulturor
- personal
- statusi
- mirëqenia.

Këto faktorë ndikojnë në shëndetin e klientit dhe familjes. Shëndeti në shtëpi është një fushë unike e praktikës infermierore që kërkon një sintezë të parimeve të infermierisë së shëndetit në komunitet me teorinë dhe praktikën e mjekësisë/kirurgjisë, shëndetit mendor dhe specialiteteve të tjera infermierore.

17.1.1 Sfidat e kujdesit në banesë

Ekzistojnë një numër sfidash me të cilat përballet ky kujdes dhe duhet të adresohen, me qëllim ruajtjen e cilësisë së tij.

[145] American Nurses Association. (1999). Scope and standards of home health nursing practice. Washington, DC: American Nurses Foundation.

17.1.2 Mungesa e zgjedhjeve

Çdo mjek familje ka mënyrën e tij të të punuarit me pacientët dhe të promovuarit të shëndetit, por kjo mund të mos jetë e pranueshme nga të gjithë pacientët.



Është e rëndësishme që pacientët të jenë në gjendje të bëjnë një përzgjedhje dhe të gjejnë mjekun e familjes që i përgjigjet më mirë nevojave të tyre.

Në disa rajone ka mungesë të dukshme zgjedhjeje dhe pacientët mund të mos marrin të gjitha përfitimet e kujdesit në banesë, pasi nuk kanë qasje te mjeku për nevojat e tyre.

17.1.3 Nivelet e ndryshme të cilësisë

Cilësia e kujdesit në banesë ndryshon shumë midis ofruesve të këtij shërbimi dhe rajoneve të ndryshme.

Në disa zona ky kujdes mungon apo ka mangësi, kështu, pacientët mund të mos marrin përfitimet e plota.

Modele dhe lloje të ndryshme të praktikave të kujdesit në banesë, përfshirë modelet publike dhe private, nxjerrin në pah pabarazinë në një masë më të madhe.

Aktualisht ekzistojnë disa mekanizma për të promovuar një praktikë me cilësi më të lartë siç janë vlerësimi i kolegëve, stimuj të bazuar në performancën, ose rrezik për të humbur kontratën në rrethana të caktuara.

17.1.4 Vendimet reaktive vs. proaktive



Çfarë do të thotë reaktive dhe proaktive?

Ndërsa, reaktive dhe proaktive janë veprimet që janë bërë në bazë të diçkaje. Veprimet reaktive janë ato që bëhen në përgjigje të një ngjarjeje që ka ndodhur. Ndërsa, veprime proaktive janë ato që bëhen në pritje të ngjarjes që mund të ndodhë.

Një nga qëllimet kryesore të kujdesit në banesë, është që pacientët të kenë një mjek të aftë dhe të besuar për të folur për problemet e tyre shëndetësore para se ato të bëhen çështje të rëndësishme apo të rrezikshme që kërkojnë trajtim të specializuar (vendime proaktive).

Shumë nga vendimet mbeten më shumë reaktive sesa proaktive, dhe disa ndërlikime mund të shmangen nëse vendimmarrja proaktive do të ishte më e përhapur.

17.1.5 Mungesa e mjekut

Kërkesat e kujdesit në banesë plotësohen me "furnizimin" adekuat me mjekë për të ofruar kujdes cilësor. Kjo është një sfidë e rëndësishme, pasi kërkesat për shëndetin aktualisht po rriten më shpejt sesa "furnizimi" me mjekë.

Për të menaxhuar këtë çështje, do të duhet të kombinohen disa qasje. Kjo mund të përfshijë rritjen e numrit të mjekëve të trajnuar, përmirësimin e kushteve të vendit të punës dhe rritjen e efikasitetit të kujdesit pa cenuar cilësinë.

Struktura e skuadrës së shërbimit në banesë:

Mjek, Infermier, Punonjës social, Psikolog, Fizioterapist, Logopedist, Vullnetar.

17.2 Funksioni i anëtarëve të shërbimit në banesë:

Mjeku: mund të diagnostikojë dhe trajtojë sëmundjen. Mund të luajë rolin e liderit rregullator për të drejtuar, mbështetur dhe lehtësuar marrëdhëniet mes anëtarëve.



Fig 1 Skuadra e shërbimit në banesë.

Infermieri: kyçi i ekipit mjekësor. menaxher i çështjes për kujdesin,

koordinator i planit të kujdesit.

Psikologët: janë të aftë të njohin shenjat e depresionit ose sëmundjes psikiatrike dhe do të përfshijnë trajtimin e shëndetit mendor në planin e kujdesit.

Punjonjësi social: adreson aspektet sociale, financiare dhe psikologjike të

rimëkëmbjes dhe ndihmon në thyerjen e barrierave.

Fizioterapisti: ndihmon pacientin të kthehet në nivelin e mëparshëm të aftësive pas një sëmundjeje ose dëmtimi, ose nëse nuk është e mundur, i ndihmon ata të përshtaten me mënyra të reja të lëvizjes.

Logopedisti: ndihmon pacientët në vlerësimin dhe trajtimin e frymëmarrjes, gëlltitjes, të folurit, aftësive të njohjes dhe të të menduarit dhe çrregullimeve të komunikimit.[146]

- [146] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070226/
- https://www.coursera.org/learn/healthcare-delivery-providers/lecture/OaiCD/4-1-6-primary-care-challenges-innovations
- http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/future-primary-care-meeting-challenges-of-neë-nhs-market-richard-leëis-jennifer-dixon-kings-fund-16-november-2005.pdf

Gazeta zyrtare e Shoqatës së Infermierëve të Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi (HHNA), Infermierja e Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi,(infermierja e familjes) është burimi kryesor i njohurive të azhornuara të infermierisë në këtë fushë të praktikës që ndryshon në vazhdimësi.

Në mënyrë që puna e Infermieres së familjes të jetë efektve duhet

- Të ndërtojë marrëdhënie besimi me familjet.
- Të zhvillojë një lidhje në vizitën e parë.
- Të dijë të përballet me shpërqendrimet e vazhdueshme që mund të hasë gjatë vizitave në shtëpi.
- Të ndihmojë njerëzit të zgjidhin problemet e tyre.
- Të ruajë kufijtë midis jetës personale dhe asaj profesionale.
- Të mendojë vazhdimisht për sigurinë personale në shtëpi.

17.3 Praktika infermierore gjatë vizitës në shtëpi

Hapi i parë për të bërë një vizitë në shtëpi është gjetja e vendit ku jeton personi, i cili mund të përfshijë udhëzime telefonike, një hartë ose një njësi të sistemit global të pozicionimit (GPS). Infermieria e familjes zakonisht kryen vizita shtëpie e pavarur nga ekipi (vetëm) ,për të promovuar shëndetit. Përmirësimi i qëndrueshëm i shëndetit është i mundur vetëm kur infermierja e familjes punon në partneritet me klientin/familjen për të marrë vendime .

Mjedisi i shtëpisë e rrethon infermierin me tinguj, pamje dhe aroma të ndryshme ,që duhet të kuptohen . Kush jeton në shtëpi? Si bashkëveprojnë? Kush janë kujdestarët dhe si kujdesen ata? Cila është rëndësia e kulturës dhe fesë në jetën e familjes? Si ndikon mjedisi fizik në sigurinë e pacientit?

Kompetencat e infermiereve në shtëpi që dalin nga qendra shëndetësore dhe kontribuojnë në promovimin e kujdesit për veten dhe kujdesin familjar përfshijnë bashkëpunimin me shumë anëtarë të ekipit dhe mobilizimin e burimeve në komunitet .Infermierja e familjes zakonisht është koordinatori i të gjithë anëtarëve të tjerë të ekipit shëndetësor në shtëpi. Duke punuar me punonjësen sociale, ajo propozon lidhjet e nevojshme me shërbimet e komunitetit. Po kështu, forcimi përfshin zhvillimin e aftësive të vetë-menaxhimit ose të kujdesit ndaj familjes. Infermierja mëson vazhdimisht klientët dhe/ose kujdestarët e familjes përmes shpjegimit konkret, diskutimit dhe modelimit të sjelljes. Infermierja e familjes është menaxherja e rastit për secilin klient dhe përgjegjës për koordinimin.

Ajo /ai është menaxheri i rastit për secilin klient dhe përgjegjës për koordinimin e profesionistëve të tjerë të përfshirë në kujdesin e klientit. Ajo planifikon frekuencën dhe kohëzgjatjen e vizitave. A do të bëhen vizita në shtëpi dy herë në javë, një herë në javë ose çdo ditë? Për sa kohë do të vazhdojnë vizitat? Ndërsa kujdesi ofrohet dhe gjendja e klientit përmirësohet, infermierja e familjes përcakton nëse frekuenca e vizitave duhet të zvogëlohet. Ajo

---

http://www.bma.org.uk/support-at-work/gp-practices/gp-networks/the-pressures-facing-primary-care

është kontakti kryesor me mjekun e familjes, duke bashkëpunuar në planin fillestar të kujdesit, duke raportuar ndryshimet në gjendjen e klientit dhe duke siguruar ndryshime në planin e kujdesit. Infermierja zhvillon referime rastesh midis anëtarëve të ekipit për të shkëmbyer informacion, për të diskutuar problemet dhe për të planifikuar veprimet për të ndikuar në rezultatet më të mira të mundshme për klientin.[147].

Kujdesi shëndetësor në shtëpi është një sistem kujdesi i ofruar nga praktikues të aftë për pacientët në shtëpitë e tyre. Shërbimet e kujdesit shëndetësor në shtëpi përfshijnë kujdesin infermieror, terapi fizike, profesionale dhe shërbimet mjekësore sociale. Qëllimet e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në shtëpi janë të ndihmojnë individët të përmirësojnë funksionin dhe të jetojnë me pavarësi më të madhe, për të promovuar nivelin optimal të mirëqenies së klientit, dhe për të ndihmuar pacientin të qëndrojë në shtëpi, duke shmangur shtrimin në spital ose pranimin në institucionet e kujdesit afatgjatë.

Kur pacientët largohen nga spitali dhe kthehen në shtëpi me kujdesin infermieror në shtëpi, ata shkojnë nga mjedise mjekësore shumë mbështetëse me shumë mjekë, infermierë, ndihmës dhe profesionistë të tjerë, në mjedise jo-mjekësore me mbështetje zyrtare dhe joformale të kujdestarëve , me vizita nga të shpeshta nga infermieret e familjes. Siguria e pacientit në shtëpi është po aq e rëndësishme sa siguria e pacientit në spitale. Kujdesi në shtëpi ul kostot, përmirëson rezultatet shëndetësore dhe zvogëlon qëndrimet në spital.

17.3.1 Ofrimi i kujdesit shëndetësor në shtëpi

Mjedisi i kujdesit shëndetësor në shtëpi ndryshon nga spitalet dhe mjediset e tjera institucionale ku punojnë infermierët. Për shembull, infermierët e kujdesit shëndetësor në shtëpi punojnë vetëm në terren me burime mbështetëse të disponueshme nga një zyrë qendrore.

17.3.2 Llojet e shërbimeve që ofron skuadra në banesë

Kujdesi shëndetësor duhet të rishikojë në mënyrë periodike nevojat e pacientëve në banesë.

Kujdesi infermieror Forma më e zakonshme e kujdesit shëndetësor në shtëpi ofrohet në varësi të nevojave të pacienteve.

Fizioterapia dhe logopedia

Shërbimet sociale Punonjësit socialë janë gjithashtu menaxherë në rastin e pacientëve në situatë komplekse mjekësore dhe psikosociale dhe kërkojnë koordinimin e disa shërbimeve.

Kujdesi nga ndihmësit e shëndetit në shtëpi

Shoqërimi. Disa pacientë që janë vetëm në shtëpi mund të kenë nevojë

për praninë e dikujt për të siguruar rehati dhe mbikëqyrje.

Kujdesi vullnetar

[147] Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health. 7th Edition. 2010 891- 905



Vullnetarët nga organizatat e komunitetit mund t'i sigurojnë pacientit rehati themelore, duke ndihmuar me kujdesin personal, mbështetje emocionale, etj.



Suport dietik

Dietologët mund të vijnë në shtëpinë e pacientit për të bërë vlerësime dhe për të dhënë udhëzime dietike për të mbështetur planin e trajtimit.

Figura 2

Marrëdhënia e punës infermiere-mjek përfshin më pak kontakt të drejtpërdrejtë me mjekun dhe mjeku mbështetet në një masë më të madhe tek infermierja për të bërë vlerësime dhe për të komunikuar gjetjet. Infermierët e kujdesit shëndetësor në shtëpi kalojnë më shumë kohë në dokumente sesa infermierët e spitalit dhe më shumë kohë duke u marrë me çështjet e rimbursimit. Disa karakteristika dalluese të mjedisit të kujdesit shëndetësor në shtëpi ndikojnë në sigurinë e pacientit dhe cilësinë e rezultateve: shkalla e lartë e autonomisë së pacientit në mjedisin e shtëpisë, mbikëqyrje e kufizuar e kujdestarëve joformalë nga klinicistë profesionistë, dhe variabla të situatës unike për secilën shtëpi.

Respekti për autonominë e pacientit vlerësohet në kujdesin spitalor. Sidoqoftë, shumë vendime merren nga mjekët në emër të pacientëve të shtruar në spital. Në kujdesin shëndetësor në shtëpi, mjekët pranojnë se mjedisi i kujdesit - shtëpia - është fushë e pacenueshme e pacientit. Prandaj, në krahasim me pacientin e shtruar, pacienti i kujdesit shëndetësor në shtëpi shpesh ka një rol më të madh në përcaktimin se si dhe madje edhe nëse do të zbatohen ndërhyrje të caktuara. Për shembull, në një spital, infermierët, mjekët dhe farmacistët mund të luajnë një rol në sigurimin që pacienti të marrë antibiotikë në intervale të përshtatshme terapeutike.

17.3.3 Përgjegjësitë e skuadrës që ofron shërbim në banesë:

- Menaxhon dhimbjen dhe simptomat e pacientit;
- Ofron mbështetje emocionale
- Siguron medikamente, pajisje mjekësore
- Edukon të afërmit se si të kujdesen për pacientin
- Ofron shërbime të veçanta si **terapia logopedike dhe terapia fizike** kur është e nevojshme
- **Kujdesi afatshkurtër në qendër** kur dhimbja ose simptomat bëhen shumë të vështira për t'u menaxhuar në shtëpi, ose kujdestari ka nevojë për kohë pushimi

- **Këshillim dhe mbështetje në periudhën e zisë.**
- **Aftësitë profesionale të skuadrës**
- Njohja dhe referimi për trajtim në rastin e shfaqjes së distresit
- Vëzhgim për dhimbje dhe ndërhyrje për lehtësimin e tyre
- Respektimin e intimitetit dhe dinjitetit.

17.3.4 Kompetencat e skuadrës që ofron kujdes shëndetësor në shtëpi

- Dëgjimi vlerësohet si një shenjë e vëmendjes dhe tregues i respektit gjatë komunikimit me pacientin.
- Komunikimi afektiv si aftësi thelbësore, mungesa e të cilit mund të dëmtojë marrëdhëniet mes skuadrës dhe pacientit.
- Komunikimi jo verbal siç është kontakti me sy, që është shumë i rëndësishëm në krijimin e lidhjes, një lëvizje e mimikës, lëvizja e duarve, çdo gjë që do të thotë më shumë se fjala.
- Integritet dhe ndërgjegjeje
- Përgatitje e informacionit të nevojshëm në mënyrë që mesazhi të jetë i kuptueshëm.
- Kushtimi i vëmendjes
- Respektim i dëshirave dhe privatësisë së pacientit
- Angazhimi i vullnetarëve
- Përfshirje e familjarëve [148]

Në shtëpi, megjithatë, pacienti mund të zgjedhë të marrë ilaçet në kohë të parregullt, pavarësisht këshillave për rëndësinë e një programi të rregullt mjekimi. Kështu, ndërhyrjet për të promovuar sigurinë dhe kujdesin cilësor të pacientit duhet të kenë parasysh faktin se pacientët ndonjëherë do të zgjedhin të veprojnë në mënyra që nuk janë në përputhje me dëshmitë përkatëse, dhe përpjekjet më të mira të klinicistit mund të mos rezultojnë në rezultatet e dëshiruara.

Përveç zgjedhjeve të qëllimshme të bëra nga pacientë të informuar dhe të aftë në lidhje me kujdesin e tyre, ndryshoret individuale të pacientëve mund të ndikojnë gjithashtu në rezultatet e bazuara në shtëpi në mënyra që janë të ndryshme nga ata pacientë që janë shtruar në spital. **Ellenbecker dhe kolegët** raportojnë se aftësia për të lexuar, aftësia njohëse dhe burimet financiare të gjitha ndikojnë në aftësinë e pacientëve të kujdesit shëndetësor në shtëpi për të menaxhuar në mënyrë të sigurt regjimet e tyre të mjekimit.

Përveç kujdesit për veten, pacientët në shtëpi marrin ndihmë nga anëtarët e familjes ose kujdestarë të tjerë joformalë. Për më tepër, mjedisi në shtëpi dhe natyra e ndërprerë e shërbimeve profesionale të kujdesit shëndetësor në shtëpi mund të kufizojnë aftësinë e klinicistit për të

[148] Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A.
Ten principles of good interdisciplinary team ëork. Human Resources for Health. 2013;11:19.
doi:10.1186/1478-4491-11-19.
Bader, Carrie and Jaeger, Margarete, "What Makes an Interdisciplinary Team work? A Collection of Informed Ideas, Discussion Prompts, and Other Materials to Promote an Atmosphere of Collaboration, Trust, and Respect" (2014). Innovative Practice Projects. .[148]

vëzhguar cilësinë e kujdesit që ofrojnë kujdestarët joformalë - ndryshe nga spitali, ku kujdesi i dhënë nga stafi mbështetës mund të vëzhgohet dhe vlerësohet më lehtë.

Për shembull, për shkak të aksesit të kufizuar në transport, një burrë mund të vendosë të mos blejë pajisje për diabetin për gruan e tij . Kjo sjellje nuk mund të vijë në vëmendjen e klinicistit derisa të ndodhë një ngjarje negative. Ndërhyrjet e bazuara në dëshmi bazohen në një vlerësim të kujdesshëm. Sidoqoftë, mundësia e kufizuar për të vëzhguar drejtpërdrejt pacientin dhe kujdestarët joformalë mund të pengojë përpjekjet për të përcaktuar shpejt etiologjinë e një ngjarjeje të padëshiruar. Nëse një pacient i kujdesit shëndetësor në shtëpi gjendet me mavijosje që pacienti nuk mund t'i shpjegojë, a është shkaku një rënie, abuzim fizik ? Si në vetë-kujdesin nga pacientët ashtu edhe në kujdesin nga kujdestarët joformalë, standardet e sigurisë dhe cilësisë nuk mund të kuptohen.

Një karakteristikë tjetër dalluese e kujdesit shëndetësor në shtëpi është se infermieret ofrojnë kujdes për secilin pacient në një mjedis unik. Mund të ketë variabla të situatës që paraqesin rreziqe për pacientët që mund të jenë të vështira ose të pamundura për t'u eliminuar nga klinicisti. Spitalet mund të kenë departamente të sigurisë mjedisore për të monitoruar cilësinë e ajrit dhe projektues/inxhinierë për të siguruar që lartësia e shkallëve të jetë e sigurt. Klinicistët e kujdesit shëndetësor në shtëpi nuk ka të ngjarë të kenë trajnimin ose burimet për të vlerësuar dhe përmirësuar rreziqe të tilla për sigurinë e pacientit në shtëpinë e tij.[149].

Së fundi, duke pasur parasysh numrin e madh të personave të moshuar që marrin kujdes shëndetësor në shtëpi dhe numrin e vogël të infermiereve të përgatitura për këtë kujdëes ,është e arsyeshme të parashikohet që disa pacientë do nuk marrin shërbimin e duhur.. Për shkak të plakjes normale dhe proceseve patologjike që ndodhin më shpesh me avancimin e moshës, disa të moshuar do të përjetojnë rënie të aftësive për të kryer aktivitetet e jetës së përditshme (ADL), edhe kur ofrohet kujdes shëndetësor me cilësi të lartë në shtëpi.

Kështu, një qëllim i nënkuptuar i kujdesit shëndetësor në shtëpi është të lehtësojë një rënie të mbështetur. Kjo do të thotë, pacientët që nuk tregojnë përmirësim të shenja klinike, por mund të marrin kujdes cilësor kjo rezulton në një rënie të ngadalësuar ose rritje të cilësisë së jetës. Kjo është në përputhje me pohimin e Shoqatës Amerikane të Infermierëve se promovimi i nivelit optimal të mirëqenies së pacientit është një qëllim legjitim i kujdesit shëndetësor në shtëpi.

17.4 Vlerësimi i cilësisë së kujdesit në shtëpi

Qëllimet dhe natyra multidisiplinare e shërbimeve të kujdesit shëndetësor në shtëpi paraqesin sfida për matjen e cilësisë që ndryshojnë nga ato që gjenden në një mjedis spitalor më tradicional. CMS urdhëron raportimin e masave të rezultateve të kujdesit shëndetësor në shtëpi. Programi i Monitorimit të Cilësisë të Bazuar në Rezultatet (OBQM) monitoron, raporton dhe

[149] Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ et al,. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses.(Rockville MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 13.

përcakton ngjarje të pafavorshme, të tilla si kujdesi emergjent për lëndimet e shkaktuara nga rënia ose aksidenti, rritja e numrit të ulcerave të presionit dhe rënia e konsiderueshme ADL[150].

Në përgatitje, organizatat dhe ofruesit e përmirësimit të cilësisë po punojnë për të identifikuar dhe zhvilluar masat e një performance efektive në kujdesin në shtëpi. Një raport i Komisionit Këshillimor i Pagesave të Medicare 2006 në Kongres identifikoi sigurinë e pacientit si një komponent të rëndësishëm të cilësisë dhe nevojën për të zgjeruar masat e cilësisë .Një qasje për matjen e cilësisë duhet të përmbushë qëllimet e mëposhtme:

- të zgjeroni numrin e pacientëve që vlerësohen,
- të zgjeroni llojet e masave të cilësisë,
- të kapni aspektet e kujdesit drejtpërdrejt nën kontrollin e ofruesve,
- të zvogëloni ndryshimet në praktikë
- të përmirësoni teknologjinë e informacionit[151].

Në janar 2007, komuniteti i shëndetit në shtëpi, udhëheqësit e kujdesit shëndetësor dhe organizatat për përmirësimin e cilësisë filluan Fushatën Kombëtare të Përmirësimit të Cilësisë së Shëndetit në Shtëpi 2007. Fushata fokusohet në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të pacientit në shtëpi, duke u siguruar agjencive ndërhyrjen praktike më të mirë.. Qëllimi është parandalimi i shtrimeve të shmangshme në spital për pacientët e kujdesit shëndetësor në shtëpi. Fushata Kombëtare e Përmirësimit të Cilësisë së Shëndetit në Shtëpi përdor një qasje multidisiplinare për përmirësimin e cilësisë së shëndetin kushtet e shtëpisë.[152].

17.4.1 Problemet në kujdesin shëndetësor në shtëpi

Infermierët e familjes që ofrojnë kujdes shëndetësor në shtëpi shpesh përballen me informacion jo adekuat në lidhje me pacientin pas daljes nga spital. Ato marrin ose shumë informacion (d.m.th., të gjithë dokumentacionin klinik të lidhur me një pranim) ose shumë pak informacion (d.m.th., vetëm informacionin demografik të pacientit, diagnozën parësore të daljes nga spitali dhe arsyen për referimin e kujdesit në shtëpi). Infermierët të cilëve nuk u sigurohen informacione të vlefshme duhet të mbështeten te pacientët dhe kujdestarët për të ndarë informacionin që shpresojmë se është i rëndësishëm, i përshtatshëm dhe i saktë. Megjithatë, pacientët dhe kujdestarët shpesh nuk mund të japin informacion të saktë për shkak të keqkomunikimit, keqkuptimit dhe/ose kujtesës së dobët.

Udhëzimet e daljes nga spitali u jepen të gjithë pacientëve pas shtrimit në spital, por këto dokumente mund të humbasin ose hidhen, vështirë të kuptohen, ose të përqendrohen në mënyrë të papërshtatshme në diagnozën primare . Për më tepër, përmbledhjet e daljes nga spitali janë rrallë të disponueshme për infermierët e kujdesit në shtëpi. Mbështetja tek pacientët dhe kujdestarët për informacion i bën punët e këtyre infermierëve më të vështirë dhe i vë pacientët në rrezik.

[150] Centers for Medicare & Medicaid Services. Home health quality initiative overview. Accessed February 23, 2006.
[151] Medpac. Adding quality measures in home health Report to Congress: increasing the value of Medicare. Medpac.2007. pp 103-113
[152] Home health Quality National Campaign. 2007

Mjekët që kujdesen për pacientët e shtruar në përgjithësi nuk koordinojnë me infermierët e kujdesit në shtëpi, duke ndarë informacione rreth asaj që ndodhi gjatë qëndrimit në spital, ose asaj që u tha gjatë një vizite pasuese. Anasjelltas, infermierët e kujdesit në shtëpi mund të mos jenë në gjendje të ndajnë informacione mbi përparimin e pacientit dhe rreziqet me mjekët e kujdesit parësor. Në përgjithësi, asnjë nga këto komunikime nuk është i automatizuar ose i standardizuar, dhe komunikimi i këtij informacioni mbështetet shumë tek pacienti dhe kujdestarët.

Ekzistojnë standarde në dispozicion, të tilla si Dokumenti i Vazhdimësisë së Kujdesit (CCD), për të ndarë informacione të rëndësishme gjatë tranzicionit të kujdesit. Në Shtetet e Bashkuara, agjencive të kujdesit në shtëpi u kërkohet të përdorin dokumentin OASIS-C për të shkëmbyer të dhëna. Megjithatë, shkëmbimi i informacionit me infermierët, pacientët dhe kujdestarët e kujdesit në shtëpi ende mungon. Infermierët e kujdesit në shtëpi do të donin ta ndryshonin këtë situatë, por ata kanë nevojë për pjesëmarrje nga mjekët e spitalit dhe sistemet e kujdesit shëndetësor. Të dhëna më të mira mund të ndihmojnë në bindjen e këtyre aktorëve për nevojën për ndryshim.

Ngjarjet negative mund të rrezikojnë arritjen e një ose më shumë qëllimeve të kujdesit shëndetësor në shtëpi.

17.4.2 Menaxhimi i medikamenteve

Gati një e treta e pacientëve të moshuar të kujdesit shëndetësor në shtëpi kanë një problem të mundshëm me medikamentet ose marrin një medikament që konsiderohet i papërshtatshëm për pacientët e moshuar. Pacientët e moshuar të kujdesit shëndetësor në shtëpi janë veçanërisht të prekshëm nga ngjarjet negative nga gabimet e mjekimit; ata shpesh marrin medikamente të shumta për një sërë sëmundjesh shoqëruese që janë përshkruar nga më shumë se një ofrues. Shumica e pacientëve të moshuar të kujdesit shëndetësor në shtëpi marrin në mënyrë rutinë më shumë se pesë medikamente me recetë, dhe shumë pacientë devijojnë nga regjimi i tyre i saktë.Këto janë sfida të komunikimit në sistemin e kujdesit shëndetësor në shtëpi.

17.5 Implikimet e praktikës së bazuar në prova

Infermierët duhet të jenë vigjilentë për mundësinë e gabimeve të medikamenteve në mjedisin e kujdesit shëndetësor në shtëpi, duke njohur faktorët e rrezikut. Teknologjia ofron shumë mundësi për të përmirësuar komunikimin me pacientët, për t'u siguruar pacientëve informacion të saktë, për t'i edukuar ata mbi medikamentet e tyre dhe për të monitoruar regjimet e mjekimit. Duke i kushtuar vëmendje të madhe pacientëve në rrezik është më efektive; prandaj, dokumentimi i saktë dhe rishikimi i medikamenteve gjatë çdo takimi me pacientin është i rëndësishëm. Dëshmitë sugjerojnë që rishikimet e shpeshta të medikamenteve dhe bashkëpunimi me anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor, veçanërisht farmacistët, do të ndihmojnë në parandalimin e ngjarjeve negative që lidhen me menaxhimin jo adekuat të medikamenteve. Nevojiten metoda më efektive për të përmirësuar përdorimin e tyre në popullatën e kujdesit shëndetësor në shtëpi. Hulumtimi duhet të vazhdojë të zgjerojë njohuritë për faktorët që kontribuojnë në gabimet e mjekimit në kujdesin shëndetësor në shtëpi dhe të përcaktojë se cilat ndërhyrje janë më efektive në përmirësimin e menaxhimit të medikamenteve në shtëpi.

17.6 Parandalimi i rrëzimeve

Kujdesi emergjent për lëndimet e shkaktuara nga rrëzimet ose aksidentet në shtëpi është një nga ngjarjet negative më të shpeshta të raportuara për pacientët që marrin këto shërbime .Tridhjetë përqind e njerëzve të moshës 65 vjeç e lart që jetojnë në komunitet bien(rrëzohen) çdo vit. Një në pesë prej këtyre incidenteve të rënies kërkon kujdes mjekësor. për lëndimet jofatale për shkak të rrëzimeve.

Megjithëse ka dëshmi të forta për ndërhyrje efektive të parandalimit të rënies për popullatën e përgjithshme mbi 65 vjeç. Për popullatën e përgjithshme të moshuar që jeton në komunitet, dëshmitë sugjerojnë që programet e individualizuara të shtëpisë për forcimin e muskujve dhe regullimin e ekuilibrit; shqyrtimi dhe ndërhyrja komplekse multidisiplinare, multifaktoriale ,vlerësimi dhe modifikimi i rrezikut në shtëpi; dhe rishikimi dhe rregullimi i medikamenteve mund të zvogëlojë incidencën e rënies. Megjithatë, pacientët në kujdesin shëndetësor në shtëpi janë shpesh më të moshuar, më të sëmurë dhe më të brishtë se një i moshuar mesatar që banon në komunitet dhe nuk dihet nëse njohuritë nga mjedise të tjera janë të transferueshme për kujdesin shëndetësor në shtëpi.

Gjetjet sugjerojnë se faktorët që lidhen me rënien në pacientët e kujdesit shëndetësor janë rënie të mëparshme, diagnoza parësore e depresionit, përdorimi i fenotiazinave antipsikotike dhe medikamentet kundër depresionit triciklik, diagnoza dytësore të çrregullimeve neurologjike ose kardiovaskulare, probleme të ekuilibrit, dobësi.

Ofruesit e kujdesit shëndetësor në shtëpi duhet të dinë faktorët e rrezikut për rënie dhe të demonstrojnë vlerësim efektiv dhe ndërhyrje për parandalimin e rënies dhe dëmtimit. Rëniet në përgjithësi janë rezultat i një grupi kompleks të faktorëve të brendshëm dhe të jashtëm mjedisorë. Përdorimi i një programi të parandalimit të rënies, mjeteve të standardizuara dhe një qasje ndërdisiplinore mund të jenë efektive për zvogëlimin e dëmtimeve të lidhura me rënien.

17.7 Pranimet e paplanifikuara në spital

Qëllimi kryesor i kujdesit shëndetësor në shtëpi është t'i mundësojë pacientit kujdesin për veten ose familjen dhe të shmangë shtrimet në spital. Pranimi i paplanifikuar në spital është një rezultat i padëshirueshëm i kujdesit shëndetësor në shtëpi që shkakton probleme për pacientët, kujdestarët, ofruesit dhe paguesit. Pranimet e paplanifikuara në spital shoqërohen me ndërlikime, sëmundshmëri, stres të pacientit dhe familjes dhe rritje të kostove.

Disa studiues kanë eksploruar karakteristikat e pacientëve të kujdesit shëndetësor në shtëpi dhe faktorë të tjerë që lidhen me shtrimin në spital. Dëshmitë sugjerojnë që shtrimet e paplanifikuara në spital i detyrohen kryesisht një përkeqësimi akut të sëmundjeve kronike - përkeqësimeve që mund të parandalohen përmes njohjes së faktorëve të rrezikut, komunikimit të ofruesit dhe monitorimit të kujdesshëm. Faktorët e rrezikut që lidhen me shtrimet e paplanifikuara në spital janë marrja e shumë medikamenteve njëherësh, gjatësia e episodit të kujdesit shëndetësor në shtëpi, zhvillimi i një problemi të ri ose përkeqësimi i diagnozës parësore ose dytësore, përkeqësim të plagëve dhe rënie.aksidentale. Bazuar mbi këtë dëshmi shumica e ekspertëve arrijnë në përfundimin se 20 deri në 25 përqind e shtrimeve të paplanifikuara në spitale janë të

parandalueshme. **Shaughnessey dhe kolegët** zbuluan se agjencitë e përfshira në mënyrë aktive në monitorimin e përmirësimit të cilësisë të bazuar në rezultate (OBQI) ulën shkallën e shtrimit të pacientëve në spital në krahasim me agjencitë jo-OBQI.

Studimi Kombëtar i Përmirësimit të Cilësisë dhe Reduktimit të Shtrimit në Briggs mblodhi një panel ekspertësh për të identifikuar strategjitë e praktikave më të mira që agjencitë duhet të zbatojnë për të parandaluar shtrimin e paplanifikuar në spital. Praktikat më të mira të rekomanduara përfshinin zbatimin e një programi për parandalimin e rënies, vizitat e shpeshta, mbështetjen e menaxhmentit, mbulimin 24-orësh të infermierisë, menaxhimin e medikamenteve, menaxhimin e rasteve, edukimin e pacientit/kujdestarit, shërbimet mbështetëse speciale, menaxhimin e sëmundjeve, marrëdhëniet pozitive me mjekun dhe spitalin, shërbimet e drejtuara nga të dhënat, siguria dhe vlerësimi i rrezikut .

Ndërhyrjet e testuara konsistonin kryesisht në:

- rritjen e intensitetit të kujdesit të ofruar përmes një programi të menaxhimit të sëmundjeve,
- një programi të menaxhimit të ekipit të kujdesit parësor të bazuar në shtëpi,
- një ndërhyrje të ekipit të specialiteteve multidisiplinare,
- kujdesit kalimtar të infermierëve të praktikës së avancuar (APN),
- shërbimeve të tele-medicinës
- kujdesit intensiv rehabilitues para daljes nga spitali.

Shumica e këtyre ndërhyrjeve ishin efektive në parandalimin ose vonimin e shtrimit në spital. Në këto studime, pacientët me sëmundje kardio-vaskulare kishin më pak shtrime të paplanifikuara në spital dhe kohë më të gjata të mbijetesës para pranimit t APN kujdes të përkohshëm, kujdes parësor të menaxhuar nga ekipi në shtëpi, ose një ndërhyrje të ekipit të specialitetit multidisiplinar.

Rezultatet e një studimi të kontrolluar jo të rastësishëm sugjerojnë se pacientët me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (COPD) që morën kujdes tranzitor APN gjithashtu përjetuan më pak shtrime të paplanifikuara në spital.

17.8 Lista e disa përfitimeve të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi

Ekspertët e shërbimeve shëndetësore në shtëpi mund të jenë atje kur nuk jeni gati të jeni: Shërbimet Shëndetësore në Shtëpi mund të ofrojnë shërbime për ata në nevojë kur jeni duke punuar në vende të largëta. Meqenëse profesionistët që ofrojnë shërbimet ju mund të punoni me paqen e mendjes. Ekspertët tanë mund të vlerësojnë rrezikun e mjedisit dhe sigurisë në shtëpi dhe të ndihmojnë në bërjen e korrigjimeve të thjeshta për të parandaluar çdo lloj aksidenti.

Profesionistët e kujdesit shëndetësor në shtëpi ndihmojnë në aktivitetet e jetesës së përditshme: Kujdestarët në shtëpi ndihmojnë individin në kryerjen e aktiviteteve të përditshme duke përfshirë ruajtjen e higjienës, ushqyerjen, mbështetjen ambulatore dhe ruajtjen e respektit të tyre dhe mbajtjen e një kënaqësie të mirë personale.

Një qasje në kujdesin infermieror të kualifikuar dhe të aftë në pragun e shtëpisë: Kujdesi shëndetësor në shtëpi ndihmon në ofrimin e shërbimeve mjekësore cilësore nga infermierë, mjekë dhe ofrues të tjerë të kujdesit shëndetësor të kualifikuar, të kualifikuar dhe të licencuar. Kujdesi në shtëpi mund të jepet duke përdorur teknologjinë e avancuar duke përdorur objektin e telekomjekësisë, ku një ekspert mund të udhëzojë dhe mbikëqyrë infermierët në shtëpi.

Mbështetje me rutinën e të ushqyerit dhe ushqimin: Ushqimi është një faktor i rëndësishëm i cili do të ndihmojë në ruajtjen e shëndetit të individit. Njerëzit e moshuar dhe pacientët kanë nevojë për monitorim të vazhdueshëm dhe ushqim të ushqyerjes së duhur për të mbajtur mirë. Qëndrimi afatgjatë në shtrat, plakja, sëmundjet dhe dëmtimet mund të shkaktojnë humbje të masës trupore të individit. Dietologu ekspert i kujdesit në shtëpi mund t'ju ndihmojë në udhëzimin e përgatitjes së tabelës së dietës dhe mënyrës së gatimit në shtëpi, e cila do të ndihmojë në shërimin e shpejtë të individit.

Administrimi i barnave: Menaxhimi i ilaçeve është një aspekt tjetër i cili kërkon ndihmën e ofruesve të kujdesit në shtëpi. Infermierët tanë mund të ndihmojnë në administrimin e barnave. Injeksione intravenoze, intramuskulare, intradermale, klizmë, etj. Në rast të infermierisë në shtëpi me recetë të shumëfishtë mund të udhëzojë në marrjen e ilaçeve të duhura në kohën e duhur.

Shoqëria e Kujdesit: Marrësi i kujdesit ndaj pacientit mund të shoqërojë për kryerjen e aktiviteteve të përditshme, lojërat, shikimin e filmave, ecjen, blerjen, leximin dhe aktivitete të tjera shoqërore dhe ndihmon në parandalimin e vetmisë së pacientit.

Asistentët e kujdesit në shtëpi mund të ndihmojnë edhe me disa detyra të lehta: Për të rriturit e moshuar që luftojnë për të kryer aktivitetet e përditshme asistentët e makinave në shtëpi mund të ndihmojnë në kryerjen e detyrave si larja e enëve, lavanderi, fshirja me fshesë me korrent dhe detyra të tjera të thjeshta sipas kërkesës. Një mjedis i shëndetshëm dhe i pastër do të na mundësojë të jetojmë një jetë të qetë dhe të lumtur.

Rezultat më i mirë nga kujdesi ndaj pacientit në shtëpi: Një kujdes cilësor i ofruar nga eksperti i shëndetit në shtëpi mund t'i mundësojë pacientit të shërohet më shpejt në krahasim me atë në spital. Studimet kërkimore kanë demonstruar se mjedisi i përshtatshëm në shtëpi, më pak ose aspak shanse për infeksion të lindur në spital dhe komoditeti i pacientit duke qenë në shtëpi rriti shërimin më të shpejtë.

Vëmendje dhe mbështetje: Shërbimet shëndetësore në shtëpi janë vërtet të jashtëzakonshme, duke dhënë konsiderata të rëndësishme, individuale dhe të jashtëzakonshme që krijojnë lidhje të forta midis ekspertëve dhe klientëve të tyre. Përqendrimi i plotë tek një pacient rrit efikasitetin në kujdesin, administrimin në kohë të ilaçeve, vëmendja e menjëhershme në rast të ndonjë ndërlikimi ndihmon në shërim.

Financiarisht e përballueshme: Kostoja e kujdesit shëndetësor në shtëpi është 50% më e ulët se ajo e shpenzimeve në spital. Më shumë se kaq do të parandalojë koston oportune të marrësve të kujdesit ndaj pacientit mundësinë e tyre të punësimit, koston e udhëtimit, barrën emocionale etj.

Merrni pajisje mjekësore me qira: Disponueshmëria e pajisjeve mjekësore me qira do të ndihmojë në uljen e shpenzimeve për shëndetin. Nuk ka asnjë përgjegjësi për pacientin dhe familjen e tij. Pajisjet mjekësore të marra me qira mund të kthehen pasi të jetë shërbyer qëllimi[153].

