

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



Menaxhimi i Sëmundjeve Kronike

MODULI I

Vjollca Ndreu

Albana Poloska

Miranda Cela

Fatjona Kamberi

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**



Tabela e Përmbajtjes

Përmbajtja

1. Njohja me Modulën e Sëmundjeve Kronike.Kornizat e Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike.....	6
2. Cilat Janë Modelet e Menaxhimit Efektiv të Kujdesit në Pacientët me Sëmundje Kronike	18
3. Suporti dhe Vetëmenaxhimi i Sëmundjes të Pacientët Kronik	32
4. Shembuj të Modeleve të Kujdesit Kronik: Modeli i Kujdesit Kronik (MKK) dhe Kuadri i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike (KKISK)	46
5. Struktura e Evolucionit të Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike	57
6. Qasja SHëndetësore në Popullatë me Fokus Prevenimin e Sëmundjeve.....	69
7. Praktika e Bazuar në Evidencë në Kontekstin e Menaxhimit të Kujdesit Kronik dhe Përgjegjësia Profesionale	80
8. Udhëzuesit e Praktikave më të Mira SHëndetësore	90
9. Implementimi i Niveli Meso të Menaxhimit të Kujdesit Kronik. Njohja dhe Përshkrimi i Nivelit Meso për Sëmundjet Kronike.	103
10. Krijimi i një Ambienti Mbështetës me Pacientin me Sëmundje Kronike dhe Partnerë të Tjerë SHëndetësorë.....	113
11. Aspektet e Promovimit dhe Edukimit SHëndetësor në Kontekstin e Infermierisë në Kujdesin SHëndetësor të Pacientët Kronik	123
12. Kujdesi SHëndetësor Parandalues.....	132
13. Asistenca dhe Vlerësimi Infermior në Komunitet	144
14. Burimet Komunitare (Interesi, Kultura, Gjuha).....	160
15. Ndikimi i Stigmës të Pacientët Kronik (Etniciteti,Ngjyra e Lëkurës, Përkatësia Fetare, Gjuha e folur, Moshë, Gjinia, Paaftësia). Roli Infermior në Reduktimin e Impaktit të Stigmës të Pacientët Kronik.....	170
16. Implementimi i Strukturës së Nivelit Mikro në Kujdesin Inovativ për Sëmundjet Kronike. Përshkrimi i Nivelit Mikro me në Qëndër Triadën: Pacient dhe Familje, Komunitet dhe Grupi i Kujdesit SHëndetësor.....	188
17. Nxitja e Ndërveprimit Bashkëpunues Midis Infermierit dhe Pacientit që Kërkon Kujdes Kronik.....	199
18. Zhvillimi i një Marrëdhënie të Mirë dhe Cilësore me Klientin.Ndjekja në Vazhdimësi.....	209
19. Vetëmënxhimi i Sëmundjes nga Pacienti Kronik. Aspekti Psikosocial i Kujdesit Infermior. Natyra Shpirtërore, Vuajtjet, Shpresa, Faktorët Kulturor dhe Stili i Jetesës.	218
20. Aspektet e Kujdesit Infermior Gjithëpërfshirës për Pacientin që Kërkon Kujdes Kronik	228
21. Rëndësia e Rolit të Infermierit për Individët me Sëmundje Kronike. Zbatimi i Praktikave më të Mira SHëndetësore.	239

22. Parimet dhe Përkufizimet e Vetëmenaxhimit dhe Fuqizimit. Zgjidhja e Problemeve, Vendimmarrja.....	249
23. Përdorimi i Burimeve (Gjendja Sociale dhe Financiare). Ndërmarrja e Veprimeve për Vetëmenaxhim SHëndetësor.....	263
24. Modelet dhe Programet e Vetëmenaxhimit në Sëmundjet Kronike (Kujdesi në Banesë)	275



Menaxhimi i Sëmundjeve Kronike

Moduli I



1

Njohja me modulën e Sëmundjeve kronike Kornizat e menaxhimit të sëmundjeve kronike

Objektivat e mësimi

- Njohja me modulën e Sëmundjeve kronike
- Të njohim përkufizimin e kushteve kronike/SJT-të
- Të njohim shifrat e lidhura me SJT-të
- Të kuptojmë pse është i nevojshëm një model i ri i kujdesit
- Të njohim Kornizat e menaxhimit të sëmundjeve kronike

Njohja me modulën e Sëmundjeve kronike

Ky modul synon të pajisë studentin me formim të avancuar të njohurive lidhur me sëmundjet kronike të cilat kanë një ndikim të konsiderueshëm në jetën e njeriut si dhe në kujdesin shëndetësor. Kursi ofron një përmbledhje gjithëpërfshirëse të rolit të infermierit në kujdesin parësor, të zbatueshëm në kontekstin shqiptar, për menaxhimin e sëmundjeve jo të transmetueshme (SJT -ve). Njohuritë që studentët do të marrin do të shërbejnë si një udhëzues për të kuptuar identifikimin e faktorëve riskues, kriteret e diagnostikimit dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike brenda një ekipi multidisciplinar. Ky modul trajton konceptet e kujdesit infermior në menaxhimin e këtyre patologjive, si edhe pengesat dhe mundësitë për parandalim. Në këtë modul diskutohet rëndësia në rritje e vetë-menaxhimit shëndetësor dhe mënyra e realizimit të kujdesit shëndetësor në platformat elektronike.

Konceptet Themelore mbi të cilat bazohet moduli i Sëmundjeve Kronike përfshin:

1. Kornizat e menaxhimit
2. Modelet e kujdesit kronik
3. Kuadri i Kujdesit Inovativ
4. Principet e kujdesit kronik
5. Promovimi shëndetësor
6. Përcaktuesit social të shëndetit
7. Stigma ndaj SJT –ve
8. Bashkëpunimi produktiv infermier- pacient
9. Qasja e kujdesit me fokus personin
10. Aspekti shëndetësor psikosocial
11. Parimet gjithëpërfshirëse
12. Kordinimi i kujdesit
13. Kujdesi komunitar



14. Qasjet multidisiplinare
15. Kujdesi holistik
16. Impakti biopsikosocial
17. Multimorbiditeti te pacienti
18. E-Shëndeti,platformat elektronike

Kjo lëndë synon të zhvillojë njohuritë, aftësitë dhe qëndrimet në vlerësimin klinik të studentit nëpërmjet:

- Identifikimit dhe vlerësimit mbi shëndetin dhe nevojat e personave, familjeve dhe komunitetit në kontekstin e tyre kulturor, të komunikojë dhe të ndërhyjë në përparësitë.
- Planifikimit, zbatimit dhe vlerësimit të kujdesit infermieror për të përmbushur nevojat e individëve, familjeve dhe komunitetit.
- Vlerësimit, menaxhimit dhe monitorimit të faktorëve të riskut dhe simptomat e sëmundjeve kronike dhe akute tek individët
- Përfshijë individë dhe familje në vendimmarrje në drejtim të promocionit shëndetësor dhe menaxhimit shëndetësor.
- Diskutimit të kujdesit shëndetësor me pacientët dhe familjet e tyre, me ekipin multidisiplinar dhe qendrat e kujdesit shëndetësor.
- Ofrojë edukim shëndetësor për pacientit dhe të ndërtojë një marrëdhënie terapeutike me pacientin dhe familjen.
- Identifikimit të problemeve shëndetësore të familjeve për tu siguruar që ato të trajtohen në fazën e hershme.
- Mentorimit të studentëve (me njëri-tjetrin) në promocionin shëndetësor, edukimin e pacientit dhe menaxhimin e kujdesit kronik.
- Punojë në mënyrë të pavarur si anëtar i një ekipi multiprofesional në parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e ruajtjen e shëndetit.
- Identifikimit të nevojave për ndryshim, mund të menaxhojë ndryshimin dhe të veprojë si mbi ndryshimet për të përmirësuar praktikën e infermierisë familjare dhe komunitare.
- Monitorimit dhe menaxhimit të personave të prekur nga sëmundjet kronike dhe mendore në komunitet në bashkëpunim me anëtarët e tjerë të ekipit multiprofesional.
- Komunikimit në mënyrë efektive me individë dhe familjet e tyre, si dhe me ekipin e kujdesit multiprofesional.
- Zhvillimit dhe koordinimit të kujdesit infermieror ose ndërdisiplinar me në qendër individin.
- Veprojë si ndërlidhës midis familjes dhe mjekut të familjes, duke zëvendësuar mjekun kur nevojat e identifikuar lidhen më së shumti me ekspertizën infermirore.
- Identifikimit dhe zbatimit të mjeteve të vlerësimit dhe menaxhimit të bazuara në evidenca për kujdesin ndaj individëve në mjedisin e kujdesit komunitar.

Moduli do të përmbaj seminare dhe praktika klinike e cila është e integruar brenda praktikës së përgjithshme. Qëllimi i seminareve është krijimi i një mjedisi efektiv të të mësuarit për të përmirësuar situata të mësidhënies-mësiminxënies, pajisja me njohuri të reja dhe zgjidhja e pyetjeve të ndryshme që kanë nevojë për përgjigje apo më shumë informacion. Moduli nga ana e praktikës synon të pajisë studentin me formim të avancuar rreth praktikës infermirore në Shërbimin Parësor (SHP) mbi menaxhimin infermieror të Sëmundjeve Kronike. Studenti do të aftësohet me standartet e praktikës



bashkëkohore infermiore në Shërbimin Parësor që përfshijnë: Asistencën Infermiore, Dignozën Infermiore (dokumentimi i historisë individuale dhe familjare shëndetësore, vlerësimi fizik, të dhënat diagnostike, terapeutike), Rezultatet e identifikimit, Planin infermior dhe Implementimi i planit infermior (bashkëpunimi me mjekë dhe profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor) dhe Zhvillimi i planit të kujdesit infermior (tregon rritje të aftësive menaxhuese dhe drejtuese të studentit në SHP).

Praktikat laboratorike të përfshira në modul do t'u mundësojë studentëve të fitojnë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të përballuar çdo situatë klinike, duke përkthyer njohuritë në aftësi praktike, sipas përshkrimeve mjekësore duke i bërë më të aftë për të ndjekur praktikat profesionale në Shërbimin Parësor.

Në fund të praktikës dhe laboratorit, studenti është në gjendje:

- Kryejë një vlerësim gjithëpërfshirës të pacientit me sëmundje kronike dhe të zhvillojë dhe vlerësojë planin e kujdesit
- Krijojë një marrëdhënie terapeutike me pacientin me një sëmundje kronike.
- Vlerësojë gjendjen shëndetësore dhe nevojat shëndetësore të pacientëve kronikë, familjeve të tyre dhe komuniteteve të tyre
- Planifikojë, zbatojë dhe vlerësojë kujdesin infermior për të përmbushur nevojat e individëve, familjeve të tyre dhe komunitetit të tyre, në lidhje me simptomat e sëmundjes kronike
- Përcaktojë veprimet prioritare në një ekip multidisciplinar në trajtimin e sëmundjeve kronike
- Monitorojë personat e prekur nga sëmundjet kronike në komunitet në bashkëpunim me anëtarët e tjerë të ekipit multidisciplinar
- Shërbejë si ndërlidhës midis pacientit dhe mjekut të familjes nëpërmjet referimit të duhur bazuar në gjendjen shëndetësore dhe situatat urgjente [1].

Përkufizimi i Kujdesit Kronik/SJT-të

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) "Kushtet kronike janë probleme shëndetësore që kërkojnë menaxhim të vazhdueshëm për një periudhë që zgjat me vite ose dekada. Sëmundje me kohëzgjatje të gjatë dhe avancim përgjithësisht të ngadaltë" [2].

Përkufizime të tjera i përkufizojnë "Sëmundjet kronike si kushte afatgjata me efekte të vazhdueshme. Pasojat e tyre sociale dhe ekonomike mund të ndikojnë në cilësinë e jetës së njerëzve". Sëmundjet kronike po bëhen gjithnjë e më të përhapura dhe janë një përparësi për veprim në sektorin e shëndetësisë [3].

Përkufizimi i OBSh-së për "gjendjen kronike" mbulon një spektër jashtëzakonisht të gjerë të sëmundjeve dhe kushteve si: sëmundje të vazhdueshme të transmetueshme (p.sh. HIV/AIDS); sëmundje jo të transmetueshme (p.sh. sëmundje kardiovaskulare, kancer dhe diabet); çrregullime mendore (p.sh. depresion dhe skizofreni); dëmtime të vazhdueshme të strukturës (p.sh. amputime, verbëri dhe çrregullime të kyçeve). Në këtë aspekt pacientët, klinikistët, profesionistët e shëndetit publik dhe aktorët e tjerë të interesuar në zvogëlimin e barrës ekonomike dhe shëndetësore të sëmundjes kronike mund të përfitojnë nga konsiderimi i HIV jo si një sëmundje e vetme kronike, por si pararendëse e sëmundjeve të tjera kronike [4].



Sëmundjet e transmetueshme krahasur me ato jo të transmetueshme

Sëmundje e transmetueshme: e transmetueshme, ose sëmundjet infektive, shkaktohet nga mikroorganizma si bakteret, viruset, parazitët dhe kërpudhat që mund të përhapen, direkt ose indirekt, nga një person tek tjetri (OBSH).

Sëmundje Jo të transmetueshme: jo të transmetueshme: sëmundjet jo të transmetueshme (SJT-të), të njohura edhe si sëmundje kronike, priren të jenë me kohëzgjatje të gjatë dhe janë rezultat i ndërthurjes së faktorëve gjenetikë, fiziologjikë, mjedisorë dhe sjelljes. SJT-të nuk mund të transmetohet nga një person te tjetri (OBSH). Sëmundjet Jo të transmetueshme shpesh herë përdoren si sinonim për sëmundjet kronike, edhe pse disa sëmundje kronike janë të transmetueshme (p.sh. HIV).

Tabela 1. Karakteristikat e përbashkëta të gjendjeve kronike dhe çfarë do të thotë për pacientët [2]

Karakteristikat e përbashkëta të gjendjeve kronike	Kushtet kronike janë të vazhdueshme
	Kërkojnë një menaxhim të kujdesit shëndetësor me kalimin e kohës
	Po rriten në të gjithë botën
	Sfidojnë efikasitetin dhe efektivitetin e sistemeve aktuale të kujdesit shëndetësor dhe vënë në provë aftësitë tona për të organizuar sisteme për të përmbushur kërkesat imediate
	Kanë pasoja të rënda ekonomike dhe sociale në të gjitha rajonet dhe kërcënojnë burimet e kujdesit shëndetësor në çdo vend
Çfarë do të thotë për pacientët	Çfarë do të thotë për pacientët
	Nuk ka asnjë kurë
	Vazhdim i simptomave
	Shpesh kanë nevojë për barna gjatë gjithë jetës
	Kërkojnë disa ndryshime të sjelljes
	Stresi emocional
	Përjetojnë ndryshim të rolit social/profesional

Epidemiologjia e SJT-ve

Faktet kryesore

- Sëmundjet jo të transmetueshme (SJT-të) vrasin 41 milion njerëz çdo vit, ekuivalente me 71% të të gjitha vdekjeve në mbarë botën.
- Çdo vit, më shumë se 15 milion njerëz vdesin nga një SJT midis moshave 30 dhe 69 vjeç; 85% e këtyre vdekjeve "të parakohshme" ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.
- 77% e të gjitha vdekjeve nga SJT janë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme.
- Sëmundjet kardiovaskulare përbëjnë shumicën e vdekjeve nga SJT, ose 17.9 milion njerëz në vit, të ndjekura nga kanceret (9.3 milion), sëmundjet e frymëmarrjes (4.1 milion) dhe diabeti (1.5 milion).
- Këto katër grupe sëmundjesh zënë mbi 80% të të gjitha vdekjeve të parakohshme nga SJT.



- Përdorimi i duhanit, pasiviteti fizik, përdorimi i dëmshëm i alkoolit dhe dietave jo të shëndetshme, të gjitha rrisin rrezikun e vdekjes nga SJT.
- Zbulimi, depistimi dhe trajtimi i SJT -me, si dhe kujdesi paliativ, janë përbërësit kryesorë të reagimit ndaj SJT -me.
- Sëmundjet jo të transmetueshme (SJT-të), të njohura edhe si sëmundje kronike, kanë tendencë të jenë me kohëzgjatje të gjatë dhe janë rezultat i një kombinimi të faktorëve gjenetikë, fiziologjikë, mjedisorë dhe të sjelljes.
- Llojet kryesore të SJT janë sëmundjet kardiovaskulare (të tilla si sulmet në zemër dhe goditja në tru), kanceret, sëmundjet kronike të frymëmarrjes (të tilla si sëmundja pulmonare obstruktive kronike dhe astma) dhe diabeti [5].

Vitet e jetës të modikuara sipas paaftësisë– Raporti i Barrës Globale Shkaqet e vdekjes – Shqipëri. Çfarë shkakton më shumë vdekje?

Popullsia në Shqipëri ka ndryshuar gjatë 30 viteve të fundit. Kjo vjen, veçanërisht, për shkak të ndryshimeve në sistemin ekonomik, duke kaluar nga ekonomia e centralizuar në një sistem të tregut të hapur i cili ka dhënë efektin e tij në lindje, vdekje, migracion, dhe sigurisht ka një ndikim në të ardhmen e popullsisë shqiptare. Në 1 Janar 2019, popullsia e Shqipërisë është 2, 86 milionë banorë dhe, krahasuar me vitin 2011, është ulur me 1, 5%. Priorja në rënie vazhdon të jetë e pranishme nga vitet e mëparshme. Treguesit e jetëgjatësisë për Shqipërinë në vitin 2018, tregojnë se jetëgjatësia e pritur e femrave është 80.5 vjeç dhe 77.4 vjeç për meshkujt. Mosha mediane e popullsisë shqiptare është rritur nga afërsisht 33 vjeç në vitin 2011, në 36 në 2018-ën. Mosha mediane e popullsisë është rritur, gjithashtu, nga 31, 3 vjeç për meshkujt dhe 33,9 vjeç për femrat në vitin 2011, në 35,0 dhe 37,2 në vitin 2018. Grupmosha e popullsisë 15-64 vjeç ka qëndruar thuajse e njëjtë, duke pësuar një rritje të lehtë, nga 67,4 % në vitin 2011, në 68,7 % në vitin 2019. Grupmosha e popullsisë 65+ vjeç është rritur nga 11,0 % në vitin 2011 në 14,1 % në vitin 2019 [6]. Ndërsa njerëzit plaken, ata bëhen më të ndjeshëm ndaj sëmundjeve dhe paaftësisë. Sidoqoftë, një pjesë e madhe e barrës së sëmundjeve tek njerëzit e moshuar mund të zvogëlohet ose parandalohet duke adresuar në mënyrë adekuate faktorët e veçantë të rrezikut [7]. Njerëzit e të gjitha grupmoshave, rajoneve dhe vendeve preken nga sëmundjet jo të transmetueshme. Këto sëmundje janë më të shpeshta më grupmosha më të vjetra, por studimet tregojnë se më shumë se 15 milion të të gjitha vdekjeve që i atribuohen SJT ndodhin midis moshave 30 dhe 69 vjeç. Nga këto vdekje "të parakohshme", 85% vlerësohet të ndodhin në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme. Fëmijët, të rriturit dhe të moshuarit janë të gjithë të prekshëm nga faktorët e rrezikut (Figura 1) që kontribuojnë në sëmundjet SJT, qoftë nga dietat ushqimore jo të shëndetshme, pasiviteti fizik, ekspozimi ndaj tymit të duhanit ose përdorimi i dëmshëm i alkoolit. Këta konsiderohen si faktorët e rrezikut të sjelljes së modifikueshme, dhe të gjitha rrisin rrezikun e SJT. Duhani shkakton mbi 7.2 milion vdekje çdo vit (përfshirë efektet e ekspozimit ndaj duhanpirjes pasive) dhe parashikohet të rritet ndjeshëm gjatë viteve të ardhshme. 4.1 milion vdekje vjetore i janë atribuar marrjes së tepërt të kripës / natriumit. Më shumë se gjysma e 3.3 milion e vdekjeve vjetore që i atribuohen përdorimit të alkoolit janë nga SJT, përfshirë kancerin. 1.6 milion vdekje në vit mund t'i atribuohen aktivitetit fizik të pamjaftueshëm. Faktorët e rrezikut metabolik kontribuojnë në katër ndryshime kryesore metabolike që rrisin rrezikun e SJT përfshijnë: presionin e lartë të gjakut; mbipesha /obeziteti; hiperglicemia (nivele të larta



të glukozës në gjak); dhe hiperlipidemia (nivele të larta yndyre në gjak). Për sa i përket vdekjeve të atribuueshme, faktori kryesor i rrezikut metabolik globalisht është presioni i lartë i gjakut (të cilit i atribuohet 19% e vdekjeve globale) pasuar nga mbipesha, obeziteti dhe rritja e glukozës në gjak [8-9]. Ndikimi që SJT kanë në popullatë është i lidhur ngushtë me zhvillimin ekonomik dhe social të një vendi. Për shembull, në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme ndikimi i tyre është joproporcional, ku gati 75% e të gjitha vdekjeve ndodhin për shkak të sëmundjeve jo të transmetueshme. Faktorë të tjerë janë të lidhur me zhvillimin social-ekonomik, kulturor, politik dhe mjedisor ku përfshihen globalizimi, urbanizimi dhe plakja e popullatës [10]. SJT-të kërcënojnë progresin drejt Agjendës 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm, i cili përfshin një synim për uljen e vdekjeve të parakohshme nga SJT me një të tretën deri në 2030. Rritja e shpejtë e SJT parashikohet të pengojë iniciativat për uljen e varfërisë në vendet me të ardhura të ulëta, veçanërisht duke rritur kostot e familjeve që lidhen me kujdesin shëndetësor. Njerëzit e pambrojtur dhe të pafavorshëm nga ana sociale sëmuren dhe vdesin më shpejt sesa njerëzit me pozita më të larta shoqërore, veçanërisht sepse rrezikojnë më shumë të ekspozohen ndaj produkteve të dëmshme, të tilla si duhani, ose praktika jo të shëndetshme dietike, dhe kanë qasje të kufizuara në shërbimet shëndetësore [11].

Figura 1. Faktorët e rrezikut



Parandalimi dhe kontrolli i SJT

Një mënyrë e rëndësishme për të kontrolluar Sëmundjet Jo të Transmetueshme është përqëndrimi në uljen e faktorëve të rrezikut që lidhen me këto sëmundje. Për këtë nevojitet një qasje gjithëpërfshirëse që kërkon që të gjithë sektorët, përfshirë shëndetësinë, financat, transportin, arsimin, bujqësinë, planifikimin dhe të tjerët, të bashkëpunojnë për të zvogëluar rreziqet që lidhen me SJT dhe për të promovuar ndërhyrjet në parandalimin dhe kontrollin e tyre. Investimi në menaxhim më të mirë të SJT është kritike. Menaxhimi i SJT përfshin zbulimin, shqyrtimin dhe trajtimin e këtyre sëmundjeve dhe sigurimin e aksesit në kujdesin palativ për njerëzit në nevojë. Ndërhyrjet thelbësore të SJT me ndikim të lartë mund të jepen përmes një qasjeje të kujdesit shëndetësor parësor për të forcuar zbulimin e hershëm dhe trajtimin në kohë. Provat tregojnë se ndërhyrje të tilla janë investime të shkëlqyera ekonomike sepse, nëse u ofrohen herët pacientëve, ato mund të zvogëlojnë nevojën për trajtim më të shtrenjtë. Vendet me mbulim joadekuat të sigurimeve shëndetësore nuk ka gjasa të sigurojnë qasje universale në ndërhyrjet thelbësore të SJT. Ndërhyrjet e menaxhimit të SJT janë



thelbësore për arritjen e synimit global për një ulje relative 25% të rrezikut të vdekshmërisë së parakohshme nga SJT deri në vitin 2025, dhe synimi i Agjendës 2030 për Zhvillim të Qëndrueshëm për një ulje të një të tretës së vdekjeve të parakohshme nga SJT deri në 2030 [12-13]. Në këtë aspekt, sjelljet shëndetësore luajnë një rol kyç në parandalimin dhe kontrollin e SJT. Përmirësimi i sjelljeve shëndetësore te personat me sëmundje kronike si hipertensioni dhe diabeti është i rëndësishëm për menaxhimin e sëmundjes. Studimet kanë treguar se pacientët me sëmundje kronike në disa raste shfaqin sjellje më të këqija shëndetësore sesa ato të popullatës së përgjithshme. Për këtë arsye nevojitet hartimi i strategjive dhe modeleve të kujdesit që rrisin ndërgjegjësimin e pacientëve kronik në lidhje me faktorët e modifikueshëm dhe menaxhimin e sëmundjes [14].

Kornizat e menaxhimit të sëmundjeve kronike

Një ‘model i kujdesit’ është një koncept shumëplanësh, i cili përcakton gjerësisht mënyrën se si ofrohen shërbime shëndetësore [15]. Një model kujdesi përshkruan praktikën më të mirë në ofrimin e kujdesit ndaj pacientit përmes aplikimit të një grupi parimesh në shërbim në kanalet e identifikuara klinike dhe ndjekjen në përgjithësi të pacientit [16]. Studimi rishikim literature në lidhje me modelet e menaxhimit të sëmundjeve kronike evidentoi pesë modele të kujdesit për sëmundjet kronike ku përfshiheshin Modeli i kujdesit kronik, Modeli i Përmirësuar i Kujdesit për Sëmundjet Kronike, Kujdesi Inovativ për Sëmundjet Kronike, Modeli Stanford dhe Modeli i Tranzicionit i Bazuar në Komunitet. Modeli i kujdesit kronik ishte modeli më i studiuar dhe baza e të gjitha modeleve të tjera të kujdesit për sëmundjet kronike [17-18].

Pasqyrë e Modeleve të Sëmundjeve Kronike

(a) Modeli i Kujdesit Kronik (MKK) është një model i kujdesit që harton elemente thelbësore të kujdesit për sëmundjen kronike. Ai siguron një qasje proaktive; e bazuar në evidenca, me pacientin në qendër. Brenda këtij modeli janë gjashtë elementët kryesorë që bashkëveprojnë për të promovuar kujdes me cilësi të lartë për pacientët me sëmundje kronike. Këta elementë përfshijnë:

- 1) Sistemin shëndetësor ose një organizatë shëndetësore;
- 2) Sistemet klinike të informacionit;
- 3) Mbështetja e vendimit;
- 4) Projektimi i sistemit të shpërndarjes;
- 5) Mbështetje për vetë-menaxhim;
- 6) Komuniteti duke përfshirë organizatat dhe burimet për pacientët [19].

(b) Modeli i Përmirësuar i Kujdesit Kronik. Ideja ku bazohet ky model është që të integrojë shkencën mjekësore me sistemet e ridizenuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor, në mënyrë që pacientët kronikë në çdo mjedis të marrin diagnoza dhe kujdes të shpejtë. Duke përfshirë pesë tema shtesë të cilat ishin përfshirë te MKK ekzistues:

- 1) Siguria e pacientit (në sistemin shëndetësor);
- 2) Kompetenca kulturore (në projektin e sistemit të shpërndarjes);
- 3) Koordinimi i kujdesit (në sistemin shëndetësor dhe sistemet klinike të informacionit);
- 4) Politikat e Komunitetit (në Burimet dhe Politikat e Komunitetit);
- 5) Menaxhimi i rastit (në Projektimin e Sistemit të shpërndarjes) [20].



(c) Modeli i Kujdesit Inovativ për gjendjet kronike. Ky model përshkruan zgjerimin e modelit të kujdesit kronik për të paraqitur një strukturë për organizimin e kujdesit shëndetësor për gjendjet kronike. Modeli i Kujdesit Inovativ për sëmundjet kronike (MKISK) njihet mjedisin më të gjerë të politikave që përfshijnë pacientët, familjet e tyre, organizatat e kujdesit shëndetësor dhe komunitetet. Në bazë të këtij modeli janë 8 elementë:

- 1) Mbështetja e një ndryshimi të një modeli;
- 2) Menaxhimi i mjedisit politik;
- 3) Ndërtimi i kujdesit shëndetësor të integruar;
- 4) Të harmonizohen politikat sektoriale për shëndetësinë;
- 5) Përdorni personelin e kujdesit shëndetësor në mënyrë më efektive;
- 6) Kujdesi me në qendër pacientin dhe familjen;
- 7) Mbështetja e pacientëve në komunitetet e tyre;
- 8) Theksoni parandalimin [21].

(d) Modeli Stanford. Programi i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike apo modeli Stanford është modeli më i studiuar për vetë-efikasitetin dhe rritjen e kujdesit shëndetësor. Ky model ka si qëllim t'u sigurojë pacientëve vetë-efikasitetin dhe aftësitë e nevojshme për të menaxhuar në mënyrë optimale sëmundjet e tyre kronike, pavarësisht nga diagnoza specifike. Qëllimi i përgjithshëm është të ndihmojë pacientët të përvetësojnë gjashtë detyra themelore të vetë-menaxhimit:

- 1) zgjidhja e problemeve;
- 2) marrja e vendimeve;
- 3) përdorimi i burimeve;
- 4) formimi i një partneriteti pacient-ofrues kujdesi shëndetësor;
- 5) hartimi i planeve të veprimit për ndryshimin e sjelljes shëndetësore dhe
- 6) vetë-përshtatje, Figura d, [22].

(e) Modeli i Tranzicionit i Bazuar në Komunitet. Kujdesi tranzitor është përcaktuar si një grup veprimesh të dizajnuara për të siguruar koordinimin dhe vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor ndërsa pacientët transferohen midis vendeve të ndryshme ose niveleve të ndryshme të kujdesit brenda të njëjtë vend. Ky model ofron një vizion të ri të ofrimit të kujdesit kronik. Mjekët, spitalet, klinikistët, me pacientin në qendër, me kosto efektive, i fokusuar në rezultate dhe i riprodhueshëm [23]. Kujdesi tranzitor është thelbësor për personat me nevoja komplekse për kujdes. Ky model adreson nevojat e kujdesit kronik të pacientëve me kalimin e kohës dhe përfshinë;

- 1) Identifikimin e shqetësimeve specifike të pacientit në lidhje me procesin e tranzicionit;
- 2) Aderimi ndaj nedikamenteve dhe këmbëngulja;
- 3) Vlerësimi dhe mbështetja e njohurive shëndetësore ndërmjet vizitave / trajtimeve të mjekëve;
- 4) Përdorimi i monitorimit të largët të pacientit posaçërisht për të lehtësuar zgjidhjen e problemeve, ndërtimin e besimit dhe promovimin e ndryshimeve të nevojshme të sjelljes për menaxhimin optimal të sëmundjes kronike [24].

Nga të gjitha modelet e kujdesit kronik të përmendura më sipër, MKK është modeli më i përdorur i kujdesit për njerëzit me sëmundje kronike [25]. Ky model është një qasje organizative për t'u kujdesur për njerëzit me sëmundje kronike në një mjedis të kujdesit parësor.

Figura d



Sistemi është i bazuar në popullatë dhe krijon ndërveprime praktike, mbështetëse, të bazuara në prova midis një pacienti të informuar, të aktivizuar dhe një ekipi të praktikës proaktive të përgatitur. Ai siguron një kornizë të shkëlqyer për të kuptuar arsyetimin për komponentët e përbashkët në të gjithë modelet e kujdesit. Modelet e kujdesit për sëmundjen neurodegenerative, ndërsa janë zhvilluar në mënyrë tipike për një gjendje specifike siç është sëmundja Alzheimer ose sëmundja Parkinson, e kanë zanafillën në menaxhimin e kujdesit për sëmundjet kronike. Këto modele ndajnë shumë komponentë sepse ato kërkojnë të adresojnë përcaktuesit e shumtë të shëndetit që janë të zakonshëm në të gjitha gjendjet kronike [26]. Në Shqipëri modelet e kujdesit kronik akoma nuk kanë gjetur përdorim dhe zbatim në praktikën klinike dhe në kujdesin shëndetësor. Studime të ndryshme ndër-sektoriale të kryera në mesin e popullatës shqiptare kanë evidentuar shifra të larta të presionit të gjakut dhe sheqerit në gjak edhe pse shumica e njerëzve nuk janë fare në dijeni që kanë risk për këto sëmundje [27]. Vdekjet e parakohshme në Shqipëri janë rezultat i sëmundjeve kardiovaskulare, respiratore, strok, kanceri, diabeti, përdorimit i duhanit, alkoolit, pasiviteti fizik, dieta ushqimore e varfër me fruta dhe perime [28]. Fuqizimi i pacientit nëpërmjet rritjes së ndërgjegjësimit me sëmundje kronike për shembull në rastin e diabetit ka treguar se ka efekt të mirë në nivelet e glicemisë por edhe në përmirësimin e distresit emocional i cili është mjaft i pranishëm në mesin e këtyre pacientëve [29 -30]. Edhe në rastin e osteoporozës një sëmundje kronike me përparim të heshtur dhe të ngadalshëm u vu re që kontrolli dhe vetë-menaxhimi i sëmundjes ka një ndikim thelbësor në cilësinë e jetës dhe në kostot shëndetësore të sëmundjes [31]. Studimet mbi kancerin në mesin e pacientëve shqiptar në lidhje me kujdesin, evidentuan mungesë të theksuar të dokumentimit në lidhje me historikun e sëmundjes, faktorët e rrezikut dhe mënyrat e trajtimit dhe kujdesit. Të gjitha këto janë elementë që ndikojnë dukshëm në hartimin e modeleve dhe planeve të kujdesit por edhe në kapacitetet e infermerëve të cilët në pjesën më të madhe të rasteve janë përgjegjës për kujdesin paliativ. Adresimi i këtyre problemeve të evidentuara është theksuar edhe nga autorët e studimeve [32-33]. Ndërkohë që nga kërkimi dhe evidencat shkencore përpjekjet për të krijuar modele efektive kujdesi janë më shumë të fokusuara në aspektin e depistimit të hershëm të sëmundjes dhe më pak në rritjen e aftësive menaxhuese të pacientëve kronikë për kontrollin e sëmundjeve [34-35].