17.9 Rezultatet funksionale dhe cilësia e jetës

Qëllimi i kujdesit të ofruar në shtëpi është të rivendosë ose ruajë funksionimin fizik dhe mendor të pacientit dhe cilësinë e jetës, ose të ngadalësojë shkallën e rënies për të lejuar që pacienti të qëndrojë në shtëpi dhe të shmangë institucionalizimin. Shumica e pacientëve dhe anëtarëve të familjes preferojnë mjedisin në shtëpi, kur është e realizueshme. Aftësia e pacientit dhe familjes për të funksionuar në mënyrë të pavarur dhe të sigurt në shtëpi rrit mundësinë që pacienti të mbetet atje.

Përmirësimi i sigurisë së pacientit dhe cilësisë së kujdesit duke edukuar dhe ndihmuar kujdestarët (familjet dhe ofruesit) është një qasje e testuar në disa prova të kontrolluara të rastit.

[153] Marci Nielsen, Barbara Langner et al,.Benefits of Implementing the Primary Care Patient- Centered Medical Home: A review of cost & quality results 2012

18

Shërbimi i kujdesit shëndetësor familjar

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë Konceptin e kujdesit në banesë
- Vlerësojë faktorët që ndikojnë në zbatimin e kujdesit në banesë
- Njohë rolin e infermierëve në sistemin shëndetësor parësor
- Njohë shërbimet bazë në KSHP

18.1 Çfarë është kujdesi në banesë?

Kujdesi në banesë është një sistem kujdesi i ushtruar prej profesionistëve të shëndetit në shtëpitë e pacientëve nën drejtimin e mjekut të familjes.

Kujdesi në banesë si një pjesë e rëndësishme e sistemit të kujdesit shëndetësor, ndihmon në uljen e komplikacioneve dhe pranimeve (shtrimeve) në spital përmes parandalimit dhe ndërhyrjes së hershme.

18.1.1. Faktorët që ndikojnë në krijimin e situatave sfiduese

- Rritja e barrës së sëmundjeve kronike
- Plakja e popullsisë
- COVID-19
- Pabarazia e rezultateve të trajtimeve shëndetësore
- Pabarazia në aksesin e shërbimeve

Termi "Kujdes Shëndetësor Parësor" (KSHP) u përdor për herë të parë në vitin 1978, pas Konferencës Ndërkombëtare të Kujdesit Parësor Shëndetësor të mbajtur nga OBSH[154] dhe UNICEF në Alma-Ata[155].

Sipas OBSH (1978) dhe siç është shkruar në Deklaratën e Alma–Ata, kujdesi shëndetësor parësor është: kujdesi thelbësor shëndetësor në bazë të metodave praktike, shkencërisht të shëndosha dhe shoqërisht të pranueshme dhe teknologjive universalisht të arritshme për individët dhe familjet në komunitet, përmes pjesëmarrjes së tyre të plotë dhe me një kosto që komuniteti

[154] THE WORK OF WHO 1 978-1979 Biennial Report of the Director-General to the World Health Assemb!J and to the United Nations

[155] Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

dhe vendi mund të përballojë për të mbajtur në çdo fazë të zhvillimit të tyre në frymën e vetë-mbështetjes dhe vetëvendosjes.

KSHP është një pjesë integrale e sistemit shëndetësor të vendit, si pjesë qendrore e tij si dhe pjesë e zhvillimit ekonomik të komunitetit. KSHP është niveli i parë i kontaktit të individëve, familjes dhe komunitetit me sistemin kombëtar shëndetësor duke sjellë kujdes shëndetësor sa më pranë të jetë e mundur e aty ku njerëzit jetojnë dhe punojnë, dhe përbën elementin e parë të një procesi të vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor".

Periudha e globalizimit që jetojmë në ditët e sotme jep efektet e veta edhe në sistemin shëndetësor e në lidhje me këtë OBSH argumenton se sistemi shëndetësor dhe shoqëritë nuk po i përgjigjen dot ritmeve të shpejta me të globalizimit në ditët e sotme. Kjo reflektohet në pamundësinë për të mobilizuar burimet dhe institucionet e duhura që t'i përgjigjen ndryshimeve të shpejta në shërbimin shëndetësor.

Shumë studiues botërorë vërejnë se në vendet në zhvillim sistemi shëndetësor është i fragmentuar dhe pacientët përpiqen të kërkojnë zgjidhje për probleme të ndryshme shëndetësore në institucione të ndryshme. Nga KSHP kërkohet një nivel i lartë shërbimi, në mënyrë që t'i shërbehet popullatës në rritje në moshë e numër, dhe shumëllojshmërisë së sëmundjeve. Nga i gjithë sistemi shëndetësor kërkohet koordinim shumë i mirë midis shërbimit ambulator, spitaleve e klinikave të ndryshme për të siguruar kujdes shëndetësor afatgjatë e me koston e duhur.

Pacientët sjellin probleme nga më të ndryshmet në sistemin shëndetësor parësor, dhe shpesh ky sistem shërben si nyjë përmes së cilës pacientët drejtohen në sektorët e ndryshëm të specializuar në sistemin shëndetëso. Për këtë arsye shërbimi në kujdesin parësor shëndetësor dhe vetë institucionet ku jepet ky shërbim duhet të jenë të mirë investuar, me të gjitha burimet e nevojshme për të zbuluar në faza të hershme sëmundje të cilat kanë nevojë për kura të specializuara.

Më tej, studiuesit na thonë që sistemi i duhur shëndetësor mund të kontribuojë thellësisht në gjithë performancën e sistemit shëndetësor në një vend. Masseria et al (2009) na jep karakteristikat kryesore të shërbimit shëndetësor parësor duke thënë që ky sistem duhet të jetë i përqendruar tek njerëzit, lehtësisht i arritshëm dhe gjithëpërfshirës.

Shërbimi në institucionet e kujdesit shëndetësor parësor, si pika të rregullta hyrëse është mjaft i rëndësishëm dhe ndikon në kënaqësinë e pacientëve. Për matjen e kënaqësisë së pacientëve janë zhvilluar metodologji të ndryshme në gjithë botën. Ajo më e përdorura quhet Cilësia e Shërbimit (SERVQUAL) dhe mat kënaqësinë e pacientit në pesë fusha kryesore përmes shkallës së matjes Likert.Qëllimi final i shërbimit shëndetësor parësor është shërbim shëndetësor më i mirë për të gjithë.

Kështu në lidhje me këtë OBSH ka identifikuar pesë elemente kyç për të arritur këtë qëllim:

1. Të ulë ndjeshëm pabarazitë sociale dhe përjashtimin e grupeve të marxhinalizuara (reformat e mbulimit universal në shëndetësi).

2. Organizimi i shërbimeve shëndetësore rreth njerëzve në nevojë dhe sipas pritshmërive (reformat në dhënien e shërbimit).
3. Integrimi i shëndetit në të gjithë sektorët (reforma për politika publike).
4. Ndjekja e modeleve bashkëpunuese për politika dialoguese (reformat drejtuese).
5. Rritja e pjesëmarrjes së palëve të interesuara.

18.2 Roli i infermierëve në sistemin shëndetësor parësor

Roli i infermierëve është një aspekt tjetër mjaft i rëndësishëm në shërbimin shëndetësor parësor. Shumë vende si Danimarka, Polonia, Anglia, Hollanda e Suedia po përdorin masivisht shërbimin infermieror krahas atij mjekësor. Infermierët mund të kujdesen për pacientë me probleme të lehta shëndetësore si p.sh. në Angli e Suedi, mund të përshkruajnë në mënyrë të limituar përdorimin e disa ilaçeve si p.sh. në Angli, Rumani dhe Suedi apo të bëjnë vaksinat për adoleshentët si p.sh. në Angli e Holandë.

Infermierët po përfshihen gjithashtu në koordinimin e udhës që duhet të ndjekin pacientët me sëmundje kronike si p.sh. në Belgjikë, Danimarkë, Angli, Finlandë, Poloni, Slloveni dhe Suedi. Në disa vende po zhvillohen klinika të drejtuara nga infermierët të cilat po përdoren si një metodë alternative për pacientët të cilët kanë nevojë për shërbim ambulator pas një faze akute të sëmundjes. Suedia është një nga vendet Evropiane që ka krijuar klinikat e drejtuara nga infermierë të cilat u shërbejnë pacientëve me sëmundje kronike siç është diabeti apo sëmundjet e zemrës.[156]

18.3 Kujdesi Parësor Shëndetësor në Shqipëri

Struktura e funksionimit të Qendrave të Kujdesit Parësor Shëndetësor

Sistemi Shëndetësor në Shqipëri është kryesisht publik. Shteti siguron pjesën më të madhe të shërbimeve shëndetësore që i ofrohen popullatës si në fushën e promocionit, parandalimit, diagnostikimit dhe kurimit. Sektori shëndetësor privat në kujdes parësor është akoma në hapat e para dhe mbulon pjesën më të madhe të shërbimit të cilat janë përqendruar kryesisht në Tiranë.

Në sektorin publik rolin kryesor e luan Ministria e Shëndetësisë e cila është hartuese dhe përgjegjëse për zbatimin e politikave dhe strategjive të sistemit shëndetësor, për rregullimin e funksionimit të tij si dhe për koordinimin e të gjithë aktorëve brenda dhe jashtë sistemit. Shërbimi shëndetësor diagnostikues dhe kurues është i organizuar në tre nivele:

- shërbimi parësor,
- shërbimi dytësor,
- spitalor terciar.

Shërbime të shëndetit publik dhe promocionit përbëjnë bazën e aktivitetit të Institutit të Shëndetit Publik, i cili është institucioni shtetëror i vetëm nën varësi të Ministrisë së Shëndetësisë që ofron ekspertizën më të kualifikuar në fushat e lartpërmendura. Krahas institucioneve të sipërpërmendura ofrojnë shërbimet e tyre edhe një sërë institucionesh kombëtare si Qendra

[156] Mirela Arqimandriti et al,. MONITORIMI I SHËRBIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI. studim kërkimor. 2014

Kombëtare e Transfuzionit të Gjakut, Qendra Kombëtare e Mirërritjes, Zhvillimit dhe Rehabilitimit të Fëmijës, Klinika Stomatologjike Universitare, etj.

Me përjashtim të Tiranës ku shërbimi shëndetësor parësor është organizuar dhe funksionon në bazë të Autoritetit Shëndetësor Rajonal (ASHR), në të gjitha qarqet e tjera funksionojnë Drejtoritë e Shëndetit Publik (DSHP) dhe Drejtoritë Rajonale të Shëndetësisë (DRSH) në të 12 qendrat e 12 qarqeve në Shqipëri.

Kujdesi Shëndetësor Parësor konsiderohet shërbim themelor në përpjekjet e Sistemit Shëndetësor Shqiptar për kontrollin e sëmundjeve dhe mbrojtjen e shëndetit të të gjithë qytetarëve. Strategjia e Kujdesit Shëndetësor Parësor (KSHP) në Shqipëri ndërtohet për herë të parë, por është hartuar mbi një traditë të mirëkonsoliduar tashmë. Në të pohohet se pjesa dërrmuese e kontakteve që popullsia ka me sistemin shëndetësor realizohen në nivelin e Qendrave Shëndetësore dhe shumë probleme shëndetësore trajtohen nga mjekët e përgjithshëm ose edhe infermierët në strukturat e kujdesit shëndetësor parësor. Pavarësisht kësaj, ndryshimet demografike dhe epidemiologjike, pritshmëritë gjithnjë në rritje ndaj kujdesit shëndetësor, së bashku me rreziqet e larta të shtimit të pabarazive, kërkojnë më shumë mbështetje, përshtatje dhe reforma në kujdesin shëndetësor parësor. Kjo strategji do të përcaktojë rrugën e përgatitjes së sistemit të kujdesit shëndetësor parësor që do të adresojë në mënyrë më të mirë dhe efikase nevojat shëndetësore e të gjitha komuniteteve dhe kategorive të popullatave. Akses më i mirë i komuniteteve vulnerabël në shërbimet e kujdesit shëndetësor do të arrihet nëpërmjet një integrimi më të mirë horizontal të profesionistëve të ndryshëm të specializuar, që punojnë në nivel komuniteti, si dhe integrimi vertikal (vijueshmëria e kujdesit midis KSHP dhe spitalit/specialiteteve të tjera të fushës). Sipas saj, do të krijohen modele të reja shërbimesh për të mbuluar nevojat më urgjente që janë identifikuar në nivel komuniteti, të tilla si parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve jo të trasmetueshme (SJT), shërbimi i kujdesit në familje për të moshuarit, modelet e kujdesit përmes teknologjisë digjitale, veçanërisht në zonat e thella, etj.

Gjithashtu, strategjia KSHP ka për qëllim të përmirësojë reputacionin, vetëvlerësimin dhe motivimin e punonjësve të Kujdesit Shëndetësor Parësor. Së fundmi, strategjia do të shërbejë për të arritur vizionin politik të një sistemi Shëndetësor Kombëtar të orientuar ndaj mbulimit universal. Strategjia paraqet një vizion të ri të KSHP duke përcaktuar prioritete, objektiva dhe ndërhyrje të qarta. Nuk detajon çdo aktivitet duke mundësuar ndryshimin gradual që nuk do të cenojë përfitimet e arritura tashmë nga sistemi dhe strukturat që janë funksionale.

Qeverisja dhe organizimi i kujdesit shëndetësor në Shqipëri kanë për qëllim garantimin e llogaridhënies publike të institucioneve, inkurajimin në të njëjtën kohë të motivimit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe efikasitetin më të madh në ofrimin e shërbimit[157].

18.3.1 Nevojat e kujdesit shëndetësor dhe shërbimet e kujdesit shëndetësor

Termi shërbime të kujdesit shëndetësor i referohet një sërë shërbimesh që kryhen nga profesionistë të kujdesit shëndetësor ose nën drejtimin e tyre, me qëllim të promovimit, ruajtjes

[157] Rama E. STRATEGJIA E ZHVILLIMIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI 2020-2025. VENDIM Nr.405, datë 20.5.2020

ose rivendosjes së shëndetit. Termi i referohet të gjitha cilësimeve të kujdesit (p.sh., spitalet, shtëpitë e pleqve, zyrat e mjekëve, vendet e komunitetit, shkollat dhe shtëpitë). Shërbimet e kujdesit shëndetësor adresojnë funksionimin fizik, mendor dhe emocional dhe shoqëror.

Gjithëpërfshirës

Kontakti i parë → Një element i kujdesit parësor nganjëherë quhet kontakti i parë. Në një sistem të zhvilluar mirë dhe funksional, kujdesi parësor është rruga e zakonshme dhe e preferuar për hyrjen në sistemin e kujdesit shëndetësor. Kontakti i parë përshkrues nuk është, megjithatë, një atribut i mjaftueshëm ose unik për përcaktimin e kujdesit parësor. Nuk është unike sepse disa ngjarje të kontaktit të parë nuk përfaqësojnë kujdesin parësor - për shembull, ato që ndodhin përmes një shërbimi shëndetësor në punë, një dhomë urgjence ose në një stendë panairi shëndetësor për shqyrtimin e kolesterolit. Takime të tilla mund të jenë pjesë përbërëse e kujdesit shëndetësor të pacientit dhe informacioni i mbledhur duhet t'i komunikohet praktikës së kujdesit parësor. Kontakti i parë nuk është i përshtatshëm për të përcaktuar kujdesin parësor. Për aq sa ka arritur të nënkuptojë kufizimin e kujdesit parësor në funksionin e triazhit, ai neglizhon karakteristikat e tjera të kujdesit parësor të përfshira në këtë raport, veçanërisht, gjithëpërfshirjen.

18.3.2 Shtrirja e kujdesit parësor

Kujdesi gjithëpërfshirës synon të nënkuptojë kujdesin për çdo problem shëndetësor në një fazë të caktuar të jetës së një personi. Ai përfshin kujdesin e vazhdueshëm të pacientëve në mjedise të ndryshme të kujdesit (p.sh. spitalet, shtëpitë e pleqve, zyrat e mjekëve, vendet e komunitetit, shkollat dhe shtëpitë). Në mënyrë ideale, infermieri i kujdesit parësor dëgjon pacientin, bën diagnoza, menaxhon dhe kontrollon për probleme të tjera të kujdesit shëndetësor. Infermieri edukon dhe komunikon me pacientin dhe të tjerët që mund të përfshihen duke përfshirë specialistë të tjerë kur është e përshtatshme. Ai ose ajo merr përgjegjësinë e vazhdueshme për mbajtjen e kontaktit dhe kujdesin ndaj pacientit dhe sigurimin se kujdesi i ofruar është i përshtatshëm.

Përkufizimi i IOM i referohet një pjese të madhe të nevojave të kujdesit shëndetësor personal. Kjo frazë i referohet karakteristikës thelbësore të infermiereve të kujdesit parësor. Infermieret e kujdesit parësor marrin të gjitha problemet që sjellin njerëzit - të pakufizuar nga problemi ose sistemi i organeve - dhe kanë trajnimin e duhur për të menaxhuar një shumicë të madhe të atyre problemeve, përfshijnë profesionistë të tjerë të shëndetit për vlerësim ose trajtim të mëtejshëm kur është e përshtatshme, dhe vazhdojnë të veprojnë si avokatë për pacientët e tyre.

Kujdesi parësor adreson një përzierje të problemeve shëndetësore përgjatë spektrit të sëmundjes pasi ato ndodhin veçmas ose në kombinim brenda një individi të vetëm. Në mënyrë ideale, klinicistët e kujdesit parësor nxjerrin gamën e plotë të shqetësimeve të pacientëve, qoftë fizike apo psikosociale, dhe janë të ndjeshëm ndaj shqetësimeve dhe rrethanave që shoqërojnë simptomat e pacientit.

Jo të gjitha problemet e pacientëve përfaqësojnë devijime nga shëndeti normal që kërkojnë veprim mjekësor. Kështu, klinicistët e kujdesit parësor kanë një përgjegjësi të veçantë për të qenë

të ndjeshëm ndaj atyre shqetësimeve që janë etiketuar në mënyrë të përshtatshme probleme shëndetësore dhe ato që nuk janë ose që mund të përkeqësohen me ndërhyrjen mjekësore.

Disa pjesë të problemeve të pacientit bazuar në nevojat e një individi të veçantë, në sigurinë ose në konsideratat e efikasitetit mund të mos jenë të menaxhueshme nga klinicisti i kujdesit parësor. Kategoritë e mëposhtme të shërbimit janë brenda fushës së kujdesit parësor siç përcaktohet nga komiteti:

Kujdesi akut → Infermieri i kujdesit parësor vlerëson një pacient me një simptomë ose simptoma të mjaftueshme për ta shtyrë atë të kërkojë kujdes mjekësor. Shqetësimet shëndetësore mund të shkojnë nga një sëmundje akute, relativisht e vogël, e kufizuar në vetvete, në një grup kompleks të simptomave që mund të jenë kërcënuese për jetën, në një problem mendor.

Kujdesi kronik → Një infermier i kujdesit parësor shërben si ofruesi kryesor i kujdesit të vazhdueshëm për disa pacientë që kanë një ose më shumë sëmundje kronike, përfshirë çrregullimet mendore, me konsultimet e duhura dhe bashkëpunon në kujdesin e pacientëve të tjerë, Infermieri i kujdesit parësor menaxhon sëmundjet ndërkurrente, siguron kujdes parandalues (p.sh. testet e shqyrtimit, imunizimin, këshillimin për stilin e jetës) dhe përfshin njohuri për familjen dhe komunitetin e pacientit.

Parandalimi dhe zbulimi i hershëm → Infermieri i kujdesit parësor siguron vlerësime periodike të shëndetit për të gjithë pacientët, duke përfshirë shqyrtimin, këshillimin, vlerësimin e rrezikut dhe edukimin e pacientit. Vlerësimet periodike të shëndetit janë një pjesë e natyrshme e kujdesit parësor. Kujdesi parësor duhet të pasqyrojë një kuptim të faktorëve të rrezikut që lidhen me këto sëmundje, përfshirë rreziqet gjenetike, dhe të fazave të hershme të sëmundjes që mund të jenë të vështira për t'u zbuluar në fillimin e tyre[158].

18.4 Shërbimet bazë në KSHP

Infermierja e familjes duhet të jetë e aftë të:

- Vlerësojë klinikisht gjendjen e nevojat e pacientit, që kërkon ndihmë në urgjencë
- Menaxhojë (e vetme ose në bashkëpunim me mjekun) rastet urgjente jashtë QSh (në shtëpi ose në rrugë)
- Kryejë manovrat e ringjalljes zemër mushkëri në rast të traumave apo kërcënimet e jetës me natyrë jo traumatike tek foshnjat, fëmijët dhe të rriturit
- Administrojë mjekimet dhe injeksionet i.v. për stabilizimin e urgjencave (ndihma e parë),që rrezikojnë jetën e pacientit
- Administrojë mjekimet e injeksionet i.v. për menaxhimin e përkeqësimeve të astmës, dehidrimit, konvulsioneve, frakturave, plagëve
- Menaxhojë plagët e thjeshta
- Organizojë transportin e pacientëve me politrauma në përputhje me kushtet specifike të pacientit

[158] Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al., editors. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. 2, Defining Primary Care.

- Zbatojë parimet bazë të menaxhimit mjekësor të incidenteve të dëmtimit në masë dhe katastrofave
- Identifikojë dhe referojë rastet e dhunës në familje
- Zbatojë veprimtari të promocionit shëndetësor për parandalimin e aksidenteve

- Këshillojë pacientët dhe familjarët mbi parandalimin e plagosjeve dhe aksidenteve
- Përdorë mjetet dhe pajisjet e QSh, të nevojshme për ndihmën e shpejtë
- Plotësojë saktë dokumentacionin në QSh
- Identifikojë dhe zbatojë masat bazë të kontrollit të infeksionit
- Të ofrojë me kompetencë, profesionalizëm dhe përkushtim shërbimin për kontrollin shëndetësor bazë për popullatën 40-65 vjeç, sipas detyrimeve që rrjedhin nga udhërrëfyesi për kontrollin shëndetësor bazë, të miratuar nga Ministri i Shëndetësisë, duke ofruar komunikimin me individët target, kujdes infermieror, plotësimin e formularit për kontrollin shëndetësor bazë sipas kërkesave të programit, kryerjen e ekzaminimeve sipas udhëzuesit për kontrollin shëndetësor bazë, arkivimin, ruajtjen e të gjithë të mirave materiale, pjese e kabinetit të kontrollit shëndetësor bazë.
- Gjithashtu, duhet të ofrojë bashkëpunim, të koordinojë dhe të lehtësojë punën me të gjithë aktorët publikë ose jo publikë, të cilët janë partnerë të programit, në lidhje me informimin e popullatës për kontrollin shëndetësor bazë, kryerjen e ekzaminimeve laboratorike ose ekzaminimeve të tjera,
- Komunikimi i informacionit, plotësimi i kartelës së individëve.

18.4.1 Roli i Infermierit të Familjes në kujdesin shëndetësor për fëmijët

Infermierja e familjes duhet:

- Kryejë vizitat detyrueshme e kontrollit në shtëpi
- Ndjekë dhe mbështesë prindërit lidhur me procesin e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës
- Diskutojë, informojë dhe mbështesë prindërit, kujdestarët e fëmijës lidhur më rëndësinë e ushqyerjes në veçanti ushqyerjes me gji ekskluzive, ushqyerjes plotësuese, ushqyerjes së fëmijës së vogël.
- Bashkëpunojë në plotësimin dhe përdorimin e kurbave të rritjes së fëmijës për të referuar fëmijët me probleme si dhe këshilluar, informuar prindërit/ kujdestarët e fëmijës
- Bashkëpunojë në procesin e vlerësimit të etapave kyçe të zhvillimit të fëmijës
- Këshillojë prindërit/kujdestarët e fëmijës për mbrojtjen e mirëqenies së fëmijëve
- Këshillojë, informojë prindërit kujdestarët e fëmijës të mbrojnë fëmijët nga rreziqet e ambientit të jashtëm dhe të brendshëm dhe traumat e aksidentet
- Këshillojë fëmijët dhe prindërit e tyre në lidhje me kujdesin për fëmijën e sëmurë
- Këshillojë, informojë dhe edukojë prindërit në lidhje me vaksinat dhe njohë dhe zbatojë Programin Kombëtar të Vaksinimit
- Njohë dhe trajtojë efektet anësore të vaksinimit
- Administrojë saktë mjekimet për kontrollin e konvulsioneve akute, astmës, dehidrimit (rehidrim oral dhe i.v) si dhe urgjencave të tjera pediatrike
- Punojë bashkë me prindërit në menaxhimin e rasteve pediatrike

- Njohë dhe këshillojë prindërit mbi matjen, vlerësimin dhe trajtimin e temperaturës tek fëmijët
- Vlerësojë gjendjen e pacientit dhe dallojë rastet urgjente nga ato jo urgjente
- Njohë dhe vlerësojë simptomat dhe shenjat e rrezikut për fëmijën e sëmurë
- Bashkëpunojë me mjekun për menaxhimin e rasteve urgjente pediatrike
- Këshillojë fëmijët dhe prindërit/kujdestarët e tyre në lidhje me kujdesin paliativ
- Këshillojë nënën (që paraqitet me fëmijën) dhe përfshijë babain, mbi ushqyerjen me gji ushqyerjen plotësuese, shëndetin riprodhues
- Sigurojë dhe plotësojë saktë dokumentacionin që kërkohet lidhur me kujdesin për fëmijët si dhe fletoren personale të shëndetit të fëmijës që ka prindi/kujdestari fëmijës
- Ofrojë informacionin statistikor sipas kërkesave të eprorëve të tij lidhur me shëndetin e fëmijës

18.4.2 Roli i Infermierit të Familjes në kujdesin shëndetësor për të rriturit

- Vlerësojë dhe menaxhojë gjendjen e pacientëve kronikë (AB, SPOK, HTA, gjendje konvulsive) në mungesë të mjekut
- Administrojë në mënyrë të përshtatshme trajtimet dhe mjekimet për kontrollimin e konvulsioneve akute, AB, SPOK dhe urgjencave të tjera tek të rriturit
- Njohë, masë dhe vlerësojë parametrat vitalë të pacientit; 3.6.19 Këshillojë pacientët dhe familjet e tyre mbi masat parandaluese dhe zgjedhjen e një stili jete të shëndetshëm
- Këshillojë pacientët dhe familjet tyre në lidhje me kujdesin paliativ
- Këshillojë pacientët dhe familjet e tyre në lidhje me dhunën në familje
- Përdorë stetoskopin, sfigmomanometrin, glukometrin, peak-floë metrin dhe mjetet e mikrokirurgjisë; si dhe përdorimin e EKG-së
- Plotësojë saktë dokumentacionin në QSh dhe të njohë dhe të përdorë programet kompjuterikë për plotësimin e të dhënave të individëve, specifikisht për programin e kontrollit shëndetësor bazë, apo për programe të tjera në të ardhmen.
- Njohë dhe zbatojë masat bazë të kontrollit të infeksionit
- Njohë dhe zbatojë programin e vaksinimit për të rriturit
- Njohë dhe plotësojë saktë skedat e raportimit të sëmundjeve infektive.

18.4.3 Roli i Infermierit të Familjes në kujdesin shëndetësor për të moshuarit

- Ofrojë mbështetje psikologjike për të moshuarit dhe familjet e tyre
- Dallojë ndryshimet fiziologjike të moshimit nga problemet shëndetësore
- Edukojë të moshuarit dhe familjet e tyre mbi masat parandaluese të sëmundjeve si dhe promovuese të shëndetit në këtë moshë
- Informojë në lidhje me vaksinimin ndaj gripit, pneumokokut
- Depistojë kufizimet funksionale fizike dhe mendore të pacientëve dhe të këshillojë ata ose familjet e tyre për përballimin e këtyre kufizimeve kur janë të pranishme
- Administrojë në mënyrë të përshtatshme trajtimet dhe mjekimet e nevojshme për pacientët e moshuar në QSh dhe vizita shtëpie
- Ofrojë asistencë mjekësore në shtëpi (me ose pa mjekun)
- Këshillojë pacientët e moshuar dhe familjet e tyre mbi kujdesin paliativ

- Vlerësojë riskun e dhunës në familje për pacientet e moshuar dhe të bëjë referiminte personeli i duhur mjekësor apo social
- Plotësojë saktë dokumentacionin në QSh[159]

18.4.4 Pikat e forta

Pikat e forta të kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri mund të shihen në numrin e e qendrave shëndetësore aktive si dhe në procedurat e hapjes dhe mbylljes së tyre. Vihet re se, shërbimet e kujdesit shëndetësor jepen siç duhet në 415 qendrat kryesore shëndetësore duke mbuluar shërbimet për të të rritur, moshën pediatrike, dhe të emergjencës. Dokumentacioni në qendrat shëndetësore kryesore rezulton të plotësohet me kujdes. Megjithatë, nëse fokusohemi në komponentët e veçantë të seksioneve të pyetësorit, si p.sh. të dokumentacionit të qendrave shëndetësore, duket se ai mbahet mirë në përgjithësi nga personeli, por në disa aspekte të veçanta, siç është dokumentacioni për rastet e dhunës në familje apo për planifikimin familjar, ky dokumentacion nuk ekziston ose nuk mbahet siç duhet. Marrëdhënia e një qendre shëndetësore me Fondin ishte një aspekt i cili u vëzhgua dhe u pa që tendenca e përqindjeve varionte nga niveli mesatar drejt nivelit të lartë, duke u bazuar në faktin që gjysma e qendrave shëndetësore kishin marrëdhënie shumë të rregullta me Fondin. Detajet e kësaj marrëdhënie tregojnë se marrëveshjet, supervizimi dhe raportimi pranë Fondit kryhet rregullisht dhe në mënyrë efektive. Dobësia e vetme në këtë marrëdhënie rezulton të ketë të bëjë me auditimet, të cilat në një pjesë të rasteve nuk ishin kryer nga ana e Fondit. Nga të dhënat e grumbulluara rezulton se 71.6% të qendrave shëndetësore janë audituar nga Fondi, pjesa e mbetur prej 28.4% jo. Më tej një qendër shëndetësore u vlerësua nga pajisjet mjekësore dhe medikamentet që duhet të kishte, sipas paketës së shërbimeve shëndetësore dhe protokolleve të miratuara. Ky vlerësim tregoi se rreth gjysma e qendrave shëndetësore janë të pajisura siç duhet si me pajisje ashtu edhe me medikamente përkatëse. Në lidhje me pyetjen që i referohej mënyrës së përdorimit dhe zëvendësimit të medikamenteve në rastin kur mbarohen, sipas drejtuesve te QSHKP, për shkak të masës së limituar, medikamentet e qendrave shëndetësore përdoreshin vetëm në rastet e urgjencave. Në të kundërt, pacientët pajiseshin me recetë dhe i blinin medikamentet në farmaci. Ishte gjetur kjo zgjidhje sepse qendrat shëndetësore nuk mund të rifurnizoheshin me medikamente para miratimit të buxhetit të ri, pra deri në vitin pasardhës. Po ashtu ishte edhe çështja e pajisjeve mjekësore.

18.4.5 Pikat e dobëta

Dobësitë kryesore në një qendër shëndetësore shiheshin në përqindjen e qendrave që ishin të përshtatshme për persona me aftësi të kufizuar, rreth 5% e tyre. Ndërsa për sa i përket tualeteve, përqindja ishte edhe më e ulët duke treguar që në masë të madhe qendrat shëndetësore në Shqipëri nuk janë të përshtatshme për personat me aftësi të kufizuar. Dobësi të tjera shiheshin qartazi në mungesën e investimeve për të pasur infrastrukturën e duhur në qendrat shëndetësore. Duke kërkuar në mënyrë specifike në pyetjet që lidheshin me investimet, përbërësit me nivel më të ulët në këtë shkallë ishin të lidhura me kreditë bankare dhe fondet e donatorëve të përdorura

[159] PAKETA BAZË E SHËRBIMEVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR. Republika e Shqiperise/ Ministria e shendetesise. 2014

për investime. Edhe pse nuk është aq i ulët në përqindje, norma e investimeve të Ministrisë së Shëndetësisë ishte e ulët, duke treguar se më pak se një e treta e qendrave shëndetësore kishin marrë investime nga Ministria e Shëndetësisë. Investimet në qendra shëndetësore akordohen në kuadër të Fondit të Zhvillimit të Rajoneve ku pushteti vendor aplikon online sipas një formulari të miratuar. Komponentët e infrastrukturës së qendrës shëndetësore ishin elementë të rëndësishëm duke nxjerrë në pah se më pak se një e pesta e qendrave shëndetësore përmbush dy të tretat e përbërësve të listuar, për të përmendur se asnjë nga qendrat nuk i përmbush 100% ato. Dobësitë kryesore janë mungesa e një sistemi të dytë për të siguruar energji elektrike kur ajo mungon, banjat e ndara sipas gjinisë, mungesa e kompjuterëve, sistemit telefonik, makinave/ambulancave. Një tjetër komponent i rëndësishëm është përqindja e lartë e qendrave shëndetësore pa një incenerator për eliminimin e mbeturinave mjekësore. Një variabël i fundit që tregon dobësi është fakti se afërsisht një e pesta e qendrave shëndetësore kryesore janë të pajisura siç duhet me një sistem të përshtatshëm telefonik me recepsionist, dhe që numri i telefonit është i dukshëm në hyrje të qendrës shëndetësore që do të thotë se qendrave të tjera shëndetësore në një masë të madhe u mungojnë këto lehtësira kyçe për marrëdhënien me pacientët. Pacientët shpesh lihen të presin meqenëse takimi i tyre në shumicën e rasteve nuk rregullohet me axhendë. Në këto kushte, në Tiranë p.sh., pacientët preferojnë të udhëtojnë drejt Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”.

19

Koncepti i komunitetit si klient
Puna me komunitetet

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Njohë Konceptin e komunitetit si Klient
- Aplikojë aftësitë e Vlerësimit Analitik.
- Njohë dimensionet e Komunitetit si Klient
- Njohë përgjegjësitë e punonjësit të shëndetit në komunitet:
- Zbatojë kompetencat themelore të infermierit të komunitetit.

19.1 Koncepti i komunitetit si klient

Praktika e infermierisë shëndetësore në komunitet përfshin kujdesin e individëve, familjeve dhe grupeve. Kujdesi i komuniteteve është jetik për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Termat infermier i shëndetit në komunitet dhe infermier i shëndetit publik (PHN) kërkojnë njohuri dhe aftësi të specializuara për të punuar me popullatat. Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik[160] (APHA 1996) e përkufizon infermierinë e shëndetit publik si "praktikë e promovimit dhe mbrojtjes së shëndetit të popullatave duke përdorur njohuri nga infermieria, shkencat e shëndetit shoqëror dhe publik".

Komunitet është bashkësia e njerëzve që bashkëveprojnë me njëri-tjetrin për shkak të :

- gjeografisë,
- interesave,
- karakteristikave
- qëllimeve të përbashkëta.

Këto ndërveprime përfshijnë institucionet sociale, të tilla si shkollat, agjencitë qeveritare dhe shërbimet sociale. Koncepti i komunitetit si klient i referohet një grupi ose popullsie njerëzish si fokusi i shërbimit infermieror[161] (Anderson & McFarlane, 2004). Këshilli Quad i Organizatave Infermierore të Shëndetit Publik, duke u bazuar në punën e Këshillit mbi Lidhjet midis

[160] American Public Health Association, Public Health Nursing Section. (October 1996). The definition and role of public health nursing: A statement of APHA nursing section. Washington

[161] Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2004). Community as partner: Theory and practice, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins

Akademisë dhe Praktikës së Shëndetit Publik (COL) zhvilloi një listë të "Kompetencave Themelore për Infermierët e Shëndetit Publik". Këto kompetenca ndihmojnë në sqarimin e rolit të infermierit të shëndetit në komunitet brenda kontekstit të komunitetit si klient[162] (Quad Council, 2003).

19.1.1 KOMPETENCAT THEMELORE PËR INFERMIERËT E SHËNDETIT PUBLIK

1. Aftësitë e Vlerësimit Analitik.
2. Zhvillimi i Politikave dhe Aftësive e Planifikimit të Programit.
3. Aftësitë e komunikimit.
4. Aftësitë e Kompetencës Kulturore.
5. Dimensionet eAftësive tPraktikës.e Komunitetit të
6. Aftësitë themelore në Shkencave të Shëndetit Publik.
7. Aftësitë e Planifikimit Financiar dhe Menaxhimit.
8. Udhëheqja e sistemeve.

1. Aftësitë e vlerësimit analitik.

Përcaktimi i problemit, përzgjedhja dhe përcaktimi i variablave përkatës, identifikimi i burimeve e të dhënave dhe informacionit të duhur, bashkëpunimi me komunitetin për të vlerësuar kuptimin e të dhënave, nxjerrja e përfundimeve nga të dhënat, interpretimi i rrezikut dhe përfitimet për komunitetin, njohja e çështjeve te përgjithshme të shëndetit publik dhe implikimet etike, shkencore, ekonomike dhe politike.

2. Zhvillimi i politikave dhe aftësitë e planifikimit të programit.

- Mblidhni dhe interpretoni informacionin përkatës në lidhje me një çështje specifike;
- shkruani deklarata të politikave;
- identifikoni,
- interpretoni
- zbatoni politikat, ligjet dhe rregulloret specifike për programet;
- përcaktoni realizueshmërinë dhe rezultatet e pritshme të opsioneve të politikave;
- vendosni për rrugën e duhur të veprimit;
- zhvilloni planin e veprimit për zbatimin e politikave;
- përktheni politikat në strukturat dhe programet organizative, duke përfshirë komponentët e monitorimit dhe vlerësimit për të përcaktuar efektivitetin dhe cilësinë.

3. Aftësitë e komunikimit

- Komunikoni në mënyrë efektive;
- kërkoni ndihmë individuale dhe organizative;

[162]Lisa A. Campbel t al,. Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies(Quad Council Coalition, 2018)

- shërbeni si avokat për programet dhe burimet e shëndetit publik;
- udhëhiqni dhe marrni pjesë në grupe për të adresuar nevojat dhe çështjet specifike;
- përdorni median, teknologjinë dhe rrjetet e komunitetit për të shpërndarë informacion;
- prezantoni në mënyrë efektive informacionin për auditorët profesionistë dhe publikun;
- dëgjoni të tjerët në mënyrë të paanshme, duke respektuar pikëpamjet e të tjerëve;
- promovoni shprehjen e këndvështrimeve dhe opinioneve të ndryshme.

4. Aftësitë e kompetencës kulturore

Ndërveproni në mënyrë profesionale dhe efektive me persona nga kultura të ndryshme, prejardhje socio-ekonomike, arsimore dhe racore/etnike, si dhe me persona të preferencave dhe moshave të ndryshme të jetesës; përdorni metoda të përshtatshme kulturore, shoqërore dhe të sjelljes për ofrimin e shërbimeve të shëndetit publik; vlerësoni rëndësinë e një fuqie punëtore të larmishme për shëndetin publik.

5. Dimensionet e aftësive të praktikës në komunitetit

- Krijimi dhe mbajtja e lidhjeve me aktorët kryesorë;
- Krijimi i partneriteteve në komunitet përmes përdorimit të ndërtimit të ekipit, udhëheqjes, zgjidhjes së konflikteve dhe negociatave;
- bashkëpunimi me partnerët e komunitetit në promovimin e shëndetit të popullatës;
- identifikimi i organizatave të komunitetit publik dhe privat;
- angazhimi në mënyrë efektive me komunitetin;
- zhvillimi, zbatimi dhe vlerësimi i shëndetit publik të komunitetit; kuptimi i rolit të qeverisë në ofrimin e shërbimeve shëndetësore të komunitetit.

6. Aftësitë themelore në Shkencave të Shëndetit Publik.

- Identifikoni përgjegjësitë individuale dhe organizative që lidhen me shërbimet thelbësore të shëndetit publik dhe funksionet kryesore;
- përcaktoni, vlerësoni dhe kuptoni gjendjen shëndetësore të popullatave, përcaktuesit e shëndetit dhe sëmundjeve, faktorët që kontribuojnë në parandalimin e sëmundjeve, promovimin e shëndetit dhe përdorimin e shërbimeve shëndetësore;
- kuptoni zhvillimin historik të shëndetit publik;
- aplikoni shkencat themelore të shëndetit publik (p.sh., shkencat shoqërore dhe të sjelljes, epidemiologjia dhe biostatistika, shëndeti mjedisor, parandalimi i sëmundjeve infektive dhe kronike, dëmtimet); identifikoni dhe merrni provat aktuale shkencore përkatëse dhe kuptoni kufizimet e kërkimit;
- zhvilloni një angazhim të përjetshëm ndaj të menduarit kritik.