Referenca

1. Syllabusët (plan programe e lendeve) e programit të ciklit të dytë të studimit Master profesional në “Infermieri Familje” Aneksi 5.
2. OBSH, Kujdesi inovator për gjendjet kronike, 2002
3. Instituti Australian i Shëndetit dhe Mirëqenies, 2017
4. Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in public health*, 4, 159.
5. Who fact sheets. Noncommunicable diseases. 13 April 2021. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
6. INSTAT. Popullsia e Shqipërisë. Struktura moshore e popullsisë – Shqipëri. Online: <http://www.instat.gov.al/al/statistikat-n%C3%AB-shkolla/popullsia-e-shqip%C3%ABris%C3%AB/> http://www.instat.gov.al/media/5153/popullsia-1-janar-2019_final.pdf
7. WHO. Data and Statistics. Risk factors of ill health among older people. Online: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people>
8. Peters, R., Ee, N., Peters, J., Beckett, N., Booth, A., Rockwood, K., & Anstey, K. J. (2019). Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic advances in chronic disease*, 10, 2040622319880392.
9. Liu Y, Croft JB, Wheaton AG, Kanny D, Cunningham TJ, Lu H, et al. Clustering of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Adults, United States, 2013. *Prev Chronic Dis* 2016;13:160054.
10. WHO. Chapter 2 – NCDs and development. Online: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter2.pdf
11. Lago - Peñas S, Rivera B, Cantarero D, et al. The impact of socioeconomic position on non-communicable diseases: ëhat do ëe knoë about it? *Perspectives in Public Health*. 2021;141(3):158-176.
12. WHO. Preventing and controlling noncommunicable diseases. <https://www.who.int/westernpacific/activities/preventing-and-controlling-noncommunicable-diseases>
13. Budreviciute Aida, Damiati Samar, Sabir Dana Khdr, Onder Kamil, Schuller-Goetzburg Peter, Plakys Gediminas, Katileviciute Agne, Khoja Samir, Kodzius Rimantas. 2020. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*. Volume 8, 788, ISSN=2296-2565.
14. Newsom, J. T., Huguet, N., McCarthy, M. J., Ramage-Morin, P., Kaplan, M. S., Bernier, J., McFarland, B. H., & Oderkirk, J. (2012). Health behavior change following chronic illness in middle and later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 67(3), 279–288.



15. Queensland Health (2000) Changing Models of Care Framework, Queensland, Queensland Health. WA Health Networks (2006) Models of Care: Scoping Document: for consultation.
16. Unpublished. Waikato Health Board (2004) Child & Adolescent Clinical Stream: Proposed Model of Care, New Zealand, Health Waikato Division.
17. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci.* 2014 Oct 29;7(2):210-27.
18. A Boscart V, Crutchlow LE, Sheiban Taucar L, et al Chronic disease management models in nursing homes: a scoping review *BMJ Open* 2020;10:e032316.
19. Organizing care for patients with chronic illness. *Wagner EH, Austin BT, Von Korff MMilbank Q.* 1996; 74(4):511-44.
20. Wielawski I. M. Birmingham: HSMC, University of Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006. Improving chronic illness care. <http://www.rwjf.org/files/research/CDM.final.pdf>.
21. World Health Organization. Noncommunicable Disease and Mental Health Cluster. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. *Global report.* 2002
22. Stanford University 'Chronic Disease Self-Management Program', Chronic Disease Self-Management 2012. <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
23. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schertzer JS J Am Geriatr Soc.* 2004 May; 52(5):675-84.
24. Hennessey, Beth MSN, RN; Suter, Paula RN, MA, CCP The Community-Based Transitions Model, Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional: April 2011 - Volume 29 - Issue 4 - p 218-230.
25. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium January 1, 2009. Publisher: Project HOPE: The People-to-People Health Foundation, Inc. Publication: Health Affairs Author(s): Coleman K, Austin BT, Brach C, and Wagner EH.
26. Module 16. Introduction to the Care Model. Content last reviewed May 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/ncepcr/tools/pf-handbook/mod16.html>
27. Fatjona Kamberi et al 2018. Awareness of type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional study. Conference: 4th IMCA 2018 4th International Multidisciplinary Medical Congress in Albania. At: Hotel Plaza, Tirana, Albania. Volume: IMCA IV Congress book.
28. ISHP. Plan of Monitoring NCD and the Progress in Their Control in Albania Framework of Indicators and Their Metadata. Tirana May 2015. <http://ishp.gov.al/docs/DESiSH/Monitorimi%20i%20NCD%20ne%20shqiperi%2030%20maj%20eng%20+alb.pdf>



29. Ramaj, A., Kamberi, F. and Behrens, J. (2019) Effects of Diabetes Education on Emotional Distress in Patients with Type 2 Diabetes—An Experimental Study. *Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases*, **9**, 9-20.
30. Ramaj, Alida and Kamberi, Fatjona. "Influence of education training in patients with type 2 diabetes in the improvement of lifestyle and biochemical characteristics: a randomized controlled trial" *Frontiers of Nursing*, vol.6, no.4, 2019, pp.293-299.
31. Kamberi F, Stramarko Y, Subashi B, Sinanaj G (2018) Women with osteoporosis present their quality of life: Three cases from Vlore, Albania. *Arch Community Med Public Health* 4(2): 069-072.
32. Kamberi F, Çelaj J. Evidence of gastric cancer cases, year survival rate and frequent symptoms – A retrospective study at Vlora regional hospital, Albania. *Cancer Reports and Reviews*. 2018; 2: 1-4.
33. Kamberi F, Jaho J. A retrospective study for Colorectal Cancer in Vlore, Albania- suggestions for further implications. *Arch Cancer Sci Ther*. 2020; 4: 003-006.
34. Fatjona Kamberi. A case report of ischemic stroke in patients with diabetes and hypertension. *Leading Innovative Vascular Education (Live) 2020- Online Seminar Edition*.
35. Fatjona Kamberi, Jerina Jaho, Leonard Kamberi. Rapid Risk Assessment for Diabetes and Stroke a Cost-effective Method for Early Screening and Prevention. 18th WCIRDC Live Interactive Online Conference. December 3-6, 2020. *Metabolism Clinical and Experimental*. Volume 116, Supplement, 154551, March 01, 2021.



2

Cilat janë modelet e menaxhimit efektiv të kujdesit në pacientët me sëmundje kronike

Objektivat e mësimi

- Rëndësia e njohjes së Modeleve të Kujdesit Kronik si qasje efektive në menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Modeli i Kujdesit Kronik sipas Wagnerit
- Njohja me Modelin e Kujdesit Kronik i Përmirësuar
- Shembuj praktikë të përdorimit të Modelit të Kujdesit Kronik

Rëndësia e njohjes së Modeleve të Kujdesit Kronik si qasje efektive në menaxhimin e sëmundjeve kronike

Barra e sëmundjeve kronike po rritet me shpejtësi në të gjithë botën. Pothuajse gjysma e vdekjeve totale të sëmundjeve kronike i atribuohen sëmundjeve kardiovaskulare; mbipesha dhe diabeti po tregojnë gjithashtu tendenca shqetësuese, jo vetëm sepse ato prekin tashmë një pjesë të madhe të popullsisë, por edhe sepse ato kanë tendencën që të shfaqen dhe në moshat e reja [1].

Shkaqet kryesore për një shëndet jo të mirë ndryshojnë ndjeshëm në të gjitha grupmoshat globalisht. Problemet mbizotëruese shëndetësore të evidentuara tek njerëzit e rinj të moshës 10–49 vjeç janë më shumë të lidhura me aksidentet rrugore dhe lëndimet në rrugë, çrregullime të lidhura me dhimbje të kokës, HIV / AIDS, dhimbja e mesit dhe çrregullimet depresive. Në të kundërt, sëmundjet ishemike të zemrës, goditja në tru dhe diabeti janë kontribuesit kryesorë për një shëndet jo të mirë tek njerëzit e moshës mbi 50 vjeç [2].

Panorama globale e sëmundjeve kronike tregon se në vendet më të industrializuara dhe në shumë vende në zhvillim sëmundjet kronike ose sëmundjet jo-të transmetueshme janë shkaku kryesor i vdekshmërisë. Ndërkohë që në këtë panoramë, roli i infermierisë për të promovuar shëndetin, parandalimin e sëmundjeve, lehtësimin e vuajtjeve dhe kontrollin e sëmundjeve është themelor [3]. Përveç kësaj, studimet tregojnë që inovacioni në qasjet e bazuara në evidenca është thelbësor për përmirësimin e strategjive shëndetësore të bazuara në popullatë për parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike [4].

Përparimet në menaxhimin e sëmundjeve kronike sugjerojnë se nevojiten ndryshime në organizimin e kujdesit të kërkuar për të arritur rezultate më të mira dhe kosto më të ulëta. Këto ndryshime përfshijnë theksin më të madh në mbështetjen e pacientëve në menaxhimin e sëmundjes së tyre, delegimin më të qartë nga mjeku i kujdesit parësor të



detyrave në menaxhimin e pacientit, optimizimin e menaxhimit të ilaçeve dhe ndjekjen më intensive [5].

Në këtë aspekt, për menaxhim dhe kontroll më të mirë të sëmundjeve kronike fokusi duhet të jetë te personi që ka sëmundjen. Që trajtimi të jetë i suksesshëm, pacientët duhet të jenë të informuar mirë për sëmundjen e tyre [6] si dhe të dinë qasjet në trajtim dhe të kenë kontroll më të madh mbi trajtimin e sëmundjeve të tyre kronike [7]. Gjithashtu, ekipet multidisciplinare të kujdesit parësor që përfshijnë infermierë dhe farmacistë mund të përmirësojnë cilësinë e kujdesit te personat me sëmundje kronike [8].

Si rrjedhojë, rritja e barrës së sëmundjeve kronike ka sjell nevojën për përdorim të modeleve të ndryshme kujdesi me impakt direkt në menaxhimin e këtyre sëmundjeve dhe cilësinë e jetës së këtyre pacientëve [9].

Pavarësisht krijimit të këtyre modeleve të kujdesit për sëmundjet kronike, përveç sigurimit të burimeve të përshtatshme për të mbështetur zbatimin dhe qëndrueshmërinë, pranueshmëria e ndërhyrjes si për pacientët ashtu edhe për ofruesit e kujdesit shëndetësor janë faktorë të identifikuar si kontributor në suksesin e implementimit të këtyre modeleve në praktikë. Gjithashtu, nevoja për të përgatitur ofruesit e kujdesit shëndetësor për zbatimin e një modeli të kujdesit kronik dhe për të mbështetur pacientët është për tu adresuar, pasi mënyra për të marrë dhe dhënë kujdes ndryshon vazhdimisht. Marrja në konsideratë e faktorëve njerëzorë përfshirë ndikimin që palët e ndryshme të interesit mund të kenë është thelbësore që një model kujdesi kronik të jetë efektiv dhe i suksesshëm [9].

Modelet e menaxhimit efektiv të kujdesit në pacientët me sëmundje kronike

Rishikimet sistematike të literaturës në lidhje me modelet e kujdesit kronik kanë evidentuar edhe modelet më të përdorshme dhe efikase në menaxhimin e sëmundjeve kronike. Modelet e sëmundjeve kronike më të përdorshme përfshijnë Modelin e Kujdesit Kronik (MKK), Modelin e Përmirësuar i Kujdesit Kronik (MPKK), Kujdesin Inovativ për Sëmundjet Kronike (KISK), Modelin Stanford (SM) dhe Modeli i Tranzicionit i Bazuar në Komunitet (MTBK). Modeli i Kujdesit Kronik rezulton modeli më i studiuar dhe që ka shërbyer si bazë për evoluimin e modeleve të tjera të kujdesit. [10]. Ndërkohë që një studim tjetër rishikim sistematik i literaturës evidentoi se Mbështetja për Vetë-Menaxhim është ndërhyrja më e shpeshtë e Modelit të Kujdesit Kronik që shoqërohet me përmirësime statistikisht të rëndësishme kryesisht për diabetin dhe hipertensionin [11]. Një studim tjetër rishikim integral i literaturës evidentoi si më të përdorshme modele të kujdesit kronik që lidheshin me menaxhim të rasteve, modele të vetë-menaxhimit të kujdesit dhe modelin e kujdesit kronik. Ndikimet kryesore në përdorimin e modeleve të kujdesit kronik ishin: një marrëdhënie më e mirë midis pacientit dhe profesionistit shëndetësor, një rritje në autonominë e personit me sëmundje kronike dhe një ulje e shpenzimeve personale dhe të kujdesit shëndetësor [12].

Duhet theksuar fakti që modelet e kujdesit kronik janë më të përdorshme në Amerikë, Zelandën e Re, dhe më pak në Australi, Zvicër dhe Itali. Kjo tregon se këto modele janë më pak të aplikuara si qasje kujdesi në vendet Evropiane dhe më pak akoma në vendet e Ballkanit Perëndimor përfshirë dhe Shqipërinë.



Modeli i Kujdesit Kronik sipas Wagnerit-historiku

Modeli i Kujdesit Kronik i ka fillesat e tij në rishikimin e ndërhyrjeve për të përmirësuar kujdesin për popullata të ndryshme me sëmundje kronike. Pasi kujdesi mjekësor i zakonshëm shpesh dështonte të përmbushte nevojat e pacientëve me sëmundje kronike, madje edhe në sistemet e mirë administruara dhe të integruara. Për këtë arsye për të përmirësuar rezultatet në këta pacientë u sugjeruan strategji që përfshinin ndërhyrje efektive. Këto ndërhyrje përfshinin elementë të fushave të kujdesit si përdorimi i kujdesit të planifikuar të bazuar në evidenca; riorganizimi i sistemeve të praktikës dhe roleve të ofruesit; mbështetje e përmirësuar e vetë-menaxhimit të pacientit; qasje e shtuar në ekspertizë; dhe disponueshmëri më e madhe e informacionit klinik. Të gjithë elementët e mësipërm u organizuan dhe hodhën bazat për krijimin e Modelit të Kujdesit Kronik [13]. Këto vlerësime në bashkëpunim me rishikime sistematike të literaturës konfirmuan se ndryshimet e shumë komponentëve të praktikës klinike në të gjitha fushat e mësipërme sjellin përmirësime të rezulteteve të pacientit, rrisin aftësitë dhe ekspertizën e ofruesit të kujdesit shëndetësor, edukojnë dhe mbështesin pacientin, e bëjnë kujdesin e ofruar më të grupuar dhe planifikuar si dhe sigurojnë një përdorim më të mirë të regjistrave dhe sistemeve informative mjekësore [14]. Këto ndryshime formuan Modelin e Kujdesit Kronik [15] që sot është një qasje e adaptuar gjerësisht për përmirësimin e kujdesit ambulator [16]. Ky model është gjithashtu një pjesë integrale e modeleve të tanishme të kujdesit në shtëpi me në qendër pacientin. Modeli i Kujdesit Kronik mund të përmirësojë kujdesin ndaj pacientit dhe të çojë në shëndet më të mirë [17].

Modeli i Kujdesit Kronik sipas Wagnerit [18]

Modeli i Kujdesit Kronik është një model i kujdesit që harton elemente thelbësore të kujdesit për sëmundjen kronike. Modeli siguron udhëzime për një zhvendosje nga fokusi i sistemit shëndetësor akut, episodik në atë që kërkohet për kujdes efektiv të sëmundjes kronike [19-22].

Modeli i Kujdesit Kronik zbatohet për një gamë të gjerë të sëmundjeve kronike dhe shërben si një udhërrëfyes për profesionistët e shëndetit për të organizuar praktikatat e tyre dhe për të përmbushur nevojat komplekse të njerëzve të sëmurë kronik. Ai siguron një qasje proaktive; të bazuar në evidenca, e përqendruar te pacienti. Brenda këtij modeli janë gjashtë elementët kryesorë që bashkëveprojnë për të promovuar kujdes me cilësi të lartë për pacientët me sëmundje kronike.

Këta elementë përfshijnë:

- 1) Sistemin shëndetësor ose një organizatë shëndetësore;
- 2) Sistemet klinike të informacionit;
- 3) Mbështetja e vendimit;
- 4) Projektimi i sistemit të shpërndarjes;
- 5) Mbështetje për vetë-menaxhim;
- 6) Komuniteti duke përfshirë organizatat dhe burimet për pacientët, Tabela 2-1 [8] dhe Tabela 2-2 [23]

Modeli i Kujdesit Kronik bëri thirrje për një ndryshim strukturor në mënyrën e kujdesit për njerëzit me sëmundje kronike, dhe pjesëmarrjen e infermierëve, punonjësve socialë dhe vetë pacientëve. Modeli mund të zbatohet për një sërë sëmundjesh kronike, mjediset e kujdesit shëndetësor dhe popullatat target.

**Tabela 2-1***

Përshkrimi i gjashtë elementeve të Modelit të Kujdesit Kronik

Elementët	Përshkrimi
<i>Sistemi shëndetësor ose një organizatë shëndetësore</i>	Njësia që dëshiron të zbatojë Modelin e Kujdesit Kronik është e përbërë nga staf, drejtues, operacione, vlera dhe qëllime të organizatës dhe mund të ndryshojë nga një praktikë e vogël familjare në një sistem shëndetësor të integruar shumëvendësh.
<i>Sistemet e informacionit klinik</i>	Duhet të ketë një bazë të dhënash individuale specifike të sëmundjeve të pacientëve lehtësisht të arritshme dhe kjo bazë e të dhënave duhet të lajmërojë siguresin për testet e nevojshme dhe të sigurojë gjurmimin. Sistemi duhet të lehtësojë dhe promovojë shkëmbimin e informacionit ndërmjet ofruesve dhe pacientëve.
<i>Mbështetja e vendimit</i>	Përcaktohen si udhëzime të bazuara në prova/evidenca në përputhje me provat shkencore dhe preferencën e pacientit. Këto udhëzime duhet të përfshihen në praktikën e përditshme dhe duhet të ndahen me pacientët për të inkurajuar pjesëmarrjen.
<i>Projektimi i sistemit të shpërndarjes</i>	Përfshin mënyrën e organizimit, stafit dhe ofrimit të shërbimeve të ofrimit të kujdesit. Ky element është tipikisht kur zbatohen inovacionet e kujdesit dhe përfaqëson një mundësi të rëndësishme për të përmirësuar cilësinë e kujdesit dhe rezultatet shëndetësore të pacientëve.
<i>Mbështetje për vetë-menaxhim</i>	Thekson rolin e pacientit në menaxhimin e shëndetit. Teknikat e vendosura të vetë-menaxhimit të tilla si vendosja e qëllimit të ndërsjelltë dhe planifikimi i veprimit janë përqendruar në metoda të ndryshme të mësimdhënies si klasa në grupe, zhvillimi i aftësive dhe sjellje të ndryshme të stilit të jetesës.
<i>Komuniteti përfshirë organizatat dhe burimet për pacientët</i>	Përfshin lidhjen dhe përdorimin e burimeve të komunitetit që mbështesin përpjekjet e kujdesit shëndetësor nga klinikistët. Përdorimi i grupeve mbështetëse të bazuara në besime fetare, programe shëndetësore të komunitetit lokal, grupe mbështetëse të klinikave dhe internetit janë ndërhyrje të pranueshme në komunitet.