7. Aftësitë e Planifikimit dhe Menaxhimit Financiar.

- Zhvilloni dhe prezantoni një buxhet;
- menaxhoni programet brenda kufizimeve buxhetore;
- monitoroni performancën e programit;
- përcaktoni prioritetet buxhetore;
- përgatitni propozimet për burimet e jashtme të financimit;
- aplikoni aftësitë bazë të marrëdhënieve njerëzore në menaxhimin e organizatave,
- motivoni personelin dhe zgjidhjen e konflikteve;
- menaxhoni grumbullimin, marrjen dhe përdorimin e të dhënave për vendimmarrje;
- negocioni dhe zhvilloni kontrata dhe dokumente të tjera për shërbimet e bazuara në popullatë;
- kryeni studime me kosto përfitimi, kosto-efektive të shërbimeve.

8. Udhëheqja e sistemeve

- Krijimi i një kulture të standardeve etnike brenda komuniteteve dhe organizatave;
- ndihmoni në krijimin e vlerave kryesore dhe vizionit të përbashkët dhe përdorni këto parime për të drejtuar veprimet;
- identifikoni çështjet e brendshme dhe të jashtme që mund të ndikojnë në ofrimin thelbësor të shërbimeve të shëndetit publik;
- bashkëpunoni me grupet e brendshme dhe të jashtme për të lehtësuar pjesëmarrjen e aktorëve kryesorë;
- nxitni mësimin organizativ dhe në ekip;
- kontribuoni në zhvillimin, zbatimin dhe monitorimin e standardeve të performancës organizative; përdorni sistemin ligjor dhe politik për të bërë ndryshime.

19.2 Çfarë është një komunitet i shëndetshëm?

Ashtu si shëndeti është relativ për një individ dhe mund të ndryshojë, të gjitha komunitetet ekzistojnë në një gjendje relative të shëndetit. Shëndeti i një komuniteti mund të shihet brenda kontekstit të shëndetit që është më shumë sesa mungesa e sëmundjes dhe përfshin ato elementë që u mundësojnë njerëzve të mbajnë një cilësi të lartë të jetës dhe produktivitetit. Vizioni kryesor për komunitetet e shëndetshme është të rrisë cilësinë dhe vitet e jetës së shëndetshme dhe të eliminojë pabarazitë shëndetësore.

19.3 Dimensionet e komunitetit si klient

Shëndeti i një komuniteti mund të karakterizohet përmes një numri perspektivash. Një pikëpamje e tillë është duke shqyrtuar tre dimensione:

- statusin,
- strukturën ,
- procesin.

Statusi është masa më e zakonshme e shëndetit të një komuniteti. Ai zakonisht përfshin të dhëna për sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë që identifikojnë përcaktuesit fizikë, emocionalë dhe socialë të shëndetit. Indekset fizike dhe sociale përfshijnë statistika vitale, shkaqet kryesore të vdekjeve dhe sëmundjeve, normat e vetëvrasjeve dhe normat e varësisë nga droga dhe alkooli. Përcaktuesit shoqërorë mund të identifikohen nga normat dhe niveli i aftësive funksionale, ose nga nivelet e braktisjes së shkollës së mesme ose nivelet mesatare të të ardhurave.

Struktura e një komuniteti i referohet shërbimeve dhe burimeve të tij. Përshtatshmëria e shërbimeve shëndetësore mund të përcaktohet duke shqyrtuar modelet e përdorimit, numrin dhe llojet e shërbimeve shëndetësore dhe sociale dhe masat e cilësisë. Të dhënat demografike, të tilla si shpërndarja socio - ekonomike dhe racore, mosha, gjinia dhe niveli arsimor, janë tregues të rëndësishëm të strukturës së komunitetit. Ashtu si infermierët vlerësojnë pikat e forta dhe kufizimet e klientëve kur punojnë me individë, infermieri i shëndetit komunitar duhet të vlerësojë pikat e forta dhe kufizimet e komunitetit kur punon me komunitetin si klient. Pikat e forta duhet të rriten dhe kufizimet të adresohen për të arritur qëllimet e dakorduara.

19.3.1 Karakteristikat e një komuniteti kompetent

Një komunitet kompetent mund të:

- Bashkëpunojë në mënyrë efektive në identifikimin e nevojave dhe problemeve të tij.
- Arrijë një konsensus pune mbi qëllimet dhe prioritetet.
- Bien dakord për mënyrat dhe mjetet për të zbatuar qëllimet e dakorduara
- Bashkëpunoni në mënyrë efektive për të ndërmarrë veprimet e kërkuara.

Adresimi i shëndetit të komunitetit duke shqyrtuar procesin përveç strukturës dhe dimensioneve të statusit siguron një pamje më të gjerë në kompleksitetin e shëndetit të komunitetit dhe veprimeve të komunitetit për ndryshim. Është thelbësore për të shqyrtuar jo vetëm përbërësit individualë të bashkësisë, por edhe shumën e të gjitha pjesëve - tërësisë - përfshirë ndërveprimet midis të gjithë përbërësve. Një perspektivë tjetër identifikon komunitetin që ka tre veçori: vendndodhje, popullsi dhe sistemin shoqëror.

19.3.2 Vendndodhja

Çdo bashkësi fizike kryen veprimtarinë e saj të përditshme në një vendndodhje të caktuar gjeografike. Shëndeti i një komuniteti ndikohet nga vendndodhja, sepse vendosja e shërbimeve shëndetësore, veçoritë gjeografike, klima, bimët, kafshët dhe mjedisi i krijuar nga njeriu janë të qenësishme në vendndodhjen gjeografike. Vendndodhja e një komuniteti e vendos atë në një mjedis që ofron burime dhe gjithashtu paraqet kërcënime. Komuniteti i shëndetshëm është ai që përdor me mençuri burimet e tij dhe është i përgatitur për të përballuar kërcënimet dhe rreziqet. Në vlerësimin e shëndetit të çdo komuniteti, është e nevojshme të mblidhen informacione jo vetëm për ndryshoret specifike për vendndodhjen, por edhe për marrëdhëniet midis komunitetit dhe vendndodhjes së tij.

19.3.3 Popullsia

Kur dikush e konsideron komunitetin si klient, shqyrtimi i gjendjes shëndetësore të popullsisë së përgjithshme në një komunitet të caktuar është një komponent kritik. Popullsia nuk përbëhet nga një agregat i specializuar, por nga të gjithë njerëzit e ndryshëm që jetojnë brenda kufijve të komunitetit. Shëndeti i çdo komuniteti ndikohet shumë nga atributet e popullsisë së tij. Karakteristika të ndryshme të popullsisë sugjerojnë nevoja shëndetësore dhe sigurojnë një bazë për planifikimin e shëndetit. Një komunitet i shëndetshëm ka udhëheqës të cilët janë të vetëdijshëm për karakteristikat e popullsisë, i dinë nevojat e tij të ndryshme dhe u përgjigjen atyre nevojave. Infermierët shëndetësorë të komunitetit mund të kuptojnë më mirë çdo komunitet duke ditur për variablat e tij të popullsisë: madhësinë, dendësinë, përbërjen, shkallën e rritjes ose rënies, karakteristikat kulturore, strukturën e klasës shoqërore dhe lëvizshmërinë.

19.3.4 Sistemi Social

Përveç vendndodhjes dhe popullsisë, çdo komunitet ka një veçori të tretë - një sistem shoqëror. Pjesët e ndryshme të sistemit shoqëror të bashkësisë që ndërveprojnë dhe ndikojnë në shëndetin e një komuniteti quhen variabla të sistemit shoqëror. Këto variabla përfshijnë shëndetin, familjen, ekonominë, arsimin, fenë, mirëqenien, politikën, rekreacionin, ligjin dhe komunikimin. Pavarësisht nëse vlerëson shëndetin e një komuniteti, zhvillon shërbime të reja për të sëmurët mendorë brenda komunitetit, ose promovon shëndetin e të moshuarve, infermierja e shëndetit të komunitetit duhet të kuptojë komunitetin si një sistem shoqëror.

19.4 Procesi i Infermieror për Komunitetin si Klient

Tre karakteristika mbështesin përdorimin e procesit infermieror në infermierinë e shëndetit në komunitet.

Së pari, procesi i infermieror është një proces i zgjidhjes së problemeve që trajton problemet shëndetësore të komunitetit në çdo nivel të përgjithshëm me qëllim parandalimin e sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit publik.

Së dyti, është një proces menaxhimi që kërkon:

- analiza të situatës,
- vendimmarrje,
- planifikim,
- organizim,
- drejtim ,
- kontroll të shërbimeve,
- vlerësim të rezultateve.

Si një mjet menaxhimi, procesi i infermierisë adreson të gjitha nivelet e përgjithshme.

Së treti, është një proces për zbatimin e ndryshimeve që përmirësojnë funksionimin e sistemeve të ndryshme të lidhura me shëndetin dhe mënyrat se si njerëzit sillen brenda atyre sistemeve. Procesi i infermieror siguron një kornizë ose strukturë në të cilën bazohen veprimet e infermierore shëndetësore të komunitetit. Aplikimi i procesit ndryshon në secilën situatë, por natyra e procesit mbetet e njëjtë.

Karakteristika të caktuara të këtij procesi janë të rëndësishme për infermierët e shëndetit në komunitet që t'i theksojnë në praktikat e tyre si :

Diskutues → Procesi infermieror është diskutues - i menduar me qëllim, racionalitet dhe me kujdes. Kërkon përdorimin e gjykimit të shëndoshë që bazohet në informacionin e duhur. Infermierët e shëndetit në komunitet shpesh praktikojnë situata që kërkojnë aftësinë për të menduar në mënyrë të pavarur dhe për të marrë vendime të vështira. Për më tepër, zgjidhja e problemit e menduar dhe këshillues është një aftësi e nevojshme për të punuar me ekipin shëndetësor të komunitetit për të adresuar nevojat dhe problemet e agregateve në komunitet. Procesi i infermieror është një mjet vendimmarrës për të lehtësuar këto përcaktime.

I përshtatshëm → Procesi infermieror është i adaptueshëm. Natyra e tij dinamike i mundëson infermierit të komunitetit të përshtatet me secilën situatë dhe të jetë fleksibël në zbatimin e procesit për të përmbledhur nevojat shëndetësore. Për më tepër, fleksibiliteti i tij është një kujtesë për infermierin se çdo grup klientësh dhe çdo situatë komuniteti është unik. Procesi infermieror duhet të zbatohet në mënyrë specifike për situatën individuale dhe grupin e njerëzve. Bazuar në vlerësimin dhe planifikimin e shëndoshë, infermierja i përshtat shërbimet për të përmbushur nevojat e identifikuara të secilit grup klientësh të komunitetit.

Ciklik → Procesi infermieror është ciklik dhe është në progresion të vazhdueshëm. Hapat përsëriten në marrëdhënien infermiere - klient . Infermierja angazhohet në ndërveprim të vazhdueshëm, mbledhje të dhënash, analiza, ndërhyrje dhe vlerësim. Ndërsa ndërveprimet midis infermierit dhe grupeve të klientëve vazhdojnë, hapa të ndryshëm të procesit përdoren njëkohësisht. informacioni i mbledhur dhe mësimet e nxjerra në çdo hap të procesit promovojnë mënyra më efektive për të ofruar shërbime cilësore, dhe metodat më të mira për ngritjen e nivelit të shëndetit të këtij grupi.

Fokusuar tek klienti → Procesi infermieror është i fokusuar tek klienti. Infermierët e shëndetit në komunitet përdorin procesin e infermierisë me qëllim për të shprehur dhe adresuar problemet e shëndetit të popullatave. Klientët si sisteme të përgjithshme - qofshin grupe, popullsi ose komunitete - janë objektivi i PHN -së në procesin e infermieror.

Interaktive → Procesi infermieror është ndërveprues, pasi infermierja dhe klientët janë të përfshirë në një proces të komunikimit të vazhdueshëm ndërpersonal. Dhënia dhe marrja e informacionit të saktë është e nevojshme për të promovuar mirëkuptimin midis infermierit dhe klientëve , për të nxitur përdorimin efektiv të procesit infermieror. Grupet e klientëve dhe infermierët e shëndetit në komunitet janë bashkuar gjithnjë e më shumë për të marrë

përgjegjësinë për promovimin e shëndetit të komunitetit. Marrëdhënia infermiere -klienti duhet të jetë një partneritet, një përvojë e përbashkët nga profesionistë (infermierë dhe të tjerë) dhe grupe klientësh (Andiman, 2007; Schulte, 2000)

I orientuar drejt nevojave → Procesi infermieror është i orientuar drejt nevojave. Megjithëse zgjidhja e problemeve është sigurisht një përdorim i përshtatshëm i procesit infermieror, infermierja e shëndetit në komunitet gjithashtu mund të përdorë procesin e infermieror për të parashikuar nevojat e klientit dhe parandalimin e problemeve. Infermierja duhet të mendojë për diagnozat infermierore që variojnë nga identifikimi i problemeve shëndetësore deri tek parandalimi parësor dhe mundësitë e promovimit të shëndetit. Ky fokus është i nevojshëm nëse synimet e shëndetit të komunitetit - për të mbrojtur, promovuar dhe rivendosur shëndetin e njerëzve - do të realizohen[163].

Ndërveprimi me Komunitetit → Të gjithë hapat e procesit infermieror varen nga ndërveprimi, shkëmbimi reciprok dhe ndikimi midis njerëzve. Megjithëse ndërveprimi infermier -klient është shpesh një element i nënkuptuar ose i supozuar në proces, ai është një konsideratë e parë thelbësore për infermierinë e shëndetit në komunitet. Dëgjimi i një grupi të moshuarish, mësimi i një klase të nënave në pritje të fëmijës së saj, lobimi për mbrojtjen e të varfërve, puna me prindërit për të krijuar një program të kontrollit dentar për fëmijët - të gjitha këto përfshijnë marrëdhënie të cilat kërkojnë ndërveprim.

Aplikimi agregat → Praktika shëndetësore e komunitetit përqendrohet kryesisht në shëndetin e grupeve të popullsisë; prandaj, ndërveprimi shkon përtej një-në-një me pacientët individualë. Sfida me të cilën përballet infermierja e shëndetit në komunitet është një qasje e përgjithshme. Një grup prindërish të shqetësuar për alkoolizmin e adoleshentëve, personat me aftësi të kufizuara që kanë nevojë për një qasje tjetër dhe popullsia e moshuar e një lagjeje të frikësuar nga vjedhjet janë të gjithë klientë me shqetësime dhe opinione të ndryshme. Secili person në tërësi ndikohet nga mendimet dhe sjellja e anëtarëve të tjerë të grupit. Ndërveprimi infermieror me një klient në përgjithësi kërkon mirëkuptim dhe vendimmarrjes në nivel grupi. Kërkon komunikim ndërpersonal në nivel grupi.Pasi infermierët e shëndetit të komunitetit të kuptojnë sjelljen e përgjithshme, ata mund të përfitojnë nga potenciali i ndikimit të grupit për të bërë një ndikim të gjerë në shëndetin e komunitetit .

19.5 Puna me komunitetet

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit (CHËs) janë punonjës të shëndetit publik të vijës së parë të cilët njohin mirë komunitetin të cilit i shërbejnë. Kjo marrëdhënie besimi u mundëson atyre të shërbejnë si një ndërlidhës/lidhje/ndërmjetës midis shërbimeve shëndetësore/sociale dhe komunitetit për të lehtësuar aksesin në shërbime dhe për të përmirësuar cilësinë dhe kompetencën kulturore të ofrimit të shërbimeve.

[163] Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health. 7th Edition. 392-414

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit gjithashtu ndërtojnë kapacitetin individual dhe të komunitetit duke rritur njohuritë dhe vetë-mjaftueshmërinë shëndetësore përmes një sërë aktivitetesh të tilla si mbikqyerja në terren, edukimi në komunitet, këshillimi joformal, mbështetja sociale dhe avokimi. (Shoqata Amerikane e Shëndetit Publik, 2008).

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit janë individë të përkushtuar të cilët funksionojnë përgjatë një vazhdimësie duke filluar nga zhvillimi individual dhe i komunitetit deri te ofrimi i shërbimeve dhe promovimi i fuqizimit të komunitetit dhe drejtësisë sociale. Ato shpesh ndihmojnë në lidhjen e njerëzve me informacionin dhe shërbimet e nevojshme të kujdesit shëndetësor.

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit punojnë në të gjitha mjediset gjeografike, përfshirë zonat rurale, urbane dhe metropolitane; rajone kufitare. Edhe pse rolet e tyre ndryshojnë në varësi të vendndodhjes dhe mjedisit kulturor, ato më së shpeshti gjenden duke punuar në komunitete të pa privilegjuara të margjinalizuara, ku njerëzit mund të kenë burime të kufizuara; mungesa e qasjes në kujdes shëndetësor cilësor; mungojnë mjetet për të paguar për kujdesin shëndetësor, vlera dhe sjellje kulturore të ndryshme nga ato të sistemit dominues të kujdesit shëndetësor perëndimor. Në këto komunitete, punonjësit e shëndetit në komunitet luajnë një rol integral në ndihmën e sistemeve që të bëhen më të përshtatshme nga ana kulturore dhe më të rëndësishme për njerëzit që u shërbejnë sistemit.

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit zakonisht kanë përvoja të përbashkëta të jetës në komunitetet të cilave u shërbejnë. Ata ndajnë vlera të ngjashme, prejardhje etnike dhe status socio-ekonomik dhe zakonisht të njëjtën gjuhë me njerëzit që u shërbejnë[164].

19.5.1 Përgjegjësitë e punonjësit të shëndetit në komunitet janë:

- Ndihma e individëve, familjeve, grupeve dhe komuniteteve për të zhvilluar kapacitetin dhe aksesin e tyre në burime, përfshirë sigurimin shëndetësor, ushqimin, strehimin, kujdesin cilësor dhe informacionin shëndetësor.
- Lehtësimi i komunikimit dhe fuqizimi i klientit në ndërveprimin me sistemet e kujdesit shëndetësor/shërbimeve sociale.
- Ndihma për sistemet e kujdesit shëndetësor dhe të shërbimeve sociale kulturore të bëhen me përgjegjësi .
- Ndihmoni njerëzit të kuptojnë gjendjen e tyre shëndetësore dhe zhvillimin e strategjive për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e tyre.
- Ndihma për të ndërtuar mirëkuptim dhe kapital social, për të mbështetur sjelljet më të shëndetshme dhe zgjedhjen e stilit të jetesës.
- Dhënia e informacionit shëndetësor duke përdorur terma dhe koncepte të përshtatshme për kulturën.

[164] Malcarney MB, Pittman P, Quigley L, Horton K, Seiler N. The Changing Roles of Community Health Workers. Health Serv Res. 2017

- Lidhja e njerëzve me burimet e kujdesit shëndetësor/shërbimit social
- Sigurimi i këshillimit, mbështetjes dhe ndjekjes joformale.
- Avokimi për nevojat shëndetësore lokale.
- Ofrimi i shërbimeve shëndetësore, të tilla si monitorimi i presionit të gjakut dhe ofrimi i ndihmës së parë.
- Kryerja e vizitave infermierore në shtëpi për pacientët me sëmundje kronike, gratë shtatzëna dhe nënat, individët në rrezik të lartë të problemeve shëndetësore dhe të moshuarit.
- Përkthimi dhe interpretimi për klientët dhe ofruesit e shërbimeve shëndetësore/sociale

19.5.2 Kushtet e punës

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit (CHËs) shpesh jetojnë në komunitetin të cilit i shërbejnë. Ata e kalojnë pjesën më të madhe të kohës duke udhëtuar brenda komunitetit, duke folur me grupet, duke vizituar shtëpitë dhe objektet e kujdesit shëndetësor, duke shpërndarë informacion dhe përndryshe duke u lidhur me njerëzit lokalë.

Disa punonjës shëndetësorë të komunitetit punojnë në objektet shëndetësore, duke siguruar menaxhimin e rasteve, edukimin e klientit, interpretimin dhe kujdesin pasues. Të tjerët janë të punësuar nga agjencitë qeveritare dhe grupet jofitimprurëse për të siguruar organizimin e komunitetit, edukimin shëndetësor, urgjencë dhe shërbimet e kujdesit parandalues në këtë fushë.

- Punonjësit shëndetësorë të komunitetit mund të:
- Sigurojnë shqyrtime shëndetësore, referime dhe informacion.
- Ndihmojnë njerëzit të plotësojnë aplikimet për të pasur përfitime shëndetësore.
- Vizitojnë shtëpitë për të kontrolluar individët me kushte të veçanta shëndetësore.
- Drejtojnë klientët në takime mjekësore.
- Ofrojnë prezantime të edukimit shëndetësor për nxënësit e shkollave , prindërit dhe mësuesit e tyre.

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit të punësuar nga agjencitë e kujdesit shëndetësor shpesh kanë një përqendrim të sëmundjeve ose popullatës, të tilla si promovimi i shëndetit të grave shtatzëna ose fëmijëve, përmirësimi i të ushqyerit, promovimi i imunizimit ose ofrimi i edukimit rreth një çështjeje specifike shëndetësore, të tilla si diabeti ose HIV/AIDS.

Punonjësit shëndetësorë të komunitetit përcaktohen nga besimi që ata marrin nga komunitetet ku ata punojnë. Për të qenë efektivë, punonjësit e shëndetësisë në komunitet duhet të sigurojnë, ruajnë dhe zhvillojnë atë besim. Kjo mund ta vë punonjësin e shëndetit të komunitetit në një pozitë të vështirë, veçanërisht kur ka një shkëputje midis qëllimeve të programit dhe prioriteteve të komunitetit. Për shembull, komunitetet që mbështeten në mjekimet e tyre tradicionale mund t'i rezistojnë përpjekjeve të një punonjësi shëndetësor të komunitetit për t'i referuar pacientët në burimet perëndimore të kujdesit shëndetësor. Punonjësit shëndetësorë të komunitetit duhet të

jenë në gjendje të balancojnë përgjegjësitë e tyre ndaj komunitetit me përshkrimet e punëdhënësit të tyre[165].

19.5.3 Aftësitë dhe cilësitë për punonjësit e shëndetit në komunitet

Ekzistojnë aftësi dhe karakteristika të caktuara që ndajnë shumica e punonjësve të shëndetit në komunitet. Këto aftësi mund të përmirësohen përmes arsimit formal ose trajnimit në punë

Le të fillojmë me aftësitë e rëndësishme të nevojshme për të kryer detyrat e punës që përshkruajmë më lart. Sipas analizës sonë të punës, këto janë aftësitë më të kërkuara për punonjësit e shëndetit në komunitet:

- Shërbimet sociale
- Menaxhimin e rastit
- Edukimi shëndetësor
- Sjellje e Shëndëshme
- Shëndeti dhe siguria publike
- Planifikimi i trajtimit
- Njohuri mbi Medicare/Medicaid
- Programet e promovimit të shëndetit
- Futja e të dhënave

Cilësitë e rëndësishme që shumë nga punonjësit më të mirë të shëndetit në komunitet posedojnë:

Ndërtimi i marrëdhënieve: Për të qenë më efektiv, punonjësit e shëndetit në komunitet shpesh duhet të qëndrojnë brenda komuniteteve të cilëve u shërbejnë. Këtu hyjnë në lojë cilësitë e ndërtimit të marrëdhënieve

Empatia: Në të njëjtën linjë, profesionistët më të suksesshëm në këtë fushë janë ata që kanë një dhembshuri të vërtetë për individët të cilëve u shërbejnë. Për disa, kjo ndjeshmëri buron nga rritja me rrethana të ngjashme.

Besueshmëria: Pasi të jetë krijuar një marrëdhënie, punonjësve të shëndetit në komunitet u besohet informacion i ndjeshëm në lidhje me klientët e tyre. Në mënyrë që individët të ndihen rehat duke ju besuar, duhet të jeni të sinqertë, të afrueshëm dhe të ofroni konfidencialitet të plotë.

Këmbëngulja: Shumë nisma që përkrahin punonjësit e shëndetësisë në komunitet janë gjëra që kërkojnë kohë dhe qëndrueshmëri. Pavarësisht nëse është duke mbrojtur nevojat shëndetësore të komunitetit ose duke ndihmuar individët me aplikimet e shërbimeve sociale, do t'ju duhet të

[165]Uta Lehmann and David Sanders. Community health workers:What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers.2007

qëndroni të palëkundur në veprimet tuaja në mënyrë që t'i shihni gjërat mirë. As puna nuk është gjithmonë joshëse, kështu që pak zhurmë dhe vlerë etike do të shkojë shumë[166].

[166] Callie Malvik. What Is a Community Health Worker? A Closer Look at This Rewarding Role 2019

20

Komunikimi në infermierinë familjare

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të mund të:

- Kuptojë rëndësinë e komunikimit
- Jetë një dëgjues i mirë
- Aplikojë direktiva për inkurajimin e bashkëbisedimit
- *Vlerësojë ekspozime në rreziqe shëndetësore dhe shkalla e vulnerabilitetit*

20.1 Përkufizimi:

- **Komunikim do të thotë hyj në lidhje me tjetrin, shkëmbej mendime, gjej një gjuhë të përbashkët me tjetrin.**
- ***"Komunikimi është procesi me anën e të cilit shkëmbehen dhe kuptohen informacionet midis dy a më shumë njerëzve, me qëllim që të motivohen ose të influencohen në sjelljet apo në qëndrimet e tyre".***

Komunikimi është një komponent kritik i misionit të infermierit për të:

- vlerësuar,
- planifikuar,
- zbatuar ,
- dokumentuar kujdesin.

Është i pranishëm në secilin bashkëpunim të infermierëve dhe kolegëve aleat të shëndetit, mjekëve dhe administratorëve dhe në çdo ndërveprim me pacientët dhe familjet e tyre. Sigurimi që informacioni i duhur merret dhe i kalohet personit të duhur në kohën e duhur në mënyrën e duhur mund të nënkuptojë ndryshimin midis jetës dhe vdekjes. Infermierët duhet të zhvillojnë një pjekuri emocionale që do t'u mundësojë atyre të zhvillojnë biseda të vështira, të respektojnë një gamë të gjerë të diversitetit, të menaxhojnë konfliktin dhe të bashkëpunojnë në mënyrë efektive.

Departamentet e shëndetësisë në mbarë botën listojnë të drejtat e personit/personave të cilët kërkojnë ndihmë shëndetësore nga shërbimet shëndetësore, duke përfshirë këtu edhe të drejtën për të pasur një komunikim sa më efektiv. Lista e Të Drejtave të Komunikimit (ëëë.scopevic.org.au) e krijuar në Viktoria, Australi, është shembull i një dokumenti të tillë.

Ndonëse kjo listë i referohet kryesisht personave që kanë vështirësi në dëgjim apo në arsyetim (kuptimin e gjerave qe u thuhen), është e përdorshme për të gjithë njerëzit pavarësisht racës, gjinisë, statusit, besimit fetar, orientimit seksual, gjendjes shëndetësore, gjendjes emocionale, stadit të jetës dhe rolit në jetë. Ka një sërë listash të ndryshme të të drejtave të komunikimit, e këto lista ndryshojnë sipas vendit.

Në profesionet e lidhura me shëndetësinë, të drejtat e çdo komunikuesi janë të bazuara në shkallë të cilat kontribuojnë në praktikat familje/person.

Këto të drejta përfshijnë :

- Të drejtën për të kuptuar dhe për tu kuptuar (negocimi dhe shkëmbimi i mendimeve të njëjta),
- Të drejtën për t'u shprehur,
- Të drejtën për të mësuar,
- Të drejtën për të zgjedhur,
- Të drejtën për të bashkëvepruar dhe kontribuar,
- Te drejtën për të thënë *jo.*

Komunikimi i suksesshëm i infermierëve nuk mund të ndodhë pa kuptuar dhe faktorizuar në sjelljen njerëzore. Sjellja njerëzore ka një ndikim të fortë në shprehjen e mendimeve, ndjenjave, opinioneve dhe ideve. Ndërsa komunikimi është shkëmbimi i mesazheve, sjellja ndikon në shfaqjen e mesazheve që shkëmbehen. Komunikimi hyn në lojë sepse infermierët duhet të bëjnë pyetje me respekt në mënyrë që të vlerësojnë statusin klinik dhe të kuptojnë nevojat, preferencat dhe shqetësimet e pacientit. Njohja e gjuhës joverbale, leximi i sugjerimeve shoqërore dhe nderimi i perspektivave të të tjerëve kërkon të kuptuarit e sjelljes njerëzore.

Komunikimi është instrumenti kryesor për sigurinë e pacientit i përdorur nga infermierët dhe të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor për të siguruar saktësinë dhe vazhdimësinë e vazhdueshme të informacionit të pacientit për të promovuar kujdes të sigurt dhe cilësor. Boshllëqet në komunikim dhe keqinterpretimet paraqesin rreziqe për sigurinë e pacientit dhe mund të rezultojnë në dëmtimin e pacientit. Është kritike që infermierët të zhvillojnë kompetencë të nivelit të lartë në komunikim dhe të përdorin strategji komunikimi të sigurta për pacientët të ofruara nga ekspertët kryesorë në shkallë vendi dhe në mbarë botën për t'i mbajtur pacientët të sigurt nga dëmtimet dhe për të ndërtuar një sistem më të sigurt të kujdesit shëndetësor.

20.1.1 Pacienti dhe komunikimi i sigurt

Komunikimi i sigurt për pacientët në infermierinë është një aktivitet i orientuar drejt qëllimit i fokusuar në ndihmën e pacientëve për të arritur rezultate optimale shëndetësore. Është mjeti me të cilin infermierët mbledhin dhe ndajnë informacionin, sqarojnë dhe verifikojnë interpretimet e sakta të informacionit dhe krijojnë një proces bashkëpunimi me pacientët, familjet e tyre dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor për të arritur qëllimet e përbashkëta të një pacienti të sigurt dhe me cilësi të lartë kujdes.

Ekzistojnë gjashtë fusha kryesore të përgjegjësisë së infermierëve për të komunikuar në mënyrë efektive:

1. Vendosni marrëdhënien infermiere-pacient: për të ndërtuar besimin dhe raportin me pacientin. Përmes besimit dhe raportit, pacientët janë më të hapur për të ndarë informacionin personal të shëndetit dhe për të përshkruar se si po ndihen dhe si po përballen me stresin e sëmundjes.

2. Shkëmbeni informacionin e nevojshëm me pacientin: për t'i mbajtur pacientët dhe familjet e tyre të informuar; për të vlerësuar gjendjen shëndetësore, për të planifikuar ndërhyrjet dhe për të përcaktuar përgjigjen ndaj trajtimeve dhe efektivitetit të mësimdhënies së pacientëve.

3. Siguroni saktësi në dhënien e regjimit të saktë të trajtimit pacientit të duhur: të verifikoni identifikimin e pacientit para administrimit të çdo trajtimi dhe të përfshini në mënyrë aktive pacientin në procesin e kujdesit kur është e mundur.

4. Shkëmbeni informacionin thelbësor të pacientit me ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor: për të marrë informacion nga dhe për t'u dhënë informacion anëtarëve të ekipit të kujdesit shëndetësor për të planifikuar kujdesin dhe për të punuar në bashkëpunim për të ofruar shërbime të integruara të kujdesit ndërdisiplinor.

5. Transferoni përgjegjësinë e kujdesit për pacientin dhe informacionin thelbësor të pacientit tek një tjetër: të transferoni kujdesin dhe përgjegjësinë e pacientit tek një infermiere tjetër kur largohet nga njësia për pushime të planifikuara, tek një ekip tjetër infermierësh gjatë ndërrimit të turnit, ose në një njësi tjetër infermierie ose agjenci të kujdesit shëndetësor gjatë transferimit/daljes së pacientit.

6. Sigurimi i saktësisë në interpretimin e informacionit: për të siguruar që informacioni i shkëmbyer midis infermierëve dhe pacientëve dhe anëtarëve të tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor interpretohet ashtu siç synohet.

Për të promovuar sigurinë e pacientit, infermierët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor duhet të komunikojnë me pacientët në një mënyrë që inkurajon pacientët të ndajnë informacionin personal të shëndetit. Kjo arrihet duke ndërtuar besimin, i cili është themeli i marrëdhënies ofrues-pacient. Infermierët dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor përdorin strategji specifike të komunikimit të sigurt për pacientin për të zhvilluar, ushqyer dhe ruajtur marrëdhënien e besimit. ***Nëse pacientët nuk ndiejnë një ndjenjë besimi dhe sinqeriteti të vërtetë nga ata që janë të përfshirë në kujdesin e tyre, ata nuk mund të ndajnë informacionin që është i nevojshëm për vendimmarrjen e saktë dhe planifikimin e trajtimit***[167]**.**

20.1.2.Modelet e komunikimit

Komunikimi është një proces kompleks, dhe ndonjëherë është e vështirë të përcaktohet se ku ose me kë fillon dhe përfundon një takim komunikimi. Modelet e komunikimit thjeshtojnë procesin duke siguruar një paraqitje vizuale të aspekteve të ndryshme të një takimi komunikimi. Disa modele shpjegojnë komunikimin në mënyrë më të detajuar se të tjerët, por edhe modeli më kompleks nuk mund të rikrijojë atë që përjetojmë në çdo moment të caktuar të një takimi

[167] Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. Mater Sociomed. 2014 Feb;

komunikimi. Modelet ende i shërbejnë një qëllimi të vlefshëm sepse përcaktojnë komunikimin dhe ju lejojnë të shihni koncepte dhe hapa specifikë brenda procesit të komunikimit. Modelet krijojnë ide ose nuanca që mund të mos i keni marrë parasysh.

Modele të shumta kanë evoluar për të portretizuar procesin e komunikimit me shkallë ose shtresa të ndryshme faktorësh ndërlikues. Duke u kthyer në vitet 1940, modelet e hershme, të tilla si një i zhvilluar nga matematikani dhe inxhinieri Claude Shannon, e portretizojnë komunikimin si një proces linear me një drejtim në të cilin dërguesi transmeton një mesazh te marrësi. Shannon e përshkroi procesin me shtatë elementë bazë: dërguesi, kodimi, mesazhi, marrësi, dekodimi, kanali dhe zhurma (Shannon dhe Ëeaver, 1949). Procesi i tij linear, dërguesi kodon një mesazh dhe ia dërgon marrësit që e interpreton ose deshifron atë. Kanali përfaqëson rrugën e transmetimit, të tilla si telefoni, e-mail ose komunikimi ballë për ballë. Zhurma i referohet çdo ndërhyrjeje ose shtrembërimi, të tillë si një zhurmë në sfond, një pritje të çrregullt ose një folës që murmurit. Në vitin 1970, një model komunikimi transaksional u zhvillua nga studiuesit, përfshirë Dean Barnlund (1970), i cili propozoi që komunikimi është një proces reciprok i reagimeve dhe mesazheve midis individëve në një përpjekje për të krijuar kuptim të përbashkët. Modeli i Barnlund i ilustruar në të përshkruan një proces më të ndërlikuar të komunikimit.

Faktorët që ndikojnë në dërgimin e mesazheve përfshijnë reagimet, zhurmën dhe kontekstin, të tilla si gjendja shpirtërore e komunikuesve, mjedisi shoqëror dhe përvojat e ndara dhe të ndara. Pamela McHugh Schuster dhe Linda Nykolyn (2010) prezantojnë një model më të komplikuar transformues të komunikimit që fokusohet në rezultatet e dëshiruara të procesit dhe lidhjet me sigurinë e pacientit. Modeli i tyre përdor qarqe koncentrike për të portretizuar se procesi më themelor i komunikimit zhvillohet përmes shtresave të kontekstit, faktorëve të rrezikut dhe strategjive të komunikimit të sigurt për pacientët për të ndikuar në rezultatin e dëshiruar të transformimit, ku ndodh ndryshimi aktual. Modeli transformues përshkruan se sa i ndërlikuar është komunikimi dhe ndihmon për të shpjeguar pse keq komunikimi ose dështimet e komunikimit janë kaq të përhapura në fushat e praktikave të infermierëve që përfshijnë sigurinë e pacientit, abuzimin në vendin e punës dhe përvojën e pacientit.

Tre modelet e komunikimit janë:

1. Modeli i Transmisionit

Modeli i Transmetimit të komunikimit e përshkruan komunikimin si një proces linear, të njëanshëm në të cilin një dërgues transmeton qëllimisht një mesazh te një marrës. Ky model fokusohet në dërguesin dhe mesazhin brenda një takimi komunikimi. Megjithëse marrësi është përfshirë në model, ky rol shihet më shumë si një objektiv ose pikë përfundimtare sesa si pjesë e një procesi të vazhdueshëm. Në këtë rast, dikush supozon se marrësi ose merr me sukses dhe e kupton mesazhin ose nuk e merr. Si i tillë, ky model nuk është përfaqësues i komunikimit efektiv për mënyrën se si pranohen mesazhet. Meqenëse ky model është i fokusuar tek dërguesi dhe mesazhi, përgjegjësia i ngarkohet dërguesit për të ndihmuar që mesazhi të përcillet me sukses. Ky model thekson qartësinë dhe efektivitetin, por gjithashtu pranon se ka pengesa për dërgimin efektiv të komunikimit. Zhurma është gjithçka që ndërhyn në dërgimin e një mesazhi midis

pjesëmarrësve në një takim komunikimi. Edhe nëse një folës dërgon një mesazh të qartë, zhurma mund të ndërhyjë në marrjen dhe dekodimin e saktë të një mesazhi.

2. Modeli i ndërveprimit

Modeli i ndërveprimit të komunikimit përshkruan komunikimin si një proces në të cilin pjesëmarrësit alternojnë pozicionet si dërgues dhe marrës dhe krijojnë kuptim duke dërguar mesazhe dhe duke marrë reagime brenda konteksteve fizike dhe psikologjike. Në vend që të ilustrojë komunikimin si një proces linear, i njëanshëm, ky model përfshin reagime, gjë që e bën komunikimin një proces më interaktiv, të dyanshëm. Reagimi përfshin mesazhet e dërguara në përgjigje të mesazheve të tjera.

Për shembull, një pacient mund t'ju bëjë një pyetje në përgjigje të informacionit shëndetësor që i jepni. Përfshirja e një lak reagimi lejon një kuptim më kompleks të roleve të pjesëmarrësve në një takim komunikimi. Në vend që të ketë një dërgues, një mesazh dhe një marrës, ky model ka dy marrës-dërgues që shkëmbejnë mesazhe. Secili pjesëmarrës alternon rolet si dërgues dhe marrës në mënyrë që të vazhdojë një takim komunikimi. Ju alternoni rolet e dërguesit dhe marrësit shumë shpejt dhe shpesh pa menduar vetëdijshëm. Modeli i ndërveprimit të komunikimit është më i fokusuar në ndërveprim. Në këtë model, komunikimi nuk gjykohet si efektiv ose joefektiv bazuar në faktin nëse një mesazh i vetëm është transmetuar dhe marrë me sukses. Në fakt, ky model pranon se për shkak se kaq shumë mesazhe mund të dërgohen në të njëjtën kohë, shumë prej tyre mund edhe të mos merren. Disa mesazhe gjithashtu dërgohen pa dashje. Kështu, modeli pranon se komunikimi është i nuancuar dhe kompleks.

3. Modeli i Transaksionit

Modeli i Transaksionit të komunikimit duke përfshirë konceptimin e komunikimit, rolin e dërguesit dhe marrësit dhe rolin e kontekstit. Modeli i Transaksionit të komunikimit e përshkruan komunikimin si një proces në të cilin komunikuesit krijojnë realitete sociale brenda konteksteve shoqërore, relacionale dhe kulturore. Në këtë model, infermierët nuk komunikojnë vetëm për të shkëmbyer mesazhe; ata komunikojnë me:

- Krijoni marrëdhënie.
- Formoni aleanca ndërkulturore.
- Formësoni vetë-konceptin.
- Angazhohuni me të tjerët në dialog për të krijuar komunitete.

Modeli transaksional i zhvilluar ne vitin 1970 e përshkroi procesin e komunikimit si një rrjedhë reciproke, e njëkohshme e mesazheve dhe reagimeve midis individëve. Modeli ilustroi se ndërsa njerëzit flasin, ata janë të zënë me interpretimin e përgjigjeve joverbale dhe verbale të partnerit të tyre. Dërguesit dhe marrësit u ripërcaktuan si komunikues për të pasqyruar rrjedhën e njëkohshme të mesazheve dhe reagimeve gjatë bisedave. Në modelin transaksional, komunikimi u përshkrua si një proces negocimi dhe krijimi të kuptimit të përbashkët. Kodimi dhe deshifrimi ishin veprime të ndërvarura reciprokisht nga komunikuesit, secila duke kontribuar në kuptimin e përbashkët që ata po ndërtonin së bashku. U prezantua elementi i kontekstit, i cili zgjeroi elementin origjinal të fushave të përvojës në modelin ndërveprues. Përmes vetëdijes për

kontekstin, komunikuesit pranuan faktorë, të tillë si mjedisi fizik dhe shoqëror, koha e komunikimit dhe emocionet dhe gjendja shpirtërore e komunikuesve, që mund të ndikojnë në situatën e komunikimit. Modeli transaksional pranoi se krijimi dhe interpretimi i mesazheve evoluon nga e kaluara, ndikohet nga e tashmja dhe ndikohet nga vizionet e së ardhmes[168].

Llojet e Komunikimit

Aftësitë e mira komunikuese janë thelbësore për ofrimin efektiv të kujdesit shëndetësor me cilësi të mirë. Ekzistojnë katër lloje kryesore të komunikimit: verbal, jo verbal, i shkruar dhe vizual.

Komunikimi verbal → Ky lloj komunikimi përfshin tinguj, fjalë, gjuhë dhe të folur dhe mund të marrë formën e:

- komunikim ndërpersonal ku mund të përpunojmë mendimet dhe veprimet tona
- komunikim ndërpersonal mes dy individëve,
- komunikim në grup të vogël ku ka më shumë se dy persona të përfshirë, dhe
- komunikimi publik përmes të cilit informacioni përcillet tek grupet shumë më të mëdha të njerëzve.

Komunikimi verbal është një mënyrë efektive e komunikimit pasi ne jemi në gjendje të shprehim emocionet tona duke përdorur gjuhën e folur.

Komunikim joverbal → Ky lloj komunikimi i referohet gjithashtu si "gjuha e trupit" dhe përfshin komunikim fizik, duke përdorur qëndrimin e trupit, shenja dhe gjeste, prekje dhe shprehje, madje edhe zhurmë, të tilla si rënkime dhe pëshpëritje. Komunikimi joverbal shpesh ka më shumë rëndësi sesa fjala e folur.

- Krahët e palosur dhe këmbët e kryqëzuara mund të jenë shprehje jo-verbale të ndjenjave, siç është mbrojtja.
- Përplasja dhe prekja janë forma të komunikimit intim dhe shpesh përdoren për të treguar kujdes dhe dhembshuri nga kujdestari shëndetësor.
- Shprehjet e fytyrës përdoren për të treguar lumturinë, zemërimin dhe gamën e plotë të emocioneve.
- Duart janë gjithashtu mjete të rëndësishme komunikimi, të përdorura shpesh për të shprehur pikat e theksit, ndërsa
- përdorimi i këmbëve, si goditja e gishtërinjve, mund të shprehë ankth. Të mësuarit se si të interpretohen mesazhet e komunikimit jo-verbal, të tilla si
- tundja e kokës,
- grimasat dhe vrenjtjet, çon në një kuptim më të mirë të gjendjes së pacientit dhe është një aftësi që profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të fitojnë.

Komunikimi me shkrim → Ky lloj komunikimi përfshin shkrimin dhe varet nga stili, fjalori, qartësia dhe saktësia e gjuhës. Shpesh përdoret në mjedisin e kujdesit shëndetësor si një mjet për të dhënë informacion për pacientët tanë. Për shembull, kur një pacienti i jepet një diagnozë nga

[168] JENNIFER LAPUM, OONA ST-AMANT, MICHELLE HUGHES, AND JOY GARMAISE-YEE. Introduction to Communication in Nursing.– 1st Canadian Edition, 2020

një profesionist i kujdesit shëndetësor, ai mund të mos ketë dëgjuar gjithçka që u tha, ndoshta për shkak të tronditjes. Ndjekja e këtij informacioni në formë të shkruar, që pacienti të lexojë më vonë, është një mënyrë e mirë për të përcjellë informacionin. Informacioni i shkruar përdoret gjithashtu si një mjet për të reflektuar mbi kujdesin shëndetësor që ne ofrojmë si infermierë; ne mund të dokumentojmë informacion në lidhje me kujdesin që u kemi dhënë pacientëve tanë në planet e ndryshme të kujdesit dhe dokumentet e vlerësimit.

Komunikimi vizual → Kjo formë e komunikimit përfshin shfaqjen vizuale të informacionit dhe përfshin fotografi, postera dhe të gjitha format elektronike të komunikimit vizual.

DËGJIMI

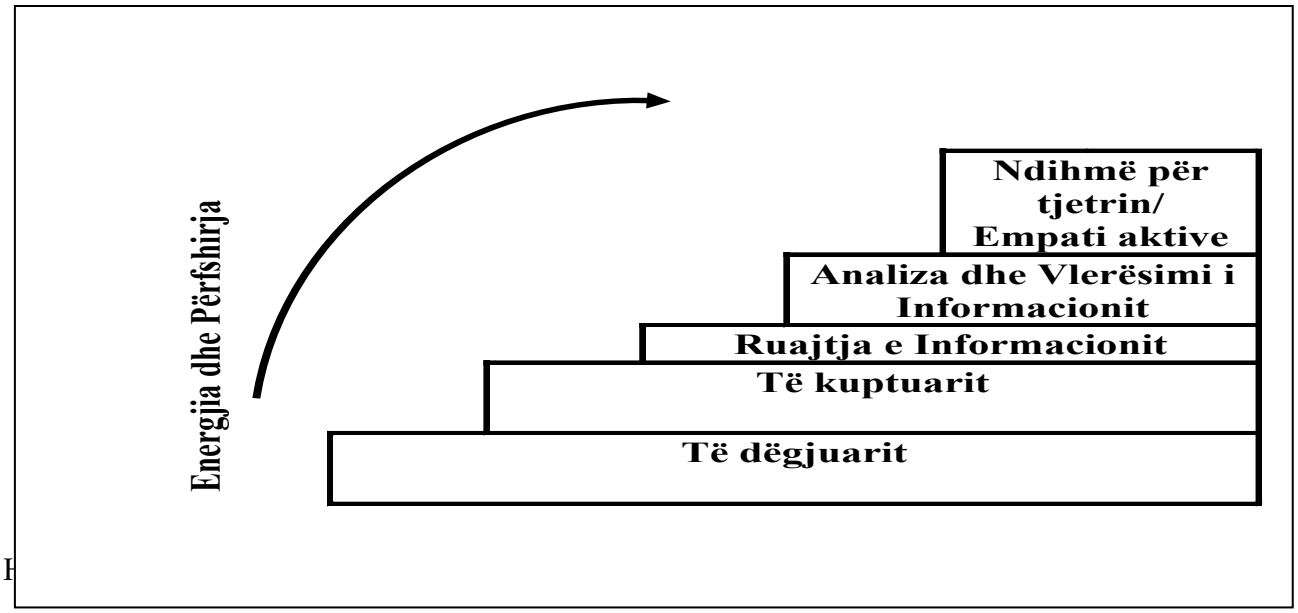
Dëgjimi me respekt dhe efektiv është pjesa komunikimit pozitiv. Respekti i referohet mendësisë së dëgjuesit ndaj folësit, dhe efektive i referohet mesazhit që merret dhe kuptohet ashtu siç synohet.

Komunikimi po ndodh në një mënyrë ose në një tjetër në çdo kohë. Sa më efektiv të jetë dëgjimi, aq më shumë ka gjasa që mesazhi që dërgohet do të kuptohet dhe aq më efektiv do të jetë komunikimi i përgjithshëm.

Në infermieri, ka tre fusha kritike në të cilat dëgjimi është një përgjegjësi kryesore.

E para është në bërjen e vlerësimeve klinike. Infermierët përdorin aftësitë e dëgjimit kur marrin historitë e pacientëve dhe ankesat subjektive të pacientëve. Vëmendje e madhe duhet t'i kushtohet mesazheve verbale dhe joverbale të pacientit dhe duhet të kërkohet sqarim kur është e nevojshme për të siguruar që të merret informacioni më i saktë i mundshëm. Roli klinik i infermierit është të bëjë pyetje për të zhvilluar një plan të përshtatshëm të kujdesit. Dëgjimi efektiv në mes të një mjedisi të zhurmshëm, veçanërisht kur keni të bëni me një mjek ose koleg që është me nxitim ose shfaq sjellje përçarëse, është një aftësi jetike.

Së dyti, dëgjimi efektiv është kritik kur përpiqeni të kuptoni pacientët dhe të tjerët.



FAZAT E DEGJIMIT



Dëgjimi mund të ndahet në faza: dëgjimi i pjesëmarrjes, të kuptuarit, të kujtuarit dhe përgjigja. Secili nga këta përbërës i nënshtrohet ndikimeve të shumta që ndikojnë në mënyrën se si pranohet mesazhi.

Dëgjimi, procesi aktual fiziologjik i të dëgjuarit, kërkon aftësinë për të dëgjuar fjalë ose për të lexuar gjuhën e shenjave për të marrë një mesazh. Leximi i një letre, emaili ose teksti nga dikush është gjithashtu një formë e marrjes së informacionit nga dikush tjetër dhe përfshihet në përbërësin e dëgjimit. Leximi i këtij libri është madje një formë dëgjimi sepse ky autor po përcjell një mesazh të shkruar për studentët. Dëgjimi ndikohet nga faktorë të tillë si aftësia e dikujt për të dëgjuar, lexuar, parë ose kuptuar gjuhën verbale, të shkruar ose të shenjave, përfshirë gjuhët e huaja, si dhe një sërë faktorësh të tjerë, përfshirë mjedisin, distancën dhe vëllimin.

Pjesëmarrja i referohet fokusit të dëgjuesit në shprehjet verbale dhe joverbale të personit që flet. Shpërqendrimet, mosinteresimi dhe lidhja e fortë emocionale me mesazhin ose folësin janë shembuj të variablave që mund të ndikojnë në aftësinë e dëgjuesit për t'i kushtuar vëmendje.

Të kuptuarit arrihet më së miri duke perifrazuar, sqaruar dhe shmangur supozimet. Përjashtim është kur baza e mirëkuptimit tashmë është krijuar përmes dëgjimit të vëmendshëm. Rëndësia e sqarimit dhe vërtetimit të mesazhit të një tjetri në mënyrë që të sigurohet mirëkuptimi nënvizohet nga shumë variabla që ndikojnë në të

Kujtimi është një hap i rëndësishëm në nderimin e folësit dhe përdorimin e informacionit. Shkrimi i gjërave, shënimi i faqeve dhe futja e të dhënave në një kompjuter janë mënyra të njohura për të kujtuar informacionin. Duke pasur parasysh fluksin pothuajse të vazhdueshëm të informacionit të ri dhe jetësor, infermierët duhet ta kenë zakon të regjistrojnë të dhëna të rëndësishme subjektive dhe objektive menjëherë pas marrjes së tyre.

Përgjigja është thelbësore për ta bërë të ditur folësin se ai ose ajo është dëgjuar dhe kuptuar.

Kundërshtimi, sqarimi dhe vërtetimi janë të gjitha përgjigjet. Pa këtë hap, pacientët mund të ndihen të injoruar, edhe kur dëgjuesi i ka kushtuar vëmendje.[169]

Direktiva për inkurajimin e bashkëbisedimit

- Krijoni atmosferën e duhur
- A dëshiron pacienti/ familja të flasë?
- Dëgjoni me vëmendje
- Përdorimi i pyetjeve të hapura për të filluar komunikimin

[169] Beth Boynton. SUCCESSFUL NURSE COMMUNICATION Safe Care, Healthy Workplaces, & Rewarding Careers. 2016. 27-40

- Si po shkojnë gjërat për ju?
- Si po e përballoni sëmundjen?
- Çfarë shqetësimesh keni për sëmundjen apo trajtimin?
- Cilat janë shpresat tuaja për sa i përket sëmundjes dhe trajtimit tuaj?
- Cilët janë njerëzit që ju ofrojnë mbështetje?
- Cilat marrëdhënie janë më të rëndësishme për ju?
- Çfarë i jep kuptim jetës tuaj?
- Çfarë ju jep kënaqësi në jetën tuaj?
- Çfarë ju jep forcë për të jetuar ose përballuar çdo ditë?
- A ka ndonjë punë të rëndësishme apo të papërfunduar për të cilin duhet të merrni pjesë?

Bëhuni një dëgjues i respektuar

Njohja e stileve dhe fazave të dëgjimit siguron bazën për të ndërmarrë hapa aktivë në përmirësimin e aftësive të dëgjimit.

Zhvilloni Kuriozitetin e Vërtetë → Kurioziteti i vërtetë është një bazë e rëndësishme për të dëgjuar me respekt. Pyetjet, të cilat shpesh konsiderohen si shenja dalluese e kuriozitetit, janë të dobishme në vlerësimin e pacientëve, portretizimin e vëmendjes dhe sqarimin e mesazheve. Infermierët mësohen të përdorin gjuhë ftuese të tilla si, "Më trego më shumë" ose të bëjnë pyetje të hapura kur pyesin për historinë e një pacienti, në të njëjtën kohë duke qenë të kujdesshëm për të mos gjykuar me vetëdije ose nënvetëdije. Këto teknika të rëndësishme për marrjen e raporteve dhe vlerësimeve të sakta janë krejtësisht të ndryshme nga kurioziteti i vërtetë. Kurioziteti i vërtetë lind nga një dëshirë më e thellë për të kuptuar dhe mësuar më shumë rreth interesave, shqetësimeve ose përvojave të dikujt tjetër. Demonstrimi i kuriozitetit mund të ndihmojë një infermiere në përcaktimin e arsyes së vërtetë pas sjelljes së një pacienti. Një pacient që bën thirrje për ilaçe kundër dhimbjeve para se të vijë mund të ketë nevojë për një rregullim të dozës ose mund të ketë shqetësime që lidhen me një histori të dhimbjeve të menaxhuara dobët. Infermierja që është kurioze pse pacienti po thërret kaq shpejt ka më shumë gjasa të kuptojë arsyen themelore. Kurioziteti i vërtetë gjithashtu mund të ndihmojë infermierët të krijojnë marrëdhënie të dhembshura me pacientët në të cilët ata shihen si qenie njerëzore dhe jo vetëm si pacientë me simptoma për tu analizuar. Mundësi për të angazhuar të tjerët, dhe është përgjegjësi e çdo lojtari të ekipit.

20.2.Elementet thelbësore në komunikim

Empatia: aftësia për ta vënë veten në vendin e tjetrit, për ta parë botën ashtu siç e sheh tjetri, në kuptimet e tij më intime dhe personale; ndihen së bashku me tjetrin, duke vazhduar të ruajnë identitetin e tyre. Ne me siguri mund të pohojmë se "ndjenja brenda" rezulton të jetë një element i domosdoshëm dhe thelbësor në fushën e shëndetit për të arritur një komunikim të kënaqshëm. Qëndrimi empatik duhet të jetë i pranishëm tek operatori; kjo ndihmon lidhjen. Hyrja në botën perceptuese të tjetrit përfshin komunikimin e ndjenjave tona. Do të thotë gjithashtu të kontrollojmë me tjetrin saktësinë e ndjenjave tona dhe të udhëhiqemi nga përgjigjet që marrim. Të qenit me një person tjetër në këtë mënyrë do të thotë të lini mënjanë vlerat dhe gjykimet tona për të hyrë në botën e tjetrit pa mbulesa.

Infermierët duhet të përpiqen t'i shohin gjërat nga perspektiva e pacientëve. Sidoqoftë, ata gjithashtu duhet të mbrojnë veten nga identifikimi i tepërt me situatën e pacientit të tyre, në mënyrë që ata të mbeten në një pozicion për t'i ndihmuar dhe mbështetur ata në vend që të mbingarkohen nga problemet e tyre. Sidoqoftë, përpjekja për të komunikuar empatinë nuk është pa rreziqet e saj. Rezultati më i keq është që një pacient të ndihet i mbrojtur. Shpesh është më mirë të komunikosh ndjeshmërinë jo verbale dhe verbale duke i reflektuar përsëri individit emocionin që mund të shihni tek ata. Është thelbësore që infermierja të kuptojë ndryshimin midis empatisë, simpatisë dhe keqardhjes. Është e lehtë të futesh në shqetësimin e një pacienti, veçanërisht nëse infermierja ka përjetuar, ose po përjeton, një situatë të ngjashme. Këto tre emocione, keqardhja, simpatia dhe ndjeshmëria, mund të përmblidhen si më poshtë (Ëilmer 1968). Mëshira përshkruan një marrëdhënie që ndan mjekun dhe pacientin. Mëshira është shpesh përçmuese dhe mund të sjellë ndjenja përbuzjeje dhe refuzimi. Simpatia është kur mjeku përjeton ndjenja sikur të ishte ai ose ajo i sëmuri. Simpatia është kështu vuajtje e përbashkët. Empatia është marrëdhënia e ndjenjës në të cilën klinicisti e kupton gjendjen e pacientit sikur mjeku të ishte pacienti. Mjeku identifikohet me pacientin dhe në të njëjtën kohë mban një distancë. Komunikimi empatik rrit efektivitetin terapeutik të marrëdhënies klinikë -pacient. Empatia ndihmon në përcaktimin e mënyrës më të kujdesshme dhe të dhembshur për t'u sjellë ndaj pacientit. Ne mund të parashikojmë situata që mund të shkaktojnë shqetësim, siklet dhe ankth dhe të marrim masa për të shmangur ose të paktën përmirësuar efektet. Aftësia për të empatizuar është një nga atributet që pacientët vlerësojnë tek infermierët dhe vetëm duke dëgjuar në mënyrë aktive pacientët dhe duke qenë të vetëdijshëm për sinjalet e tyre verbale dhe jo-verbale, ne mund të kuptojmë nevojat e tyre.

Besimi: një element tjetër themelor në fushën e shëndetit mjekësor. Nëse ekziston besimi, marrëdhëniet do të jenë sa më të hapura, pa paragjykime, konfliktet do të minimizohen dhe zgjidhen lehtësisht.

Hapja: ndarja e informacionit për veten me të tjerët duket se provokon një gjendje të mirëqenies tek bashkëbiseduesi, në këtë rast, marrëdhënia do të shoqërohet me përgjigje pozitive sesa të krijojë konflikte.

Konfirmimi dhe njohja: ato kanë një rëndësi të konsiderueshme sepse i njohin tjetrit statusin e një qenieje njerëzore të denjë për kujdes dhe vëmendje.

Problemi i komunikimit është kompleks dhe karakterizohet nga aspekte të shumta: transaksionet, empatia, besimi, hapja., Konfirmimi, njohja. Këto ndërthuren duke krijuar marrëdhënie të rëndësishme njerëzore / profesionale aq të thella sa janë problematike. Në kontekste që lidhen me shëndetin, problemi shpesh nuk merret parasysh, as nga operatorët, aq më pak nga shifrat e menaxhimit. Kushtet e punës dhe klima në të cilën mjekët dhe infermierët shpesh detyrohen të punojnë ndikojnë negativisht në mekanizmat raportues, krijojnë konflikte dhe demotivime profesionale si pasojë tek operatorët, si dhe përkeqësojnë shërbimin e ofruar ndaj qytetarëve[170].

[170] Sarah Kraszewski Abayomi McEwen. Communication Skills for Adult Nurses. 2010. 1- 23

20.2.1 KOMUNIKIMI KUR EKZISTOJNË BARRIERAT

Një nga sfidat më të mëdha në praktikën e infermierisë është të jemi në gjendje të komunikojmë në mënyrë efektive me ata në kujdesin tonë dhe familjet e tyre kur ekzistojnë barriera për komunikim. Kur kujdesemi për pacientët dhe klientët që kanë vështirësi në komunikim, është e rëndësishme që të marrim parasysh se si mund të demonstrojmë kushtet themelore të ndihmës dhe ndërtimit të marrëdhënieve efektive terapeutike me ata në kujdesin tonë.



20.2.2. Faktorët që ndikojnë në komunikim

Ëhaley & Ëong (1991) identifikojnë një numër faktorësh që ndikojnë në komunikim:

- Perceptimet (si e shohim veten, të tjerët dhe situatat në të cilat jemi)
- Vlerat (të cilat mbështesin vendimet tona etike, mendimet rreth tyre dhe sjelljen)
- Zhvillimi (mosha dhe faza jonë e jetës ndikojnë në mënyrën se si i perceptojmë dhe përjetojmë situatat)
- Hapësira personale (afërsia dhe mënyra se si e përdorim hapësirën përreth nesh kanë ndikim në mënyrën se si perceptohemi dhe si ndihemi)



- Emocionet (mund të jenë shumë të fuqishme dhe të kenë pasoja të rëndësishme për komunikim efektiv)
- Sfondi sociokulturor
- Rolet dhe marrëdhëniet (statusi dhe marrëdhëniet shoqërore, formale dhe joformale, ndikojnë në komunikim)
- Mjedisi (kjo trajtohet në të gjithë tekstin si domethënëse në të gjitha ndërveprimet mes njerëzve).

20.2.3 Barrierat e komunikimit

- Mungesa e eksperiencës
- Shmangia e emocioneve
- Pandjeshmëria
- Ndjenja e fajit
- Frikë nga e panjohura
- Mospajtimi me vendimet
- Të mos kuptuarit e kulturës apo qëllimeve

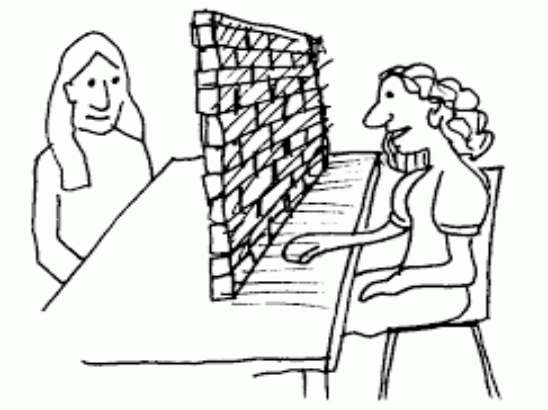
- Çështje që lidhen me brengat personale
- Çështje etike

20.2.4 Barrierat që ngre pacienti

- Barriera psikologjike ankth, frikë, mërzi, trishtim dhe humbje shprese.
- Ndjen se diskutimi do të shkaktojë stres tek ai/ajo dhe familjarët.
- Pacienti nuk ndihet rehat dhe ka pak ose aspak interes të përjetojë ndjenjat e shkaktuara gjatë marrjes së informacionit.
- Barrierat shkaktohen nga gjuha e folur, gjuha teknike, dhe nga "analfabetizmi mjekësor".
- Kufizimet fizike të pacientit si çrregullimet e shikimit, dëgjimit, të folurit, të kuptuarit, dhimbja, rraskapitja.

20.2.5 Barrierat që ngre familja e pacientit

- Familja përballet me dilema dhe nuk preferon të ndajë informacionin.
- Familjarët shpesh nuk dinë çfarë të diskutojnë pasi nuk njohin sëmundjet.
- Nuk flasin për sëmundjet që të mos "ndjellin" vdekjen.
- Kanë shpresa se kurat për sëmundjet do të zbulohen nga dita në ditë.
- Kanë vështirësi në pranimin e prognozës, në të kuptuarit e limiteve dhe komplikacioneve të trajtimeve, kanë mosmarrëveshje me njëri-tjetrin dhe nuk kanë kapacitete vendimmarrëse.



20.2.6 Barrierat që ngre personeli shëndetësor

- Personaliteti
- Normat kulturore
- Pikëllim nga vdekjet e pacientëve
- Nuk i pëlqen të duket i "dobët" para pacientit
- Vështirësi në caktimin e prognozës
- Distresi emocional
- Frikë nga diskutimet për humbjen dhe vdekjen

20.2.7 Barrierat e mjedisit dhe ato rrethanore

- Zhurmat
- Elementët shpërqendrues
- Mungesa e privatësisë
- Ndriçimi

- Mënyra e uljes
- Koha e pamjaftueshme dhe e papërshtatshme

20.3 Mitet e komunikimit

Mit: Komunikimi është i paramenduar.

Realiteti: Ne komunikojmë kur nuk jemi të ndërgjegjshëm që jemi duke komunikuar.

Mit: Fjalët kanë të njëjtin kuptim për dëgjuesin/marrësin,

Realiteti: Fjalët vetë nuk përcjellin kuptim; interpretimi i fjalëve ndikon në mënyrën se si të tjerët e marrin komunikimin.

Mit: Komunikimi verbal është parësor.

Realiteti: Shumica e mesazheve që ne dërgojmë janë simbole jo-verbale.

Mit: Komunikimi është i njëanshëm.

Realiteti: Komunikimi është një aktivitet i dyanshëm.

Mit: Nuk mund të përcjellë shumë informacion.

Realiteti: Njerëzit mund të ndihen të mbingarkuar nëse marrin më shumë informacion.

Parimet

Në mënyrë që të komunikojmë në mënyrë efektive aty ku ekzistojnë barriera, ne duhet të marrim parasysh një numër parimesh.

Marrëdhënia terapeutike → Sigurimi i kushteve kryesore të ngrohtësisë dhe respektit, mirëkuptimit empatik dhe hapjes dhe sinqeritetit janë po aq të rëndësishme këtu sa në çdo marrëdhënie tjetër terapeutike. Kur njerëzit kanë vështirësi në komunikim, ofrimi i këtyre kushteve do t'i ndihmojë ata të ndihen të sigurt dhe të kujdesshëm, edhe pse mund të kenë probleme në shprehjen e nevojave të tyre. Mënyrat në të cilat ne demonstrojmë këto kushte kryesore ka të ngjarë të jenë krejtësisht të ndryshme nga mënyra se si do ta bënim këtë kur komunikojmë atje ku nuk ka barriera.



Çështjet gjuhësore → Përdorimi i dialektit ose shprehjeve të veçanta ndryshon në pjesë të ndryshme të vendit, por edhe midis grupmoshave, prejardhjeve shoqërore dhe personave me aftësi të kufizuara. Është e rëndësishme ta kemi parasysh këtë kur flasim me njerëz ku ka vështirësi komunikimi, pasi ata mund të përdorin gjuhë që është e panjohur për ne ose që nënkupton diçka të ndryshme nga ajo që pritet nga ne. Mosnjohja e kësaj mundësie mund të shtojë rreziqet e keqkuptimit dhe konfuzionit. Theksat rajonalë dhe të huaj mund të pengojnë komunikimin verbal dhe mirëkuptimin reciprok. Puna me njerëzit kur ekzistojnë pengesa në komunikim shpesh kërkon më shumë kohë sesa kur nuk ka vështirësi. Prandaj është e rëndësishme që të vendosni

kohë të mjaftueshme për të dëgjuar nevojat e klientëve dhe pacientëve tuaj dhe të shpjegoni kujdesin që ata po marrin. Kjo aftësi është një mënyrë e rëndësishme për të treguar respekt dhe ndjeshmëri. Kini kujdes që të shmangni përdorimin e termave të papërshtatshëm të dashurisë ose gjuhës kontrolluese, p.sh. 'I dashur', 'i dashur', 'djalë i mirë'. Kjo demonstron mosrespektim dhe është e pahijshme. Është gjithmonë e rëndësishme të kontrolloni të kuptuarit tuaj për nevojat e pacientëve, si dhe të sqaroni kuptimin e tyre për atë që keni komunikuar, me ta. Të jesh i sinqertë për të mos kuptuar dhe kështu të kërkosh nga klientët të përsërisin atë që kanë thënë është një aftësi thelbësore. Ajo tregon respekt dhe shqetësim për klientin dhe mund t'i sigurojë ata se po bëni një përpjekje të vërtetë për ta kuptuar[171].

[171] Philippa Sully. Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery. 2nd edition. 2010. 127- 160

21

Lidershipi – teori, tipologji, procese dhe aftësi.

Rezultatet e të nxënit

Pas përfundimit të këtij kapitulli student do të jetë i aftë të:

- Përcaktojë konceptin e lidershipit
- Kuptojë përqasjet e një lidershipi nëpërmjet shembujve realë dhe historive
- Përshkruajë ndryshimin midis lidershipit dhe menaxhimit
- Kuptojë stilin e lidershipit transformues
- Përcaktojë mangësitë e lidershipit në fushën e secilit

21.1 Përkufizimi:

Lidershipi është arti për të influencuar te njerëzit, aftësia për të fituar ndjekës. J. Maxëell

- Të dish se si të bësh punën, është arritja e **një punëtori**
- Të jesh i aftë t'u tregosh të tjerëve, është arritja e **një mësuesi**
- Të sigurohesh që puna është bërë nga të tjerët, është arritja e **një menaxheri**
- Të frymëzosh të tjerët të bëjnë punë më të mirë, është arritja e **një lideri**

21.1.1 Karakteristikat e një lideri

- Ndershmëria, Vizioni, Kompetenca, Komunikimi, Motivimi, Njohuritë
- Inteligjenca emocionale, Gjykimi i shëndoshë, Pavarësia ,Bashkëpunimi, Vendosmëria, Merr në sy rrezikun, Përkujdesja, Ekuilibri
- Sensi i humorit, Vetëdija, Oratoria, Karizma, Përshtatshmëria, Kreativiteti, Konfidenca
- Integriteti personal, Balanca emocionale dhe kontrolli Vigjilenca
- Aftësia për të pasur bashkëpunëtorë Aftësitë interpersonale
- Takti Diplomacia Prestigji Pjesëmarrja sociale Anti konformizmi



(Kouzes & Posner, 2013)

- **Menaxhim** do të thotë të bësh gjërat e duhura,

- **Lidership** do të thotë t'i bësh gjërat në mënyrën e duhur

Peter Drucker

Lider vs. menaxher

Tabela 1

Menaxheri	Lideri
• **Jep rezultate të pranueshme në kushte të caktuara**	• **Ndryshon në drejtim të progresit**
• **Menaxhon detyrat**	• **Udhëheq njerëzit**
• **Mirëmban sistemin**	• **Ndryshon sistemin**
• **Planifikon**	• **Ndan vizionin**
• **Organizon, koordinon**	• **Përmirëson**
• **Kontrollon dhe vëzhgon**	• **Inkurajon zhvillimin individual**
• **Thotë: "Unë"** • **"Ju duket të bëni këtë"**	• **Thotë: "Ne"** • **"Le ta bëjmë këtë"**

Sistemet e kujdesit shëndetësor në të gjithë botën po përballen me një numër sfidash komplekse dhe të shumanshme në ofrimin e kujdesit me cilësi të lartë, të sigurt dhe me kosto efektive në të ardhmen. Sistemet gjithnjë në zhvillim, rritja e ashpërsisë së sëmundjes së pacientëve, inovacioni teknologjik dhe rritja e kostove të kujdesit shëndetësor janë disa nga problemet që duhen adresuar. Prandaj, është një përparësi për të ruajtur dhe përmirësuar cilësinë e kujdesit të ofruar, i

cili nga ana tjetër mund të çojë në një ndryshim në ofrimin e kujdesit shëndetësor, një ndryshim në modelet e kujdesit shëndetësor dhe rolin që luajnë të gjithë anëtarët e kujdesit shëndetësor.

Të qenit udhëheqës në profesionet e kujdesit shëndetësor është thelbësor në vazhdimësinë e epokës së kujdesit. Udhëheqësit sfidohen çdo ditë me probleme që duhet të zgjidhen duke përdorur të menduarit kritik. Drejtuesit marrin vendime kryesore që mund të kenë pasoja, të cilat mund të ndikojnë në jetën e pacientëve. Në mënyrë të veçantë, udhëheqja në kujdesin shëndetësor është një aftësi themelore që lejon ofruesit e kujdesit shëndetësor të lundrojnë në sistemin kompleks dhe gjithnjë në ndryshim të tij në mënyrë efektive në zgjidhjen e problemeve dhe marrjen e vendimeve që lidhen me çështjet nga kostoja në shërbimet cilësore të kujdesit shëndetësor dhe aksesin. Prandaj, është thelbësore që udhëheqësit të jenë të pajisur mirë dhe të trajnuar për të marrë vendimet e duhura në kohën e duhur.

Koncepti i lidershipit është domethënës për profesionin e infermierisë. Është thelbësore që infermierët të zhvillojnë një rol udhëheqës efektiv për të ofruar kujdes me cilësi të lartë dhe, për këtë arsye, të sigurojnë sigurinë e pacientit, ndërsa angazhohen në role të shumta të përditshme drejtuese. Edhe pse, fenomeni i udhëheqjes infermierore është studiuar në gjashtë dekadat e fundit të shekullit XX, ai vazhdon të jetë aktual dhe me rëndësi vendimtare.

Në 1959, Bennis e përcaktoi Lidershipin si procesin me të cilin një individ ndikon në një ndjekës që të sillet në mënyrën e dëshiruar[172]. Kouzes dhe Posner e përcaktuan Lidershipin si, "arti i mobilizimit të të tjerëve për të luftuar për aspiratat e përbashkëta"[173]. Për më tepër, Ledloë dhe Coppols e përcaktuan atë si "aftësia për të vlerësuar, zhvilluar, ruajtur dhe ndryshuar kulturën organizative dhe sistemin strategjik për të përmbushur në mënyrë optimale nevojat dhe pritjet e mjedisit të jashtëm"[174]. Spector thotë se lidershipi është procesi i ndikimit në qëndrimet dhe sjelljet e njerëzve të tjerë dhe ka të bëjë kryesisht me ndikimin e të tjerëve për të arritur një qëllim të përbashkët[175].

21.2.Lidershipi dhe roli i tij në infermieri

Literatura e infermierisë, deri vonë paraqet fenomenin e lidershipit të lidhur me drejtuesit e infermierëve dhe rolet zyrtare drejtuese. Kjo do të thotë që lidershipi përcaktohet në aspektin e një procesi ndërveprues ku ndjekësit motivohen dhe fuqizohen për të arritur qëllime specifike. Lidershipi nuk lidhet thjesht me nivelet e larta të menaxhimit, por aftësitë drejtuese klinike përqendrohen në pacientët dhe ekipet e kujdesit shëndetësor sesa në pozicionin zyrtar të

[172] Bennis W. Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority. Administrative Science Quarterly. 1959; 4: 259–301.
[173] Kouzes J, Posner B. The Leadership Challenge: How to Keep Getting Extraordinary Things Done in Organizations. City, CA: Jossey-Bass; 1995. 30p.
[174] Ledlow G, Coppols N. Leadership for Health Professionals: Theory, Skills, and Application. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014. 13p.
[175] Spector P. Industrial and Organizational Psychology: Research and Practice. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.

lidershipit. Për më tepër, udhëheqja klinike lidhet me aktivitetet profesionale të infermierisë, të cilat ofrojnë kujdes të drejtpërdrejtë kundrejt pacientit, i cili ndryshon nga nocioni tradicional i udhëheqjes infermierore. Kështu, përvetësimi i aftësive udhëheqëse klinike është thelbësor për infermierët që ofrojnë kujdes të drejtpërdrejtë ndaj pacientit. Kjo i lejon infermierët të drejtojnë dhe mbështesin pacientët dhe ekipet e kujdesit shëndetësor kur ofrojnë kujdes. Për më tepër, është thelbësore që infermierët të zhvillojnë një rol udhëheqës efektiv për të ofruar kujdes me cilësi të lartë dhe për të siguruar sigurinë e pacientit ndërsa angazhohen në role të shumta udhëheqëse të përditshme.

Infermierët si pjesë e ekipit ndërdisiplinor të shëndetit duhet të jenë të aftë të udhëheqin në këtë epokë të mprehtësisë së lartë të pacientit, mjedisit me ritme të shpejta dhe shumë komplekse. Instituti i Mjekësisë (IOM) thotë se infermierët duhet të jenë në gjendje të udhëheqin ekipe ndërprofesionale dhe sisteme të kujdesit shëndetësor[176]. Për më tepër, studimet e kryera mbi udhëheqjen e infermierisë kanë treguar efektivitetin e lidershipit në një rol infermieror në rezultatet e pacientëve siç është siguria e pacientit.

Në literaturën e infermierisë, deri vonë, fenomeni i lidershipit ka pasqyruar udhëheqjen e përgjithshme. Kjo do të thotë që lidershipi përcaktohet në aspektin e një procesi ndërveprues ku ndjekësit motivohen dhe fuqizohen për të arritur qëllime specifike. Sidoqoftë, lidershipi nuk lidhet thjesht me nivelet e larta të menaxhimit, por mund të zhvillohet nga infermierët pranë krevatit të pacientit. Kështu, përvetësimi i aftësive udhëheqëse klinike është thelbësor për infermierët që ofrojnë kujdes të drejtpërdrejtë ndaj pacientit. Kjo i lejon infermierët të drejtojnë dhe mbështesin pacientët dhe ekipet e kujdesit shëndetësor kur ofrojnë kujdes[177].

21.2.1.TEORITË E LIDERSHIPIT

Ka shumë ide të ndryshme se si një person bëhet një udhëheqës i mirë. Në infermierinë, për shembull, disa situata kërkojnë mendim të shpejtë dhe veprim të shpejtë.

21.2.1. a Teoritë e tipareve

Një teori e hershme e lidershipit nga shekulli i 19 -të ishte "Teoria e Njeriut të Madh", e fokusuar në tiparet e një udhëheqësi dhe duke vënë në dukje se disa burra kanë lindur udhëheqës (Raelin, 2015). Fokusi i hulumtimit të lidershipit gjatë kësaj kohe përfshiu studimin e udhëheqësve të mëdhenj të identifikuar në mënyrë popullore.

21.2.1. b. Teoritë bashkëkohore të lidershipit

Ka shumë teori bashkëkohore të lidershipit që u rritën nga shqyrtimi i faktorëve të shumtë që kontribuojnë në udhëheqjen e suksesshme. Në fund të shekullit të 20 -të, teoricienët e lidershipit

[176] Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
[177] Patrick A, Laschinger H, Wong C, Finegan J. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: The Clinical Leadership Survey. Journal of Nursing Management. 2011; 19: 449-460.

filluan të vërejnë se që udhëheqësit të jenë efektivë, vlerat dhe besimet e mjedisit duhet të merren parasysh. Ndryshimi nuk mund të ndodhë thjesht duke e imponuar një udhëheqës të talentuar; përkundrazi, marrëdhëniet brenda organizatës duhet të kultivohen për të promovuar një mjedis produktiv dhe të shëndetshëm. Kjo shënoi një zhvendosje të rëndësishme në teoritë e lidershipit nga ato të bazuara në modelet industriale në teoritë që janë më të fokusuara në marrëdhënie. Ky progres është i rëndësishëm për infermierinë sepse përfshin natyrën e shumëanshme të organizimit të kujdesit shëndetësor.Në të kaluarën, teoritë e lidershipit u ndanë në dy lloje: relacionale dhe atribuuese. Aktualisht, teoritë e lidershipit janë bërë shumëfaktoriale.

21.2.1.c. Teoritë e lidershipit relacional

Teoritë e lidershipit relacional përqendrohen kryesisht në marrëdhënien që ndodh midis udhëheqësit dhe anëtarit të ekipit. Ka më pak theks në tiparet e një udhëheqësi, situatën ose kontekstin, ose rezultatin përfundimtar dhe më shumë theks në marrëdhëniet e udhëheqësit me të tjerët. Teoritë relacionale si kuantike, transaksionale, transformuese dhe lidhëse ndajnë objektivin e optimizimit të raportit midis anëtarëve të ekipit dhe ndërtimit të ekipeve.

21.2 Udhëheqja Kuantike

Udhëheqja kuantike tërheq disa nga parimet e saj themelore nga teoria kuantike në fizikë: Tranzicioni ka filluar në lëvizjen nga pikëpamjet që janë të rregullta dhe lineare në ato që janë holistike dhe relacionale. Tradicionalisht, udhëheqësit i kanë shikuar aktivitetet e punës nga perspektiva themelore e identifikimit të detyrave, punëve që duhen përfunduar dhe roleve që duhet kryer. Drejtuesi kuantik shikon sistemin, proceset dhe marrëdhëniet midis punëtorëve dhe detyrave për të përcaktuar efikasitetin dhe performancën e punës. Paparashikueshmëria e një bote të dominuar nga kaosi kërkon modele të lidershipit që përfshijnë fleksibilitet dhe përshtatshmëri. Udhëheqja kuantike përfshin premisën e një mjedisi gjithnjë e më kompleks të ndryshimit dinamik të kujdesit shëndetësor. Infermierët si drejtues sot përballen me një kompleksitet gjithnjë në rritje si në detyrat e punës ashtu edhe në përparimet teknologjike. Udhëheqja kuantike i ofron infermierisë një kornizë brenda së cilës të zhvillojë aftësitë drejtuese për të ndihmuar në avancimin e qëllimeve të organizatave të tyre.