*Burimi: Grover A, Joshi A (2014) [8].

**Tabela 2-2***

** Modeli i Kujdesit Kronik (Wagner et al. 1999) dhe shembuj të komponentëve të modelit

KOMPONENTET E MODELIT		SHEMBUJ
<i>Sistemi shëndetësor ose një organizatë shëndetësore</i>	Planifikimi i programit që përfshin qëllime të matshme për kujdes më të mirë të sëmundjeve kronike	Mbështetje e dukshme e përmirësimeve të ofruara nga leadership të afirmuar Stimuj për ofruesit e kujdesit
<i>Mbështetje për vetë-menaxhim</i>	Theksimi i rëndësisë së rolit kryesor që kanë pacientët në menaxhimin e kujdesit të tyre	Burimet edukative, trajnimi i aftësive dhe mbështetja psikosociale që u ofrohet pacientëve për t'i ndihmuar ata në menaxhimin e kujdesit të tyre
<i>Mbështetja e vendimit</i>	Integrimi i udhëzimeve të bazuara në evidenca në praktikën e përditshme klinike	Shpërndarja e gjerë e udhëzimeve për praktikë Edukimi dhe mbështetja e specializuar për ekipin e kujdesit shëndetësor
<i>Projektimi i sistemit të shpërndarjes</i>	Përqendrohuni në punën në ekip dhe një fushë të zgjeruar të praktikës për anëtarët e ekipit për të mbështetur kujdesin kronik	Vizitat e planifikuara dhe ndjekja e vazhdueshme Përcaktoni qartë rolet e ekipit të kujdesit shëndetësor
<i>Sistemet e informacionit klinik</i>	Zhvillimi i sistemeve të informacionit bazuar në popullatat e pacientëve për të siguruar të dhëna përkatëse të klientit	Sistemi i mbikëqyrjes që ofron alarme, rikujtim dhe informacion përcjellës Identifikimi i nëngrupeve përkatëse të pacientëve që kërkojnë kujdes proaktiv
<i>Burimet dhe politikat e komunitetit</i>	Zhvillimi i partneriteteve me organizatat e komunitetit që mbështesin dhe plotësojnë nevojat e pacientëve	Identifikoni programe efektive dhe inkurajoni pjesëmarrjen e duhur Referenca në shërbimet përkatëse të bazuara në komunitet

**Burimi: Barr VJ. Et al. (2003) [23].



Shembuj praktikë të përdorimit të Modelit të Kujdesit Kronik

Sëmundjet kronike që janë të pranueshme për përdorimin e Modelit të Kujdesit Kronik dhe që zvogëlojnë vizitat e pacientëve përfshijnë dhe jo vetëm sëmundjen Alzheimer dhe demenca e lidhur me të, artriti (osteoartriti dhe reumatoid), astma, fibrilacioni atrial, çrregullimet e spektrit të autizmit, kanceri, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet pulmonare obstruktive kronike, depresioni, diabeti, hipertensioni, sëmundjet infektive si HIV / AIDS. Modeli i Kujdesit Kronik u krijua për të siguruar pacientëve me sëmundje kronike, përfshirë ata me diabet mellitus, me forma të sistemeve të vetë-kujdesit dhe ndjekjes. Modeli përfaqëson një metodë për ristrukturimin e kujdesit shëndetësor përmes ndërveprimeve midis sistemeve shëndetësore dhe komuniteteve [24].

Përveç kësaj, modeli mbledh të dhëna themelore që mund të përdoren për përmirësimin e kujdesit në sistemet shëndetësore në komunitet, praktikën klinike dhe nivelet e pacientit [25-27].

Studimi rishikim literature për përdorimin e Modelit të Kujdesit Kronik për diabetin tip 2 në menaxhimin e sëmundjes evidentoi dëshmi të efektivitetit të këtij modeli në kujdesin parësor si dhe përmirësime të konsiderueshme në rezultatet klinike të pacientëve. Ndërkohë që gjetjet sugjerojnë se riorganizimi i sistemeve shëndetësore mund të përmirësojë kujdesin për diabetin tip 2. Është e mundur që përfitime më të mëdha mund të merren përmes aplikimit të gjashtë elementeve të modelit të kujdesit kronik [28]. Secili prej gjashtë elementëve ndërlidhet dhe mundet të zbatohet si një e tërë për menaxhimin e diabetit tipi 2, Tabela 2-3, [29].

Tabela 2-3***

Provat/evidencat e Modelit të Kujdesit Kronik në diabet

Elementet e modelit të kujdesit kronik	Shembuj të Modelit të Kujdesit Kronik në menaxhimin e diabetit
Projektimi i sistemit të shpërndarjes	-Kujdesi për pacientin i bazuar në ekip -Urdhërat e përhershëm për analizat laboratorike rutinë -Letra të automatizuara për pacientët që harrojnë -Testet e depistimit
Mbështetje për vetë-menaxhim	-Intervistë motivuese -Edukimi mbi diabetin i bazuar në internet -Aftësi dhe mbështetje për zgjidhjen e problemeve
Sistemet e informacionit klinik	-Regjistrat e pacientëve për të identifikuar pacientët me rrezik të lartë -Ndjekja e referimeve dhe identifikimi i boshllëqeve në kujdes
Mbështetja e vendimit	-Kërkesa për siguresit për kujdesin e vonuar -Sigurimi i pacientëve me qëllime dhe të dhëna të bazuara në prova/evidenca, përmbledhje (p.sh. skeda raportimi)
Komuniteti	-Referim në palestrat lokale, studiot ose facilitate dhe programe të ushtrimit fizik -Referim për anëtarësimet ose programet e ushqimit të shëndetshëm (d.m.th., mbajtja nën vëzhgim e peshës)
Sistemet shëndetësore	-Vendosja e një kulture që mbështet cilësinë -Paguaj për performancën, kujdesin e drejtuar nga cilësia

***Burimi: Stuckey, H. et al. (2011) [29].



Modeli i Kujdesit Kronik i Përmirësuar

Modeli i Kujdesit Kronik i Përmirësuar synon që të integrojë shkencën mjekësore me sistemet e ridizenjuara të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor në mënyrë që pacientët kronikë në çdo mjedis të marrin diagnoza dhe kujdes të shpejtë. Ky model ka inkorporuar pesë tema shtesë në Modelin e Kujdesit Kronik ekzistues, Tabela 2-4 [30]

Tabela 2-4*

Temat shtesë të përfshira në Modelin e Kujdesit Kronik ekzistues

Temat	Përshkrimi
<i>Siguria e pacientit (në sistemin shëndetësor)</i>	Një sistem që kërkon të përmirësojë kujdesin ndaj sëmundjeve kronike duhet të jetë i motivuar dhe i përgatitur për ndryshime në të gjithë organizimin e tij. Ekziston një nevojë për të identifikuar përmirësimin e kujdesit dhe për ta përkthyer atë në qëllime dhe politika të qarta përmirësimi përmes zbatimit të strategjive efektive të përmirësimit, duke përfshirë përdorimin e stimuljeve gjithëpërfshirës që ndryshojnë sistemet. Prishjet në komunikimin dhe koordinimin e kujdesit mund të parandalohen përmes marrëveshjeve që lehtësojnë komunikimin dhe ndarjen e të dhënave ndërsa pacientët kalojnë nëpër mjediset dhe ofruesit.
<i>Kompetenca kulturore (në projektin e sistemit të shpërndarjes)</i>	Përmirësimi i shëndetit të njerëzve me sëmundje kronike kërkon transformimin e një sistemi në një sistem që është proaktiv në vend të reaktiv. Rolet duhet të përcaktohen dhe detyrat duhet të shpërndahen midis anëtarëve të ekipit. Ndërveprimet duhet të planifikohen për të mbështetur kujdesin e bazuar në prova. Pacientët më kompleksë mund të kenë nevojë për menaxhim më intensiv për një periudhë kohe, për të optimizuar kujdesin dhe vetë-menaxhimin e klinikës. Njohuria shëndetësore dhe ndjeshmëria kulturore janë dy karakteristika të rëndësishme dhe ofruesit gjithnjë e më shumë po thirren që t'i përgjigjen në mënyrë efektive nevojave të ndryshme kulturore dhe gjuhësore të pacientëve.
<i>Koordinimi i kujdesit (në sistemin shëndetësor dhe sistemet klinike të informacionit)</i>	Kujdesi efektiv i sëmundjes kronike është i pamundur pa sisteme informacioni që sigurojnë qasje të gatshme në të dhënat kryesore për pacientë individual si dhe për popullatat e pacientëve. Një sistem informacioni mund të identifikojë grupe pacientësh që kanë nevojë për kujdes shtesë, si dhe të lehtësojë monitorimin e performancës dhe përpjekjet për përmirësimin e cilësisë.
<i>Politikat e Komunitetit (në Burimet dhe Politikat e Komunitetit)</i>	Mobilizoni burimet e komunitetit për të përmbushur nevojat e pacientëve duke avokuar për politika për të përmirësuar kujdesin ndaj pacientit.
<i>Menaxhimi i rastit (në Projektimin e Sistemit të Shpërndarjes)</i>	Ofroni shërbime klinike të menaxhimit të rasteve për pacientët kompleksë dhe kujdesin që pacientët i kuptojnë dhe që përshtatet me prejardhjen e tyre kulturore.

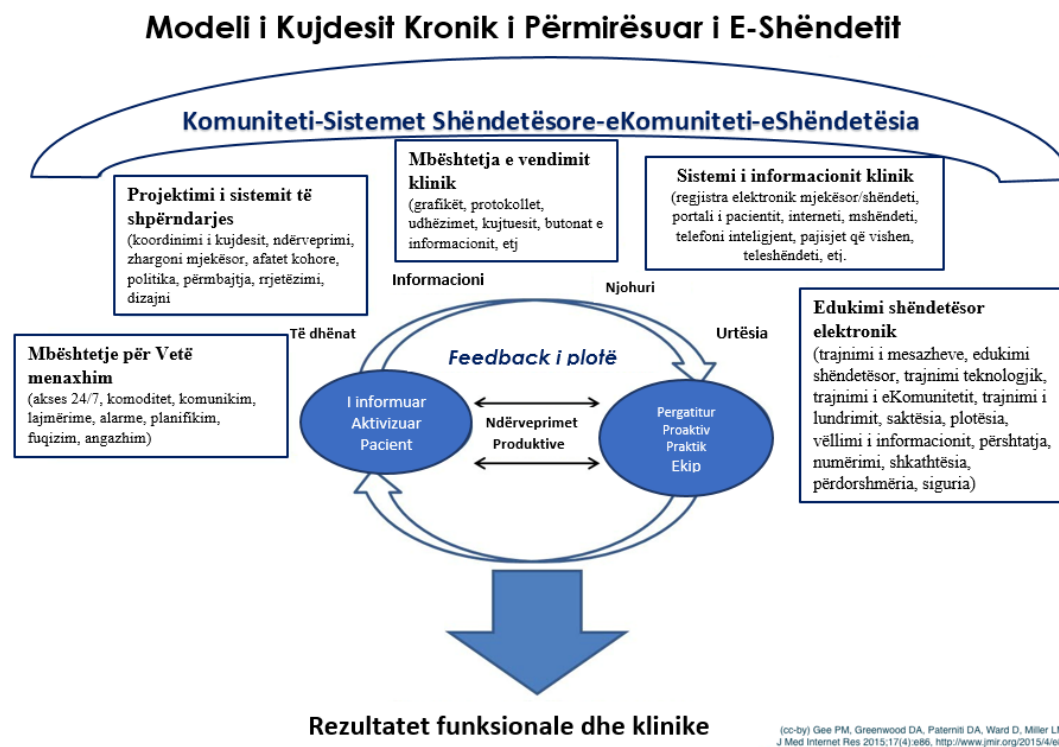
* Burimi: Grover A, Joshi A (2014) [8].

Sëmundjet kronike kërkojnë menaxhim të vazhdueshëm, por shumica e sistemeve të kujdesit shëndetësor nuk janë krijuar për të siguruar këtë lloj kujdesi. Pacientët nuk



marrin trajnimin e duhur për të marrë më shumë përgjegjësi për shëndetin e tyre. Dhe shumë shpesh, nuk ka ndonjë ndjekje aktive për t'u siguruar që pacientët po ndjekin planet e trajtimit. Përmirësimi i Kujdesit për Sëmundjet Kronike synonte të përmirësonte shëndetin e pacientëve me sëmundje kronike duke ndihmuar një numër të madh të sistemeve shëndetësore të organizuara të ridizajnojnë mënyrën se si ata ofrojnë kujdes. Në zemër të programit është Modeli i Kujdesit Kronik - një qasje që zëvendëson mjekun tradicional / strukturën e bazuar në zyrë, me një që inkurajon bashkëpunimin midis pacientëve, mjekëve, infermierëve, menaxherëve të rasteve, dietologëve, edukatorëve të pacientëve, familjeve dhe miqve [31]. Ndërkohë që Modeli i Kujdesit Kronik i Përmirësuar i e-Shëndetit, Figura 2-1 thekson se Modeli i Kujdesit Kronik mund të zgjerohet duke përfshirë dhe instrumenta të e-Shëndetit. Rezultati tregon qartë se teknologjitë e e-Shëndetit duke përmirësuar Modelin e Kujdesit Kronik në lidhje me një sërë sëmundjesh kronike mund të përdoren për të rritur vetë-menaxhimin [32-33]. Studimet tregojnë gjithashtu se menaxhimi i kujdesit kronik është bërë një përfitim standard në sigurimin shëndetësor komercial. Qasjet e planeve shëndetësore për të përmirësuar kujdesin për personat me sëmundje kronike janë duke kaluar një transformim thelbësor, Figura 2-1 [34].

Figura 2-1*



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



Figura 2-2

Pasqyra e Ndryshuar e Qasjeve të Planeve Shëndetësore në Menaxhimin e Kujdesit Kronik**Shembuj praktikë të përdorimit të Modelit të Kujdesit Kronik****Studim rasti: Modeli i Kujdesit Kronik në botën në ndryshim të kujdesit shëndetësor [35].**

Gjoni kohët e fundit zbuloi se ai ka diabet tip 2 dhe studimi i mëposhtëm i rastit demonstroi vizionin për një model kujdesi që përfshin parimet e Modelit të Kujdesit Kronik për të siguruar një kujdes të integruar, të përqendruar te personi për njerëzit me gjendje kronike.

Studimi i rastit thekson botën në ndryshim të kujdesit shëndetësor dhe si mund të duket ajo në të ardhmen. Ai parashikon se në të ardhmen qeveritë mund të sigurojnë më pak fonde të drejtpërdrejta të shërbimeve shëndetësore dhe këto fonde do të transferohen tek individët. Gjithashtu, studimi i rastit thekson se kujdesi mund të drejtohet më shumë nga tregu, me zgjedhjen individuale që është një tipar kryesor me nivele të ndryshueshme të financimit.

Historia e Gjoni: vizioni për kujdesin e sëmundjeve kronike në vitet e ardhshme

Gjoni është pensionist; ai merr shërbime bazë të kujdesit mjekësor nga Medicare dhe qeveria i jep 25,000 dollarë në vit për të blerë shërbime që do ta mbështesin atë të vazhdojë të jetojë në shtëpi. Gjoni kohët e fundit zbuloi se ka diabet tip 2 dhe ai është mjaft i frikësuar nga historitë që ka dëgjuar. Ai rregullisht merr reklama në smartphone-in e tij duke pyetur nëse dëshiron të blejë shërbime shëndetësore nga Health Care, një ofrues privat i shëndetit.

Ai komunikon me mjekun e tij të familjes për vendin më të mirë për të që të shkojë për diabetin, pasi nuk është i sigurt se çfarë shërbimesh të përdor.



Studim rasti vazhdim: Modeli i Kujdesit Kronik në botën në ndryshim të kujdesit shëndetësor

Mjeku i familjes kontrollon rrugëtimin diabetit për të cilin është rënë dakord nga shërbimet lokale dhe bazuar në nevojat e Gjonit, rekomandon *ieshëndetin*. Mjeku i familjes shpjegon se *ieshëndeti* siguron një paketë të kujdesit që është më e përbalueshme sesa oferta e Kujdesit Shëndetësor. Ai shpjegon se ka një marrëdhënie të mirë pune me *ieshëndetin* dhe është i sigurt se mund të punojë me ta për t'u siguruar që Gjoni të marrë të gjitha ato që i duhen për kujdesin e tij për diabetin.