21.3 Udhëheqja Transaksionare

Lidershipi Transaksional është një nga stilet më të zakonshme të lidershipit në institucionet e kujdesit shëndetësor. Drejtuesi i transaksionit përqendrohet në qëllimet e organizimit, me një stil direktiv që krijon pritshmëritë për anëtarët e ekipit dhe motivon me shpërblime. Me këtë lloj lidershipi, si lideri ashtu edhe anëtari i ekipit përfitojnë diçka nga ndërveprimet e tyre, edhe pse nuk është domosdoshmërisht një vizion i përbashkët. Drejtuesi është i fokusuar në kryerjen e punës dhe anëtari i ekipit motivohet nga shpërblimi i fituar. Kjo qasje kufizon inovacionin dhe aftësinë për anëtarët e ekipit që të angazhohen me të vërtetë në rezultatet e punës së tyre. Duke pasur parasysh fokusin e përfundimit të detyrës, shpërblimet konkrete që marrin ndjekësit në përgjithësi janë të kufizuara në një pune të kryer mirë (Burke et al., 2006).

21.4 Lidershipi transformues

Ndërsa kujdesi shëndetësor ka evoluar dhe është rritur në kompleksitet, është bërë e nevojshme që modelet e lidershipit të adresojnë synimet e identifikuara të përmirësimit të cilësisë, veçanërisht në përputhje me qëllimet e rekomanduara të IOM-it: sigurimi i një sigurie efektive për pacientin, në kohë, efikasitet., dhe kujdes të barabartë. Një teori lidershipi që përshtatet mirë me këto qëllime është lidershipi transformues. Udhëheqja transformuese përfshin një përfshirje aktive të udhëheqësit dhe anëtarëve të ekipit. Është një proces në të cilin udhëheqësit dhe anëtarët e ekipit "motivojnë njëri-tjetrin për të arritur dhe arritur nivele suksesi" (O'Neill, 2013, f. 179). Ekziston një investim i unifikuar në arritjen e qëllimeve të organizimit me vlera të përbashkëta. Një udhëheqës transformues udhëzon stafin në krijimin e një mjedisi në të cilin të gjithë anëtarët kontribuojnë në përmbushjen e misionit të organizatës. Drejtuesi siguron një vizion që ka përfshirë kontributin e të gjithë anëtarëve, duke inkurajuar anëtarët që të arrijnë potencialin e tyre më të lartë dhe shpesh të tejkalojnë pritjet. Drejtuesit transformues transformojnë organizatat. Në këtë proces, të gjithë infermierët në të gjitha nivelet e organizatës janë të përfshirë në vendimmarrje. Udhëheqësit transformues janë në gjendje të ndihmojnë ndjekësit të rriten duke iu përgjigjur nevojave, duke fuqizuar individët dhe duke harmonizuar qëllimet dhe objektivat në të gjitha nivelet në një organizatë (ANA, 2013). Udhëheqësit transformues janë të kënaqur të sfidojnë veten, të mësojnë nga dështimet e tyre dhe të demonstrojnë vazhdimisht efektivitet në ndryshimin organizativ dhe inovacionin (O'Neill, 2013). Udhëheqja transformuese shihet si një lloj drejtimi efektiv për infermierët për të udhëhequr ndryshimin e nevojshëm për të përmbushur kërkesat e sistemit aktual të kujdesit shëndetësor.

21.5 Lidershipi Lidhës

Udhëheqja lidhëse përfshin nevojat e aktorëve të ndryshëm brenda mjedisit të kujdesit shëndetësor përmes njohjes dhe përdorimit të pikave të forta të anëtarëve dhe duke i përfshirë ata në procesin e udhëheqjes. Drejtuesit dhe menaxherët e infermierëve duhet të marrin parasysh jo vetëm kë po udhëzojnë, por ku mund t'i drejtojnë.

21.5.1 Teoritë e lidershipit të atribuimit

Teoritë e lidershipit të atribuimit ndajnë perspektivën historike të teorive të tipareve, duke marrë parasysh karakteristikat ose atributet e udhëheqësit si gur themeli brenda marrëdhënieve të lidershipit. Në kontrast me teoritë e tipareve, teoritë e atribuimit gjithashtu marrin parasysh ose kontekstin ose aspektet ndërlidhëse. Një teori e lidershipit të atribuimit e përdorur në infermierinë është udhëheqja autentike. Udhëheqësit e angazhuar në udhëheqje autentike mbajnë fort vlerat, besimet dhe parimet e tyre dhe frymëzojnë ndjekësit e tyre. Vendosmëria dhe guximi i udhëheqësit autentik në kohë të vështira dhe sfiduese krijojnë një mjedis të parashikueshëm, efikas dhe të qëndrueshëm. Për më tepër, integriteti i udhëheqësit dëshmohet nga një angazhim i fortë për të treguar të vërtetën, duke zvogëluar kështu paqartësinë në sistem dhe duke rritur efikasitetin dhe produktivitetin (Shirey, 2006). Kur integriteti i udhëheqësit është në një pikë të

lartë, arrihet një mjedis pune më i shëndetshëm . Mjedisi i kujdesit shëndetësor mund të paraqesë sfida nga aktorë të shumtë konfliktualë me axhenda konkurruese, dhe këto sfida kërkojnë forcë dhe qëndrueshmëri nga udhëheqësit. Për shembull, presionet financiare mund të vendosen mbi drejtuesit dhe menaxherët e infermierëve për të përshtatur kujdesin infermieror me parametra të veçantë që nuk janë në përputhje me sistemin e tyre të vlerave (p.sh., duke u kërkuar që të ndryshojnë raportet infermiere-pacient në nivele të papranueshme). Një udhëheqës autentik do të sfidohet të qëndrojë i qëndrueshëm ndaj besimeve dhe vlerave të tij. Udhëheqësi autentik duhet të përqafojë vetëdijen dhe vetë-rregullimin për të rritur udhëheqjen morale (Ëaite, McKinney, Smith-Glasgoë, & Meloy, 2014, f. 283). Në udhëheqjen morale, parimet thelbësore etike të infermierisë mbahen në konsideratë të lartë. Një udhëheqës autentik, duke mbajtur parasysh këto parime, "zhvilloni zemrën dhe dhembshurinë duke njohur historitë e jetës së atyre me të cilët ata punojnë dhe duke angazhuar bashkëpunëtorët në kuptimin e përbashkët" (Shirey, 2006 f. 261) Me Pesë karakteristikat dalluese të udhëheqësve autentikë janë qëllimi, zemra, vetë-disiplina, marrëdhëniet dhe vlerat (f. 260).

21.5.2. TEORITË E SPIKATURA TË LIDERSHIPIT

Zhvillimet më të reja dhe të fundit në udhëheqjen e infermierisë përfshijnë aspekte të tilla si "gatishmëria strategjike" (Shirey, 2015) dhe "udhëheqja e sistemit" (Senge, Hamilton, & Kania, 2015). Ndërsa industria e kujdesit shëndetësor po pëson vazhdimisht ndryshime dhe po i kërkohet të përshtatet, përgjegjësia e drejtuese e infermierit dhe menaxherit është të sigurojë siguri dhe cilësi. Drejtuesit dhe menaxherët e infermierëve duhet të "përfshijnë aftësinë strategjike për të qenë të guximshëm dhe të ndërgjegjshëm" (Shirey, 2015, f. 305). Në kontrast me fokusin e veçantë në përgjegjësinë e udhëheqësit, ekziston rasti që drejtuesit e sistemit "të zhvillohen në mënyrë që të nxisin udhëheqjen kolektive" (Senge, Hamilton, & Kania, 2015), për të siguruar një perspektivë më të gjerë për të zgjidhur problemet më të mëdha. Zhvillimi aktual i teorive të lidershipit po shkon drejt një pamje më gjithëpërfshirëse, duke përfshirë fleksibilitetin dhe duke shtuar perspektiva më të gjera[178].

21.6 TIPOLOGJITË E LIDERSHIPIT

21.6.1 Lidershipi transformues në infermieri

Një tip i lidershipit që udhëheqësit infermierë mund të shfaqin është lidershipi transformues. Ky stil është shumë i fokusuar në ndërtimin e marrëdhënieve me stafin, motivimin e anëtarëve të stafit dhe aftësimin e tyre për një vizion dhe mision të përbashkët. Në mënyrë tipike, udhëheqësit transformues janë karizmatikë, të sigurt dhe frymëzues. Stafi zakonisht është besnik ndaj udhëheqësve transformues. Udhëheqja transformuese në infermieri mund të jetë shumë e dobishme në disa mënyra. Së pari, punonjësit ndihen të bashkuar rreth qëllimit të përbashkët të njësisë infermierore. Përveç kësaj, nën një udhëheqës transformues në përgjithësi ka më pak konsum të stafit. Drejtuesi transformues i infermiereve gjithashtu mund të menaxhojë

[178] Elizabeth Murray. Nursing Leadership and Management. 2017. Fq 45-55.

ndryshimin në mënyrë efektive. Udhëheqësit transformues dihet se janë pak të rrezikshëm dhe përçarës, dhe punonjësit nën drejtuesit transformues mund të digjen shpejt[179].

21.6.2 Lidershipi Laissez-faire në infermieri

Drejtuesit e Laissez-faire ofrojnë shumë pak drejtim për infermierët në ekipin e tyre dhe në vend të kësaj i fuqizojnë ata të menaxhojnë veten e tyre. Ky lloj lidershipi mund të jetë i favorshëm për një numër arsyesh. Me një stil të lirshëm të menaxhimit, stafi mund të përjetojë rritje personale; Lidhur me këtë, udhëheqja laissez-faire inkurajon inovacionin, pasi punonjësit janë të lirë të eksperimentojnë. Me këtë lloj lidershipi, vendimmarrja e shpejtë është gjithashtu e mundur, pasi vendimet i përkasin tërësisht punonjësve. Udhëheqja Laissez-faire në infermierinë sigurisht që nuk është ideale për të gjithë ose në çdo situatë. Zakonisht, ata që përdorin këtë stil janë udhëheqës në fund të karrierës së tyre, pasi nuk është i fokusuar në zgjidhjen e problemeve. Kur shfaqen çështje, ato zgjidhen në mënyrë reaktive, të cilat në një situatë klinike nuk mund të jenë ideale[180].

21.6.3 Lidershipi shoqërues në infermieri

Udhëheqësit infermierë që e konsiderojnë veten transparentë mund të duan të marrin në konsideratë stilin e lidershipit përkatës. Me këtë stil, udhëheqësi është plotësisht i sinqertë në çdo kohë. Ata janë investuar tërësisht në mjedisin e kujdesit shëndetësor ku punojnë dhe stafin që raporton tek ata. Ata njihen për aftësitë e tyre të jashtëzakonshme të komunikimit dhe kënaqen duke dhënë reagime pozitive. Ka shumë përfitime për këtë lloj lidershipi. Së pari, reagimet janë kritike në vendin e punës dhe dhënia e reagimeve pozitive mund t'i ndihmojë punonjësit të ndihen më të motivuar. Gjithashtu, nën këtë lloj lidershipi punonjësit do të ndihen sikur të vlerësohen më shumë. Ata gjithashtu do të jenë më pak të stresuar dhe do ta dinë se interesat e tyre do të merren parasysh në të gjitha situatat. Sidoqoftë, udhëheqësit përkatës zakonisht shmangin konfliktin dhe mund të luftojnë për të zgjidhur probleme komplekse. Gjithashtu, produktiviteti mund të ulet nën drejtuesit përkatës, pasi ata mbështeten shumë në vetë-drejtimin e ekipit të tyre për të arritur sukses.

21.6.4 Lidershipi autokratik në infermieri

Një stil tjetër i udhëheqjes infermierore është lidershipi autokratik. Udhëheqja autokratike, e përdorur shpesh në të kaluarën, por më pak e popullarizuar këto ditë, përfshin udhëheqësin e infermierit që merr të gjitha vendimet në lidhje me njësinë e infermierisë, zakonisht duke mos u këshilluar me stafin. Udhëheqja autokratike është një stil komandimi dhe kontrolli, ku udhëheqësit përdorin përforcim dhe ndëshkim negativ për të siguruar pajtueshmërinë me rregullat. Nën këtë lloj lidershipi, gabimet nuk tolerohen dhe individët fajësohen nëse i bëjnë ato.

[179] Jayne Thompson. Advantages and Disadvantages of Transformational Leadership. Updated May 13, 2019
[180] Sfantou DF et al,. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2017

Udhëheqja autokratike në infermierinë ka pak përfitime. Këto përfshijnë efektivitetin në situata emergjente ose stresuese në të cilat infermierët mund të gjenden.

21.6.5 Lidershipi transaksional në infermieri

Udhëheqësit transaksionalë, të njohur edhe si udhëheqës menaxherial, janë të fokusuar në kontrollin dhe organizimin e stafit të tyre dhe ngarkesën e punës. Ata specializohen në planifikimin afatshkurtër dhe shpërblejnë sjelljen e mirë. Ata gjithashtu dënojnë sjelljen e dobët. Udhëheqësit e infermierëve transaksional u japin infermierëve struktura dhe rregulla të qarta për të punuar , dhe u japin ekipeve të tyre udhëzime të sakta se çfarë të bëjnë. Struktura është pothuajse gjithmonë thelbësore në infermieri, kështu që ky lloj lidershipi mund të ketë avantazhet e tij. Punonjësit, kur u jepet një grup i qartë rregullash dhe shpërblimi ose ndëshkimi, e kuptojnë atë që pritet prej tyre dhe zakonisht janë produktivë në arritjen e qëllimeve. Udhëheqësit e infermierëve transaksionalë ndonjëherë mund të jenë jofleksibël dhe shumë formalë në qasjen e tyre, gjë që mund të dëmtojë moralin e punonjësve.

21.6.6 Lidershipi i situatave në infermieri

Udhëheqësit infermierë që miratojnë këtë stil janë të aftë në mënyrën se si lexojnë një situatë pune dhe përshtatin qasjen e tyre. Ata njihen si të shkëlqyer në dhënien e drejtimit, duke qenë fleksibël, duke inkurajuar pjesëmarrjen, duke deleguar dhe duke qenë të hapur dhe të ndershëm. Duke pasur parasysh fleksibilitetin e këtij stili, ai ka shumë përparësi. Këto përfshijnë aftësinë për të reaguar ndaj situatave ndryshe dhe për të siguruar udhëheqjen e nevojshme në këtë moment. Ky stil lidershipi është gjithashtu i rehatshëm për shumicën e punonjësve, pasi ata e dinë që udhëheqësi i tyre do t'u sigurojë atyre atë që kanë nevojë. Udhëheqja e situatës mund të jetë konfuze për infermierët dhe në mjedise të ndryshme, pasi njerëzit nuk e dinë kurrë se çfarë i pret. Ky lloj lidershipi gjithashtu nuk funksionon aq mirë me detyrat e përsëritura[181].

21.7 PROCESI LIDERSHIPIT

Procesi i Lidershipit është një marrëdhënie komplekse, interaktive dhe dinamike e punës midis udhëheqësit dhe pasuesve. Kjo marrëdhënie pune, e ndërtuar me kalimin e kohës, drejtohet drejt përmbushjes së nevojave të mirëmbajtjes dhe detyrave të grupit. Një pjesë e procesit konsiston në një marrëdhënie shkëmbimi midis udhëheqësit dhe ndjekësit. Drejtuesi siguron një burim të drejtuar drejt përmbushjes së nevojave të grupit, dhe grupi i jep pajtueshmëri, njohje dhe vlerësim udhëheqësit. Për aq sa udhëheqja është ushtrimi i ndikimit, një pjesë e procesit të lidershipit kapet nga dorëzimi i pushtetit nga ndjekësit dhe ushtrimi i ndikimit mbi ndjekësit nga udhëheqësi. Kështu, lideri ndikon tek ndjekësit dhe pasuesit ndikojnë tek udhëheqësi, konteksti ndikon tek udhëheqësi dhe pasuesit, dhe si lideri ashtu edhe pasuesit ndikojnë në kontekstin.

[181] Serpil Çelik Durmuş and Kamile Kırca. Leadership Styles in Nursing. November 4th 2019

Një marrëdhënie udhëheqës-pasues tenton të zhvillohet shpejt dhe mbetet relativisht e qëndrueshme me kalimin e kohës. Cilësia e marrëdhënies reflektohet nga shkalla e besimit reciprok, besnikërisë, mbështetjes, respektit dhe detyrimit. Natyra e procesit të udhëheqjes ndryshon në mënyrë të konsiderueshme në varësi të udhëheqësit, ndjekësve dhe situatës dhe kontekstit. Kështu, udhëheqja është funksioni i një ndërveprimi midis udhëheqësit, ndjekësit dhe kontekstit.

Hapat e procesit te lidershipit janë:

- Vlerësoni pozicionin e organizatës
- Merrni iniciativën
- Krijoni një vizion
- Vendosni objektiva për të realizuar vizionin
- Formuloni strategji për të arritur objektivat
- Zhvilloni një proces ndryshimi ose taktika
- Shpjegojini punonjësve nevojën për ndryshim
- Motivoni dhe frymëzoni punonjësit që të sjellin ndryshimin e dëshiruar
- Zbatoni strategji
- Analizoni rezultatet

21.8 AFTËSITË E LIDERSHIPIT

Një infermiere luan role të shumta në ofrimin e kujdesit shëndetësor. Udhëheqja infermierore dhe rolet e menaxhimit kërkojnë angazhim dhe njohuri të thella të fushës. Zgjidhja e problemeve dhe tejkalimi i situatave të vështira si ofrues të kujdesit klinik, ofrues të kujdesit infermieror, Administratori, Menaxheri i Programit.

Drejtuesit ndajnë një grup të përbashkët karakteristikash. Katër karakteristikat kryesore të udhëheqësve të admiruar kanë mbetur të qëndrueshëm gjatë viteve.

Udhëheqësit e admiruar janë:

- të ndershëm,
- mendjehapur ,
- kompetent,
- frymëzues.

Cilësitë e tjera që kërkojnë infermierët tek udhëheqësit e tyre përfshijnë një angazhim për përsosmëri, pasion për punën e tyre, vizion të qartë dhe fokus strategjik, besueshmëri, respekt, qasje, empati dhe kujdes, dhe angazhim për zhvillim të stafit.

Tetë cilësi thelbësore që e bëjnë një udhëheqës të mirë janë:

- entuziazmi i sinqertë
- integriteti
- aftësitë e komunikimit
- besnikëria
- vendosmëria
- kompetenca menaxheriale
- fuqizimi
- karizma.

Aftësitë e nevojshme për të arritur këto karakteristika përfshijnë komunikimin, krijimin e një mjedisi të shëndetshëm pune, bashkëpunim, vendimmarrje të përbashkët, mentorim dhe delegim. Udhëheqësit efektivë duhet të kenë aftësi të forta komunikimi verbale dhe të shkruara dhe të kenë nevojë të krijojnë një mjedis të shëndetshëm pune duke u kujdesur për shëndetin fizik, social dhe mendor dhe mirëqenien e pacientëve dhe stafit. Kjo përfshin dhënien dhe marrjen e reagimeve. Drejtuesit duhet të jenë të shpejtë për të dëgjuar, të ngadalshëm në të folur dhe të reagojnë me kujdes.

Me mjedisin aktual të kujdesit shëndetësor dhe fokusin në edukimin ndërprofesional, është e domosdoshme që udhëheqësi të zhvillojë marrëdhënie të mira pune me anëtarët e disiplinave të tjera në ekipin e kujdesit shëndetësor. Udhëheqësit efektiv zbatojnë praktika të përbashkëta të vendimmarrjes për të lejuar pjesëmarrjen aktive dhe të plotë të palëve të interesuara dhe mbështetjen e vazhdueshme të stafit, trajnerit dhe mentorit. Përveç që shërbejnë si model, udhëheqësit motivojnë dhe fuqizojnë njerëzit me mjetet dhe burimet që u nevojiten për të bërë punën e tyre. Drejtuesit shfrytëzojnë mundësitë për të motivuar njerëzit duke njohur vlerën, shërbimet ose kontributet e tyre. Sidoqoftë, meqenëse udhëheqësi nuk mund të arrijë qëllimet aftësitë e delegimit janë një mjet thelbësor në arsenalin e udhëheqësit[182].

Infermieret Lidership duhet të jenë të aftë në:

- Komunikimi me stafin dhe motivimi i tyre
- Të menduarit në mënyrë krijuese dhe kritike
- Inovimi i rrjedhave të reja të punës
- Delegimi i detyrave
- Duke treguar dhembshuri për të tjerët
- Marrja e vendimeve
- Mentorimi dhe mësimi i të tjerëve

[182]Brunt BA, Bogdan BA. Nursing Professional Development Leadership. 2021 Jan

21.8 Dëgjimi aktiv si aftësi kryesore e komunikimit

Komunikimi i mire midis infermierëve dhe pacientëve është thelbësor për rezultat të suksesshëm në kujdesit shëndetësor për secilin pacient. Infermierët duhet të kuptojnë dhe ndihmojnë pacientët e tyre, të afërmit dhe anëtarët e ekipit duke treguar mirësjellje, mirësi , sinqeritetin dhe përgjigjen ndaj nevojave si udhëheqës. Aftësia për të lexuar, shkruar dhe folur me besim është një domosdoshmëri. Komunikimi është gjithashtu i domosdoshëm midis kolegëve. Dëgjimi aktiv është një teknikë terapeutike që profesionistët përdorin për të sqaruar atë që thonë pacientët. Nga ana tjetër, është gjithashtu një aftësi që rrit marrëdhëniet midis kolegeve. Gjuha e trupit gjithashtu vërehet si një mënyrë për të vlerësuar nuancat në bisedë. Qëndrimi, gjestet dhe shprehjet e fytyrës mund të flasin më shumë se fjalët.

21.8.1 Kompetencat emocionale

Ekziston një sasi e konsiderueshme kërkimesh që sugjerojnë se aftësia e një personi për të perceptuar, identifikuar dhe menaxhuar emocionet siguron bazën shoqërore dhe emocionale kompetenca këto ,që janë të rëndësishme për suksesin në pothuajse çdo punë.

21.8.2 Zgjidhja e Konfliktit

Është e rëndësishme për infermierët si udhëheqës të ekipit për të inkurajuar anëtarët e ekipit që të sjellin mendime të ndryshme ,pasurojnë punën e ekipit. Roli i tyre si udhëheqës është të sigurojnë se këto dallime trajtohen në mënyrë të shëndetshme dhe bëjnë të mos çojë në konflikt. Një konflikt ul produktivitetin e skuadrës dhe dëmton mjedisin [183].

[183] Sanjiv Kumar. Leadership Skills for Nurses. JOJ Nurse Health Care. Volume 8 Issue 5 - 2018

22

PARIMET E PUNËS NË GRUP
Rolet, përgjegjësitë, funksionet

Rezultatet e të nxënit

Pas përfundimit të këtij kapitulli student do jetë i aftë të:

- Kuptojë çfarë është "Grupi".
- Dijë parimet e punës në grup.
- Njohë përgjegjësitë dhe rolet e secilit anëtar të grupit.
- Mësojë funksionet kryesore të punës në grup.
- Njohë rregullat e punës në grup.

22.1 Hyrje

Pothuajse në çdo lajmërim për pozicion pune, thuhet se duhet që kandidati të jetë në gjendje të punojë në grup. Kjo duket si një shprehje standarde të cilës të gjithë i përgjigjen me "po". Në fakt është diçka që as nuk mund të matet dhe as nuk mund të vlerësohet në fazat e para të rekrutimit, madje edhe vetë aplikantët e kanë të vështirë të njohin veten në këtë aspekt.

Sipas filozofit të Greqisë së lashtë, Sokratit: "Njeriu i përsosur përbëhet nga të gjithë njerëzit së bashku. Është bashkimi, pra, jemi të gjithë ne së bashku që krijojmë përsosmërinë".

Nga kjo thënie mund të deduktohet që askush nuk mund të jetë i përsosur, pra secili prej nesh ka pikat e veta të forta dhe të dobëta. Nëse kombinohen në një grup, njerëz të ndryshëm me aftësi dhe pika të ndryshme të forta, grupi do të ketë "fuqi të mbinatyrshme".

Qëllimi i një grupi është zakonisht të sjellë disa ndryshime, mbështetje ose njohuri për individin, grupin në tërësi ose mjedisin. Ndërsa grupet mund të hasin probleme të brendshme dhe konflikte në faza të caktuara, kur punojnë në mënyrë efektive grupet ofrojnë një mjedis pozitiv, mbështetës në të cilin zhvillohen dhe mësohen aftësi të reja ndërpersonale.

Puna në grupe është një aktivitet kyç për njerëzit në mjediset personale dhe profesionale. Ekzistojnë shumë lloje të ndryshme të grupeve të cilat mund të ndahen gjerësisht në dy kategori, varësisht nëse detyra ose përvoja e grupit është shqetësimi kryesor.

Grupet janë **dinamike** si në strukturë ashtu edhe në proces. Zakonisht kohezioni i grupit dhe normat e grupit zhvillohen për t'i mundësuar grupit të arrijë më shumë sesa do të ishin në gjendje të arrinin vetë individët.

Grupet mund të jenë **formale,** të mbledhura për një qëllim të caktuar, ose mund të jenë **joformale** siç janë grupet e familjes, grupet e miqve ose kolegët. Mund të jeni në kontakt ose të punoni me një sërë grupesh të ndryshme.

22.2 Llojet të grupeve

Grupet e punës Ose zyrtare, të tilla si ekipet, komitetet ose grupet e trajnimit, ose ndoshta formimi joformal për të trajtuar një problem ad-hoc.

Grupet e Fqinjësisë Një shembull i një grupi lagjeje do të ishte ai i krijuar për të zhvilluar lehtësitë lokale.

Grupet Sociale Grupet e Interesit të Veçantë: Këto janë grupe të krijuara për të përmbushur nevojat e një sektori të caktuar (p.sh. grupmosha, gjinia) ose interesat (p.sh. muzika ose sportet).

Grupet e Vetë-Ndihmës Grupe të tilla shpesh krijohen për të punuar përmes emocioneve të veçanta ose për të siguruar mbështetje për njerëzit me një sëmundje të caktuar, p.sh. duke ndihmuar për të kapërcyer një varësi të tillë si Alkoolistët Anonimë.

Grupet Ndërmjet-Agjencive Këto janë zhvilluar midis agjencive/organizatave që punojnë në fusha të ndërlidhura për të përmirësuar produktet dhe/ose shërbimet ndaj klientit. Përveç kësaj, ato ndihmojnë komunikimin dhe krijojnë sipërmarrje të përbashkëta për të parandaluar konfuzionin.

Grupet e Presionit Funksioni i grupeve të presionit është të sfidojnë status quo-në, shpesh duke përdorur taktika të profilit të lartë për të fituar vëmendjen e mediave për të arritur qëllimet e tyre.

Grupet gjithashtu mund të ndahen në dy mënyra:

Grupet e bazuara në detyra dhe përvoja

Grupet e krijuara për të kryer detyra të veçanta njihen si grupe të bazuara në detyra, siç janë grupet e presionit. Këto lloje të grupeve përqendrohen në arritjen e qëllimeve specifike dhe anëtarët individualë të grupit punojnë drejt plotësimit të këtyre qëllimeve. Këto lloje të grupeve janë të zakonshme në organizata dhe përfshijnë grupe të ngritura për të punuar në projekte të veçanta - ndoshta hartimin e një produkti të ri.

Grupet të cilat bazohen në përvojat e anëtarëve të tyre ose në proces njihen si grupe të bazuara në përvojë, siç është grupi i vetë-ndihmës. Këto lloje të grupeve përqendrohen në anëtarët individualë të grupit dhe mënyrën se si ata ndërveprojnë, mbështesin dhe rriten së bashku, një shembull do të ishte një grup i krijuar për të mbështetur njerëzit që vuajnë nga stresi.

Dallimi midis grupeve të bazuara në detyra dhe grupeve të bazuara në përvojë është i rëndësishëm sepse ndikon në mënyrën se si grupi formohet, organizohet, udhëhiqet dhe çfarë roli luajnë anëtarët individualë të grupit.

22.2.1 Si funksionojnë njerëzit në grupe

Nëse një grup funksionon mirë, puna po bëhet dhe proceset konstruktive të grupit krijojnë një atmosferë pozitive. Në grupe të mira individët mund të kontribuojnë ndryshe në kohë të ndryshme.

22.2.2 Rolet që kontribuojnë në punën në grup

Inicimi - marrja e iniciativës, në çdo kohë; për shembull, mbledhja e grupit, sugjerimi i procedurave, ndryshimi i drejtimit, sigurimi i energjisë dhe ideve të reja. (Po sikur ne.... Çfarë do të ndodhte nëse...?)

Kërkimi i informacionit ose opinioneve - kërkimi i fakteve, preferencave, sugjerimeve dhe ideve. (A mund të thoni pak më shumë për... A do të thoshit se kjo është një ide më e zbatueshme se ajo?)

Dhënia e informacionit ose opinioneve - sigurimi i fakteve, të dhënave, informacionit nga hulumtimi ose përvoja. (Në përvojën time që kam parë... A mund t'ju them atë që kam mësuar...?)

Pyetje - të tërhiqeni nga ajo që po ndodh dhe të sfidoni grupin ose të bëni pyetje të tjera specifike në lidhje me detyrën. (A po supozojmë se...? A do të ishte pasoja e kësaj...?)

Sqarimi - interpretimi i ideve ose sugjerimeve, pastrimi i konfuzioneve, përcaktimi i termave ose kërkimi nga të tjerët që të sqarohen. Ky rol mund të lidhë kontribute të ndryshme nga njerëz të ndryshëm dhe të lidhë ide që duken të palidhura. (Duket se ju po thoni... A nuk lidhet kjo me atë që [emri] thoshte më parë?)

Përmbledhje - vendosja e kontributeve në një model, duke mos shtuar asnjë informacion të ri. Ky rol është i rëndësishëm nëse një grup ngec. Disa grupe caktojnë zyrtarisht një përmbledhës për këtë rol potencialisht të fuqishëm dhe me ndikim. (Nëse i marrim të gjitha këto pjesë dhe i vendosim së bashku... Këtu mendoj se kemi rënë dakord deri më tani... Këtu janë fushat tona të mosmarrëveshjes...)

22.2.3 Rolet që kontribuojnë në atmosferën e një grupi

Mbështetja - kujtimi i vërejtjeve të të tjerëve, të qenit inkurajues dhe reagues ndaj të tjerëve. Krijimi i një atmosfere të ngrohtë, inkurajuese dhe bërja e njerëzve të ndiejnë se i përkasin grupit, ndihmon grupin të përballojë streset dhe tendosjet. Njerëzit mund të bëjnë gjeste, të buzëqeshin dhe të bëjnë kontakt me sy pa thënë asnjë fjalë. Disa heshtje mund të jenë mbështetëse për njerëzit që nuk janë folës amtare të gjuhës që po flitet, duke u lejuar atyre një shans për të hyrë në diskutim. (Unë e kuptoj atë që po arrini... Siç po thoshte [emri]...)

Observimi -vërejtja e dinamikës së grupit dhe komentimi. Të pyesësh nëse të tjerët pajtohen ose nëse i shohin gjërat ndryshe mund të jetë një mënyrë efektive për të identifikuar problemet kur

ato shfaqen. (Duket se jemi të mbërthyer... Ndoshta kemi mbaruar tani për tani, të gjithë jemi të lodhur... Siç e shoh, çfarë ndodhi vetëm një minutë më parë.. A jeni dakord?)

Ndërmjetësimi - njohja e mosmarrëveshjeve dhe zbulimi i asaj që qëndron pas dallimeve. Kur njerëzit përqendrohen në dallimet reale, kjo mund të çojë në arritjen e një ekuilibri ose në krijimin e mënyrave për të akomoduar vlera, pikëpamje dhe qasje të ndryshme. (Unë mendoj se ju të dy po arrini në këtë nga këndvështrime krejtësisht të ndryshme... Prisni një minutë. Kështu [emri/ e sheh problemin. A mund ta shihni pse ajo mund ta shohë atë ndryshe?)

Dakordësimi - Theksimi i pikëpamjeve të përbashkëta midis anëtarëve mund të zvogëlojë tensionin. (Qëllimi i këtyre dy strategjive është i njëjtë, vetëm mjetet janë të ndryshme... A ka diçka që këto pozicione kanë të përbashkët?)

Kompromisi - dhënia e një pozicioni ose modifikimi i opinioneve. Kjo mund të ndihmojë që grupi të ecë përpara. (Të gjithë të tjerët duket se bien dakord për këtë, kështu që unë do të vazhdoj me... Unë mendoj se nëse dorëzohem për këtë, ne mund të marrim një vendim.)

Bërja e një komenti personal - komente personale të rastit, veçanërisht kur lidhen me punën. Deklaratat për jetën e dikujt shpesh dekurajohen në mjediset profesionale; ky mund të jetë një gabim pasi komentet personale mund të forcojnë një grup duke i bërë njerëzit të ndihen njerëz me shumë të përbashkëta.

Humori- buzëqeshja ose komente me natyrë pozitive. Humori, nëse është me të vërtetë me natyrë pozitive dhe jo prerës, mund të jetë shumë efektiv në lehtësimin e tensionit ose në trajtimin e pjesëmarrësve që dominojnë ose poshtërojnë të tjerët. Humori mund të përdoret në mënyrë konstruktive për ta bërë punën më të pranueshme duke siguruar një pushim. Gjithashtu mund t'i afrojë njerëzit më afër dhe ta bëjë punën më argëtuese.

Të gjitha rolet pozitive e kthejnë grupin në një ndërmarrje energjike, produktive. Njerëzit që nuk kanë reflektuar mbi këto role mund të keqkuptojnë motivet dhe veprimet e njerëzve që punojnë në një grup. Nëse dikush tjetër përveç udhëheqësit inicion ide, disa mund ta shikojnë atë si një përpjekje për të marrë pushtetin nga udhëheqësi. Bërja e pyetjeve në mënyrë të ngjashme mund të shihet si kundërshtim i autoritetit ose ngadalësim i punës së grupit. Anekdotat personale mund të konsiderohen si të parëndësishme të diskutimit. Drejtuesit që kuptojnë rëndësinë e këtyre roleve të shumta mund t'i lejojnë dhe inkurajojnë ata si kontribute pozitive në dinamikën e grupit. Rolet që kontribuojnë në punë i japin grupit një sens drejtimi dhe arritjeje. Rolet që kontribuojnë në atmosferën njerëzore i japin grupit një ndjenjë bashkëpunimi dhe vullneti të mirë.

Disa probleme të zakonshme (dhe disa zgjidhje)

Zhgënjimi - Ndërsa njerëzit ende po kuptojnë punën dhe rolin e tyre në grup, grupi mund të përjetojë fillime jo të mirë dhe diskutime të gjata, dhe vendimet mund të shtyhen.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

- Këtu e kuptoj se çfarë po përpiqemi të arrijmë... A jemi të gjithë dakord?
- Çfarë do të na ndihmonte të ecnim përpara: të dhënat? Burimet?
- Le të marrim disa minuta për të dëgjuar sugjerimet e të gjithëve se si ky proces mund të funksionojë më mirë dhe çfarë duhet të bëjmë më pas.

Pjesëmarrës dominues ose ngurrues - Disa njerëz mund të marrin më shumë se pjesën e tyre të diskutimit duke folur shumë shpesh, duke pohuar me epërsi, duke treguar histori të gjata ose duke mos i lënë të tjerët të përfundojnë. Ndonjëherë humori mund të përdoret për të dekurajuar njerëzit nga dominimi. Të tjerët mund të flasin rrallë sepse e kanë të vështirë të hyjnë në bisedë. Ndonjëherë shikimi në sy i njerëzve që nuk flasin mund të jetë një mënyrë jo-verbale për t'i përfshirë ata. Bërja me dije pjesëmarrësve për të shprehur mendimet e tyre pa nguruar jashtë grupit mund të çojë në përfshirjen e tyre brenda grupit.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

• Të theksojmë cili është problem kryesor? A mund t'i lëmë detajet për një moment? A mund ta strukturojmë këtë pjesë të diskutimit duke bërë me radhë dhe duke dëgjuar atë që të gjithë kanë për të thënë?

• Le të kontrollojmë me njëri -tjetrin se si po funksionon procesi: A po kontribuojnë të gjithë në diskutime? A mund të menaxhohen diskutimet ndryshe në mënyrë që të gjithë të marrim pjesë? A po e dëgjojmë të gjithë njëri -tjetrin?

Devijimi i diskutimit - dalja nga tema mund të jenë pengesë për përparimin e grupit. Mund të jetë koha për të hedhur një vështrim tjetër në rendin e ditës dhe për të caktuar vlerësimet e kohës për pikat. Mundohuni të përmblidhni se ku ishte diskutimi para devijimit. Ose, merrni parasysh nëse ka diçka që e bën temën të lehtë për t'u shmangur.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

• A mund të kthehemi atje ku ishim pak minuta më parë dhe të shohim se çfarë po përpiqeshim të bënim?

• A ka diçka në lidhje me vetë temën që e bën të vështirë t'i përmbahemi?

Të ngecësh - Një përparim shumë i vogël mund të rrëzojë një grup. Mund të jetë koha për një pushim të shkurtër ose një ndryshim në fokus. Sidoqoftë, herë pas here kur një grup mendon se nuk po bën përparim, del një zgjidhje nëse njerëzit thjesht qëndrojnë me këtë çështje.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

- Cilat janë gjërat që na ndihmojnë të zgjidhim këtë problem? Çfarë na pengon të zgjidhim këtë problem?
- Le të marrim disa minuta për të dëgjuar sugjerimet e të gjithëve se si ky proces mund të funksionojë më mirë dhe çfarë duhet të bëjmë më pas.
- Unë e kuptoj që disa prej jush dyshojnë nëse diçka e re do të ndodhë nëse punojmë në këtë problem. A jemi të gatshëm ta provojmë për pesëmbëdhjetë minutat e ardhshme?

Nxitimi për të punuar Zakonisht një person në grup është më pak i durueshëm dhe më i orientuar drejt veprimit se të tjerët. Ky person mund të marrë një vendim më shpejt se të tjerët dhe pastaj t'i bëjë presion grupit të vazhdojë përpara se të tjerët të jenë gati.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

- A jemi të gjithë gati për të marrë një vendim për këtë?
- Çfarë duhet bërë para se të ecim përpara?
- Le të shohim se si mendojnë të gjithë për këtë.

Konfliktet Herë pas here një konflikt (që nuk ka të bëjë me subjektin e grupit) kalon në grup dhe pengon punën e tij. Ndoshta palët nuk do të jenë në gjendje të përqendrohen derisa të dëgjohet pikëpamja e secilës. Atëherë ata duhet të inkurajohen që ta anashkalojnë çështjen.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

- Pra, ajo që po thoni është... Dhe ajo që po thoni është... Si lidhet kjo me punën këtu?
- Nëse vazhdojmë shumë gjatë për këtë, nuk do të jemi në gjendje ta përfundojmë punën tonë. A mund të biem dakord për një afat kohor dhe pastaj të vazhdojmë?

22.3 Zhvillimi i Grupit 'Norma'

Të gjitha grupet kanë një sërë normash që mund të zbatohen për të gjithë në grup ose vetëm për anëtarë të caktuar. Disa norma mund të respektohen rreptësisht, ndërsa të tjerat mund të jenë më fleksibile.

Ndërsa zhvillohet një grup, këto norma ndihmojnë në minimizimin e dallimeve individuale të personaliteteve të grupit. Normat veprojnë në nivel grupi dhe jo në nivel individual. Normat e grupit zakonisht veprojnë për të ruajtur grupin dhe ruajtur integritetin e tij, në vend që të kontrollojnë veprimet individuale.

Normat e grupit mund të përcaktohen shprehimisht në një rregullore. Në këtë rast, një anëtari të ri të grupit do t'i jepet një listë me rregulla, qëllime dhe objektiva. Kjo duhet të jetë praktikë standarde në një grup. Sidoqoftë, normat e grupeve evoluojnë gjatë një periudhe kohe dhe në grupet e sapoformuara ato shpesh janë të pashprehura ose të nënkuptuara. Një normë shumë e qartë e grupit është veshja e rrobave të veçanta (uniformës) ose stilimi i flokëve në mënyrë të

veçantë - në grupe të caktuara mund të jetë e përshtatshme të vishni një kostum për shembull. Nëse anëtarët përputhen me identitetin dhe normat e atij grupi, kjo tregon se ata i përkasin grupit.

Kur anëtarët zakonisht refuzojnë të përputhen me normat e grupit, ata mund të margjinalizohen brenda një grupi ose në raste ekstreme, të përjashtohen. Kur anëtarët përçarës nuk përjashtohen, kjo mund të çojë në prishjen e të gjithë grupit ose në një ristrukturim të madh të normave dhe vlerave.

A ndihmojnë normat në përparimin e grupit? Mund të zbulohet se norma të caktuara në fakt pengojnë përparimin brenda një grupi dhe prandaj duhet të shqyrtohen. A i kuptojnë të gjithë anëtarët e grupit normat, a thyhen normat në mënyrë të vazhdueshme?

Këto pyetje mund të bëjnë që normat të renditen në mënyrë formale - një rregullore. Nëse normat janë thyer vazhdimisht, atëherë ato ndoshta nuk janë të përshtatshme për grupin.

22.3.1 Shembuj të Normave të Grupit

Lista e mëposhtme jep shembuj të llojit të normave që mund të prisni kur bashkoheni ose krijoni një grup.

Natyrisht, grupe të ndryshme me anëtarësi të ndryshme dhe qëllime dhe objektiva të ndryshme do të përdorin grupe të ndryshme normash.

- Përcaktoni vendin dhe në orë e takimit.
- Mbajtja e uniformës.
- Filloni dhe mbaroni në kohë.
- Merrni pjesë në sa më shumë takime të jetë e mundur, minimumi 70%.
- Dëgjoni me kujdes folësin aktual.
- Bej detyrat; përgatituni para fillimit të një takimi.
- Kur flisni mbani mendimin tuaj relevant dhe konciz.
- Mos përdorni gjuhë armiqësore ose të papërshtatshme.
- Jini të sjellshëm.
- Tregoni respekt për anëtarët e tjerë të grupit dhe idetë e tyre.
- Punoni për qëllimet dhe objektivat e grupit.
- Mos flisni ose mos anashkaloni bisedën ndërsa të tjerët po flasin.
- Fikni celularin tuaj për kohëzgjatjen e takimeve.

Avantazhet dhe Dizavantazhet

Sipas disa studimeve të fundit, diversiteti i anëtarëve të një grupi pune ka avantazhet dhe dizavantazhet në mbarëvajtjen në punë.

Avantazhet

Një grup pune i përbërë me persona që nuk janë të ngjashëm me njëri-tjetrin mund të ketë këto efekte pozitive në rezultatet e një pune grupi:

Secili ka idenë e tij mbi zgjidhjen më të mirë të një projekti.
Sa më shumë ide të ketë mbi zhvillimin e një projekti, aq më i lehtë bëhet realizimi i tij.

Disavantazhet

Punonjës që u përkasin kulturave të ndryshme mund të krijojnë mosbesim te kolegët e tyre.
Të qenët pjesë e një grupi ku kolegët u përkasin kulturave të ndryshme, mund të çojë në krijimin e problematikave të tilla si moskuptimi si pasojë e komunikimit në gjuhë të ndryshme.
Si të keni performancën më të mirë me grupe të ndryshme pune
Kohët e fundit, ecuria e një biznesi po mbështetet gjithnjë e më shumë në punën e skuadrës ndërmjet punonjësve në mënyrë që produktiviteti i një kompanie të rritet sa më shumë.
Kjo sfidë e shumë kompanive shihet mjaft qartë në përfshirjen e një grupi pune të punonjësve që kanë diferencë moshe, arsimim në fusha të ndryshme e deri te diferencat kulturore që mund të ketë secili prej tyre.
Edhe performanca e një pjese të madhe të menaxherëve varet nga arritjet e skuadrës së tyre.
Sipas disa studimeve të fundit të kryera nga Universiteti i Kalifornisë, me në krye profesor doktor Kenji Klein, elementi i diversitetit në grupet e punës mund të rrisë performancën e një kompanie, por një gjë e tillë shoqërohet edhe më një risk të lartë, sepse shpeshherë ka rezultuar që diversiteti në një skuadër është shoqëruar me dështimin e një projekti.
Prandaj menaxherët duhet të tregohen shumë të kujdesshëm në përzgjedhjen e stafit dhe krijimin e grupeve të punës, sepse ato jo gjithmonë janë produktive
Diversiteti i një grupi pune funksion më mirë në rastet e shpjeguara më poshtë:
Projekte që kërkojnë dhënien e ideve të ndryshme.
Projekte që kanë nevojë informacioni që u përket fushave të ndryshme.

22.4 Kuptimi dhe menaxhimi i proceseve të grupit

Grupet punojnë më mirë nëse të gjithë kanë një shans për të dhënë një kontribut në diskutimin në takime dhe në punën e projektit në grup.

- Në fillim të çdo takimi, vendosni se çfarë prisni të keni arritur deri në fund të takimit.
- Dikush (ndoshta jo udhëheqësi) duhet t'i shkruajë të gjitha idetë, siç sugjerohen, në tabelë ose në fletë të mëdha letre.
- Caktoni një regjistrues të vendimeve të grupit. Alokoni përgjegjësinë për procesin e grupit (veçanërisht nëse nuk keni një drejtues të caktuar) siç është një menaxher i kohës për takime dhe dikush që thotë periodikisht se është koha për të parë se si po shkojnë gjërat (shih më poshtë).
- Kurseni pak kohë në fund të takimit të parë (dhe në mënyrë periodike ndërsa grupi vazhdon) për të kontrolluar me njëri -tjetrin se si po funksionon procesi:
- Çfarë strukture udhëheqëse dëshiron grupi? Një udhëheqës autokrat? Demokrat (gjithëpërfshirës)? Lider që i cakton mire rolet secilit?

- A nevojiten më shumë rregulla themelore, të tilla si fillimi i takimeve në kohë, llojet e ndërprerjeve të lejuara etj.?
- A po kontribuojnë të gjithë në diskutime? A mund të menaxhohen diskutimet ndryshe në mënyrë që të gjithë të marrin pjesë? A e dëgjojnë njerëzit njëri -tjetrin dhe lejojnë lloje të ndryshme kontributesh?
- A pritet që të gjithë anëtarët të përmbushin punën prej tyre? A ka ndonjë gjë që anëtarët e grupit mund të bëjnë për të ndihmuar ata që kanë vështirësi?
- A ka mosmarrëveshje apo vështirësi brenda grupit që duhet të adresohen? (A po dominon dikush? A është lënë jashtë dikush?)
- A është e nevojshme ndihma e jashtme për të zgjidhur ndonjë problem?
- A po e shijojnë të gjithë punën?

22.4.1 Idetë inkurajuese

Një metodë specifike është krijimi i ideve përmes "stuhisë së mendimeve". Njerëzit i përmendin idetë në çdo mënyrë (pa komentuar, ose bërë shumë pyetje nga të tjerët). Avantazhi i "stuhisë së ideve" është se idetë nuk lidhen ngushtë me individët që i sugjeruan ato. Ky proces inkurajon të menduarit krijues, nëse nuk nxitohet dhe nëse të gjitha idetë janë shkruar (dhe për këtë arsye, për momentin, të pranuara).

Një disavantazh: kur idetë sugjerohen shpejt, është më e vështirë për pjesëmarrësit "e turpshëm" ose për ata që nuk flasin gjuhën e tyre amtare. Një qasje është të filloni me stuhi mendimesh dhe pastaj të shkoni rreth grupit në një mënyrë më të strukturuar duke i kërkuar secilit person të shtojë në listë idetë e tij.

22.4.2 Shembuj të asaj që duhet thënë:

- Pse nuk i kushtojmë një ose dy minuta secilit prej nesh për të paraqitur pikëpamjet tona?
- Le t'i nxjerrim të gjitha idetë tona para se t'i vlerësojmë ato. Ne do t'i sqarojmë ato para se t'i organizojmë ose vlerësojmë.
- Ne do t'i diskutojmë të gjitha këto ide pasi të dëgjojmë se çfarë mendojnë të gjithë.
- Nuk keni pse të pajtoheni me të, por lëreni të përfundojë.
- Le të kalojmë edhe disa minuta për të parë nëse ka ndonjë mundësi që nuk e kemi menduar, pavarësisht sa të pamundura duken.

Qëllimi është të prodhojmë sa më shumë ide në një kohë të shkurtër pa i vlerësuar ato. Të gjitha idetë dëgjohen me kujdes, por nuk komentohen dhe zakonisht shkruhen në tabelë ose fletë të mëdha letre, në mënyrë që të gjithë t'i shohin ato, dhe në mënyrë që të mos harrohen. Mendimet duhet të dëgjohen me radhë duke shkuar nëpër grup - dëgjoni të gjithë, një nga një.

22.5 Përgjegjësitë e punës në grup

22.5.1 Udhëheqja e Grupit

• Drejtuesi është përgjegjës për të parë që puna është e organizuar në mënyrë që ajo të përfundojë. Drejtuesi është gjithashtu përgjegjës për të kuptuarit dhe menaxhimin e ndërveprimeve në grup në mënyrë që atmosfera të jetë pozitive.

• Udhëheqësi duhet të inkurajojë kontributet e gjithsecilit me synimin për të kryer punën. Për ta bërë këtë, udhëheqësi duhet të vëzhgojë sesi funksionon procesi i grupit. (A po lëviz grupi shumë shpejt, duke lënë disa njerëz prapa? A është koha për të zhvendosur fokusin në një aspekt tjetër të detyrës?)

• Udhëheqësi duhet të inkurajojë ndërveprimet në grup dhe të ruajë një atmosferë pozitive. Për ta bërë këtë, udhëheqësi duhet të vëzhgojë mënyrën se si njerëzit marrin pjesë, si dhe të jetë i vetëdijshëm për ndjenjat e komunikuara jo verbale. (A dëgjohen dhe vlerësohen kontributet e individëve nga të tjerët? A po grinden njerëzit me njerëzit e tjerë, në vend që të mos pajtohen me idetë e tyre? A janë disa njerëz të tërhequr apo të mërzitur?)

• Udhëheqësi duhet të parashikojë se çfarë informacioni, materialesh ose burimesh të tjera i duhen grupit gjatë punës.

• Drejtuesi është përgjegjës për fillimin dhe mbarimin në kohë. Drejtuesi gjithashtu duhet të organizojë mbështetje praktike, të tilla si salla, shkumës, shënues, ushqim, pushime.

(Shënim: Përveç gjithë kësaj, udhëheqësi duhet të marrë pjesë në këtë diskutim dhe të marrë pjesë ndryshe si anëtar i grupit. Në këto kohë, udhëheqësi duhet të jetë i kujdesshëm të largohet nga roli i udhëheqësit dhe të sinjalizojë pjesëmarrjen si të barabartë, jo një zë mbizotërues.)

22.5.2 Shqetësimet e individëve që mund të ndikojnë në pjesëmarrjen e tyre

• Si përshtatem? A do të më dëgjojnë të tjerët? A jam i vetmi që nuk i njoh të gjithë të tjerët? Si mund të punoj me njerëz me prejardhje dhe eksperiencë kaq të ndryshme?

• Kush do t'i marrë vendimet? Sa ndikim mund të kem?

• Çfarë kam për t'i ofruar grupit? A dinë të gjithë më shumë se unë? A di dikush ndonjë gjë, apo do të më duhet të bëj pjesën më të madhe të punës vetë?

22.6 Karakteristikat që një grup duhet të ketë, për të qenë efektivë

- Të gjithë e kuptojnë se puna nuk mund të bëhet pa bashkëpunimin dhe kontributin e të tjerëve.
- Dallimet trajtohen drejtpërdrejt me personin ose personat e përfshirë. Grupi identifikon të gjitha mosmarrëveshjet, dëgjon pikëpamjet e të gjithëve dhe përpiqet të arrijë një marrëveshje që ka kuptim për të gjithë. Edhe kur një vendim grupi nuk pëlqehet nga dikush, ai person do ta ndjekë atë me grupin.

- Grupi inkurajon të gjithë të marrin përgjegjësi dhe puna e palodhur shpërblehet. Kur gjërat nuk shkojnë mirë, të gjithë bëjnë përpjekje për të ndihmuar njëri -tjetrin. Ekziston një ndjenjë e përbashkët krenarie dhe arritjeje.

22.6.1 Përqendrimi në një drejtim

Pasi një numër i madh idesh janë gjeneruar dhe listuar (p.sh. në tabelë), grupi mund t'i kategorizojë dhe t'i shqyrtojë ato. Pastaj grupi duhet të bjerë dakord për një proces për zgjedhjen nga idetë.

22.6.2 Marrja e një vendimi

Pasi të dëgjohen pikëpamjet e të gjithëve dhe të identifikohen të gjitha pikat e pajtimit dhe mosmarrëveshjes, grupi duhet të përpiqet të arrijë një marrëveshje që ka kuptim për të gjithë.

Shembuj të asaj që duhet thënë:

- Duket se ka një marrëveshje këtu. A ka dikush një zgjidhje #2?
- A ka ndonjë kundërshtim për të shkuar në atë mënyrë?
- Ju ende duket se keni shqetësime për këtë zgjidhje. A ka ndonjë gjë që mund të shtohet ose hiqet për ta bërë atë më të pranueshëm? Ne jemi mirë. Ne kemi rënë dakord për një marrëveshje të madhe. Le të qëndrojmë me këtë dhe të shohim nëse mund ta zgjidhim këtë çështje të fundit.
- Duket sikur ka ende disa pika kryesore të mosmarrëveshjes. A mund të kthehemi dhe të përcaktojmë se cilat janë ato çështje dhe të punojmë mbi to në vend që të marrim një vendim te pamenduar tani.

22.7 Komunikimi në grup

22.7.1 Anëtari brenda një Grupi

Grupet janë të rëndësishme për zhvillimin personal pasi ato mund të ofrojnë mbështetje dhe inkurajim për të ndihmuar individët të bëjnë ndryshime në sjellje dhe qëndrim. Disa grupe gjithashtu ofrojnë një mjedis për të eksploruar dhe diskutuar çështje personale. Vendosja në grup mund t'i lejojë njerëzit të bëhen më të sigurt dhe të mësojnë aftësi të reja ndërpersonale, shoqërore dhe praktike përmes vëzhgimit, si dhe praktikës. Këto aftësi mund të zhvillohen brenda një grupi dhe më pas të përdoren në mënyrë efektive në situata individuale. Meqenëse anëtarësimi në grup mund të përmirësojë vetëvlerësimin dhe besimin në vetvete, mund të përmirësojë edhe motivimin për veten dhe dëshirën për të mësuar dhe zhvilluar.

22.7.2 Grupi në tërësi

Nga përvoja e përkatësisë në grupe të ndryshme, shpesh bëhet e qartë se ata përbëhen nga individë me personalitete, qëndrime dhe ide shumë të ndryshme. Që një grup të funksionojë

mirë, një lidhje duhet të zhvillohet në mënyrë që dallimet individuale të mund të përdoren për interesat më të gjera të grupit. "Kohezicioni" është termi i përdorur për të përshkruar këtë lidhje reciproke midis anëtarëve, ku secili ka një ndjenjë të fortë të përkatësisë në grup.

Kohezitetі është, pjesërisht, masa e suksesit të grupit. Një grup me më shumë kohezion ka më shumë gjasa të mbajë anëtarët e tij sesa ai i një grupi me pak kohezion. Anëtarët e një grupi me kohezion të lartë ka të ngjarë të flasin në terma grupi, duke përdorur 'Ne' në vend të 'Unë' kur flasim për aktivitetet e grupit. Sa më koheziv të jetë një grup, aq më e madhe është ndjenja e shpirtit të ekipit dhe aq më shumë anëtarët do të bashkëpunojnë me njëri -tjetrin. Një grup me kohezion të ulët mund të zbulojë se anëtarët shpesh humbasin takimet; nëngrupe mund të formohen brenda grupit fillestar dhe ka të ngjarë të ketë një ndjenjë themelore të frustrimit pasi qëllimet e grupit kanë më pak gjasa të arrihen[184].

Pra, herën tjetër që punoni në një grup mbani mend këtë: dëgjoni perspektivat e të tjerëve dhe shihni se si pikëpamjet e tyre mund "të mprehin" pikëpamjet tuaja. Deri në fund të procesit të grupit, do të jeni më të zgjuar sesa ishit në fillim.

22.7.3 Ju përmirësoni fjalorin tuaj

Në mësimin e gjuhës së dytë, ndërveprimet me të tjerët pranohen gjerësisht si mënyra më e mirë për të mësuar. Shpesh do të dëgjoni mësuesit e gjuhës angleze të flasin për mësimin e vendosur. Kjo ndodh kur një nxënës i gjuhës angleze futet në një situatë shoqërore dhe detyrohet të ndërveprojë në gjuhën angleze në mënyrë që të "lundrojë" me sukses në situatën shoqërore. Qëllimi i kësaj detyre është të detyrojë nxënësin se si funksionon gjuha në jetën reale.

Ju mund të mos e kuptoni, por e njëjta gjë vlen edhe për ju në të gjitha situatat e punës në grup. Edhe nëse anglishtja është gjuha juaj e parë, kur jeni të detyruar të ndërveproni me të tjerët mësoni se si ata flasin për një temë në mënyrë më efektive. Ju do të mësoni fjalë dhe fraza që janë efektive në shpjegimin e një fenomeni dhe do të mësoni të hidhni poshtë fjalët dhe frazat që duken joefektive në shpjegimin e këndvështrimit tuaj ndaj të tjerëve.

Në fund të procesit të punës në grup, mund të filloni të shpjegoni konceptet në një mënyrë të re. Ju gjithashtu mund të integroni fjalë dhe fraza të reja në shpjegimet tuaja të temave. Imagjinoni sikur, në fund të një projekti në grup, t'ia paraqisni temën një klase ose mësuesi dhe të filloni të përdorni fjalë dhe fraza që nuk do t'i kishit menduar kurrë para se të punonit në grup. Mësuesi juaj do të jetë i impresionuar nga fjalori juaj i përmirësuar dhe ju do të jeni në rrugën tuaj për të rritur notat tuaja.

22.7.4 Mësoni të jepni mësim

Ndonjëherë ju jeni eksperti në grup. Kjo mund të jetë zhgënjyese nëse nuk keni mendimin e duhur në lidhje me temën. Sidoqoftë, të qenit personi më i ditur në një grup nuk do të thotë që

[184]. https://www.skillsyouneed.com/ips/groups.html

nuk do të merrni shumë nga puna në grup.Të qenit mësues brenda një grupi kërkon që ju të përsosni njohuritë tuaja. Edhe nëse mendoni se i dini të gjitha ato që duhen ditur, përsëri do të keni nevojë të jeni në gjendje ta organizoni atë njohuri mjaftueshëm për t'ua mësuar atë njerëzve në një mënyrë që ka kuptim për ta.Pra, edhe nëse jeni më të ditur se anëtarët e ekipit tuaj, prapëseprapë do të merrni shumë nga puna në grup.

22.7.5 Mësoni të menaxhoni personalitetet

Një nga arsyet kryesore që shumë njerëz tallen me punën në grup është se ju duhet të punoni me njerëz me të cilët mund të "përlesheni".

Kjo mund të mos jetë domosdoshmërisht vetëm sepse keni dallime në personalitet. Ju gjithashtu mund të keni preferenca konkurruese të të mësuarit. Nëse një anëtar i grupit është një nxënës i qetë, i lexuar dhe introvert dhe një tjetër është një nxënës i zhurmshëm, mund të ketë një përplasje të qasjeve të të mësuarit. Kjo mund të shkaktojë probleme në një grup.

Rruga përmes kësaj sfide është të ndryshoni mentalitetin tuaj. Kjo është një aftësi thelbësore për kohezionin në vendin e punës, por edhe në jetën tuaj reale: shumica e familjeve përjetojnë personalitete konkurruese çdo darkë falënderimi!

Marrja e frenave në një situatë pune në grup dhe gjetja e një rruge përmes personaliteteve konkurruese ju bën një person shumë më të mirë. Disa rrugë përmes një sfide të tillë mund të përfshijnë vendosjen e roleve të ekipit rrotullues.

Rolet e ekipit mund të përfshijnë: shënuesin, matësin e kohës, hetuesin e burimeve dhe koordinatorin. Marrësi i shënimeve mund të sigurojë që gjithçka që diskutohet të shkruhet; matësi i kohës sigurohet që grupi të qëndrojë në detyrë dhe i përfundon të gjitha detyrat në kohë, hetuesi i burimeve përdor internetin dhe bibliotekën për të mbledhur informacion më të thellë për ekipin dhe koordinatori siguron që të dëgjohen mendimet e të gjithë anëtarëve të ekipit. Mundohuni t'i ndërroni këto role sa herë që grupi takohet.

22.7.6 Ju mund të shfrytëzoni talentin

Ne shpesh gjejmë se kemi aftësi të ndryshme për miqtë tanë. Në fakt, ne mund të kemi qasje të ndryshme edhe për të mësuar! Kjo shumëllojshmëri aftësish mund të jetë një përfitim i madh i punës në grup.

Anëtari i ekipit i cili është i shkëlqyer në krijimin kreativ të prezantimeve në grup mund t'i japë të gjithë grupit këshilla se si të përmirësohet produkti përfundimtar. Anëtari i ekipit i cili është i talentuar në kërkime mund ta mbështesë grupin në mbledhjen e të dhënave për rritjen e misionit të grupit.

Nëse përdorni punën në grup si një mundësi për të vëzhguar dhe mësuar nga talentet e të tjerëve, do të përfundoni me aftësi më të mëdha sesa nëse e keni bërë projektin në mënyrë individuale.

Përdorni mundësinë për të mësuar nga bashkëmoshatarët, për të parë talentet e tyre unike dhe për të mësuar mbi strategjitë e tyre. Pavarësisht nëse është një këshillë e re studimi ose njohuri se si të jeni një folës më i mirë publik.

22.7.7 Mësoni të negocioni

Një nga gjërat më zhgënjyese në lidhje me punën në grup për mua është se ndonjëherë produkti përfundimtar i projektit në grup nuk është pikërisht ai që dua. Është e vështirë për një perfeksionist të shohë ide dhe perspektiva në një paraqitje përfundimtare të vlerësimit të grupit, me të cilën nuk pajtoheni se janë më të mirat.

22.8 Konkluzione

Edhe nëse puna në grup ju jep makth, përpiquni të përqendroheni në ato aspekte pozitive. Është një metodë shumë e dobishme për të mësuar dhe zhvilluar produkte të reja. Kjo është arsyeja pse universitetet dhe vendet e punës përdorin skenarë të punës në grup rregullisht. Grupet efektive ju ndihmojnë jo vetëm të zhvilloni produkte më të mira përfundimtare dhe të mësoni më shumë, ata ju mësojnë aftësi të buta dhe inteligjencë emocionale që do t'ju shërbejnë pozitivisht gjatë gjithë jetës.

Herën tjetër që të përfshiheni në një skenar grupi, mbani fokusin tuaj se si grupi juaj mund të jetë i dobishëm për mësimin dhe zhvillimin tuaj:

- Ju merrni një sërë perspektivash
- .Ju përmirësoni fjalorin tuaj
- Mësoni të jepni mësim
- Mësoni të menaxhoni personalitetet
- Ju mund të shfrytëzoni talentin
- Mësoni të negocioni

23

Dinamika e ekipit
Menaxhimi i konfliktit të ekipit në mënyrë të sigurt dhe me përgjegjësi
Debati si formë e sfidës konstruktive

Rezultatet e të nxënit

Pas përfundimit të këtij kapitulli student do të jetë i aftë të:

- Përcaktojë konceptin e skuadrës (ekipit)
- Përshkruajë karakteristikat e ekipit
- Kuptojë rolin e tij në ekip
- Punojë në mënyrë efektive në një skuadër
- Menaxhojë konfliktin në ekip



23.1 Përkufizim

Skuadra apo ekipi është një grup njerëzish me aftësi të ndryshme të cilët punojnë drejt një vizioni të përbashkët. Anëtarët operojnë në një shkallë të lartë besimi dhe pavarësie.

Ata ndajnë përgjegjësi dhe autoritete për menaxhimin e vetvetes dhe krijojnë sinergji në një ndjenjë të fortë angazhimi.

- Puna në skuadër pjesëton detyrat dhe shumëfishon sukseset
- Vetëm jemi një pikë uji, së bashku jemi një oqean

23.2 Karakteristikat e ekipit

- Identifikimi i rolit të gjithsecilit
- Njohja me ekspertizën individuale (përvoja, pikat e forta, vizioni)
- Njohja me rolin e anëtarëve të tjerë.
- Qëllimi përfundimtar (lehtësim dhimbjeje, përmirësim funksioni dhe cilësisë së jetës).
- Komunikimi me dhembshuri (shmangie e keqkuptimeve, ndërtim marrëdhëniesh)
- Struktura mbështetëse (prezenca e një lideri)

23.3 Dinamika e ekipit

Infermieria varet nga ekipet për të kryer misionin dhe objektivat e saj. Rëndësia e punës ekipore efektive në infermierinë dhe kujdesin shëndetësor është thelbësore për sigurinë e pacientit. Kur

infermierët punojnë në ekipe efektive, ata janë më produktivë dhe më pak të stresuar, cilësia e kujdesit që ata ofrojnë është më e lartë, ka më pak gabime dhe pacientët janë më të kënaqur.

Kur një ekip punon mirë së bashku ka një ndryshim të dukshëm në atmosferën e punës. Kjo vihet re në disa mënyra të ndryshme, për shembull kur anëtarët e ekipit:

- kanë një kuptim të përbashkët të qëllimeve dhe detyrave të ekipit
- janë të gatshëm të dëgjojnë njëri-tjetrin
- trajtojnë mosmarrëveshjet pozitivisht dhe hapur
- japin dhe marrin reagime me respekt për ndjenjat e njëri-tjetrit.

23.3.1 Dinamikat dhe proceset e ekipit

Mënyra në të cilën anëtarët e ekipit angazhohen me njëri -tjetrin dhe faktorët që ndikojnë që ekipi të funksionojë mirë së bashku janë aspekte vendimtare të punës efektive të ekipit. Është e zakonshme që të ketë një drejtues ekipi të caktuar i cili do të udhëheqë performancën e ekipit dhe do të vendosë tonin se si një ekip do të punojë së bashku. Ka raste, megjithatë, kur një ekip do të drejtohet vetë dhe do të udhëhiqet së bashku nga anëtarët që kanë status ose përgjegjësi të ngjashme, të tilla si në një grup multidisiplinor.

Normat→ Shumica e ekipeve zhvillojnë norma, të cilat janë rregullat joformale të sjelljes që ndahen dhe zbatohen nga anëtarët e ekipit. Këto norma janë zhvilluar nga ekipet si një formë e vetë -rregullimit për të mundësuar funksionimin dhe mbijetesën e qëndrueshme të ekipit. Normat shpesh lidhen me kontributet e pritshme nga shfaqjet individuale. Një asistent i kujdesit shëndetësor do të ketë pritshmëri për rolin e një infermiere të kualifikuar dhe do të mbështesë infermierin e kualifikuar me aktivitetet ose parametrat e dakorduar. Sidoqoftë, këto parametra mund të ndryshojnë nga njësia në njësi dhe reparti në repart, në varësi të natyrës së punës ose përvojës së anëtarëve të ekipit. Kuptimi i këtyre parametrave të ndryshëm ndonjëherë mund të çojë në keqkuptime për shkak të ndryshimeve dhe infermierëve studentë ose anëtarëve të rinj të ekipit do t'u duhet të gjejnë normat e çdo grupi duke diskutuar dhe referuar protokolleve të njësive. Shembuj të normave të tjera mund të jenë kur merren pushimet, si negociohen ndërrimet, si të parandalohet sikleti duke qenë besnikë ndaj ekipit dhe si shprehen më së miri vlerat ose parimet e mbajtura kolektivisht[185].

Rolet→ Një rol është një grup sjelljesh të pritshme që janë karakteristike për një funksion specifik në ekip.Rolet e detyrave e mbajnë ekipin të fokusuar në objektivat ose funksionet e ekipit ndërsa rolet ushqyese janë lehtësuese ose kanë të bëjnë me ruajtjen e nevojave ndërpersonale. Anëtarët e ekipit mund të miratojnë më shumë se një rol.

23.4 Krijimi i punës efektive në ekip

[185] Rosen MA et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. Am Psychol. 2018



Qëllimet e ndërtimit të ekipit janë :

- përcaktimi i qëllimeve ose objektivave specifikë;
- qartësoni vlerat, qëllimin dhe funksionet e ekipit;
- alokoni ose rishpërndani rolet dhe përgjegjësitë e punës;
- krijoni modelet e komunikimit;
- sqaroni normat e grupit ose sjelljet e pritshme të ekipit;
- të identifikojë proceset vendimmarrëse, përgjegjësitë dhe hierarkitë për të përcaktuar marrëdhëniet midis ekipit.

Ndërtimi i ekipit gjithashtu mund të përdoret për të ndihmuar në integrimin e individëve në ekipe, duke krijuar kështu efektivitet që nga fillimi i jetës së një ekipi. Drejtuesi i ekipit duhet të ketë përgatitje paraprake për çdo ushtrim të ndërtimit të ekipit për të analizuar dhe përcaktuar problemet. Kjo përfshin katër hapa:

- Mbledhja e informacionit përmes mjeteve të ndryshme, të tilla si intervista individuale me ekipin, sondazh anonim, grupe të fokusuara dhe takime ekipore.
- Identifikimi i pikave të forta dhe fushave të zhvillimit të ekipit.
- Krijimi i një plani veprimi për t'ia paraqitur ekipit.
- Identifikimi i kohës për të punuar në çështjet e identifikuara[186].

Informacioni i sfondit gjithashtu mund të mblidhet në lidhje me strukturat e organizatës në të cilën punon ekipi, klimën aktuale të punës ose ambientin ose kulturën e punës, qëllimet e ekipit, karakteristikat profesionale të cilësimeve të punës së ekipit, shkalla në të cilën anëtarët punojnë si individë autonomë që lidhen me një ekip, nëse bazohen në një njësi ose janë të shpërndarë në një zonë gjeografike, kompleksiteti i roleve dhe përgjegjësive, stilet e zgjidhjes së problemeve, marrëdhëniet ndërpersonale dhe marrëdhëniet me grupet e tjera në organizatë[187].

23.5 Etapat që kalon nje ekip

- Faza e entuziazmit idealist e karakterizuar nga bashkëpunimi dhe karizma.
- Forcimi i komponentit drejtues dhe identifikimi i rolit të gjithsecilit.
- Kombinimi mes idealizmit dhe realizimit
- Shpirti i skuadrës (Ekipi)

23.6 Rëndësia e punës në skuadër (ekip)

[186] David Stanley. Clinical Leadership in Nursing and Healthcare. 2nd edition. 185- 199

[187] Babiker A et al,. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. Sudan J Paediatr. 2014

Puna ndërdisiplinore e ekipit është një proces kompleks në të cilin lloje të ndryshme të stafit punojnë së bashku për të ndarë ekspertizën, njohuritë dhe aftësitë për të ndikuar në kujdesin ndaj pacientit. Siç raportohet tek të dhënat, 70-80% e gabimeve të rënda mjekësore janë për shkak të mungesës së bashkëpunimit midis stafit mjekësor. Sot, puna e ekipit ndërdisiplinor po bëhet standardi i ri në kujdesin shëndetësor, duke përgatitur profesionistë për sfidat komplekse të mjekësisë moderne.

23.7 Përparësia e skuadrës interdisiplinare ndaj asaj multidisiplinare

- Bashkëpunim më i frytshëm për arritjen objektivave.
- Ndarje jo hierarkike mes profesionisteve e cila e fokuson
- më tepër skuadrën në zgjidhjen e problemit.
- Identifikimi i roleve për të optimizuar përvojën dhe rezultatet. [188]



23.8 Komunikimi në ekip

Një nga shkaqet më të shpeshta të punës së dobët në ekip është dështimi i komunikimit. Shumica e shpërqendrimeve janë përmes perceptimeve shqisore, të tilla si ndriçimi i dobët ose zhurma në sfond, të folurit, muzika, zilja e telefonave dhe ndërprerjet. Kalimi në një mjedis më të qetë ose përcaktimi i një kohe të përshtatëshme për të gjitha palët

Nivele të ndryshme të njohurive mund të krijojnë zhgënjim midis stafit dhe keqkuptime mbi pritjet nëse një standard i njohurive nuk përmbushet. Kjo kërkon një kulturë të hapjes në ekip në mënyrë që anëtarët të ndjehen të lirë të bëjnë pyetje dhe të mos kenë turp të pranojnë se nuk kanë informacion specifik. Komunikimi i mirë në ekipe kërkon një ritëm reciprok dhe angazhimi të ekipit. Sidoqoftë, gjithashtu duhet të bihet dakord që në rrethana të jashtëzakonshme mund të mos ketë kohë për të komunikuar.

[188] Bader, Carrie and Jaeger, Margarete, "What Makes an Interdisciplinary Team work? A Collection of Informed Ideas, Discussion Prompts, and Other Materials to Promote an Atmosphere of Collaboration, Trust, and Respect" (2014). Innovative Practice Projects. 42.

Dallimet në perceptim mund të shtrembërojnë mesazhet. I njëjti mesazh mund të shtrembërohet përmes një objektivi të paragjykimeve individuale, dallimeve socio-kulturore, etnike dhe arsimore, duke përfunduar shumë ndryshe nga ajo që ishte menduar. Ekipet duhet të zhvillojnë tolerancën dhe vetëdijen për filtrat individualë të perceptimit. Shqetësimi, ankthi, gjendjet e larta emocionale dhe tipare të caktuara të personalitetit, siç është neurotizmi, i cili është një nga pesë tiparet kryesore të personalitetit të tipizuar nga ankthi i tepërt ose pavendosmëria, mund të ndërhyjë në komunikimin e mesazheve.

Anëtarët e ekipit duhet të ndihen të sigurt për të shprehur shqetësimet e tyre dhe të kenë mbështetje nga kolegët dhe udhëheqësi. Sidoqoftë, nëse streset ndërhyjnë në punën efektive, duhet kërkuar mbështetje për shëndetin në punë[189].

23.8.1 Menaxhimi i konfliktit të ekipit në mënyrë të sigurt dhe me përgjegjësi

Konflikti është një mosmarrëveshje për diçka me rëndësi për njerëzit e përfshirë. Aftësitë për zgjidhjen e konflikteve janë mjete drejtuese dhe menaxhuese që të gjithë infermierët e regjistruar duhet t'i kenë në repertorin e tyre. Konflikti në vetvete nuk është i keq. Konflikti mund të jetë i shëndetshëm. Ai, ashtu si ndryshimi, lejon krijimtarinë, inovacionin, idetë e reja dhe mënyrat e reja të të bërit të gjërave. Ai lejon diskutimin e shëndetshëm të pikëpamjeve dhe vlerave të ndryshme dhe shton një dimension të rëndësishëm në ofrimin e kujdesit cilësor të pacientit. Pa ndonjë konflikt, grupet ose ekipet e punës priren të bien "në kurthin e rutinës". Konflikti mund të stimulohet nga gjëra të tilla si burimet e pakta, pushtimi i hapësirës personale, çështjet e sigurisë , dallimet kulturore, burimet e pakta të infermierisë, rritja e ngarkesës së punës, konkurrenca në grup dhe kërkesat dhe përgjegjësitë e ndryshme infermierore.

Konflikti mund të shihet si një ndjenjë, një mosmarrëveshje, një papajtueshmëri e vërtetë ose e perceptuar e interesave, botëkuptime jokonsistente ose një grup sjelljesh. Konflikti lind kur ekziston ndërvarësia, dhe zgjidhja e konfliktit është e nevojshme për të ndërtuar marrëdhënie pozitive me të tjerët, si dhe për të përmbushur nevojat tona. Megjithëse konflikti është i pashmangshëm, ai mund të ketë rezultate të favorshme kur trajtohet në mënyra pohuese dhe të përgjegjshme. Zgjidhja e konflikteve mund të krijojë ndërvarësi dhe bashkëpunim profesional dhe të ndihmojë anëtarët e ekipit të adresojnë më mirë problemet e pacientit.

Konflikti është dinamik. Mund të jetë pozitiv ose negativ, i shëndetshëm ose jofunksional. Konflikti gjithashtu mund të rrisë krijimtarinë duke vepruar si një stimul për zhvillimin e ideve të reja ose duke identifikuar metoda për zgjidhjen e problemeve. Konflikti gjithashtu i ndihmon njerëzit të njohin dallimet legjitime brenda profesionit dhe shërben si një motivues i fuqishëm për të përmirësuar performancën dhe efektivitetin, si dhe kënaqësinë.

23.8.2 Procesi i modelit të konfliktit

[189] Shirley Bach, Peter Ellis. Leadership Management and Team Working in Nursing. 20-37

Disa autorë kanë propozuar modele për shqyrtimin e konfliktit (Pondy, 1967; Filley, 1975; Thomas, 1976). Të gjithë ndjekin një format të përgjithësuar për shqyrtimin e konfliktit. Këto modele ofrojnë një kornizë që ndihmon në shpjegimin se si dhe pse ndodh konflikti dhe, në fund të fundit, se si mund të minimizohet konflikti ose të zgjidhet me sasinë më të vogël të pasojave negative. Konflikti dhe zgjidhja e tij zhvillohen sipas një procesi specifik. Ky proces fillon me disa kushte paraekzistuese (kushte paraardhëse). Palët ndikohen nga ndjenjat ose perceptimet e tyre për situatën (konflikti i perceptuar ose i ndjerë), i cili fillon sjelljen dhe shfaqet konflikti.

23.8.3 Konfliktet e roleve

Rolet përcaktohen si pritjet e njerëzve të tjerë në lidhje me sjelljen dhe qëndrimet. Rolet bëhen të paqarta kur një ose më shumë palë kanë përgjegjësi të ndërlidhura që janë të paqarta ose mbivendosen.

23.8.4 Vlerat dhe Besimet

Dallimet në vlerat dhe besimet shpesh kontribuojnë në konfliktin e kujdesit shëndetësor. Vlerat dhe besimet rezultojnë nga përvoja e shoqërizimit të individit. Mekanizmat distancues ose diferencimi shërbejnë për të ndarë anëtarët e një grupi në grupe të vogla, të dallueshme, duke rritur kështu mundësinë për konflikt. Diferencimi midis nën -njësive gjithashtu ndodh dhe është për shkak të ndryshimeve në strukturë. Të gjithë infermierët mund të pritet të arrijnë konsensus për një çështje, por ata mund të përjetojnë konflikt të brendshëm nëse detyrohen të pranojnë një pozicion në grup edhe pse individualisht ata mund të mos jenë plotësisht të dakort ndaj vendimit[190].

23.8.5 Rezultatet

Rezultati ndikon në mënyrën se si konflikti do të trajtohet nga palët në të ardhmen. Zgjidhja optimale është menaxhimi i çështjeve në një mënyrë që do të çojë në një zgjidhje ku të dyja palët e shohin veten si fitues dhe problemi zgjidhet.

23.8.6 Menaxhimi i konfliktit

Menaxhimi i konfliktit është një pjesë e rëndësishme e punës së infermierit. Menaxhimi i konfliktit fillon me një vendim nëse dhe kur duhet ndërhyrë. Disa konflikte janë aq të vogla, veçanërisht nëse janë midis vetëm dy personave, saqë nuk kërkojnë ndërhyrje dhe do të trajtoheshin më mirë nga dy personat e përfshirë. Lejimi i tyre për të zgjidhur konfliktin e tyre mund të sigurojë një përvojë zhvillimore dhe të përmirësojë aftësitë e tyre për të zgjidhur konfliktin në të ardhmen. Ndonjëherë është mirë të shtyhet ndërhyrja me qëllim për të lejuar

[190] Patricia Kelly. Essentials of nursing Leadership& Management. 2nd edition. 159-161

përshkallëzimin e konfliktit, sepse intensiteti i shtuar mund të motivojë pjesëmarrësit të kërkojnë zgjidhje[191].