Pasi *ieshëndeti* merr një rekomandim nga mjeku i familjes, operatori i telefonon Gjonit. Operatori i bën disa pyetje dhe i tregon për shërbimet e tyre. Gjoni pranon të marrë pjesë për një vlerësim.

Në vlerësim, punonjësi shëndetësor eksploron me Gjonin se cilat janë shqetësimet e tij dhe si dmth shëndeti mund ta ndihmojë atë të menaxhojë diabetin e tij dhe të adresojë shqetësimet e tjera për të qëndruar i shëndetshëm dhe i pavarur. Gjoni pranon të regjistrohet në programin e kujdesit kronik. Atij i është caktuar një punonjës kryesor i cili është personi të cilin ai dhe familja e tij mund ta telefonojnë nëse kanë shqetësime. Punonjësi shëndetësor kryesor është gjithashtu përgjegjës për koordinimin e kujdesit të tij dhe komunikimin me mjekun e përgjithshëm të familjes. *Ieshëndeti*, programi i kujdesit kronik ku Gjoni pranon të bëhet pjesë ka trajnuar mentorë të komunitetit të tij, Gjoni fillon të marrë pjesë në disa grupe që bëjnë ecje në këmbë dhe e gjen veten duke bërë shëtitje shtesë me disa nga anëtarët e grupit të ecjes. Të gjithë ata përdorin hapametrat dhe i kanë vendosur vetes një numër sfidash grupore për motivim shtesë. Gjoni fillon të luajë letra në shtëpinë e komunitetit me disa nga miqtë e tij nga klasat e inkurajimit të diabetit.

Familja e Gjonit është regjistruar me *ieshëndetin* si kujdestarë dhe kanë ndjekur klasa kujdesi dhe trajnime në internet. Portalet në internet të *ieshëndetit* i mbajnë të gjithë të përditësuar me atë që po ndodh, duke e bërë

Lidhjet e komunitetit

Rrugët e miratuara të kujdesit

Projektimi i sistemit të shpërndarjes

Programi i sëmundjeve kronike duke përfshirë vlerësimin gjithëpërfshirës, planifikimin e kujdesit dhe punëtorin kryesor

Mbështetja e vetë-menaxhimit

Edukimi dhe mbështetja sociale; Lidhja me kolegët

Gama e opsioneve të përdorura për të mbështetur aktivitetet e vetë-kujdesit

Sistemet klinike të informacionit



më të lehtë për ta që të ndihmojnë Gjonin, dhe përfshirja e tyre zvogëlon stresin e Gjonit. Të dy, Gjoni dhe familja e tij e dinë se ieshëndeti është i gatshëm për ta, sepse të gjitha kostot kthehen në shërbimet ndaj komunitetit.

Gjoni shpesh harron të marrë tabletat e tij, kështu që punonjësi shëndetësor i tij kryesor e ndihmoi atë të vendoste funksionin e kujtesës së pilulës në aplikacionin Patient Helper që ai mori nga ieshëndeti. Gjoni nuk drejton më automjete, por ai flet çdo javë me punonjësin e tij kryesor shëndetësor përmes videos. Ai viziton ieshëndetin për rishikime të rregullta dhe i pëlqen fakti që kur ai bën vizitat, të gjitha nevojat e tij klinike plotësohen në një mënyrë të koordinuar.

Ai është i habitur, se si të gjithë në ieshëndet punojnë së bashku dhe e mbajnë mjekun e tij të familjes të informuar për atë që po ndodh. Familja e tij është e lumtur, pasi punonjësi i tij kryesor shëndetësor i mban ata të informuar përmes portalit në internet dhe, kur është e nevojshme, organizon një konferencë rasti me të gjithë ekipin të përfshirë në kujdesin e Gjonit.

Gjoni jep raportime entuziaste të kujdesit të tij, i cili ushqehet në sistemin e cilësisë së shëndetit. Ieshëndeti ka përqindjen më të ulët të pacientëve me sëmundje të parandalueshme që përfundojnë në spital, gjë që tregon se sistemet e tij po e mbajnë Gjonin sa më të shëndetshëm që të jetë e mundur.

Sistemet e IT-së që mbështesin shkëmbimin e informacionit

Mbështetja e vendimit

Kujdesi i planifikuar bazuar në udhëzime të bazuara në prova/evidenca

Mbështetje organizative

Qasja e të gjithë organizatës

Sistemet e informacionit

Sistemet e IT që mbështesin sigurimin e të dhënave për ofrimin e kujdesit për të mbështetur vlerësimin e shërbimit



Referenca

1. The global burden of chronic diseases.
<http://www.fao.org/3/ac911e/ac911e04.htm#TopOfPage>
2. The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. Publication date: October 15, 2020. <http://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>
3. Meeto D. Chronic diseases: the silent global epidemic. *Br J Nurs*. 2008 Nov 27-Dec 10;17(21):1320-5.
4. Airhihenbuëa CO, Tseng T, Sutton VD, Price L. Global Perspectives on Improving Chronic Disease Prevention and Management in Diverse Settings. *Prev Chronic Dis* 2021;18:210055.
5. Davis RM, Wagner EG, Groves T. Advances in managing chronic disease. Research, performance measurement, and quality improvement are key. *BMJ*. 2000;320(7234):525-526.
6. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*. 2000;320:572-575.
7. Windsor R. Facing the challenges of long term care. *BMJ*. 2000;320:589.
8. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320:569-571.
9. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci*. 2014;7(2):210-227. Published 2014 Oct 29.
10. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H. *et al*. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract* **16**, 102 (2015).
11. Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S. & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*, 19 (1), 1-13.
12. Martins-Ulbrich, Elis, Mattei, Ângela Taís, Mantovani, Maria de Fátima, Bittencourt-Madureira, Alexandra, & Puchalski-Kalinke, Luciana. (2017). Care models for people with chronic diseases: integrative review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1), 8-16.
13. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
14. Renders CM, et al. Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient, and Community Settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002; (1):CD001481.
15. Elements of the CCM are described more fully in online Appendix 1 at <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/28/1/75/DC1>.



16. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85.
17. Berenson RA, et al. A House Is Not a Home: Keeping Patients at the Center of Practice Redesign. *Health Affairs*. 2008;27(5):1219–1230.
18. Wagner E. H, Austin B. T, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. *Managed care quarterly*. 1995;4(2):12–25.
19. Wagner E. H, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *J Nurs Care Qual*. 2002;16:67.
20. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2002;288:2469–2475.
21. Wagner E. H, Austin B. T, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*. 2001;20(6):64–78
22. Lewis R, Rosen R. Clinical management where medicine meets management. The American way. *Health Serv J*. 2003 Sep 25;113(5874):30-
23. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.
24. Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E26.
25. Strickland PAO, Hudson SV, Piasecki A, Hahn K, Cohen D, Orzano AJ, Parchman ML, Crabtree BF. Features of the chronic care model (CCM) associated with behavioral counseling and diabetes care in community primary care. *J Am Board Fam Med*. 2010;23:295–305.
26. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288: 1909–14.
27. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, Coleman EA. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care*. 2001;24:695–700.
28. Baptista, D.R., Wiens, A., Pontarolo, R. *et al*. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr* **8**, 7 (2016).
29. Stuckey, H. et al. “Improving care by delivering the Chronic Care Model for diabetes.” *Diabetes management* 1 (2011): 37-52.
30. Wielawski I. M. Birmingham: HSMC, University of Birmingham and NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006. Improving chronic illness care.



31. Menehan K. Improving Chronic Illness Care. Program Results Report. December 12, 2011. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2011/12/improving-chronic-illness-care.html>
32. Siminerio Linda M. The role of technology and the chronic care model. *J Diabetes Sci Technol*. 2010 Mar;4(2):470–5.
33. Stellefson Michael, Chaney Beth, Barry Adam E, Chavarria Enmanuel, Tennant Bethany, Walsh-Childers Kim, Sriram P S, Zagora Justin. Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2013;15(2):e35.
34. Mattke S, Mengistu T, Klautzer L, Sloss EM, Brook RH. Improving Care for Chronic Conditions: Current Practices and Future Trends in Health Plan Programs. *Rand Health Q*. 2015;5(2):3. Published 2015 Nov 30.
35. Guidelines for the Community Health Program. ISBN 978-1-76069-782-2 (pdf/online/MS word). (1903179). Available at [Community Health Integrated Program \(CHIP\) guidelines](https://www2.health.vic.gov.au/primary-and-community-health/community-health/community-health-program/chip-guidelines) <<https://www2.health.vic.gov.au/primary-and-community-health/community-health/community-health-program/chip-guidelines>>



Suporti dhe vetë-menaxhimi i sëmundjes te pacientët kronik

Objektivat e mësimi

- Sëmundjet kronike dhe roli i vetëmenaxhimit
- Njohja me parimet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike
- Koncepti i Fuqizimit të pacientit dhe infermierit në kontekstin e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike
- Njohja dhe përshkrimi i modeleve të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike
- Të njohim ndërhyrjet e përdorura në vetë-menaxhim dhe të japim shembuj praktikë

Sëmundjet kronike dhe roli i vetë-menaxhimit

Përmirësimet në kujdesin shëndetësor kanë rezultuar në një numër më të madh të njerëzve që jetojnë me sëmundje të shumta kronike për periudha më të gjata kohore. Me këtë ndryshim, për arsye klinike dhe ekonomike sëmundjet kronike tani janë fokusi kryesor i kujdesit shëndetësor [1]. Menaxhimi i sëmundjeve kronike për të krijuar një marrëdhënie që inkurajon vendosjen e objektivave të pacientit në qendër, që nxisin vetë-menaxhimin kërkon koordinim, përfshirje, edukim dhe vlerësim si nga pacienti dhe personeli i kujdesit shëndetësor [2-3]. Duke theksuar përgjegjësinë e pacientit, dhe duke vepruar në bashkëpunim me komunitetin e ofruesve të kujdesit, vetë-menaxhimi përfaqëson një strategji premtuese për trajtimin e sëmundjeve kronike - duke kaluar përtej edukimit drejt mësimdhënies së individëve për të identifikuar në mënyrë aktive sfidat, dhe për të zgjidhur problemet që lidhen me sëmundjen e tyre [4].

Në të njëjtën kohë, vëmendja është përqendruar në qasjet për të menaxhuar sëmundjet kronike për të ruajtur autonominë dhe cilësinë e jetës së pacientit për periudha më të gjata kohore. Qasjet për menaxhimin e sëmundjes kronike po kalojnë nga marrëdhënia tradicionale ofrues-pacient në një model në të cilën individët me sëmundje kronike luajnë një rol kryesor në udhëheqjen e kujdesit të tyre, në partneritet me ofruesit e kujdesit shëndetësor [2, 5]. Vetë-menaxhimi është bërë një term i njohur për ndërhyrjet e sjelljes, si dhe për sjelljet e shëndetshme, shumë i rëndësishëm për menaxhimin e sëmundjeve kronike. Në rastin e sëmundjeve kronike vetë-menaxhimi përfshin tre detyra kryesore: menaxhim mjekësor, menaxhim i rolit dhe menaxhim emocional si dhe gjashtë aftësi të vetë-menaxhimit - zgjidhja e problemeve, marrja e vendimeve, shfrytëzimi i burimeve, formimi i një partneriteti pacient-ofrues, planifikimi i veprimit dhe vetë-efikasiteti [6]. Në një nivel të gjerë, vetë-menaxhimi përkufizohet si menaxhimi i



përditshëm i sëmundjeve kronike nga individët gjatë rrjedhës së një sëmundjeje [6-7]. Kohët e fundit, studiuesit kanë zgjeruar përshkrimet aktuale të proceseve të vetë-menaxhimit nga perspektiva e individëve që jetojnë me sëmundje kronike. Këto përfshijnë (1) përqendrimin në nevojat e sëmundjes, (2) burimet aktivizuese dhe (3) jetesën me sëmundje kronike [8]. Vetë-menaxhimi është gjithashtu një nga 6 elementët thelbësorë të identifikuar në Modelin e Kujdesit Kronik [9] por në të njëjtën kohë është rritur ndërgjegjësimi për nevojën për të promovuar qartësinë konceptuale në lidhje me vetë-menaxhimin dhe integrimin e tij në praktikën klinike, Tabela 3-1. Thelbësore për zhvillimin e modeleve të vetë-menaxhimit dhe zbatimin e tyre praktik është nevoja për të kryer kërkime që informojnë praktikën e vetë-menaxhimit dhe kontribuojnë në politikën shëndetësore [4].

Tabela 3-1

Fushat e Rekomanduara të Fokusit dhe Qasjeve në Avancimin e Vetë-Menaxhimit

Qartësia konceptuale
Standardizoni gjuhën duke përfshirë një gjuhë uniforme, të rënë dakord në titujt e temave mjekësore të Bibliotekës Kombëtare të Mjekësisë.
Fushat kryesore të hulumtimit
Zgjero studimet krahasuese të efektivitetit të ndërhyrjeve për t'i krahasuar Rezultatet
Cilësia e kujdesit
Kostoja
Identifikoni masat më të vlefshme të vetë-menaxhimit.
Eksploroni përdorimin e modelimit statistikor për të simuluar rezultatet e ndërhyrjes.
Identifikoni dhe studioni ndryshoret përkatëse biologjike dhe gjenetike.
Identifikoni faktorët ndërmjetësues
Lidhur me mbajtjen e vetë-menaxhimit
Për përshtatje individuale
Identifikoni dhe përfshini elementët e shkallëzimit, qëndrueshmërisë, efektivitetit të koston dhe arritjes së programit.
Zgjero kërkimin për të zgjeruar zbatimin e teknologjisë së vetë-menaxhimit (Internet, media sociale).
Metodologjitë për studimet e ardhshme
Zbatoni një qasje bashkëpunuese, të metodave multidisiplinare.
Përdorni modelimin statistikor: modelimin e bazuar në sistem - për lidhjen e elementeve komplekse themelore të vetë-menaxhimit.
Kryeni prova klinike dhe përdorni elemente të zakonshëm të të dhënave nëpër studime.
Përhapja dhe komunikimi i rezultateve të kërkimit
Shpërndani rezultatet e kërkimit gjerësisht për të përfshirë audiencat e politikave dhe praktikave klinike.
Publikoni në revista klinike me ndikim të lartë dhe botime të shkencës.
Koordinoni me organizatat profesionale për shpërndarjen e rezultateve dhe sponsorizoni forume publike për të zgjeruar ndërgjegjësimin e vetë-menaxhimit.
Siguroi komunikim, informim dhe trajnim për media për të inkurajuar dhe forcuar komunikimin për audiencat më të vjetra në moshë.
Përkthimi në praktikën klinike
Përmirësoni evidencat për të përmirësuar kujdesin klinik.



Identifikoni ndërhyrjet e vetë-menaxhimit që kanë më shumë gjasa të përmirësojnë rezultatet e shëndetit.

Theksoni kurrikulat e trajnimit profesional të bazuar në dëshmi.

Përfshini vetë-menaxhimin në kujdesin parësor.

Angazhoni pacientët për të ndarë përvojën e vetë-menaxhimit.

Shërbeni si një burim për informacionin mbështetës të vetë-menaxhimit lokal.

Përshtatja e vetë-menaxhimit sipas nevojave individuale të pacienit.

Merrni parasysh normat dhe traditat kulturore.

Angazhoni pacientët për qëllimet e tyre funksionale.

Kalimi i politikave dhe praktikave të sistemit të kujdesit shëndetësor për të stimuluar dhe promovuar vetë-menaxhimin.

Përdorni programe të vetë-menaxhimit si një mënyrë për të ulur ose stabilizuar kostot për paguesin.

Rimbursoni ofruesit për përshkrimin e teknikave të provuara të vetë-menaxhimit.

Përdorni qasjen ndër-profesionale për zhvillimin e programeve të ndërhyrjes së vetë-menaxhimit.

Parimet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Vetë-menaxhimi është pjesëmarrja aktive njerëzve që jetojnë me sëmundje kronike në menaxhimin e shëndetit dhe kujdesit të tyre. Vetë-menaxhimi efektiv përfshin personin që angazhohet në aktivitete që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin dhe mirëqenien e tyre. Vetë-menaxhimi përfshin promovimin e shëndetit dhe uljen e rrezikut, vendimmarrjen e informuar, planifikimin e kujdesit, menaxhimin e ilaçeve dhe punën efektive me ofruesit e kujdesit shëndetësor, për të arriturë kujdesin më të mirë të mundshëm [10]. Ekzistojnë pesë parime mbështetëse për integrimin e vetë-menaxhimit në shërbime dhe praktika:

1. Shëndeti dhe mirëqenia është një e drejtë themelore e njeriut.
2. Individët dhe familja / kujdestarët janë në qendër të kujdesit.
3. Pjesëmarrja e komunitetit dhe angazhimi i konsumatorit janë pjesë përbërëse e përmirësimit të cilësisë, dizenjimit dhe ofrimit të shërbimeve.
4. Sëmundjet kronike janë çështje sociale, fizike dhe psikologjike.
5. Partneritetet dhe bashkëpunimi ndërmerren brenda ekipeve dhe në të gjithë sektorët.

Gjithashtu, ekzistojnë pesë komponentë thelbësorë që kërkohen për integrimin e mbështetjes së vetë-menaxhimit në shërbime dhe praktika.

Komponentët thelbësorë të vetë-menaxhimit efektiv janë:

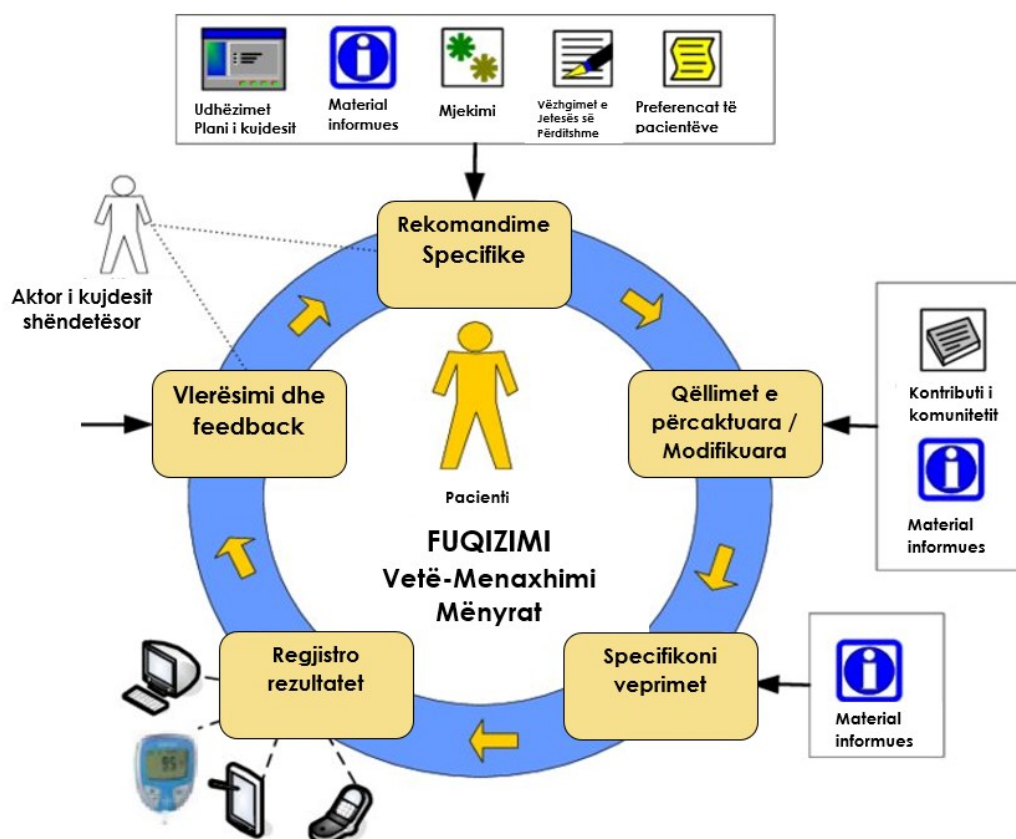
1. **Pjesëmarrja individuale:** individët marrin një rol aktiv në menaxhimin e mirëqenies së tyre dhe kujdesin shëndetësor.
2. **Fokusim të marrëdhënieve:** si lidhen profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe të shërbimit social me individët ka një ndikim të madh në vetë-menaxhim – ka rëndësi mënyra se si instalohet marrëdhënia.
3. **Përmirësimi i cilësisë:** mbështetja e vetë-menaxhimit është pjesë e proceseve të përmirësimit të vazhdueshme të cilësisë të informuara nga evidencat, hulumtimet dhe vlerësimet.
4. **Fuqia punëtore e aftë:** profesionistët e kujdesit shëndetësor janë të mbështetur dhe të aftë në parimet dhe praktikën e vetë-menaxhimit.
5. **Sistemet dhe burimet:** vetë-menaxhimi duhet të mbështetet nga sistemet dhe burimet që janë lehtësisht të disponueshme dhe të arritshme [11].

Koncepti i Fuqizimit të pacientit dhe infermierit në kontekstin e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Rritja e vazhdueshme e sëmundjeve kronike paraqet sfida të reja për personat që i kanë por edhe për personelin e kujdesit shëndetësor [12]. Një nga këto sfida është dhe kalimi nga një sistem i fragmentuar kujdesi në një sistem më konkurrues. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) kujdesi i integruar përkufizohet si *“organizimi dhe menaxhimi i shërbimeve shëndetësore në mënyrë të tillë që njerëzit të marrin kujdesin shëndetësor që u nevojitet, në mënyra që janë miqësore për përdoruesit, të arrijnë rezultatet e dëshirura dhe tu japin vlerë të ardhurave të tyre”* [13]. Në kontekstin e menxhimit të sëmundjeve kronike për të krijuar një sistem shëndetësor që i përgjigjet nevojave të kohës u përfshin shumë komponentë qendrorë, përfshirë dhe fuqizimin e pacientit. Koncepti i fuqizimit është një koncept i cili u shfaq për herë të parë si ideologji në punën sociale gjatë viteve 1960, ku fokusi ishte më shumë te të drejtat dhe kompetencat e individëve dhe komuniteteve sesa nevojat dhe mungesat e tyre [14]. Në fushën specifike të shëndetit, Karta e Otavës e OBSH-së për Promovimin e Shëndetit në 1986 e bëri fuqizimin një gur themeli të promovimit të shëndetit; duke promovuar një përkufizim pozitiv të shëndetit që nuk është i kufizuar në parandalimin e problemeve shëndetësore, por thekson rrethanat shoqërore dhe përmirësim të tyre. Në këtë kontekst, promovimi i shëndetit u pa si *“procesi i aftësimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe përmirësuar shëndetin e tyre”* [15]. Në ditët e sotme, fuqizimi shpesh konsiderohet të jetë një *“term ombrellë”*, që do të thotë se ekzistojnë shumë interpretime të këtij koncepti. Fuqizimi mund të përkufizohet njëkohësisht si një proces, një strategji edukimi apo rezultat [16]. Terma të tjerë përdoren ndonjëherë në vend të fuqizimit si p.sh. pjesëmarrja e pacientit ose kujdesi me në qendër pacientin, i cili mund të çojë në mungesë të qartësisë për studiuesit, pacientët, ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe politikëbërësit [17]. Sidoqoftë, thelbi i këtij koncepti është ideja e ndihmës dhe mbështetjes që u jepet pacientëve që të bëhen më përgjegjës për shëndetin e tyre, duke u dhënë individëve dhe komunitetit më shumë pushtet mbi përkufizimin dhe natyrën e ndryshimeve që i prekin ato [18]. Ekspertë të tjerë mendojnë se *“sëmundjet kronike menaxhohen në mënyrë më efektive kur pacientët marrin një rol aktiv në këtë proces”* [19]. Përmirësimi në rezultatet shëndetësore kërkon njëkohësisht promovimin e vetë-menaxhimit dhe fuqizimit të pacientëve në kujdesin shëndetësor parësor [20]. Aftësimi me teknika efektive të vetë-menaxhimit mund të përmirësojnë vetë-efikasitetin e pacientit dhe të uli kostot e kujdesit shëndetësor, përmes reduktimit të vizitave ambulatorë dhe pranimeve në spital [21-22]. Trajnimi apo vetë-fuqizimi i profesionistëve të kujdesit shëndetësor shoqërohet me përvetësim, implementim dhe efektivitet më të mirë të programeve të vetë-menaxhimit [23-24]. Mbështetja e vetë-menaxhimit përcaktohet si ofrim sistematik i edukimit dhe ndërhyrjeve mbështetëse nga stafi i kujdesit shëndetësor, për të rritur aftësitë dhe besimin e pacientëve në menaxhimin e problemeve të tyre të shëndetësore, përfshirë vlerësimin e rregullt të progresit dhe problemeve, vendosjen e qëllimeve dhe mbështetjen për zgjidhjen e problemeve [25]. Mbështetja e vetë-menaxhimit përfshin zbatimin e vendosjes së qëllimit bashkëpunues dhe një varg strategjish të vetë-efikasitetit, si, zgjidhjen efektive të problemit, monitorimin e gjendjes së tij / saj, planet e parandalimit të rikthimit, edukimin e pacientit, mbështetjen në grup dhe vendimmarrjen e përbashkët [26]. Për shkak se shumë faktorë të tillë si kultura, burimet socio-ekonomike, moshë ndikojnë në

fuqizim, fuqizimi mund të konsiderohet të jetë ose një proces ose një rezultat dhe që pacientët mund të fuqizohen nga ofruesit e tyre të kujdesit shëndetësor [27-28]. EMPOWER - Mbështetja e Fuqizimit të Pacientit nga një rrugë inteligjente e vetë-menaxhimit për pacientët është një projekt që nxit vetë-menaxhimin e pacientëve me diabet, Figura 3.1 [29].

Figura 3.1



Burimi: Robert Mulrenin, Felix Strohmeier, Yildiray Kabak, Alexander Pabst, Hans Demski, Ilias Lamprinos (2014): **Self-Management Pathways for Diabetic Patients: Early Findings of the EMPOWER Pilot Studies** In: eChallenges e-2014 Conference Proceedings, Paul Cunningham and Miriam Cunningham (Eds), IIMC International Information Management Corporation Ltd 2014, ISBN: 978-1-905824-45-8



Modelet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Modeli i Kujdesit Kronik që është dhe baza e modeleve të tjera të kujdesit për sëmundjet kronike përfshin edhe elementin e vetë-menaxhimit të sëmundjes nga vetë pacienti [30].

Një formë ose model i mbështetjes së vetë-menaxhimit mund të mos jetë i përshtatshëm për të gjithë ose të mund të plotësojë të gjitha nevojat e çdo personi. Ekzistojnë një numër modelesh dhe programesh të trajnimit të hulumtuara mirë dhe të bazuara në evidenca që mbështesin vetë-menaxhimin, të cilat ofrojnë një kuptim të mirë themelor të mbështetjes së vetë-menaxhimit të sëmundjes kronike. Programi i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike Stanford, Modeli Flinders 'i Vetë-Menaxhimit të Gjendjes Kronike, Intervistimi motivues dhe Trajnimi shëndetësor janë modelet më të zakonshme të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike [31].

Programi i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike Stanford

Modeli Stanford (quajtur edhe kursi Lorig) u krijua në Universitetin Stanford, SHBA në vitet 1990 dhe është përkthyer në shumë gjuhë dhe implementuar në të gjithë botën. Universiteti Stanford fillimisht zhvilloi Programin e Vetë-Menaxhimit të Artritit në vitet 1980 por evidentoi që aftësitë e vetë-menaxhimit janë të zakonshme në një sërë sëmundjesh kronike. Më pas, përmes një procesi të rreptë vlerësimi u krijua një program i përshtatshëm për këdo me një sëmundje kronike. Modeli synon të krijoj te pjesëmarrësit besimin në menaxhimin e shëndetit të tyre, mbajtjen e tyre aktive dhe të angazhuar në jetën e tyre.

Modeli përfshin:

- Kurs 6-javor me bazë grupi për 10-15 pjesëmarrës
- Përdor 2 drejtues, një profesionist shëndetësor dhe një udhëheqës kolegësh
- Shumë i strukturuar në përmbajtje
- Kërkon një program trajnimi 3-ditor për udhëheqësit për të dhënë kursin

Pjesëmarrësit marrin pjesë në një seminar ndërveprues 2½-orësh një herë në javë për 6 javë për të mësuar zgjidhjen e problemeve, vendimmarrjen dhe teknika të tjera për menaxhimin e problemeve të zakonshme për njerëzit me sëmundje kronike.

Në një seminar tipik trajnimi të programit të vetë-menaxhimit, pjesëmarrësit vendosin një qëllim realist për javën e ardhshme dhe zhvillojnë një plan veprimi për përmbushjen e këtij qëllimi. Ata raportojnë mbi progresin e tyre në seminarin vijues dhe kërkojnë reagime nga grupi për të ndihmuar në adresimin e çdo sfide.

Pjesëmarrësit zbatojnë teknikat për shqetësime të tilla si:

- Adresimi i efekteve fizike dhe psikologjike të sëmundjes kronike (përfshirë lodhjen, dhimbjen, depresionin dhe frustrimin)
 - Ushtrimi, marrja e ushqimit të duhur dhe përdorimi i medikamenteve në mënyrë të përshtatshme
 - Komunikimi në mënyrë efektive me familjen, miqtë dhe profesionistët e shëndetit

Këto seminare mund të kryhen në mjediset e komunitetit siç janë qendrat e të moshuarve, kishat, spitalet, dhe qendrat shëndetësore. Këto seminare trajnuese drejtohen nga dy trajnerë të trajnuar.

Programi i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike Stanford është i përshtatshëm për të rriturit me sëmundje shëndetësore kronike të tilla si artriti, diabeti, sëmundjet e



zemrës, sëmundjet e mushkërive dhe probleme të tjera të vazhdueshme shëndetësore. Programi mund të jetë veçanërisht i dobishëm për njerëzit që kanë më shumë se një sëmundje shëndetësore, të cilëve problemet shëndetësore kanë filluar të ndërhyjnë në aktivitetet e tyre të përditshëm jetësor ose që kanë pasur vështirësi për të ndjekur rekomandimet shëndetësore të profesionistëve të shëndetit.

Përfitimet të modelit janë:

- mjedisi i grupit zvogëlon ndjenjën e izolimit dhe lehtëson vetë-efikasitetin
- lehtëson fuqizimin e pjesëmarrësve përmes mësimi dhe ndarjes nga kolegët
- vendosja e fortë e synimeve dhe fokusi i zgjidhjes së problemeve

Ka evidenca të forta shkencore që tregojnë se pjesëmarrja në programet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike mund të përmirësojnë rezultatet fizike dhe psikosociale dhe cilësinë e jetës për njerëzit me sëmundje shëndetësore kronike.

Përfitimet të tjera të modelit përfshijnë:

- Ulja e dhimbjes dhe shqetësimit shëndetësor
- Rritja e energjisë dhe më pak lodhje
- Rritja e aktivitetit fizik
- Ulja e depresionit
- Komunikim më i mirë me mjekët
- Ulja e kufizimeve të rolit shoqëror
- Rritja e besimit në menaxhimin e sëmundjes kronike

Megjithatë, përveç përfitimeve modeli i vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike ka dhe disa kufizime si të qëniti i papërshtatshëm për personat që nuk ndihen rehat në një grup, kapacitetin e kufizuar në mjedisin e grupit për të adresuar pengesat individuale, përmbajtja shumë e strukturuar kufizon fleksibilitetin për nevoja, stile dhe shpejtësi të ndryshme të të mësuarit dhe kufizimi në kohë (6 javë) – pasi pjesëmarrësit shpesh kërkojnë kontakte të vazhdueshme me kolegët pas kursit dhe mund të ketë nevojë për mbështetje në vazhdimësi [31-32].

Modeli Flinders 'i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjes Kronike

Modeli u zhvillua në Njësinë e Studimit të Sjelljes Njerëzore dhe Shëndetit në Universitetin Flinders në Australinë e Jugut në vitet 1990 si pjesë e një Projekti Eksperimental të Kujdesit të Koordinuar. Modeli Flinders identifikon gjashtë karakteristikat e vetë-menaxhimit 'të mirë' dhe u siguron klinikistëve mjete për të vlerësuar aftësinë e vetë-menaxhimit dhe për të zhvilluar plane bashkëpunimi të kujdesit me klientët e tyre [33].

Modeli përfshin:

- Procesin gjithëpërfshirës të vlerësimit të vetë-menaxhimit dhe një planifikim të kujdesit.
- Shfrytëzon një numër mjetesh / formash të standardizuara: Partnerët në Shkallën e Shëndetit, pyetësi për problemet dhe përgjigjet, problemi dhe qëllimet, plani i kujdesit.
- Kërkon një program trajnimi 2-ditor dhe dorëzimin dhe miratimin e tre rasteve studimore që klinikistët të bëhen të akredituar për të përdorur modelin në praktikën e tyre.



Përfitimet

- Shumë i individualizuar.
- Promovon fokusin me në qendër pacientin përmes theksimit në përcaktimin e qëllimeve të personit sesa qëllimet klinike.
- Trajnimi promovon ndryshimin e sistemit brenda organizatave për të mbështetur vetë-menaxhimin dhe kujdesin për sëmundjet kronike.
- Trajnimi ofron një sfond të mirë në ndryshimin midis sëmundjes kronike dhe modeleve akute të kujdesit.

Kufizimet

- Koha intensive kur zbatohet në formatin që është dizajnuar (dmth. Përdorimi i të gjitha mjeteve).
- Disa njerëz me sëmundje kronike e konsiderojnë këtë qasje të kundërt dhe duhet të përputhet me vendin ku personi është në lidhje me gatishmërinë për ndryshim.
- Disa klinikistë raportojnë se trajnimi i pajisë ata me aftësinë për të vlerësuar nevojat e vetë-menaxhimit të një personi dhe për të krijuar plane kujdesi, por nuk siguron aftësitë / mjetet për mbështetjen e vazhdueshme të vetë-menaxhimit dhe lehtësimin e ndryshimit të sjelljes [31, 33].

Intervistimi motivues

Intervistimi motivues është “një metodë direktive me në qendër klientin /pacientin për përmirësimin dhe motivimin e brendshëm për të ndryshuar duke eksploruar dhe zgjidhur mëdyshjet”. Në vitet e fundit ka një përdorim në rritje të Intervistimit motivues, një qasje këshillimi e zhvilluar fillimisht nga psikologët klinikë si një ndërhyrje për të ndihmuar pacientët për mënyrën e ushqyerjes, aktivitetin fizik dhe ndryshime të tjera të stilit të jetesës [34]. Kjo metodë përfshin:

- Një sërë aftësish për klinikistët, e ndërtuar rreth teorive të ‘fazave të ndryshimit’ dhe ndryshimit të sjelljes’,
- Trajnimi i disponueshëm në një numër formatesh dhe gjatësish - jo një qasje e strukturuar.