23.8.7 Përgjigjet e konfliktit

Përballja konsiderohet si mjeti më efektiv për zgjidhjen e konflikteve. Qëllimi i kësaj teknike është arritja e zgjidhjeve fitimprurëse. Faktet duhet të përdoren për të identifikuar problemin.

Negocimi përfshin dhënie-marrje për çështje të ndryshme midis palëve. Qëllimi i tij është të arrijë marrëveshje edhe pse konsensusi nuk do të arrihet. Negocimi shpesh bëhet një procedurë e strukturuar, formale, si në negociatat kolektive.. Megjithëse negociatat përfshijnë aftësi komunikimi, dobia e tij sillet rreth çështjeve të konfliktit.

Bashkëpunimi nënkupton vëmendje reciproke ndaj problemit, në të cilin përdoren talentet e të gjitha palëve. Në bashkëpunim, fokusi është në zgjidhjen e problemit, jo në mposhtjen e kundërshtarit. Bashkëpunimi është i dobishëm në situata në të cilat qëllimet e të dyja palëve janë shumë të rëndësishme .

Kompromisi përdoret për të ndarë shpërblimet midis të dyja palëve. Kompromisi mund të shërbejë si një kopje rezervë për të zgjidhur konfliktin kur bashkëpunimi është i paefektshëm. Kompromisi është gjithashtu i përshtatshëm kur një zgjidhje kërkohet me shpejtësi.

Konkurrenca është një përpjekje e gjithanshme për të fituar, pavarësisht kostos. Konkurrenca mund të jetë e nevojshme në situata që përfshijnë vendime jopopullore ose kritike. Konkurrenca përdoret gjithashtu në situata në të cilat koha nuk lejon më shumë teknika bashkëpunuese.

Shmangia është teknika e zgjidhjes së konflikteve që përdoret shpesh në grupe shumë kohezive. Grupi shmang mosmarrëveshjet sepse anëtarët e tij nuk duan të bëjnë asgjë që mund të ndërhyjë në ndjenjat e mira që kanë për njëri -tjetrin. Nëse konflikti përshkallëzohet në një situatë të rrezikshme, shmangia dhe tërheqja janë strategji të përshtatshme.

Zbutja arrihet duke komplimentuar kundërshtarin, duke minimizuar dallimet dhe duke u përqendruar në fusha të vogla marrëveshjeje. Zbutja mund të jetë e përshtatshme në trajtimin e problemeve të vogla, por në përgjigje të problemeve të mëdha, ajo prodhon të njëjtat rezultate si tërheqja.

Detyrimi është një metodë që jep një përfundim të menjëhershëm të konfliktit, por e lë shkakun e konfliktit të pazgjidhur. Detyrimi mund të jetë i përshtatshëm në situata jetë a vdekje, por përndryshe është i papërshtatshëm. Rezistenca mund të jetë pozitive ose negative.

23.8.8 Strategjitë e Filley

[191] Eleanor J. Sullivan. Effective Leadership and Management in Nursing. 8th Edition. 160-169.

Filley (1975) identifikoi tre strategji bazë për trajtimin e konfliktit sipas rezultatit: fito-humb, humb-humb, dhe fito-fito.

Në strategjinë fitim-humbje, njëra palë ushtron dominim, zakonisht me fuqinë e autoritetit, dhe pala tjetër nënshtrohet dhe humbet. Detyrimi, konkurrimi dhe negocimi janë teknika që ka të ngjarë të çojnë në konkurrencë fitore -humbje. Rregulli i shumicës është një shembull tjetër i rezultatit fitim -humbje, veçanërisht brenda grupeve. Mund të jetë një metodë e kënaqshme për zgjidhjen e konfliktit, megjithatë, nëse fraksione të ndryshme votojnë ndryshe për çështje të ndryshme dhe grupi funksionon me kalimin e kohës, në mënyrë që anëtarët të fitojnë disa dhe të humbin disa. Rezultatet fitim-humbje shpesh ndodhin midis grupeve. Megjithatë, humbja e shpeshtë mund të çojë në humbjen e kohezionit brenda grupeve dhe të zvogëlojë autoritetin e udhëheqësit të grupit.

Në strategjinë humbje-humbje, asnjëra palë nuk fiton. Zgjidhja e arritur është e pakënaqshme për të dyja palët. Shmangia, tërheqja, zbutja dhe kompromet imi mund të çojnë në humbje - humbje të rezultateve. Një strategji kompromet uese është përdorimi i ryshfetit për të ndikuar në bashkëpunimin e tjetrit për të bërë diçka që ai ose ajo nuk i pëlqen. Kjo është një strategji e zakonshme në arbitrazhin e mosmarrëveshjeve të menaxhimit të punës.

Strategjia fitim-fitim fokusohet në qëllimet dhe përpjekjen për të përmbushur nevojat e të dyja palëve. Dy strategji specifike fitim -fitim janë konsensusi dhe vendimmarrja integruese. Konsensusi përfshin vëmendjen ndaj fakteve dhe pozicionit të palëve të tjera dhe shmangien e tregtimit, votimit ose mesatarizimit, ku të gjithë humbasin diçka. Vendimi i konsensusit shpesh është superior edhe ndaj atij individual më të mirë. Kjo teknikë është më e dobishme në një grup, sepse është e ndjeshme ndaj karakteristikave negative të rezultateve të fitimit - humbjes dhe humbjes - humbjes. Konsensusi i vërtetë ndodh kur problemi është eksploruar plotësisht, nevojat dhe qëllimet e palëve të përfshira janë kuptuar dhe një zgjidhje që i plotëson këto nevoja është pajtuar.

Fokusi i këtij aktiviteti të grupit është zgjidhja e problemit, jo detyrimi, dominimi, shtypja ose kompromisi. Grupi punon drejt një qëllimi të përbashkët në një atmosferë që inkurajon shkëmbimin e lirë të ideve dhe ndjenjave. Duke përdorur metoda integruese të vendimmarrjes, palët identifikojnë së bashku nevojat për vlerën e secilës, bëjnë një kërkim shterues për alternativat që mund të plotësojnë nevojat e secilës, dhe pastaj zgjedhin alternativën më të mirë.

23.9 Debati si formë e sfidës konstruktive

Fjala "debat" ka kuptime të ndryshme në varësi të kontekstit. Fjalori i Oksfordit (2002) përcakton debatin si:

- një diskutim zyrtar i një çështjeje në një takim publik ose në një parlament
- një argument ose diskutim që shpreh opinione të ndryshme.

Debati mund të zhvillojë aftësinë kërkimore, aftësitë e të menduarit kritik dhe aftësitë e të folurit publik (Ehnenger & Brockriede, 1978). Këto aftësi mund të transferohen në aktivitete të tjera akademike, të tilla si diskutimi në grupe të vogla, shkrimi i punimeve akademike dhe dhënia e prezantimeve. Ndërtimi i rasteve u jep mundësinë folësve të kontekstualizojnë argumentet e tyre sipas kushteve të tyre. Ashtu si shumica e përbërësve të debatit, rasti nuk ka një format të cakuar, por konvencioni dhe kuptimi i përbashkët i praktikave më të mira kanë çuar në zhvillimin e standardeve të caktuara[192].

Në të vërtetë, hapësirat bashkojnë në mënyrë ideale aktorë nga fusha profesione ose disiplina të ndryshme. Heterogjeniteti siguron një larmi perspektivash, e cila stimulon krijimin e aktiviteteve të reja. Chreim, Langley, Comeau-Vallée, Huq dhe Reay (2013).

Hapja e kufijve konsiston në zbutjen e kufijve midis aktorëve, p.sh., profesionistëve, për të inkurajuar shkëmbimin dhe bashkëpunimin e njohurive. Mbyllja e kufijve, përkundrazi, konsiston në ruajtjen e kufijve midis aktorëve në mënyrë që të segmentohen më mirë rolet. Këto debate janë themelore sepse janë katalizatorë të inovacionit. Duke u përfshirë në debate konstruktive, aktorët mund të ndryshojnë rutinën e hapësirave të tyre dhe t'i vendosin këto ndryshime në praktikën e tyre të përditshme[193]

[192] Joseph W.LUCKETT. Basic Concepts for Teaching and Learning Debate.2006

[193] Jeffrey HannanBenjamin BerkmanChad Meadows. Introduction to Public Forum and Congressional Debate. 2012. 83-90

24

Mendimi analitik dhe kritik
Lidhja e tij me praktikën e infermierit në familje

Rezultatet e të nxënit

Në fund të këtij kapitulli studenti do të:

- Njohë Komponentët e të menduarit kritik
- Zbatojë mendimin kritik në Praktikën Infermierore
- Zbulojë efektet pozitive të të menduarit kritik
- Jetë i aftë të aplikojnë konceptet e trajtuara në këtë sesion në të menduarit kritik dhe analizën e situatës së burrave dhe grave në fusha të ndryshme të jetës sociale dhe profesionale.

24.1 Hyrje

Për shkak të ndryshimit të vazhdueshëm të mjedisit të kujdesit shëndetësor, të menduarit kritik është një aftësi e nevojshme në mënyrë që infermierët të marrin vendime komplekse.

Mendimi kritik është procesi përmes të cilit infermierët analizojnë dhe kuptojnë situatat në mënyrë që të marrin vendime të shëndosha klinike.

Mendimi analitik dhe kritik paraqet informacion në lidhje me marrëdhënien midis:

- zgjidhjes së problemeve,
- vendimmarrjes ,
- procesit infermieror.

Mendimtarët kritikë janë njerëz që dinë të mendojnë. Ata posedojnë autonomi intelektuale, pasi refuzojnë të pranojnë përfundime pa vlerësuar dëshmitë (faktet dhe arsyetimet) për veten e tyre. Mendimtarët kritikë kanë aftësinë të mendojnë përtej të dukshmes dhe të krijojnë lidhje midis ideve.

24.2 Komponentët e të menduarit kritik

Mendimi kritik ka disa komponentë, duke përfshirë operacionet mendore, njohuritë dhe qëndrimet.

Arsyetimi → përfshin aktivitete të tilla si vendimmarrja që përdoret për të gjetur ose krijuar kuptim. Infermierët angazhohen në aktivitete të tilla sa herë që kërkojnë zgjidhje në bazë të arsyeshmërisë dhe zhvillojnë rezultatet në përputhje me rrethanat. Rezultati i këtyre operacioneve është zgjidhja krijuese, e përshtatshme e problemeve. Mendimi kritik u mundëson infermierëve të bëjnë gjykime të shëndosha klinike duke analizuar informacionin dhe duke aplikuar njohuritë.

Njohuritë → Mendimi kritik kërkon një bazë njohurish që përfshin njohuri deklarative, që janë fakte ose informacione specifike, dhe njohuri operative, e cila është një kuptim i natyrës së asaj njohurie. Kurrikulat e infermierisë ndihmojnë studentin në mësimin e fakteve specifike rreth infermierisë dhe ofrimit të kujdesit cilësor. Studentët gjithashtu mësohen se si të shqyrtojnë besimet që qëndrojnë në faktet në mënyrë që të analizojnë dhe interpretojnë ato fakte. Gjetja e kuptimit në atë që dikush po mëson është thelbi i të menduarit kritik. Për të menduar në mënyrë kritike, për të zgjidhur problemet dhe për të marrë vendime, infermierët duhet të zhvillojnë një bazë të gjerë njohurish. Njohuritë intuitive të infermierëve janë thelbësore për ofrimin e kujdesit. Infermierët marrin një bazë të gjerë njohurish që përfshin informacione nga disiplina të tjera të tilla si shkenca fizike (anatomia, fiziologjia, biologjia), psikologjia dhe filozofia (logjika). Infermierët e zbatojnë këtë njohuri në situata të veçanta të klientit përmes përdorimit të të menduarit kritik.

Qëndrimet → Qëndrime të caktuara rrisin aftësinë e një personi për të menduar në mënyrë kritike. Një nga qëndrimet më të rëndësishme të nevojshme nga një mendimtar kritik është një ndjenjë kurioziteti që i lejon personit të pyesë supozimet mbi të cilat bazohen vendimet. Analiza e supozimeve bazë i lejon personit të planifikojë dhe veprojë në mënyrë racionale dhe jo jashtë zakonit ose rutinës. Disa qëndrime të demonstruara nga mendimtarët kritikë janë:

- Toleranca, mendje hapur, mendimi jogjykues
- Kurioziteti
- Këmbëngulja, guximi intelektual
- Respekt për perspektivat e të tjerëve
- Rehati që merret me paqartësinë, pasigurinë
- Përulësi intelektuale (duke ditur që dikush nuk i ka të gjitha përgjigjet)
- Vetëbesimi (besimi në aftësinë e veta për të menduar mirë gjërat dhe për të marrë vendime të përshtatshme)
- Fleksibiliteti
- Organizimi

Komisioni i Lidhjes Kombëtare për Akreditimin e Infermierisë (NLNAC) e ka përkufizuar të menduarit kritik si "**proces i qëllimshëm jolinear i mbledhjes, interpretimit, analizimit, nxjerrjes së përfundimeve, prezantimit dhe vlerësimit të informacionit që bazohet në fakte dhe besim.**

Kjo demonstrohet me gjykimin klinik në infermieri, i cili përfshin dimensione dhe kërkime :

- etike,
- diagnostike ,
- terapeutike.

24.3 Mendimi kritik në infermieri përfshin aplikimin e:

- Njohurive dhe përvojës për të identifikuar problemet e pacientit .
- Drejtimin e gjykimeve klinike duke zgjedhur nga alternativat, duke peshuar dëshmitë, duke përdorur intuitën dhe duke njohur modelin.
- Pyetjeve, mbledhjen e të dhënave, analizën, sintezën, interpretimin, përfundimin, arsyetimin induktiv dhe deduktiv, intuitën, zbatimin, kreativitetin dhe verifikimin.
- Një infermier që mendon në mënyrë kritike përdor aftësitë kryesore të të menduarit njohës dhe justifikimin bazuar në dëshmi për të kryer veprime që rezultojnë në rezultate pozitive të pacientit.

Mendimi kritik zbatohet nga infermierët në procesin e zgjidhjes së problemeve të pacientëve dhe procesin e vendimmarrjes me kreativitet për të rritur efektin. Është një proces thelbësor për një ndërhyrje infermierore të sigurt, efikase dhe të aftë. Mendimi kritik sipas **Scriven dhe Paul** është **procesi aktiv mendor dhe perceptimi delikat, analiza, sinteza dhe vlerësimi i informacionit të mbledhur ose të nxjerrë nga vëzhgimi, përvoja, reflektimi, arsyetimi ose komunikimi që çon në bindjen për veprim.**

Aftësitë e të menduarit kritik janë thelbësore për të gjithë infermierët. Ato janë një domosdoshmëri për ofrimin e kujdesit klinik të sigurt dhe me cilësi të lartë. Infermierët sot po kujdesen për pacientët që kanë nevoja komplekse, të larmishme të kujdesit shëndetësor, duke e bërë rëndësinë e të menduarit kritik në infermieri edhe më të madhe. Kompleksiteti i kujdesit infermieror kërkon aftësi të të menduarit të nivelit më të lartë. Mungesa e përvojës mund të kufizojë aftësinë e një infermiere për të arsyetuar, menduar dhe gjykuar, gjë që mund të paraqesë një rrezik për pacientët.

Pra, infermierët duhet të miratojnë pozicione që promovojnë të menduarit kritik dhe përsosin aftësitë e arsyetimit kritik në mënyrë që një vlerësim kuptimplotë i informacionit të mëparshëm dhe të ri dhe vendimeve të marra çdo ditë për shtrimin në spital dhe përdorimin e burimeve të kufizuara, ju detyron të mendoni dhe veproni në rastet kur nuk ka përgjigje të qarta as procedura specifike dhe ku forcat kundërshtare transformojnë vendimmarrjen në një proces kompleks.

Mendimi kritik zbatohet për infermierët pasi ata kanë njohuri të larmishme për të trajtuar situatat e ndryshme të hasura gjatë ndërrimeve të tyre ende përballen me ndryshime të vazhdueshme në një mjedis me stres të vazhdueshëm të ndryshimit të kushteve dhe të marrin vendime të rëndësishme duke përdorur të menduarit kritik për të mbledhur dhe interpretuar informacionin e nevojshëm për marrjen një vendimi.

Mendimi kritik, i kombinuar me kreativitetin, përsosin rezultatin pasi infermierët mund të gjejnë zgjidhje specifike për problemet specifike me kreativitetin që ndodh aty ku ndërhyrjet tradicionale nuk janë efektive. Edhe me kreativitetin, infermierët gjenerojnë ide të reja , bëhen fleksibël dhe të natyrshëm, krijojnë zgjidhje origjinale për problemet, veprojnë në mënyrë të pavarur dhe me besim, edhe nën presion, dhe demonstrojnë origjinalitet[194].

24.4 Aftësitë kritike të mendimit

Infermierët në përpjekjet e tyre për të zbatuar të menduarit kritik duhet të zhvillojnë disa metoda si dhe aftësi njohëse të kërkuara në analizë, zgjidhje problemesh dhe vendimmarrje. Këto aftësi përfshijnë :

- analizën kritike,
- justifikimi fillestar dhe përfundimtar,
- përfundimin e vlefshëm,
- dallimin e fakteve dhe opinioneve për të vlerësuar besueshmërinë e burimeve të informacionit, sqarimin e koncepteve dhe kushtet e njohjes.

Analiza kritike zbatohet për një grup pyetjesh që lidhen me ngjarjen ose konceptin për përcaktimin e informacionit dhe ideve të rëndësishme dhe hedhjen poshtë të atyre të panevojshme. Është, pra, një grup kriteresh për të racionalizuar një ide ku duhet të dini të gjitha pyetjet, por të përdorni atë të përshtatshme në këtë rast.

Metoda Sokratike ku kërkohet pyetja dhe përgjigja, është një teknikë në të cilën dikush mund të hetojë nën sipërfaqe, të njohë dhe të ekzaminojë gjendjen, të kërkojë pasojat, të hetojë pikëpamjet e të dhënave të shumta dhe të bëjë dallimin midis asaj që di dhe asaj që beson. Kjo metodë duhet të zbatohet nga infermierët në fund të turnit të tyre, kur rishikojnë historinë dhe përparimin e pacientit, planifikojnë planin e infermieror ose diskutojnë trajtimin e një pacienti me kolegët.

Justifikimi fillestar dhe përfundimtar janë dy aftësi të tjera të të menduarit kritik, ku justifikimi për përgjithësimet induktive formohet nga një grup të dhënash dhe vëzhgimesh, të cilat kur merren së bashku, si pjesë specifike të informacionit përbëjnë një interpretim të veçantë. Në të kundërt, arsyetimi nxirret nga e përgjithshmja në të veçantën. Sipas kësaj, infermieri fillon nga një kuadër konceptual - për shembull, përcaktimi i përparësive të nevojave nga Masloë ose një kontekst i dukshëm dhe jep interpretim përshkrues të gjendjes së pacientit në lidhje me këtë kuadër. Pra, infermieri që përdor nevojat e vizatimit kategorizon informacionin dhe përcakton problemin e pacientit bazuar në , ushqimin ose nevojën për mbrojtje.

[194] Benner, P., Hughes, R. G., and Sutphen, M. (2008). *Clinical reasoning, decision making, and action: Thinking critically and clinically.* In R. G. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Në të menduarit kritik, infermierët ende dallojnë pretendimet bazuar në fakte, përfundime, gjykime dhe opinione. Vlerësimi i besueshmërisë së informacionit është një fazë e rëndësishme e të menduarit kritik, ku infermieri duhet të konfirmojë saktësinë e këtij informacioni duke kontrolluar dëshmitë dhe informatorët e tjerë.

Konceptet janë ide dhe opinione që përfaqësojnë objektet në botën reale dhe rëndësinë e tyre. Secili person ka zhvilluar konceptet e veta, ku ato janë të vendosura nga të tjerët, ose bazuar në përvojën personale, studimin ose aktivitetet e tjera. Për një kuptim të qartë të situatës së pacientit, infermierja dhe pacienti duhet të jenë në pajtim me rëndësinë e koncepteve.

Njerëzit gjithashtu jetojnë nën supozime të caktuara. Shumë besojnë se njerëzit në përgjithësi kanë një natyrë bujare, ndërsa të tjerët besojnë se është një tendencë njerëzore për të vepruar në interesin e vet. Infermierja duhet të besojë se jeta duhet të konsiderohet e paçmueshme pavarësisht nga gjendja e pacientit, me pacientin që shpesh beson se cilësia e jetës është më e rëndësishme se kohëzgjatja. Infermierja dhe pacienti, duke kuptuar se mund të bëjnë zgjedhje bazuar në këto supozime, mund të punojnë së bashku për një plan infermieror të përbashkët të pranueshëm.

24.4.1 Sjelljet e përmirësimit të të menduarit kritik

Personi që aplikon mendimin kritik punon për të zhvilluar qëndrimet dhe karakteristikat e mëposhtme pavarësinë e mendimit, drejtësinë, depërtimin në nivelin personal dhe publik, intelektin e përulur dhe shtyrjen e krizës, guximin shpirtëror, integritetin, këmbënguljen, vetëbesimin, konsideratat e interesit kërkimor jo vetëm pas ndjenjave dhe emocioneve por edhe pas mendimeve dhe kuriozitetit.

24.4.2 Pavarësia e mendimit

Individët që zbatojnë të menduarit kritik kur piqen marrin njohuri dhe përvoja dhe shqyrtojnë bindjet e tyre sipas dëshmive të reja. Infermierët nuk qëndrojnë në atë që u mësuan në shkollë, por janë "mendjehapur" në aspektin e metodave të ndryshme të ndërhyrjes së aftësive teknike.

24.4.3 Paanshmëria

Ata që zbatojnë të menduarit kritik janë të pavarur në mënyra të ndryshme, bazuar në dëshmi dhe jo në panik ose paragjykime personale dhe grupore. Infermierja merr parasysh pikëpamjet e anëtarëve të rinj dhe të vjetër të familjes.

24.4.4 Mendjemprehtësia në faktorët personal dhe social

Ata që përdorin mendimin kritik dhe pranojnë mundësinë që paragjykimet e tyre personale, presionet shoqërore dhe zakonet mund të ndikojnë shumë në gjykimin e tyre. Pra, ata përpiqen të interpretojnë në mënyrë aktive paragjykimet e tyre sa herë që mendojnë dhe vendosin.

24.4.5 Përulësia dhe shtyrja e krizës

Përultësi do të thotë të kesh dikë të vetëdijshëm për kufijtë e njohurive të tij. Pra, ata që zbatojnë mendimin kritik janë të gatshëm të pranojnë se nuk dinë diçka dhe besojnë se ajo që ne të gjithë e konsiderojmë të vërtetë nuk mund të jetë gjithmonë e vërtetë, sepse mund të dalin prova të reja.

24.4.6 Guxim shpirtëror

Vlerat dhe besimet nuk merren gjithmonë nga racionaliteti, që do të thotë opinione të hulumtuara dhe të provuara që mbështeten nga arsye dhe informacione. Guximi duhet të jetë i vërtetë në terrenin e tyre të ri në situata kur dënimet shoqërore për papajtueshmërinë janë të rrepta. Në shumë raste infermierët që mbështetën një qëndrim sipas të cilit nëse hetimet vërtetohen të gabuara, ato anulohen.

24.4.7 Integriteti

Përdorimi i të menduarit kritik për të vënë në dyshim individët mendërisht dhe tërësisht dhe njohuritë e të tjerëve në mënyrë që ata të jenë të gatshëm të pranojnë dhe vlerësojnë shkakton mospërputhje si të bindjeve të tyre ashtu edhe të besimeve të të tjerëve.

24.4.9 Këmbëngulje

Këmbëngulja e treguar nga infermierët në eksplorimin e zgjidhjeve efektive për problemet e pacientëve dhe përcaktimin infermieror të secilit ndihmon në sqarimin e koncepteve dhe në dallimin e çështjeve të ndërlidhura pavarësisht vështirësive dhe dështimeve. Duke përdorur të menduarit kritik ata i rezistojnë tundimit për të gjetur një përgjigje të shpejtë dhe të thjeshtë për të shmangur situata të pakëndshme siç janë konfuzioni dhe zhgënjimi.

24.4.10 Besimi në arsyetim

Sipas mendimit kritik përmes arsyetimit të motivuar mirë çon në përfundime të besueshme. Infermierët duke përdorur mendim kritik zhvillojnë arsyetimin induktiv dhe deduktiv. Infermierja duke fituar më shumë përvojë në procesin e përmirësimit vepron si model për kolegët, duke i frymëzuar ata për të zhvilluar të menduarit kritik.

24.4.11 Mendime dhe ndjenja interesante për kërkime

Infermierët duhet të njohin, ekzaminojnë dhe inspektojnë ose modifikojnë emocionet e përfshira me të menduarit kritik. Pra, nëse ndiejnë zemërim, faj dhe zhgënjim për ndonjë ngjarje në punën e tyre, ata duhet të ndjekin disa hapa: Për të kufizuar operacionet për një kohë për të shmangur përfundimet e nxituara dhe vendimet impulsive, diskutoni ndjenjat negative me një person të besuar, konsumoni pak energji të prodhuara nga emocionet, për shembull duke ecur, meditoni mbi situatën dhe përcaktoni nëse përgjigja emocionale është e përshtatshme. Pasi të pakësohen ndjenjat intensive, infermieri do të jetë në gjendje të vazhdojë në mënyrë objektive në përfundimet e nevojshme dhe të marrë vendimet e nevojshme.

24.4.12 Kurioziteti

Përdorimi i të menduarit kritik është plot me pyetje. Pra, një infermiere kërkimore llogarit traditat, por nuk heziton t'i sfidojë ato nëse nuk konfirmon vlefshmërinë dhe besueshmërinë e tyre.

24.5 Mendimi kritik dhe krijimtaria

Mendimtarët kritikë janë gjithashtu mendimtarë krijues. Mendimtarët kritikë dhe krijues janë ata që vënë në dyshim status quo-në dhe kërkojnë strategji novatore, por praktike, për përmirësim. Ata që mendojnë në mënyrë kritike dhe krijuese janë ata që kanë më shumë gjasa të kryejnë kërkime dhe të zbatojnë rezultatet e studimeve kërkimore. Infermierët krijues mendojnë në mënyra të reja kur kërkojnë zgjidhje për problemet. Procesi i zgjidhjes krijuese të problemeve është të menduarit drejtuar qëllimit që çon në arritje duke përdorur ide ose metoda të reja. Sfidat e paraqitura nga mjedisi aktual i kujdesit shëndetësor kërkojnë që infermierët të jenë mendimtarë krijues. Mendimi kritik ndihmon infermierët të bëjnë një kalim të qetë nga e vjetra në të re duke lehtësuar analizën dhe planifikimin. Mendimi krijues është themeli për individualizimin e kujdesit ndaj klientit, në atë që infermierja identifikon nevojat unike të secilit klient dhe zhvillon ndërhyrje specifike për ato nevoja. Pa mendim krijues, kujdesi infermieror do të bëhej rutinë, domethënë e njëjtë për çdo klient. Ekziston një lidhje e fortë midis të menduarit kritik dhe krijues. Për të zhvilluar zgjidhje krijuese për problemet, infermierja duhet të përdorë intelektin kritik.

Mendimtarët kritikë dhe krijues përfshihen në këto sjellje:

- Njohin ekzistencën e një problemi (stimul për ndryshim)
- Konsiderojnë mënyra të reja të zgjidhjes së problemeve
- Krijojnë kritereve për vlerësimin e efektivitetit të një veprimi
- Mësojnë nga gabimet e dikujt
- Transferojnë mësimet nga njëra situatë në tjetrën
- Krijojnë zgjidhje novatore për problemet komplekse.

24.6 Mendimi kritik dhe zgjidhja e problemeve

Mendimi kritik përfshin proceset e zgjidhjes së problemeve dhe vendimmarrjes. Me metodën e zgjidhjes së problemeve:

- identifikohen problemet,
- mblidhen informacionet,
- emërtohet një problem specifik,
- zhvillohet një plan për zgjidhjen e problemit,
- plani vihet në veprim dhe vlerësohen rezultatet e planit.

Sidoqoftë, ky lloj i zgjidhjes së problemeve bazohet shpesh në të dhëna jo të plota, dhe planet ndonjëherë bazohen në supozime. Një qasje e formalizuar për zgjidhjen e problemeve, procesi i

infermieror, u mundëson infermierëve të identifikojnë nevojat e klientit dhe të zhvillojnë strategji për adresimin e këtyre nevojave. Është një proces sistematik dhe i bazuar shkencërisht që kërkon përdorimin e shumë aftësive njohëse dhe psikomotorike.

Veprimet e mëposhtme ndërhyjnë negativisht në zgjidhjen efektive të problemeve:

- Hedhja shumë shpejt në një përfundim para se të eksploroni të gjitha aspektet e një problemi.
- Dështimi në marrjen e fakteve kritike, për problemin ose ndryshimin e propozuar.
- Zgjedhja e problemeve ose ndryshimeve që janë shumë të përgjithshme, shumë komplekse ose të përcaktuara dobët.
- Dështimi për të artikuluar një zgjidhje racionale të problemit ose ndryshimit të propozuar.
- Dështimi në zbatimin dhe vlerësimin e duhur të propozimit.

Mendimtarët kritikë shmangin kurthe të tilla duke përcaktuar qartë problemin, duke analizuar të dhënat, duke kuptuar shkaqet dhe duke krijuar ide të reja që do të çojnë në zgjidhjen e problemit.

24.7 Mendimi kritik dhe vendimmarrja

Me ndryshimet e shpejta në kujdesin shëndetësor dhe hyrjen e teknologjisë së re, infermierët duhet të jenë në gjendje të përdorin të menduarit kritik. Vendimet që ofrojnë kujdes optimal të klientit janë rezultat i përdorimit të kujdesshëm dhe të qëllimshëm të të menduarit kritik. Kur merr një vendim klinik, infermierja përcakton veprimet që do të ndihmojnë në lëvizjen e klientit drejt arritjes së rezultateve të pritshme. **Kështu, vendimmarrja përkufizohet si marrja parasysh dhe përzgjedhja e ndërhyrjeve nga një repertor veprimesh që lehtësojnë arritjen e një rezultati të dëshiruar.** Infermierët profesionistë përdorin të menduarit kritik për të zhvilluar dhe mbështetur vendime të shëndosha klinike. Ndërhyrjet e sigurta dhe efektive të infermierisë zbatohen vetëm pas reflektimit dhe arsyetimit, dy aspekte të të menduarit kritik. Infermierët ushtrojnë gjykim klinik duke marrë vendime të shëndosha; gjykimi klinik mund të shihet si aplikim i të menduarit kritik. Gjykimet infermierore formohen pas mbledhjes së të dhënave të vlerësimit, shqyrtimit të marrëdhënieve midis atyre të dhënave në mënyrë që të identifikohen modelet dhe marrjes së veprimeve të duhura për të adresuar problemet. Infermierët marrin vendime çdo ditë. Është e rëndësishme që ato vendime të jenë vendimet më të mira të mundshme, që të bazohen në informacione të besueshme dhe të merren me sa më shumë mendime kritike të jetë e mundur. Përmes një procesi të zgjidhjes së problemeve, dikush arrin në pikën në të cilën mund të merren vendime. Procesi i infermierisë është metoda specifike e zgjidhjes së problemeve e përdorur nga infermierët për të arritur në pikën në të cilën mund të merren vendime në lidhje me kujdesin ndaj klientit[195].

24.8 Zbatimi i mendimit kritik ne praktiken infermierore

[195]Sue C. DeLaune, Patricia K. Ladner. Fundamentalsof Nursing Standards & Practice. 4th Edition. 2011. 75-89.

Infermierët veprojnë në mënyrë efektive pa përdorur mendimin kritik, pasi shumë vendime bazohen kryesisht në zakone dhe kanë një reflektim minimal. Kështu, aftësitë më të larta të të menduarit kritik vihen në veprim, kur shfaqen disa ide ose nevoja të reja për të marrë një vendim përtej rutinës. Procesi i infermierisë është një metodë sistematike, racionale e planifikimit dhe ofrimit të infermierisë së specializuar.

24.8.1 Hapat e procesit infermieror janë:

- Vlerësimi fillestar,
- diagnoza,
- planifikimi,
- zbatimi,
- vlerësimi përfundimtar.

Kujdesi shëndetësor po përcakton përparësitë e përditësuara për të aplikuar të menduarit kritik. Çdo infermier kërkon ndërgjegjësimin për arsyetimin ndërsa zbaton kriteret dhe konsideratat dhe ndërsa evoluon të menduarit.

24.8.2 Zgjidhja e problemeve

Zgjidhja e problemeve ndihmon në marrjen e njohurive pasi infermierja merr informacion që shpjegon natyrën e problemit dhe rekomandon zgjidhjet e mundshme të cilat vlerësojnë dhe zgjedhin aplikimin e më të mirëve pa i refuzuar ato . Gjithashtu, i afrohet çështjeve kur zgjidhja e problemeve që përdoren shpesh është metoda empirike, intuita, procesi i kërkimit dhe metoda shkencore e modifikuar.

24.8.3 Metoda eksperimentale

Kjo metodë përdoret kryesisht në ndërhyrjet infermierore të kujdesit në shtëpi ku ato nuk mund të funksionojnë siç duhet për shkak të mjeteve dhe pajisjeve që janë jo të plota.

24.8.4 Intuita

Intuita është perceptimi dhe kuptimi i koncepteve pa përdorimin e ndërgjegjshëm të arsyetimit. Si një qasje për zgjidhjen e problemeve, siç konsiderohet nga shumë njerëz, është një formë e hamendësimit dhe për këtë arsye karakterizohet si një bazë e papërshtatshme për vendimet infermierore. Por të tjerët e shohin atë si një aspekt të rëndësishëm dhe legjitim të krizës të fituar me njohuri dhe përvojë. Përvoja klinike i lejon praktikuesit të njohë artikujt dhe standardet dhe t'u afrohet përfundimeve të duhura. Shumë infermierë po ndjejnë evolucionin e gjendjes së pacientit i cili i ndihmon ata të veprojnë më shpejt edhe pse informacioni i kufizuar. Përkundër faktit se metoda intuitive e zgjidhjes së problemeve njihet si pjesë e praktikës infermierore, nuk rekomandohet për fillestarët ose studentët sepse niveli njohës dhe përvoja klinike është i paplotë dhe nuk lejon një vendim të vlefshëm.

24.9 Procesi i Kërkimit / Metoda e Modifikuar Shkencore

Metoda e hulumtimit është një qasje e formuluar, racionale dhe sistematike për zgjidhjen e problemeve. Profesionistët e shëndetit që punojnë në situata të pakontrolluara duhet të zbatojnë një qasje të modifikuar të metodës shkencore të zgjidhjes së problemeve. Me mendimin kritik që është i rëndësishëm në të gjitha proceset e zgjidhjes së problemeve, infermierja merr parasysh të gjitha zgjidhjet e mundshme dhe vendos për zgjedhjen e zgjidhjes më të përshtatshme për secilin rast.

24.9.1 Vendimi

Vendimi është përzgjedhja e veprimeve të përshtatshme për të përmbushur objektivin e dëshiruar përmes të menduarit kritik. Vendimet duhet të merren kur janë në dispozicion disa opsione ekskluzive ose kur ka një zgjedhje veprimi ose jo. Infermierja kur përballet me nevoja të shumta të pacientëve, duhet të vendosë përparësitë dhe të vendosë rendin në të cilin ata ndihmojnë pacientët e tyre. Prandaj ata duhet:

- të shqyrtojnë përparësitë dhe disavantazhet e secilit opsion,
- të zbatojnë nevojat e prioritizimit nga Masloë,
- të vlerësojnë se çfarë veprimesh mund t'u delegohen të tjerëve,
- të përdorin çdo prioritet të zbatimit të planit.

Edhe infermierët marrin vendime për jetën e tyre personale dhe profesionale. Fazat e njëpasnjëshme të vendimmarrjes janë :

- Njohja e Objektivit ose Qëllimit,
- Përcaktimi i kritereve,
- Kriteret e llogaritjes,
- Hulumtimi i zgjidhjeve alternative,
- Konsiderimi i zgjidhjeve alternative,
- Dizajni,
- Zbatimi,
- Rezultati i Vlerësimit.

24.9.2 Kontributi i të menduarit kritik në vendimmarrje

Fitimi i mendimit kritik është një çështje praktike. Mendimi kritik nuk është një fenomen dhe ne të gjithë duhet të përpiqemi të arrijmë një nivel të të menduarit kritik për të zgjidhur problemet dhe për të marrë vendime me sukses.

Është jetike që ndryshimi i kërkimit në rritje ose aplikimi i Metodës Sokratike ose teknikës tjetër pasi infermierët të rishikojnë kriteret e vlerësimit të të menduarit dhe të zbatojnë arsyetimin e

tyre. Pra, kur ata kanë njohuri për arsyetimin e tyre-ndërsa zbatojnë mendimin kritik-ata mund të zbulojnë gabime silogjistike[196].

24.10 "Kurthet" e të menduarit kritik

Mendimi kritik mund të bjerë në anën tjetër kur kujdesi ndaj pacientit diktohet nga paragjykimet, preferencat, interesat vetjake ose frika. Kur procesi i të menduarit kritik nuk kuptohet dhe zbatohet saktë, gjykimi klinik i infermierëve mund të jetë i pasaktë dhe i lidhur me ndërhyrje të papërshtatshme që mund të çojnë në rezultate të dobëta të pacientëve.

Infermierët me aftësi të dobëta të të menduarit kritik shpesh nuk arrijnë të zbulojnë përkeqësimin e afërt të pacientit. Kjo rezulton në "dështim për të shpëtuar", përcaktuar si vdekshmëri e pacientëve që përjetojnë një ndërlikim të fituar në spital, i cili mund të ndodhë për një sërë arsyesh.

Infermierët mund të kenë vështirësi të bëjnë dallimin midis një problemi klinik që kërkon vëmendje të menjëhershme dhe atij që është më pak akut. Gabimet gjithashtu mund të ndodhin kur një sasi e madhe e të dhënave komplekse duhet të përpunohen në një mënyrë të ndjeshme ndaj kohës.

24.10.1 Si të përmirësojmë aftësitë e të menduarit kritik në infermieri

Mësimi për të siguruar kujdes shëndetësor të sigurt dhe cilësor kërkon përvojë, ekspertizë teknike, aftësi të të menduarit kritik dhe gjykim klinik. Pritshmëria e infermierëve me performancë të lartë varet nga mësimi i vazhdueshëm, llogaridhënia profesionale, vendimmarrja e pavarur dhe e ndërvarur dhe aftësitë krijuese të zgjidhjes së problemeve.

Infermierët mund të fitojnë ekspertizën e nevojshme duke u përfshirë në dialogun reflektues dhe kolegjial në lidhje me praktikën profesionale, vullnetarizmin në komitetet dhe grupet e punës, dhe duke ndjekur mundësitë, konventat dhe konferencat për arsimim të vazhdueshëm. Kërkon angazhim dhe motivim për të zhvilluar aftësitë kryesore njohëse qendrore për të menduarit kritik[197].

Çdokush mund t'i zhvillojë këto aftësi duke i praktikuar, edukuar dhe përforcuar ato me kalimin e kohës. Për të filluar, infermierët mund të përqëndrohen në "pesë të drejtat" e arsyetimit klinik (i njohur gjithashtu si të menduarit kritik):

[196] Papathanasiou IV, Kleisiaris CF, Fradelos EC, Kakou K, Kourkouta L. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. Acta Inform Med. 2014

[197] Handan Ozcan, Ayse Elkoca Critical Thinking Skills of Nursing Candidates. International Journal of Caring Sciences September-December 2019 Volume 12

Shenjat e duhura janë informacioni i disponueshëm i pacientit (p.sh., raportet e dorëzimit, historia e pacientit, vlerësimet e mëparshme infermierore/mjekësore), të dhënat aktuale të vlerësimit klinik dhe kujtimi i njohurive infermierore.

Pacienti i duhur i referohet procesit të identifikimit dhe prioritizimit të një pacienti në rrezik të sëmundjes ose një ngjarje të rëndë kritike.