Përfitimet:

- Shumë fleksibël: mund të përfshihet në shumë fusha të punës dhe mënyrat e ndërhyrjes së kujdesit shëndetësor
- Përshtatet për njerëzit me sëmundje kronike që janë në faza të ndryshme të gatishmërisë.
- Mund të përdoret si në bashkëveprime të gjata apo të shkurtra të konsumatorit / klinikistit.

Kufizimet

- Nuk ofron një strukturë formale dhe për këtë arsye fillimisht mund të jetë më e vështirë për klinikistët që nuk kanë formim jo-këshillues për të zhvilluar besimin në aftësinë e tyre [31].

Trajnimi shëndetësor

Trajnimi shëndetësor është një mënyrë pune për praktikuesit e kujdesit shëndetësor që përdor një sërë parimesh dhe teknikash nga fushat e psikologjisë, këshillimit dhe



trajnim, me qëllim për të ndihmuar njerëzit të bëjnë dhe të mbajnë ndryshime në sjellje që kontribuojnë në përmirësimin e rezultateve shëndetësore. Trajnimi shëndetësor është:

- Një qasje për të punuar me klientët sesa një model.
- Përparon intervistat motivuese dhe qasjet njohëse të sjelljes.
- Trajnim i bazuar në aftësi i ofruar në seminare trajnuese një ose dy ditore; mundëson edhe trajnim të avancuar

Përfitimet

- Shumë fleksibël.
- Një varg teknikash të ndryshme të mësuara, disa ose të gjitha mund të zbatohen për konsumatorët në çfarëdo faze gatishmërie që të jenë.
- Trajnimi mund të përshtatet me nevojat e agjencisë.

Kufizimet

- Mund të krijojë çështje kufitare me klinikistët jo-këshillues që mendojnë se po kalojnë në një rol këshillues pa aftësi adekuate për ta menaxhuar atë.
- Qasja fleksibile, gjysmë e strukturuar mund të jetë e vështirë për klinikistët të fitojnë besim.
- Një formë e re e mbështetjes së vetë-menaxhimit që mbështetet në një sërë teknikash të ndryshme të bazuara në evidenca, por në vetvete nuk ka një bazë evidencash të vendosur [31, 34].

Modeli më efektiv është ai që plotëson nevojat e personit për mbështetje të vetë-menaxhimit që ndryshon midis njerëzve dhe në kohë të ndryshme për çdo individ. Përdorimi më i mirë i mbështetjes së vetë-menaxhimit është ndërveprimi bashkëpunues midis ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe pacientit [35].

Ndërhyrjet e përdorura në vetëmenaxhim - shembuj praktikë

Strategjitë për të mbështetur vetë-menaxhimin në praktikën klinike janë të ndryshme. Strategjia më e zakonshme përfshin strategjitë e sjelljes [36].

Strategjitë e sjelljes-shembull 1

Mbështetja e vetë-menaxhimit ndodh kur profesionistët shëndetësorë klinikistë përdorin strategji të sjelljes për të inkurajuar klientët që në mënyrë aktive të marrin pjesë drejt arritjes së rezultateve më të mira shëndetësore. Edukimi për vetë-menaxhim është i ndryshëm nga edukimi tradicional [37].

Edukimi tradicional	Vetë-menaxhimi
Përhapje e zakonshme e problemeve që lidhen me sëmundje specifike	Problemet e identifikuara nga pacienti
Specifike të sëmundjes; informacion dhe aftësi teknike	Siguron zgjidhjen e problemeve aftësi të rëndësishme për pasojat e sëmundjeve kronike në përgjithësi
Bazuar në teori që me njohuri specifike të sëmundjes krijojnë ndryshime në sjellje, të cilat nga ana e tyre prodhojnë	Bazuar në teorinë se sa më e madhe besimi i pacientit në kapacitetin e tij / saj



rezultate më të mira	për të bërë përmirësimin e jetës ndryshimet – japin rezultate më të mira klinike
Qëllimi është pajtueshmëria	Qëllimi është rritja e vetë-efikasitetit dhe përmirësimi i rezultateve klinike
Profesionisti shëndetësor është edukator	Edukatorët mund të jenë profesionistë shëndetësor, udhëheqës të kolegëve ose pacientë të tjerë

Strategjitë e sjelljes mund të përdorin një larmi teknikash, të tilla si:

- 5A-të
- Krijimi i marrëdhënies profesionit i kujdesit shëndetësor
- Përcaktimi i axhendës p.sh. axhenda me rrathë
- Sigurimi i informacionit p.sh. pyes-trego-pyet, duke mbyllur lakun
- Vendosija e qëllimit
- Intervistë motivuese

Strategjia e 5A-ve

Strategjia e 5A-ve është një qasje shumë e dobishme dhe gjithëpërfshirëse që profesionistët mund të përdorin për të ndihmuar klientët në vetë-menaxhim të sëmundjeve kronike. Strategjia e 5A-ve u zhvillua si një strategji për ndërprerjen e duhanpirjes. Aktualisht është një strukturë që përdoret për të ndihmuar pacientët me sëmundje kronike që të bëjnë ndryshime të vështira në jetën e tyre [38].

1. **Assess: Vlerësoni:** Cilat janë besimet, sjellja dhe njohuritë e klientit?
2. **Advise: Këshilloni:** Jepni informacion që klienti duhet të dijë që të marri në konsideratë bërjen e ndryshimeve.
3. **Agree: Pajtueshmëri:** Vendosi qëllime bashkëpunimi me klientin bazuar në interesat dhe besimet e klientit në aftësinë e tij / saj për të ndryshuar sjellje.
4. **Assist: Asistoni:** Ndihmoni klientin për të identifikuar pengesat për të ndryshuar dhe zgjidhur problemin.
5. **Arrange: Organizoni:** Hartoni një plan për ndjekje në vazhdimësi me klientin, p.sh. Konsulta telefonike, vizita në shtëpi ose klinikë.



Mbështetje specifike për vetë-menaxhim të diabetit – shembull 2 [11]

Personat me diabet kërkojnë informacion specifik për të marrë vendime të informuara për vetë-menaxhim. Kjo përfshin:

- **Informacion mbi jetesën me diabet, përfshirë:**

- menaxhimi i niveleve të larta dhe të ulëta të glukozës në gjak
- dieta, përfshirë menaxhimin e marrjes së karbohidrateve, yndyrave dhe sheqerit
- rëndësia e ushtrimeve fizike të rregullta dhe mënyra e rregullimit të insulinës dhe karbohidrateve në përputhje me rrethanat
- kontrollimin e diabetit para, gjatë dhe pas ushtrimit

- **Njohuri për ilaçet specifike për diabetin, duke përfshirë:**

- informacion në lidhje me ilaçet individuale për menaxhimin e diabetit të një personi
- informacion në lidhje me ilaçet e mundshme në të ardhmen
- informacion mbi rreziqet e mos-respektimit të orareve të ilaçeve

Mbështetje specifike për vetë-menaxhim të diabetit Vazhdim– shembull 2 [11]

- **Ndërgjegjësimi për ndërlikimet specifike për diabetin dhe mënyrën e parandalimit të tyre, duke përfshirë:**

- sëmundjet kardiovaskulare dhe nevoja për monitorim të rregullt dhe këshilla për stilin e jetës për tu menaxhuar ky rrezik
- sëmundje renale dhe nevoja për monitorim të rregullt për të menaxhuar këtë rrezik
- neuropatia periferike dhe nevoja për t'iu nënshtruar rregullisht kontrolleve të këmbëve
- retinopatia, dhe nevoja për t'iu nënshtruar rregullisht kontrollit të retinës
- depresioni dhe nevoja për mbështetje psikologjike
- mosfunksionim seksual

- **Informacion mbi parametrat klinikë, përfshirë:**

- nivelet e glukozës në gjak (HbA1c)
- presionin e gjakut
- nivelet e lipideve në gjak (kolesterol)
- mikroalbuminuria.

Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet t'i japin përparësi mbështetjes së vetë-menaxhimit për njerëzit e:

- sapo diagnostikuar me diabet të tipit 2
- me diabetin që nuk arrin të arrijë synimet klinike pavarësisht se u përpoq për 6-12 muaj
- me diabet me çështje klinike të vazhdueshme (p.sh., hipoglicemia ose shtim në peshë)
- me diabet që janë në rrezik të lartë të ndërlikimeve.

Informacioni dietik, aktiviteti fizik dhe mënyra e jetesës mund të jetë i përshtatshëm për t'u përfshirë në një program të krijuar për njerëzit me prediabet; megjithatë, përmbajtja e mbështetjes për vetë-menaxhim specifik për diabetin nuk është e përshtatshme për ta.

Më shumë informacion në lidhje me Programet e Parandalimit të Sëmundjeve të Bazuara në Evidenca të bazuara në vetë-menaxhim mund të gjeni në linkun e mëposhtëm: <http://www.aaa1b.org/wp-content/uploads/2012/05/List-of-Evidence-Based-Programs.pdf>



Referenca

1. DoWrick C, Dixon-Woods M, Holman H, Weinman J. What is chronic illness? *Chronic Illn.* 2005 Mar;1(1):1-6.
2. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ.* 2000 Feb 26;320(7234):526-7.
3. Lenzen SA, DaniWls R, van Bokhoven MA, van der Weijden T, Beurskens A. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS One.* 2017 Nov 27;12(11):e0188822.
4. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health.* 2014;104(8):e25-e31.
5. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469–2475.
6. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003 Aug;26(1):1-7.
7. Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *J Aging Health.* 1991;3(1):3–27.
8. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(2):136–144.
9. Wagner EH. Chronic disease management: What Will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2–4.
10. National Health Priority Action Council (NHPAC). *National service improvement framework for cancer.* Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006 Available from: [http://WWW.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/223307DA4F101673CA257BF000209B54/\\$File/cancall.pdf](http://WWW.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/223307DA4F101673CA257BF000209B54/$File/cancall.pdf).
11. A framework to support self-management. December 2012. Population health. Department of Health and Human Services. https://www.health.tas.gov.au/_data/assets/pdf_file/0019/133480/19122012_FINAL_Self_Management_Framework.pdf
12. Caroline Tilkin, Mélanie De Winter, Frédéric Ketterer, Anne-Marie Etienne, Marc Vanmeerbeek, Frédéric Schoenaers. Considering Patients' Empowerment in Chronic Care Management: A Cross-Level Approach. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 2020, 10, 134–142.
13. WHO. Integrated Health Services—What and Why? Technical Brief No. 1. 2008. Available online: http://WWW.Who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
14. Aujoulat, I.; d'Hoore, W.; Deccache, A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Educ. Couns.* 2007, 56, 13–20.

15. WHO. Regional Office for Europe, Health Promotion. 1986. Available online: http://WWW.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/OttaWa_Charter.pdf
16. Wakefield D, Bayly J, Selman LE, Firth AM, Higginson IJ, Murtagh FE. Patient empowerment, what does it mean for adults in the advanced stages of a life-limiting illness: A systematic review using critical interpretive synthesis. *Palliative Medicine*. 2018;32(8):1288-1304.
17. Funnell, M.M. Patient empowErment: What does it really mean? *Patient Educ. Couns.* 2016, 99, 1921–1922.
18. Rappaport, J. Terms of empowErment/exemplars of prevention: ToWard a theory for community psychology. *Am. J. Community Psychol.* 1987, 15, 121–145.
19. Amelung, V.; Stein, V.; GoodWin, N.; Balicer, R.; Nolte, E.; Suter, E. *Handbook Integrated Care*; Springer International Publishing: Cham, Switzerland, 2017.
20. Collins C, Rochfort A (2016) Promoting self-management and patient empowErment in primary care. *Irish College of General Practitioners*, Dublin 27–35.
21. Holman, H., Lorig, K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep* 2004 May-Jun; 119 (3):239-243.
22. Muenchberger, H., Kendall, E. Predictors of preventable hospitalization in chronic disease: priorities for change. *J Public Health Policy* 2010 Jul; 31(2):150-63.
23. Lawn, S., Battersby, M. Capabilities for supporting prevention and chronic condition self-management: a resource for educators of primary health care professionals. Adelaide, Department of Health and Ageing, Australian Government; Flinders University, 2009;39.
24. Lawn, S., Schoo, A. Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. *Patient Educ Couns* 2010 Aug; 80(2):205-11.
25. Adams, K., Greiner, A.C., Corrigan, J.M. (Eds). Report of a summit. The first annual crossing the quality chasm summit: A focus on communities. Washington, CD: National Academies Press, 2004.
26. Johnston, S., Liddy, C., Ives, S.M., Soto E. Literature review on chronic disease selfmanagement. Elisabeth Bruyère Research Institute. Ottawa, Ontario, 2008.
27. Holmstrom, I., Roing, M. The relation between patient-centredness and patient empowerment: a discussion of concepts. *Patient Educ Couns.* 2010 May; 79(2):167-72. doi: 10.1016/j.pec.2009.08.008. Epub 2009 Sep 11.
28. EQuIP Working Group on the concept of patient empowerment. Work Package 1c. source: Work Package 1c: EQuIP Working Group on Patient Empowerment for SelfManagement in Chronic Conditions. http://WWW.equip.ch/flx/pecc_We/Work_packages/.



29. Robert Mulrenin, Felix Strohmeier, Yildiray Kabak, Alexander Pabst, Hans Demski, Ilias Lamprinos (2014): Self-Management PathWays for Diabetic Patients: Early Findings of the EMPOWER Pilot Studies In: eChallenges e-2014 Conference Proceedings, Paul Cunningham and Miriam Cunningham (Eds), IIMC International Information Management Corporation Ltd 2014, ISBN: 978-1-905824-45-8
30. Grover A, Joshi A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci.* 2014;7(2):210-227. Published 2014 Oct 29.
31. Common Models of Chronic Disease Self-Management Support Fact Sheet for Primary Care Partnerships. Plain Banner. <http://WWW.Wimmerapcp.org.au/Wp-gidbox/uploads/2014/03/Common-Models-of-Chronic-Disease-Self-Management-Support.pdf>
32. Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). Stanford University Patient Education Research Center patienteducation.stanford.edu/programs
33. Flinders Human Behaviour Health Research Unit <http://cvcprogram.flinders.edu.au/>
34. Coyne N, Correnti D. Effectiveness of motivational interviewing to improve chronic condition self-management: What does the research show us? *Home Healthc Nurse.* 2014 Jan;32(1):56-63.
35. Patil SJ. Task Sharing Chronic Disease Self-Management Training With Lay Health Coaches to Reduce Health Disparities. *Ann Fam Med.* 2020;18(1):2-3.
36. Self-Management Support. Content last reviewed November 2020. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://WWW.ahrq.gov/ncepcr/tools/self-mgmt/self.html>
37. American Occupational Therapy Association (AOTA). (2015). The role of occupational therapy in chronic disease management. Retrieved from http://WWW.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/WhatIsot/hW/facts/factsheet_chronic_diseasemanagement.pdf.
38. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002 Nov 20;288(19):2469-75.
39. Glasgow RE, Goldstein MG, Ockene JK, Pronk NP. Translating What We have learned into practice. Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *Am J Prev Med.* 2004 Aug;27(2 Suppl):88-101.



Shembuj të modeleve të kujdesit kronik: Modeli i Kujdesit Kronik (MKK) dhe Kuadri i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike (KKISK)

Objektivat e mësimi

- Njohja me Modelin e Kujdesit Kronik
- Njohja me Kuadrin e Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike
- Të njohim projektin JA-CHRODIS
- Njohja me Modelin e Kujdesit të Integruar të Multimorbiditetit

Modeli i Kujdesit Kronik

Modeli i Kujdesit Kronik i referohet një kornize të përdorur gjerësisht për organizimin dhe sigurimin e kujdesit për njerëzit me sëmundje kronike. Modeli bazohet në supozimin se përmirësimi i kujdesit kërkon një qasje që përfshin ndërhyrjet e nivelit të pacientit, ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe sistemit shëndetësor. Infermierët janë profesionistët shëndetësor më të përshtatshëm për ndërhyrje përmes modelit të kujdesit kronik [1]. Në këtë model, kujdesi ofrohet brenda një mjedisi të kujdesit parësor, duke operuar me një strategji të bashkimit të pacientit, ofruesit të kujdesit shëndetësor dhe ndërhyrjeve të nevojshme të sistemit për të përmbushur qëllimin e përgjithshëm të përmirësimit të kujdesit për sëmundjen kronike [2]. I krijuar më shumë se një dekadë më parë, Modeli i Kujdesit Kronik është një qasje e adaptuar gjerësisht për përmirësimin e kujdesit ambulator, që ka udhëhequr iniciativat e përmirësimit të cilësisë së kujdesit në mbarë botën. Dëshmitë e grumbulluara mbështesin Modelin e Kujdesit Kronik si një kornizë të integruar për të drejtuar ridizenjimin e praktikave të kujdesit shëndetësor që çon në përmirësimin e kujdesit ndaj pacientit dhe rezultate më të mira shëndetësore [3]. Studimet sugjerojnë se zbatimi i Modelit të Kujdesit Kronik në praktikën klinike përmirëson ndjeshëm cilësinë e jetës së pacientëve me sëmundje kronike [4]. Modeli i Kujdesit Kronik është përdorur dhe përdoret gjerësisht për të përmirësuar cilësinë e kujdesit në sëmundje të ndryshme kronike të tilla si diabet [5-6-7], artriti [8-9] dhe hipertensioni [10]. Studimi rishikim sistematik i literaturës që analizoi përdorimin e Modelit të Kujdesit Kronik për sëmundjet kardiovaskulare raportoi përmirësime të rezultateve dhe pajtueshmëri të pacientit me trajtimin, zvogëlim të barrës mjekësore, si përdorimi i kujdesit shëndetësor, dhe zvogëlim të rrezikut për sëmundje të tjera kardiovaskulare [11].