Koha e duhur nënkupton që infermierët të identifikojnë pacientët klinikisht të rrezikuar menjëherë dhe të kryejnë ndërhyrje infermierore në kohën e duhur dhe në sekuencën e duhur.

Veprimi i duhur ndodh kur infermierja vendos se cila pjesë e planit ka përparësi, kush duhet të kryejë veprimet infermierore, cilat procedura dhe politika përfshihen dhe kush duhet të njoftohet[198].

[198]*Carson-Newman University Online* The Importance of Critical Thinking in Nursing 19 November 2018

BIBLIOGRAFIA

"This is Gender 2021" (n.d.). e marrw nga https://globalhealth5050.org/this-is-gender-2021/
Anderson DK, Saunders DG. Leaving An Abusive Partner: An Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. Trauma, Violence, & Abuse. 2003;4(2):163-191. doi:10.1177/1524838002250769
Avokati i Popullit (2016). Raporti mbi Zbatimin E Konventws CEDAW nw Shqipwri. E marrw nga https://www.avokatipopullit.gov.al/media/manager/website/reports/Raporti%20mbi%20zbatimin%20e%20konvet%C3%ABs%20CEDAW%20n%C3%AB%20Shqip%C3%ABri.pdf
Campbell, Jacquelyn C. (Ed.). Empowering survivors of abuse: Health care, battered women and their children. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
Deklarata e Pekinit dhe Platforma për Veprim (1995), e marrë nga https://www.crca.al/sites/default/files/publications/3.2.1.8.Deklarata_dhe_Platforma_pr_Veprim_e_Pekinit.pdf
Dokumenti politik kombëtar për moshimin, 2020 - 2024, dhe të planit të veprimit për zbatimin e tij e marrë nga https://qbz.gov.al/eli/fz/2019/183/774b51fc-d02e-4d75-94e3-7652c5d4bab4;q=plani%20i%20veprimit%20per%20moshimin
Eisler, R. dhe Hersen, M. (2009). Handbook of Gender, Culture, and Health. Taylor and Francis
Gideon, J. (2016). Handbook on Gender and Health. Edward Elgar, USA
Inoue, M., Chapman, R. dhe Wynaden, D. (2006). Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. Journal of Advanced Nursing, 55(5):559-67
INSTAT (2020). Burrat dhe gratë në Shqipëri 2020. http://www.instat.gov.al/al/publikime/librat/2020/burrat-dhe-grat%C3%AB-n%C3%AB-shqip%C3%ABri-2020/
INSTAT (2020). Të dhëna për SDGs. E marrë nga http://www.instat.gov.al/en/sdgs/gender-equality/55-ensure-women-s-full-and-effective-participation-and-equal-opportunities-for-leadership-at-all-levels-of-decision-making-in-political-economic-and-public-life/551-a-proportion-of-seats-held-by-women-in-national-parliaments/
Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF. (2018). Albania Demographic and Health Survey 2017-18. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health, and ICF. https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR348/FR348.pdf
Konventa e Këshillit të Evropës për parandalimin dhe luftimin e dhunës kundër grave dhe dhunës në familje. E marrë nga https://rm.coe.int/168046246b
Konventa për Eliminimin e të Gjitha Formave të Diskriminimit ndaj Grave (1979), e marrë nga https://hrrp.eu/alb/docs/CEDAww-a.pdf
Lasch, V., Freitag, W., dhe Sonntag, U. (2006). Gender, Health and Cultures: networking for a better future for women in an enlarged Europe. Kassel University Press, Germany
Ligj Nr. 104 datë 11.08.2012 "Për Ratifikimin e Konventës së Këshillit të Evropës "Për Parandalimin dhe Luftën Kundër Dhunës ndaj Grave dhe Dhunës në Familje"
Ligji nr. 10221, datë 04.02.2010, "Për mbrojtjen nga diskriminimi"
Ligji nr. 10221, datë 04.02.2010, "Për mbrojtjen nga diskriminimi"
Ligji nr. 7961, datë 12.07.1995,"Kodi i Punës i Republikës së Shqipërisë"
Ligji nr. 9669, datë 18.12.2006, "Për masat ndaj dhunës në marrëdhëniet familjare"
Ligji nr. 9970, datë 24.07.2008, "Për barazinë gjinore në shoqëri"
Loue, S. (2002). Gender, Ethnicity and Health Research. Kluwer Academic Publishers, New York

Moser, C. (1993) Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training London: Routledge
OXFAM (2001). Gender, Development and Health. Information Press, Eynsham
Prior, P. (1999). Gender and Mental Health. McMillan Press
Sen, G. dhe Ostlin, P. (2010). Gender Equity in Health: the shifting of evidence and action. Routledge, New York
Strategjia e Shëndetësisë 2016 – 2020, e marrë nga https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/albania/draft_strategt_albania_2016-2020.pdf
Strategjia e Zhvillimit të Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri 2020 – 2025, e marrë nga https://qbz.gov.al/eli/vendim/2020/05/20/405
Strategjia Globale për Shëndetin e Grave, Fëmijëve dhe Adoleshentëve (2016-2030) e marrë nga https:/w /wwwwww.whowho.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/
Strategjia Kombëtare e Shëndetit Seksial dhe Riprodhues 2017 – 2021, e marrë nga https://shendetesia.gov.alw/wp-content/uploads/2018/02/STRATEGJIA_E_SHENDETIT_RIPRODHUES_2017-2021_Final_5_dhjetor_2016-1.pdf
Strategjia Kombëtare për Barazinë Gjinore 2016 – 2020, e marrë nga https://www.un.org.al/sites/default/files/SKGJB-AL-web.pdf
UN (2020) Guidelines on evidence-based policies and decision-making for sustainable housing and urban development https://unece.org/DAM/hlm/documents/Publications/2020_Guidelines_on_evidence-based_policies.pdf
Wamala, P, H. dhe Lynch, J. (Eds.) (2002). Gender and Social Inequities in Health – A Public Health Issue. Studentlitteratur, Lund, Sweden
WHO (2010). Gender, women and primary health care renewal. WHO Press
World Vision (2008) Gender Training Toolkit, Second Edition. World Vision International, 800 W. Chestnut Avenue, Monrovia, CA 91016, U.S.A. https://www.wvi.org/sites/default/files/Gender_Training_Tookit.pdf
https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/albania/draft_strategt_albania_2016-2020.pdf
https://qbz.gov.al/eli/fz/2019/183/774b51fc-d02e-4d75-94e3-7652c5d4bab4;q=plani%20i%20veprimit%20per%20moshimin
FLORENCE NIGHTINGALE. TRAINED NURSING FOR THE SICK POOR. A Letter addressed to THE TIMEs of Good Friday, April 14, 1876.
Hermann, Matthew, "Unprecedented but Accomplished: The Professionalization of Female Nursing During the Civil War" (2009). Senior Research Projects. 170.
https://globalhealth5050.org/this-is-gender-2021/
https://globalhealth5050.org/this-is-gender-2021/
Friedemann, Marie-Luise. (1989). The concept of family nursing. Journal of advanced nursing. 14. 211-6. 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x.
Polit, D., & Beck, C. (2016). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins
Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). The Neuman systems model (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Smith, M., & Parker, M. (2014). Nursing theories and nursing practice (4th ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. H. (2015). Theoretical foundations for nursing of families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, A. Tabacco & S. M. H. Hanson (Eds.), Family health care nursing: Theory, practice and research (5th ed., pp. 67–104). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
Duvall, E. M., & Miller, B. (1985). Marriage and family development (6th ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
McGoldrick, M., Garcia Preto, N. A., & Carter, B. A. (2015). Expanding family life cycle: The individual family and social perspectives (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
Walsh, F. (2016). A family developmental framework: Challenges and resilience across the life cycle. In T. Sexton & J. Lebow (Eds.), Handbook of family therapy (4th ed., pp. 30-47). New York, NY: Routledge
Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
Duvall, E. M., & Miller, B. (1985). Marriage and family development (6th ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
McGoldrick, M., Garcia Preto, N. A., & Carter, B. A. (2015). Expanding family life cycle: The individual family and social perspectives (5th ed.). Boston, MA: Pearson Education.
Walsh, F. (2016). A family developmental framework: Challenges and resilience across the life cycle. In T. Sexton & J. Lebow (Eds.), Handbook of family therapy (4th ed., pp. 30-47). New York, NY: Routledge
Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner’s theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. Journal of Family Theory & Review, 5, 243–258.
Joanna Rowe Kaakinen. Family Health Care Nursing. Theory, Practice, And Research. 6th EDITION. 2018. 27-52
Menarello G, Bidone S (2016) L'Infermiere di famiglia e di comunità: la formazione di questa nuova figura presso l'Università di Torino e l'Università del Piemonte Orientale (UPO). L'Infermiere, 3, 16-9.
Marcadelli S, Stievano A, Rocco G. Policy proposals for a new welfare: the development of the family and community nurse in Italy as the key to promote social capital and social innovation. Prim Health Care Res Dev. 2019
D' Ivernois JF – Gagnayre R (2009) Educare il paziente – Un approccio pedagogico. Ed McGraw-Hill 3°edizione, Milano.
Allievi A, Re L (2017) L’implementazione del concetto di self-care sugli anziani fragili. Italian Journal of Nursing, 21, 30-41
FNOPI - www.fnopi.it L'Infermiere n°2 / 2019
FNOPI Infermiere di famiglia e di comunita
Antonelli D. L’infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche. Piccin 2017
Patton CW, Lewallen LP. Legal issues in clinical nursing education. Nurse Educ. 2015
Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche – FNOPI - Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019
Patton CW, Lewallen LP. Legal issues in clinical nursing education. Nurse Educ. 2015

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche – FNOPI - Approvato dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti a Roma nella seduta del 12 e 13 Aprile 2019
Hudspeth RS, Klein TA. Understanding nurse practitioner scope of practice: Regulatory, practice, and employment perspectives now and for the future. J Am Assoc Nurse Pract. 2019
THE FAMILY HEALTH NURSE CONTEXT, CONCEPTUAL FRAMEWORK AND CURRICULUM. EUR/00/5019309/13 00074 ñ 27 January 2000
Neuman, B., Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Boston: Pearson.
Neuman, B., Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model (5th ed.). Boston: Pearson.
Juniarti N et al,.Conceptual framework of the nursing centre for the integration of community health nursing practice, education, and research. Prim Health Care Res Dev. 2019
WHO. Division of Health Promotion, Education. 1998. «Health Promotion Glossary». Health Promotion Glossary, 38
Simonelli, Ilaria, e Fabrizio Simonelli. 2009. Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute: Modelli e teorie di riferimento per generare salute. FrancoAngeli
World Health Organisation. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986.
Senato della Repubblica Costituzione. 2012 Dicembre
Bitti, Pio Enrico Ricci, e Paola Gremigni. Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi. Carocci.2013
McElligott et al,."The Effect of a Holistic Program on Health-Promoting Behaviors in Hospital Registered Nurses". Journal of Holistic Nursing 28 (3): 175–83. 2010
Dooris, Mark. "Holistic and Sustainable Health Improvement: The Contribution of the Settings-Based Approach to Health Promotion". Perspectives in Public Health 129 (1): 29–36. 2009
KFH. 2009. "Comparaison entre le plan d'études cadre ES et les compétences finales du BSc en soins infirmiers".
Evans, Daryl, Dina Coutsaftiki, e C. Patricia Fathers. 2014. Health Promotion and Public Health for Nursing Students. Learning Matters
Dall'Aglio, Marmocchi, Zannini. 2005. "Carl Rogers e il progetto Life Skills dellOMS". ACP – Rivista di Studi Rogersiani
Herbert A. Otto. Criteria for Assessing Family Strength First published: SEPTEMBER, 1963
Stinnett, N., & Sauer, K. H. (1977). Relationship characteristics of strong families. Family Perspective, 11(4), 3-11.
Feeley, Nancy & Gottlieb, Laurie. (2000). Nursing Approaches for Working With Family Strengths and Resources. Journal of Family Nursing - J FAM NURS. 6. 9-24. 10.1177/107484070000600102.
SITTNER, BARBARA J, HUDSON, DIANE BRAGE, DEFRAIN, JOHN. Using the Concept of Family Strengths to Enhance Nursing Care. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing November/December 2007, Volume :32 Number 6, page 353 - 357
American Nurses Association. (1999). Scope and standards of home health nursing practice. Washington, DC: American Nurses Foundation.
References
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4070226/
https://www.coursera.org/learn/healthcare-delivery-providers/lecture/OaiCD/4-1-6-primary-care-challenges-innovations

http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/future-primary-care-meeting-challenges-of-new-nhs-market-richard-lewis-jennifer-dixon-kings-fund-16-november-2005.pdf
http://www.bma.org.uk/support-at-work/gp-practices/gp-networks/the-pressures-facing-primary-care
Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health. 7th Edition. 2010 891- 905
REFERENCA
Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A.
Ten principles of good interdisciplinary team work. Human Resources for Health. 2013;11:19. doi:10.1186/1478-4491-11-19.
Bader, Carrie and Jaeger, Margarete, " What Makes an Interdisciplinary Team work? A Collection of Informed Ideas, Discussion Prompts, and Other Materials to Promote an Atmosphere of Collaboration, Trust, and Respect" (2014). Innovative Practice Projects. 42.
Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ et al,. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses.(Rockville MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 13.
Centers for Medicare & Medicaid Services. Home health quality initiative overview. Accessed February 23, 2006.
Medpac. Adding quality measures in home health Report to Congress: increasing the value of Medicare. Medpac.2007. pp 103-113
Ellenbecker CH, Samia L, Cushman MJ et al,. Patient Safety and Quality in Home Health Care. In: Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses.(Rockville MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 13.
Centers for Medicare & Medicaid Services. Home health quality initiative overview. Accessed February 23, 2006.
Home health Quality National Campaign. 2007
Marci Nielsen, Barbara Langner et al,.Benefits of Implementing the Primary Care Patient-Centered Medical Home: A review of cost & quality results 2012
Benner, P., Hughes, R. G., and Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decision making, and action: Thinking critically and clinically. In R. G. Hughes (Ed.), Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
Papathanasiou IV, Kleisiaris CF, Fradelos EC, Kakou K, Kourkouta L. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. Acta Inform Med. 2014
Erna Roostin. FAMILY INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN. Journal of Elementary Education
Volume 2 Number 1, February 2018
Sharma R. The Family and Family Structure Classification Redefined for the Current Times. J Family Med Prim Care. 2013
Patricia A. Thomas, Hui Liu, Debra Umberson. Family Relationships and Well-Being. nnovation in Aging, 2017, Vol. 1, No. 3, 1–11
Jabbari B, Rouster AS. Family Dynamics. Updated 2021 Jul 26
Clara Gerhardt. Families in motion. Dynamics in diverse contexts. 1st Edition. 2019. 3-20
Vincenzo Paglia. LA FAMIGLIA COME RISORSA DELLA SOCIETA'. 2021

Moser, C. (1993) Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training, London: Routledge
Njw video ilustruese pwr kwtw gjendet nw kwtw link
https://www.youtube.com/watch?v=c22tr74XuLU
Yeis Miguel Borré et al,. Importance and recognition of the family in health care: a reflection for nursing. 2017
A Family Impact Seminar Newsletter for Wisconsin Policymakers. A Family Perspective in Health Care. November 2002
Cherie Rector. Community and Public Health Nursing. Promoting the Public's Health. 9th Edition. 1644- 1690
Joanna Rowe Kaakinen. FAMILY HEALTH CARE NURSING Theory, Practice and Research 4th Edition. fq 175- 190
The Impact of the Family on Health: The Decade in Review Author(s): Catherine E. Ross, John Mirowsky, Karen Goldsteen Source: Journal of Marriage and the Family, Vol. 52, No. 4, Family Research in the 1980s: The Decade in Review (Nov., 1990), pp. 1059-1078
Joanna Rowe Kaakinen. Family Health Care Nursing. 4th Edition. 2010. Fq 322-379
WHO (2000b). Risk and protective factors affecting adolescent health and development. Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization (document WHO/FCH/CAH/00.20)
WHO (2000a). Report of second meeting. Programming for adolescent health and development. Geneva, World Health Organization (document WHO/FCH/CAH/00.17).
Gwen Brumbaugh Keeney. ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT in nursing and midwifery education. World Health Organization Geneva 2004
Shoqata Amerikane për Martesën dhe Terapinë Familjare. (n.d.) Rreth AAMFT: Kualifikimet dhe FAQ. Marrë nga http://www.aamft.org/iMIS15/AAMFT/Press/FAQs/Content/About_AAMFT/Qualifications.aspx?hkey=7d1341ef-0f95-46a3-9082-6c37fab2dcf6
Beels, C. C. (2002). Shënime për një histori kulturore të terapisë familjare. Procesi familjar, 41(1), 67-82. Marrë nga http://search.proquest.com/docview/218874305?accountid=1229
Steinglass, P. (1984). Teoria dhe terapia e sistemeve familjare: Një zbatim klinik i teorisë së përgjithshme të sistemeve. Analet psikiatrike, 14(8), 582-586. Marrë nga http://search.proquest.com/docview/894186085?accountid=1229
28 llojet e komunikimit" në: Psikologji dhe Mendje. Marrë më: 09 shkurt 2019 nga Psychology and Mind: psicologiaymente.com.
"35 llojet e komunikimit dhe karakteristikat e tyre" nw: Márketing dhe Web. Marrë më: 09 shkurt 2019 nga Marketingu dhe Ueb: marketingandweb.es.
"Llojet e komunikimit"Ueb: marketingandweb.es.om.019 nga Types Of: types of.online.
"Komunikimi verbal dhe jo verbal" nw: Diferencuesi. Marrw mw: 09 shkurt 2019 nga Differentiator: differentiator.com.
"Çfarë është komunikimi dhe cilat lloje të komunikimit ekzistojnë?" në: Leti Buendía. Marrë më: 09 shkurt 2019 nga Leti Buendía: letibuendia.com.
Gjonca, A., A. Aassve and L. Mencarini 2008. Albania: Trends and patterns, proximate determinants and policies of fertility change. Demographic Research 19(11): 261-292.
INSTAT 1994. Albania population projections 1990-2010. INSTAT, Tirana.

Carletto, G., Davis, B., Stampini, M. and Zezza, A. 2006. A country on the move: international migration in postcommunist Albania. International Migration Review, 40(4): 767-85.
INSTAT 2004b. Living Conditions and Inequality In Albania. Population and Housing Census 2001. INSTAT, Tirana.
Eurostat 2011. 6.5% of the EU population are foreigners and 9.4% are born abroad. Statistics in focus, 34/2011.
Emira Galanxhi, Majlinda Nesturi, Rudin Hoxha. Shqiperi, popullsia dhe dinamikat e saj- horizonte te reja demografike? 2014
Bogenschneider, Karen. (2014). Family Policy Matters. Abingdon, Oxon: Routledge
Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. Am J Public Health. 2000
URIE BRONFENBRENNER and PAMELA A. MORRIS. The Bioecological Model of Human Development. 1998
Hamad R, Rehkopf DH. Poverty and Child Development: A Longitudinal Study of the Impact of the Earned Income Tax Credit. Am J Epidemiol. 2016
Joanna Rowe Kaakinen. FAMILY HEALTH CARE NURSING Theory, Practice and Research 4th Edition. Fq 131-149
Enis Uruci. PROBLEMS AND REALITYIN HEALTH MARKET OF ALBANIA AND ITS MANAGEMENT. Paper presented in 1-stInternational Scientific Conferenceon Professional Sciences, “Alexander Moisiu” University, DurresNovember 2016
Monteiro LA. Florence Nightingale on public health nursing. Am J Public Health. 1985
Mahony D, Jones EJ. Social determinants of health in nursing education, research, and health policy. Nurs Sci Q. 2013
Bani IA. Health needs assessment. J Family Community Med. 2008 Jan;15(1):13-20. PMID: 23012162; PMCID: PMC3377051.
Smith D, Bowden T. Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. Nurs Stand. 2017 Nov 29;32(14):51-63.
American Association of Colleges of Nursing. (2013). Public health: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines. Washington, DC: Author.
Quad Council Coalition. (2011). Quad council competencies for public health nurses. Retrieved from http://www.quadcouncilphn.org/documents-3 /competencies/
U.S. Department of Health and Human Services. (2010a). About healthy people. Retrieved from http:// www.healthypeople.gov/2020/about/default.aspx
Truglio-Londrigan, M. (2017). Coalitions, partnerships, and shared decision-making: A primary healthcare perspective. In S. B. Lewenson & M. TruglioLondrigan (Eds.), Practicing primary health care in nursing: Caring for populations (pp. 89–108). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
Marie Truglio-Londrigan. Public Health Nursing. Practicing population – Based Care. 3rd edition. 2018 49- 61
Effler P., Ching-Lee M., Bogard A., Ieong M. C., Nekomoto T., Jernigan D. Statewide System of Electronic Notifiable Disease Reporting from Clinical Laboratories: Comparing Automated Reporting with Conventional Methods. Journal of the American Medical Association. 1999;282:1845–50
Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors.The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006. Chapter 53Public Health Surveillance: A Tool for Targeting and Monitoring Interventions

CDC (U.S. Centers for Disease Control Prevention). Surveillance of Health Status of Kampuchean Refugees—Khao I-Dang Holding Center, Thailand, December 1981–June 1983. Morbidity and Mortality Weekly Report. 1983;32(31):412–15.
Anabela Garcia-Abreu. Public Health Surveillance Toolkit. A guide for busy task managers. 2002
Kumar S, Preetha G. Health promotion: an effective tool for global health. Indian J Community Med. 2012
L. Louise Ivanov, Carolyn L. Blue PUBLIC HEALTH NURSING Leadership, Policy & Practice. 1st edition (January 18, 2008). Fq 253- 269
Esma Kabasakal&Gülümser KublayHealth. Education and Health Promotion Skills of Health Care Professionals Working in Family Health Centres. International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2017
Maggie Davies & Wendy Maçdowall. Health Promotion Theory. December 1, 2005. Fq 5-37.
L. Louise Ivanov, Carolyn L. Blue PUBLIC HEALTH NURSING Leadership, Policy & Practice. 1st edition (January 18, 2008). 278-283
Mary A. Nies, Melanie McEwen. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th Edition. 2018. Fq 286- 316.
Petersen CB, Lima RAG, Boemer MR, Rocha SMM. Health needs and nursing care. Rev Bras Enferm. 2016
Kopsov, Igor. A New Model of Human Needs.2019
E. O. Aruma, Melvins Enwuvesi Hanachor. ABRAHAM MASLOW'S HIERARCHY OF NEEDS AND ASSESSMENT OF NEEDS IN COMMUNITY DEVELOPMENT. International Journal of Development and Economic Sustainability
Vol.5, No.7, pp.15-27, December 2017
Antonio Caiazzo – Arpa Piemont. Le dimensioni e gli indicatori del benessere dell'OCSE (OECD -
Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo) nel progetto "Better Life" 2014
Jean Minshull et al,. The human needs model of nursing. Journal of Advanced Nursing. 1986,11,643-649.
Mary Daly. Family and Parenting Support Policy and Provision in a Global Context. The UNICEF Office of Research – Innocenti. 2015
Strategic Framework for Family Support within the Family and Community Services Resource Centre Programme. Family Support Agency January 2013
Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public's Health 7th Edition. Fq 508-510
Pontificio Consiglio Per La Famiglia. Carta dei diritti della famiglia. 22 ottobre 1983
Tommaso Auletta. Diritto di Famiglia. Quarta edizione. 2018. 1-24.
Gabriella de Strobel. I modelli di famiglia nel contesto europeo e nazionale: famiglia legitima, famiglia di fatto, matrimonio omosessuale. Rivista 2012
https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-based-violence/what-gender-based-violence_en
Barker, P. (2007). Basic family therapy (5th ed.). Hoboken, NJ: Whiley-Blackwell.
Drummond, J. E., Weir, A. E., & Kysela, G. M. (2002). Home visitation practice: Models, documentation, and evaluation. Public Health Nursing, 19, 24–29

Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D. W., Henderson, C. R., Cole, R., Kitzman, H., et al. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths, 19-year follow-up of a randomized trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164(1), 9–15.
Zerwekh, J. V. (1997). Making the connection during home visits: Narratives of expert nurses. International Journal for Human Caring, 1(1), 25–29
McGoldrick, M., Gersen, R., & Petry, S. (2008). Genograms: Assessment and intervention (3rd ed.). New York, NY: W.W. Norton & Company
Judith Ann Allender. Community & public health nursing. Promoting the Publiic's health. 2014. 584- 615
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women
Siç citohet në Anderson DK, Saunders DG. Leaving An Abusive Partner: An Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. Trauma, Violence, & Abuse. 2003;4(2):163-191. doi:10.1177/1524838002250769
Campbell, Jacquelyn C. (Ed.). Empowering survivors of abuse: Health care, battered women and their children. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
American Public Health Association, Public Health Nursing Section. (October 1996). The definition and role of public health nursing: A statement of APHA nursing section. Washington
Anderson, E.T., & McFarlane, J. (2004). Community as partner: Theory and practice, 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins
Lisa A. Campbel t al,. Community/Public Health Nursing [C/PHN] Competencies(Quad Council Coalition, 2018)
Judith A. Allender. Community Health Nursing Promoting and Protecting the Public8) Health. 7th Edition. 392-414
Malcarney MB, Pittman P, Quigley L, Horton K, Seiler N. The Changing Roles of Community Health Workers. Health Serv Res. 2017
Uta Lehmann and David Sanders. Community health workers:What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers.2007
Callie Malvik. What Is a Community Health Worker? A Closer Look at This Rewarding Role 2019
Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science. 1920;Jan. 9:23-33.
American Public Health Association. Fact sheet. What is public health? Our commitment to safe, healthy communities. Washington DC. Accessed November 14,2007.
Friis RH, Sellers TA. Epidemiology for Public Health Practice. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Aspen; 1999.
Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psych 1983;511:390-395
Alessandro Rinaldi, Maurizio Marceca. Riflessioni Sistemiche - I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute? N° 16 giugno 2017
Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backans M. Health for all?. Swedish National Institute of Public Health. Report 2008
THE WORK OF WHO 1 978-1979 Biennial Report of the Director-General to the World Health Assemb!J and to the United Nations
Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

Mirela Arqimandriti et al,. MONITORIMI I SHËRBIMIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI. studim kërkimor. 2014
Rama E. STRATEGJIA E ZHVILLIMIT TË SHËRBIMEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR NË SHQIPËRI 2020-2025. VENDIM Nr.405, datë 20.5.2020
Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care; Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, et al., editors. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. 2, Defining Primary Care.
PAKETA BAZË E SHËRBIMEVE NË KUJDESIN SHËNDETËSOR PARËSOR. Republika e Shqipërisë/ Ministria e shëndetësisë. 2014
Community Commons, 2017; National Association of County and City Health Officials [NACCHO], 2017)
Mary A Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th EDITION. 2019.221-250
Jack K, Holt M. Community profiling as part of a health needs assessment. Nursing standard. 51-56. 2008.
Murray Hawtin & Janie Percy-Smith. Community profiling, a practical guide. 2nd edition. 23-36
Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family healthnurse in Europe. World Health Organization – 2001. 4-13
Kourkouta L, Papathanasiou IV. Communication in nursing practice. Mater Sociomed. 2014 Feb;
JENNIFER LAPUM, OONA ST-AMANT, MICHELLE HUGHES, AND JOY GARMAISE-YEE. Introduction to Communication in Nursing.– 1st Canadian Edition, 2020
Beth Boynton. SUCCESSFUL NURSE COMMUNICATION Safe Care, Healthy Workplaces, & Rewarding Careers. 2016. 27-40
Sarah Kraszewski Abayomi McEwen. Communication Skills for Adult Nurses. 2010. 1- 23
Philippa Sully. Essential Communication Skills for Nursing and Midwifery. 2nd edition. 2010. 127- 160
Bennis W. Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority. Administrative Science Quarterly. 1959; 4: 259–301.
Kouzes J, Posner B. The Leadership Challenge: How to Keep Getting Extraordinary Things Done in Organizations. City, CA: Jossey-Bass; 1995. 30p.
Ledlow G, Coppols N. Leadership for Health Professionals: Theory, Skills, and Application. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014. 13p.
Spector P. Industrial and Organizational Psychology: Research and Practice. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006.
Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
Patrick A, Laschinger H, Wong C, Finegan J. Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: The Clinical Leadership Survey. Journal of Nursing Management. 2011; 19: 449-460.
Elizabeth Murray. Nursing Leadership and Management. 2017. Fq 45-55.
Jayne Thompson. Advantages and Disadvantages of Transformational Leadership. Updated May 13, 2019
Sfantou DF et al,. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2017
Serpil Çelik Durmuş and Kamile Kırca. Leadership Styles in Nursing. November 4th 2019

Brunt BA, Bogdan BA. Nursing Professional Development Leadership. 2021 Jan
Sanjiv Kumar. Leadership Skills for Nurses. JOJ Nurse Health Care. Volume 8 Issue 5 - 2018
Rosen MA et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. Am Psychol. 2018
David Stanley. Clinical Leadership in Nursing and Healthcare. 2nd edition. 185- 199
Bader, Carrie and Jaeger, Margarete, "What Makes an Interdisciplinary Team work? A Collection of Informed Ideas, Discussion Prompts, and Other Materials to Promote an Atmosphere of Collaboration, Trust, and Respect" (2014). Innovative Practice Projects. 42.
Babiker A et al,. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. Sudan J Paediatr. 2014
Shirley Bach, Peter Ellis. Leadership Management and Team Working in Nursing. 20-37
Patricia Kelly. Essentials of nursing Leadership& Management. 2nd edition. 159-161
Eleanor J. Sullivan. Effective Leadership and Management in Nursing. 8th Edition. 160-169.
Joseph W.LUCKETT. Basic Concepts for Teaching and Learning Debate.2006
Jeffrey HannanBenjamin BerkmanChad Meadows. Introduction to Public Forum and Congressional Debate. 2012. 83-90
Gabor I. Keitner. Family Assessment in the Medical Setting. 2012, vol 32, pp 203–222
Mary A. Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations
Mary A. Nies. Community/Public Health Nursing Promoting the Health of Populations. 7th Edition. 810- 853
Robinson, C. A. and Wright, L. M.. (1995). "Family Nursing Interventions: What Families Say Makes a Difference". Journal of Family Nursing, 1, No. 3: 327-345.
Ann E. Benjamin. The importance of Family Teamwork. 31 March 2015
Schober, M., Affara, F. (2001). The family nurse: Frameworks for practice. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses
Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (2000). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis: Mosby.
Lorraine M. Wright. Nurses and Familie. A Guide to Family Assessment and Intervention. 5th EDITION. 2009. 1-18
Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). Beliefs and illness: A model for healing. Calgary,AB: 4th Floor Press.
In Hansen,J.C & Keeney, B.F. Diagnosis and assessment in family therapy. London: Aspen Systems Corporation, pp. 101-102
Friedemann,M.M,. Bowden, V.R & Jones, E.G. (2003). Family nursing: Research, theory and practice (5th ed.). Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall.
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 47-143
Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell & R. Draper (Eds.), Applications of systemic family therapy: The Milan approach (pp. 33—45). London: Grune & Stratton.
Loos, F., & Bell, J.M. (1990). Circular questions: A family interviewing strategy. Dimensions of Critical Care Nursing, 9(1), 46—53.
Houger Limacher, L., & Wright, L.M. (2003). Commendations: Listening to the silent side of a family intervention. Journal of Family Nursing, 9(2), 130—135
Hougher Limacher, L., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. Journal of Family Nursing, 12, 307—331.

Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), Primary health care of infants, children, and adolescents (2nd ed.) (pp. 10—19). St. Louis: Mosby
Manassis, K., & Levac, A.M. (2004). Helping your teenager beat depression: A Problem- solving approach for families. Bethesda, MD: Woodbine House.
Tapp, D.M. (2001). Conserving the vitality of suffering: Addressing family constraints to illness conversations. Nursing Inquiry, 8(4), 254—263
Duhamel, F., & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients. Clinical Journal of Oncology Nursing, 8(1), 68—71
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 143-169
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 143-168
Burke, S.O., et al. (2001). Effects of stress-point intervention with families of repeatedly hospitalized children. Journal of Family Nursing, 7(2), 128—158.
Hougher Limacher, L., & Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic interventionof commendations: Insights from research. Journal of Family Nursing, 12(3), 307—331.
Robinson, C.A. & Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. Journal of Family Nursing, 1(3), 327—345
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 183-244
McLeod, D.L. Tapp, D M., Moules, N.J., & Campbell, M. E. Knowing the family:Interpretations of nursing in oncology and palliative care. European Journal of Oncology Nursing, 2010.18(2), 261-295.
Southern,L.., Leahey,M., Harper-Jaques, S., McGongigal, K., & Syverson, A. (2007). Integrating mental health into urgent care in community mental health centre. Canadian Nurse 130(1), 29-34
Gladwell,M. (2008). Outliers: The story of success. New York, NY: Penguin Books
Benner, P. (2001). From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River, NJ:Prentice- Hall.
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 273-300
Wright, L.M. (2005). Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing. Philadelphia: FA Davis Co.
Maturana, H.R., & Varela, F.G. (1992). The tree of knowledge: The biological roots of human understanding (Rev. ed.). Boston: Shambhala
Block-Lerner, J., et al. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concerns? Journal of Marital and Family Therapy, 33(4), 501—516.
Wright, L.M., & Bell, J.M. (in press). Belief and illness: A model to invite healing. Calgary, AB: 4th Floor Press.
Wright, L.M. (2005). Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing. Philadelphia: FA Davis Co.
Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 275- 285
White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton.

Lorraine M. Wright and Maureen Leahey. Nurses and families. A guide to Family Assessment and Intervention. 5th edition. 2009. 315-332
American Hospital Association. (2019). For the 17th year in a row nurses top Gallup's poll of most trusted professional.
Conroy T et al,. Role of the effective nurse-patient relationships in enhancing patient safety. Nursing Standard, 31(48),53.
Wood D (2018). Compassionate care affects patients outcome.
Bickford, C.J et al,. 2015. American Nurses Association. In Nursing: Scope and standards of clinical nursing practice. 3rd edition.
Stuart, G. W. 2012. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th edition.
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 3-17
American Nurses Association (2015). Position Statement in Incivility, Bullying and Workplace Civility. Accessed 19 Sep 2018.
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 3-16
Lino C (2016). Positive psychology theory in a nutshell. Positive psychology.com
Hodges, T.D., & Clifton, D.O. (2004). Strengths based development in practice. Handbook of positive psychology in practice.
Clifton, D.O et al,. Strenthsquest: Discover and develop your strengths in academics, career and beyond. New York 2006.
Codier E & Codier D.D. Could emotional intelligence make patients safer? American Journal of Nursing. 2017
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 3-17. 32-40
Crist,J,D et al,. Depression in family caregivers of Mexican descent. Research in Gerontological Nursing. 10(3),106. 2017.
Jeon, Y. Shaping mutually : Nurse family caregiver interactions in caring for older people with depression. International Journal of Mental Health Nursing. 2004
World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva Switzerland. 2010
Yance, N.R et al,. Transformation in teaching – learning: Emerging possibilities with interprofessional education. Nursing Science Quarterly, 3(2),126.
Marck, P. (1990). Therapeutic reciprocity: A caring phenomenon Advances in Nursing Science, 13(1), 49. 1990.
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 41-50.
Upasen R. Relational Ethics and Nurses-Client Relationship in Nursing Practice: Literature Review. Mental Health & Human Resilience International Journal. Volume 1 Issue 1.2017
Lisa Kennedy Sheldon. Communication for nurses. Talking with patients. 3rd Edition. 2013. 59-72
Peplau, H. E. (1991). Interpersonal relations in nursing. New York: Springer.
Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in practice. Nursing Science Quarterly, 5(1), 13–18.
Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. Nursing Science Quarterly, 10(4), 162–167
Chichirez CM, Purcărea VL. Interpersonal communication in healthcare. J Med Life. 2018
Lambert, C. The psyche on automatic. Amy Cuddy pro snap judgements, warm feelings and how to become an'' alpha dog ''. In Harvard magazine. 2010.

Koopmeiners L et al,. How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. Oncology nursing Forum, 24(9), 1507. 2010
Levine, D.R & Adelman. Beyond language: Intercultural communication for English as a second language. 1982
Purtilo R & Haddad A.M. Health professionals and patient interaction. Philadelphia. 2002.
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 69-76

Arcari P. Six ways to practice mindfulness. 2017
Benson, H.,& Proctor, W. Relaxation revolution: Enhancing your health through the science and genetics of mind body healing. New York. 2010
Fontaine,K.L. Complementary and alternative therapies for nursing practice. Boston. 2014
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 69-76
Dean, M.,& Street, R.L. A 3-stage model of patient – centered communication for addressing cancer patients' emotional stress. Patient Education and Counseling. 94, 143. 2014.
O'Connor, M. Creating caring connections through presence. 2017
White, L et al., Foundations of nursing. 2010
Robinson- Walker, C. Managing our triggers. Nurse leader. 2017
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 261-273.
Minton, M.E et al,. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. Journal of Clinical Nursing. 27, 173.
World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO expert committee. 804 (p.1) World Health Organization Technical Report Series. 1990
MedlinePlus. What is palliative? 2018
Young, C &Koopsen,C. Spirituality, health and healing. 2005
Seno, V.L. Being with dying: Authenticityin end-of-life encounters. American Journal of Hospice and Palliative Care. 22,377. 2010
Julia Balzer Riley. Communication in Nursing. 9th Edition. 306-313
Shih https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx
Shih raportin e Shqipwrisw kwtu https://un.org.al/sites/default/files/CEDAW-Avokati-EN.PDF
Raporti alternativ i Shqipwrisw pwr vitin 2016
https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ALB/INT_CEDAW_NGO_ALB_24231_E.pdf dhe kwtu nw shqip
https://www.avokatipopullit.gov.al/media/manager/website/reports/Raporti%20mbi%20zbatimin%20e%20konvet%C3%ABs%20CEDAW%20n%C3%AB%20Shqip%C3%ABri.pdf
Lambert, C. The psyche on automatic. Amy Cuddy pro snap judgements, warm feelings and how to become an'' alpha dog ''. In Harvard magazine. 2010.
Koopmeiners L et al,. How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. Oncology nursing Forum, 24(9), 1507. 2010
Levine, D.R & Adelman. Beyond language: Intercultural communication for English as a second language. 1982
Purtilo R & Haddad A.M. Health professionals and patient interaction. Philadelphia. 2002.
Arcari P. Six ways to practice mindfulness. 2017
Benson, H.,& Proctor, W. Relaxation revolution: Enhancing your health through the science and genetics of mind body healing. New York. 2010
Fontaine,K.L. Complementary and alternative therapies for nursing practice. Boston. 2014

Dean, M.,& Street, R.L. A 3-stage model of patient – centered communication for addressing cancer patients' emotional stress. Patient Education and Counseling. 94, 143. 2014.
O'Connor, M. Creating caring connections through presence. 2017
White, L et al., Foundations of nursing. 2010
Robinson- Walker, C. Managing our triggers. Nurse leader. 2017
Julia Balzer Riley.Communication in nursing. 9th edition. 261-273.
Minton, M.E et al,. A willingness to go there: Nurses and spiritual care. Journal of Clinical Nursing. 27, 173.
World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO expert committee. 804 (p.1) World Health Organization Technical Report Series. 1990
MedlinePlus. What is palliative? 2018
Young, C &Koopsen,C. Spirituality, health and healing. 2005
Seno, V.L. Being with dying: Authenticityin end-of-life encounters. American Journal of Hospice and Palliative Care. 22,377. 2010
Julia Balzer Riley. Communication in Nursing. 9th Edition. 306-313
http://www.instat.gov.al/en/sdgs/gender-equality/55-ensure-women-s-full-and-effective-participation-and-equal-opportunities-for-leadership-at-all-levels-of-decision-making-in-political-economic-and-public-life/551-a-proportion-of-seats-held-by-women-in-national-parliaments/
https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/
https://www.un.org.al/sites/default/files/SKGJB-AL-web.pdf
https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/STRATEGJIA_E_SHENDETIT_RIPRODHUES_2017-2021_Final_5_dhjetor_2016-1.pdf
https://qbz.gov.al/eli/vendim/2020/05/20/405
https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/albania/draft_strategt_albania_2016-2020.pdf
https://qbz.gov.al/eli/fz/2019/183/774b51fc-d02e-4d75-94e3-7652c5d4bab4;q=plani%20i%20veprimit%20per%20moshimin