Historiku dhe elementet e Modelit të Kujdesit Kronik

Modeli u krijua fillimisht në mesin e viteve 1990 nga stafi në Qendrën MacColl për Inovacionin e Kujdesit Shëndetësor në Grupin Instituti i Kërkimeve Shëndetësore, i udhëhequr nga Edward H. Wagner [12]. Ata distiluan informacione nga burimet e disponueshme për strategjitë për menaxhimin e sëmundjeve kronike në një format më të kodifikuar. Modeli u rafinua më tej në 1997 me të dhëna nga një panel i madh ekspertësh. Në vitin 1998, Fondacioni Robert Wood Johnson financoi testet e modelit në rang kombëtar nëpër mjedise të ndryshme të kujdesit shëndetësor, duke krijuar programin "Përmirësimi i Kujdesit për Sëmundjet Kronike". Në vitin 2003, fondacioni dhe një grup i vogël ekspertësh përditësuan modelin për të përfshirë koncepte më specifike brenda gjashtë elementeve [13-14].

Modeli i Kujdesit Kronik përbëhet nga gjashtë elementë të ofrimit të kujdesit shëndetësor, Figura 4.1. Ata janë:

1. Sistemi shëndetësor / Mbështetja organizative - Krijon një kulturë, organizim dhe mekanizma që promovojnë kujdes të sigurt, me cilësi të lartë.
 - Mbështet dukshëm përmirësimin në të gjitha nivelet, duke filluar me lidërsipin.
 - Promovon strategjitë efektive të përmirësimit të dizajnuara për ndryshimin gjithëpërfshirës të sistemit.
 - Inkurajon trajtimin e hapur dhe sistematik të gabimeve dhe problemeve të cilësisë për të përmirësuar kujdesin.
 - Siguron stimul bazuar në cilësinë e kujdesit.
 - Zhvillon marrëveshje që mbështesin koordinimin e kujdesit brenda dhe nëpër organizata.
2. Sistemet klinike të informacionit - Organizon të dhënat e pacientit dhe popullatës për të lehtësuar kujdesin efikas dhe efektiv.
 - Siguron kujtesa në kohë për ofruesit e kujdesit dhe pacientët.
 - Identifikon nënpopullatat përkatëse për kujdesin proaktiv.
 - Lehtëson planifikimin individual të kujdesit për pacientin.
 - Ndan informacionin me pacientët dhe ofruesit për të koordinuar kujdesin.
 - Monitoron performancën e ekipit praktik dhe sistemit të kujdesit.
3. Dizajnimi i Sistemit të Shpërndarjes - Siguron ofrimin e ndihmës efektive, efektive të kujdesit klinik dhe vetë-menaxhimit.
 - Përcakton rolet dhe shpërndan detyrat midis anëtarëve të ekipit të kujdesit.
 - Përdor ndërveprimet e planifikuara për të mbështetur kujdesin e bazuar në prova/evidenca.
 - Ofron shërbime klinike të menaxhimit të rasteve për pacientët kompleksë.
 - Siguron ndjekje të rregullt nga ekipi i kujdesit.
 - Jep kujdes që pacientët të kuptojnë dhe që përshtatet me prejardhjen e tyre kulturore.
4. Mbështetja e vendimit - Promovon kujdesin klinik që është në përputhje me provat shkencore dhe preferencat e pacientit.
 - Vendos në praktikën e përditshme klinike udhëzime të bazuara në prova/evidence.



- Ndan udhëzime dhe informacione të bazuara në dëshmi me pacientët për të inkurajuar pjesëmarrjen e tyre.
 - Përdor metodat e provuara të edukimit.
 - Integron ekspertizën e specialistëve dhe kujdesin primar.
5. Mbështetja e vetë-menaxhimit - Fuqizoni dhe përgatitni pacientët për të menaxhuar shëndetin e tyre dhe kujdesin shëndetësor.
- Thekson rolin qendror të pacientit në menaxhimin e shëndetit të tyre.
 - Përdor strategji efektive të mbështetjes së vetë-menaxhimit që përfshijnë vlerësimin, vendosjen e qëllimeve, planifikimin e veprimit, zgjidhjen e problemeve dhe ndjekjen e tyre.
 - Organizon burime të brendshme dhe të komunitetit për të siguruar mbështetje të vazhdueshme të vetë-menaxhimit për pacientët.
6. Burimet e Komunitetit – Mobilizim i burimeve të komunitetit për të përmbushur nevojat e pacientëve.
- Inkurajon pacientët të marrin pjesë në programe efektive të komunitetit.
 - Formon partneritete me organizatat e komunitetit për të mbështetur dhe zhvilluar ndërhyrje që plotësojnë boshllëqet në shërbimet e nevojshme.
 - Avokon për politikat për të përmirësuar kujdesin ndaj pacientit.

Figura 4-1



Burimi: The Chronic Care Model. Developed by the MacColl Institute, ©ACP-JSIM Journals and Books, reprinted ëith permission from ACP-ASIM Journals and Books.



Kuadri i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike

Sistemi i kujdesit shëndetësor ”është përcaktuar si ai sistem që përfshin të gjitha aktivitetet, qëllimi kryesor i të cilave është promovimi, rivendosja ose mirëmbajtja e shëndetit”. Sistemet e kujdesit shëndetësor përfshijnë pacientët dhe familjet e tyre, punonjësit e kujdesit shëndetësor dhe kujdestarët brenda organizatave dhe në komunitet, dhe mjedisin e politikës shëndetësore në të cilën ndodhin të gjitha aktivitetet e lidhura me shëndetin [15]. Për të adresuar ritmet në rritje të sëmundjeve kronike, ishte i domosdoshëm një evolucion në sistemet e kujdesit shëndetësor, duke e përparuar atë përtej modelit akut të kujdesit. Edhe pse kujdesi akut do të jetë gjithmonë i domosdoshëm (pasi edhe sëmundjet kronike kanë episode akute), sistemet shëndetësore në të njëjtën kohë duhet të përqafojnë konceptin e kujdesit për problemet shëndetësore afatgjata. Pacientët, organizatat e kujdesit shëndetësor dhe vendimmarrësit duhet të njohin nevojën për të zgjeruar sistemet dhe për të përfshirë koncepte të reja. Vendimmarrësit janë të dobishëm në lehtësimin e një ndryshimi në të menduarit për kujdesin shëndetësor. Për të organizuar të menduarit apo funksionimin e sistemeve shëndetësore është shumë e rëndësishme ndarja e rrjeteve përbërëse të sistemit në shtresa apo nivele. Nivelet mikro, meso dhe makro ofrojnë një kornizë të arsyeshme në këtë drejtim dhe i referohen përkatësisht nivelit të ndërveprimit të pacientit, organizatës së kujdesit shëndetësor, nivelit të komunitetit dhe nivelit të politikës në shëndetësi, Figura 4-2.

Figura 4-2



Kur nivelet mikro, meso dhe makro funksionojnë në mënyrë të efektshme brenda vetes, dhe me sukses në raport me njëri-tjetrin, kujdesi shëndetësor është efikas dhe efektiv dhe pacientët gëzojnë shëndet më të mirë. Mosfunksionimi në lidhje me kujdesin shëndetësor për kushtet kronike brenda dhe midis niveleve krijon humbje dhe joefektivitet. Ndërkohë që përcaktimi midis niveleve mikro, meso dhe makro nuk është gjithmonë i qartë. Për shembull, kur personeli i kujdesit shëndetësor nuk është i



përgatitur për të menaxhuar sëmundjet kronike për shkak të mangësive në trajnim, problemi mund të konsiderohet si një problem i mikro-nivelit sepse ndikon te pacientët. Mangësitë e trajnimit mund të konsiderohen si një problem i nivelit meso sepse problemi është përgjegjësia e organizatës së kujdesit shëndetësor për të siguruar që ofruesit të kenë ekspertizën dhe mjetet e kujdesit për pacientët. Trajnimi mund të konsiderohet si një çështje e nivelit makro sepse vendimi i politikave për të përmbushur nevojat shëndetësore të popullatës mund të ndryshojë kurrikulën e trajnimit të personelit shëndetësor ose kërkesat e edukimit në vazhdimësi për profesionistët e kujdesit shëndetësor [16].

Dështimet në nivelet e ndryshme të sistemit shëndetësor sollën nevojën për ridizenjim të modeleve të kujdesit sidomos për sëmundjet kronike duke krijuar modelin e Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike. Këto dështime në nivelin mikro u evidentuan në ndërveprimin me pacientët, si për shembull dështimi me fuqizimin e pacientit në rastin e sëmundjeve kronike ku problemet kronike shëndetësore janë të qëndrueshme, duke kërkuar një strategji të kujdesit që pasqyron një kornizë kohore të zgjatur dhe sqaron për pacientët rolet dhe përgjegjësitë e tyre në menaxhimin e problemeve të tyre shëndetësore. Në nivelin meso dështimet u evidentuan në problemet me kujdesin shëndetësor, organizimi dhe lidhjet e tij me Komunitetin. Shembuj të këtij dështimi ishin mos organizimi i kujdesit për kushtet kronike; punonjësve të kujdesit shëndetësor u mungonin mjetet dhe ekspertiza, mungesë të informimit të praktikës nga evidencat shkencore [17-18]. Dështime të tjera të lidhura me meso nivelin u evidentuan në mos adresimin e parandalimit, probleme me sistemin e informacionit dhe dështimi për tu lidhur me burimet e komunitetit [16]. Problemet në nivelin makro janë të lidhura me problemet e politikave si mungesa e një kuadri legjislativ, politikat dhe planet shëndetësore janë të tejkaluara, qeveritë nuk po investojnë me mençuri, sistemet e financimit janë të fragmentuara, stimujt e ofruesve të kujdesit shëndetësor janë të pavendosur, standardet dhe monitorimi janë të pamjaftueshme, edukimi i vazhdueshëm mungon dhe lidhjet ndërsektoriale neglizhohen [16]. Kuadri i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike të Organizatës Botërore të Shëndetësisë ofron një model fleksibël, por gjithëpërfshirës për të hartuar ose ridizajnuar sisteme shëndetësore në përputhje me burimet dhe kërkesat lokale, Figura 4-3 [19]. Sëmundjet kronike të veshkave, diabeti, sëmundjet të zemrës, astma, sëmundja pulmonare obstruktive kronike, kanceri, virus i mungesës së imunitetit njerëzor (HIV) / sindromi i mungesës së imunitetit të fituar (AIDS), depresioni dhe paaftësia fizike [16] janë disa sëmundje kronike të cilat nga ana e etiologjisë janë përgjithësisht të dallueshme, por efektet e tyre vendosin kërkesa të ngjashme për sistemet e kujdesit shëndetësor, ofruesit e kujdesit shëndetësor, pacientët dhe familjet [20]. Kuadri thekson gjithashtu rëndësinë e karakteristikave të mëposhtme të sistemit shëndetësor:

– Partneritet me Pacientët dhe Komunitetet

Sipas Kornizës së Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike, rezultatet optimale ndodhin kur formohet një treshe e kujdesit shëndetësor: një partneritet midis pacientëve dhe familjeve, ekipeve të kujdesit shëndetësor dhe partnerëve të komunitetit. Kjo treshe funksionon në mënyrën më të mirë kur çdo anëtar është i informuar, i motivuar dhe i përgatitur për të parandaluar dhe menaxhuar gjendje kronike, dhe komunikon dhe bashkëpunon me anëtarët e tjerë të triadës. Kjo qasje e partneritetit është një ndryshim i rëndësishëm nga kujdesi shëndetësor tradicional, në të cilin ofruesit e kujdesit



shëndetësor shihen si ekspertë, ndërsa pacientët shihen si marrës pasiv të kujdesit dhe komunitetet janë injoruar kryesisht nga sistemi zyrtar i kujdesit shëndetësor.

Figura 4-3



Burimi: The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (from *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, Sëitserland, Eorld Health Organization, 2002, pp 65).

– Bazuar në kujdesin primar shëndetësor

Në vendet në zhvillim, kushtet kronike paraqiten kryesisht në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor dhe duhet të trajtohen kryesisht në këto kushte. Kjo përfaqëson një zhvendosje nga sistemet e kujdesit shëndetësor që drejtohen nga kujdesi terciar, dhe mjediset e specialitetit.

– Proaktiv

Kujdesi proaktiv i referohet kujdesit që parashikon nevojat e pacientit sesa të mbështetet në një ndërveprim të iniciuar nga pacienti që shpesh futet për shkak të simptomave urgjente. Planet e qarta të trajtimit me ndjekje të rregullt dhe të planifikuara janë tipare tipike të qasjeve proaktive.

– Bazuar në Popullatë

Kujdesi shëndetësor për sëmundjet kronike është më efektiv kur politikat, planet dhe praktikat i japin përparësi shëndetit të një popullate të përcaktuar sesa njësisë së vetme të një pacienti që kërkon kujdes. Një përqendrim i popullatës nënkupton që sistemet e



kujdesit shëndetësor vlerësojnë dhe monitorojnë shëndetin e komuniteteve, theksojnë parandalimin dhe promovojnë sjellje të shëndetshme, sigurojnë qasje universale në shërbime të përshtatshme dhe me kosto efektive, dhe kontribuojnë në bazën e provave/evidencave për trajtime dhe sisteme efektive të kujdesit [19].

Projekti JA-CHRODIS

CHRODIS (2014-2017) dhe CHRODIS PLUS (2017-2020) janë dy projekte të përfunduara pan-Evropiane që bashkuan mbi 70 partnerë të lidhur dhe bashkëpunues nga departamentet kombëtare dhe rajonale të shëndetësisë dhe institucioneve kërkimore që përfaqësojnë 25 vende evropiane [<http://chrodis.eu/>]. CHRODIS PLUS është një iniciativë tre-vjeçare (2017-2020) e financuar nga Komisioni Evropian dhe organizatat pjesëmarrëse që në total ka përfshirë 17 dialogë politikash dhe 21 projekte zbatimi. Dialogët e politikave (15 në nivelin kombëtar dhe dy në nivelin e Bashkimit European-BE):

- Rrisin vetëdijen dhe pranimin tek vendimmarrësit në lidhje me veprimet e përmirësuara për luftimin e sëmundjeve kronike.
- Projektet pilot përqendrohen në fushat e mëposhtme: Promovimi i Shëndetit & Parandalimi Primar, një Model i Integruar i Kujdesit për Multimorbiditetin, Nxitja e Kujdesit Cilësor për Personat me Sëmundje Kronike, Fuqizimi i Pacientit i bazuar në TIK, dhe Punësimi dhe Sëmundjet Kronike.

Gurët e themelit të CHRODIS PLUS: Ky projekt i përbashkët rrit ndërgjegjësimin se në një Evropë promovuese të shëndetit - pa sëmundje kronike të parandalueshme, vdekje të parakohshme dhe aftësi të kufizuara të shmangshme - iniciativat në lidhje me sëmundjet kronike duhet të ndërtohen në katër gurët e themelit:

- promovimi i shëndetit dhe parandalimi primar si një mënyrë për të zvogëluar barrën e sëmundjeve kronike
- fuqizimi i pacientit
- trajtimi i rënies funksionale dhe cilësisë së jetës si pasojat kryesore të sëmundjeve kronike
- duke i bërë sistemet shëndetësore të qëndrueshme dhe të përgjegjshme ndaj plakjes së popullatave tona të lidhura me tranzicionin epidemiologjik [<http://chrodis.eu/about-us/>]

Model i Integruar i Kujdesit për Multimorbiditetin – Rezultat i projektit CHRODIS

Modeli i Kujdesit të Integruar të Multimorbiditetit, një nga rezultatet e projektit CHRODIS synon të kapërcejë shumë prej problemeve që lidhen me kujdesin e fragmentuar. Modeli përqendrohet në disa kufizime me të cilat përballen aktualisht trajtimi i pacientëve me shumë sëmundje. Modeli pranon që kujdesi i fragmentuar mund të jetë për shkak të mungesës së integrimit midis shërbimeve të kujdesit parësor dhe spitalor, si dhe midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor nga specialitete ose disiplina të ndryshme. Modeli i Kujdesit të Integruar të Multimorbiditetit u zhvillua në veprimin e përbashkët CHRODIS (2014-2017). Ky model propozon 16 komponentë për kujdesin dhe trajtimin e pacientëve me shumë sëmundje/multimorbiditet, Figura 4-4 [21].

Figura 4-4



Burimi: Joint Action CHRODIS. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic. February 2016.

Të 16 komponentët e Modelit të Kujdesit të IntegrUAR të Multimorbiditetit janë të shpërndarë në 5 seksionet që përbëjnë dhe bazën e modelit, Tabela 4-1.

Disa nga arritjet e studimeve 1-vjecare pilot të Modelit të Kujdesit të IntegrUAR të Multimorbiditetit janë:

- Nga ky modeli i kujdesit kanë përfituar rreth 3,449 pacientë;
- Shumica e pacientëve pas ndërhyrjes kanë raportuar përmirësim në cilësinë e kujdesit;
- Përdorimi i modelit ka siguruar akses më të mirë në kujdes dhe përmirësim të koordinimit të kujdesit;
- Kujdes më të mirë, reduktim të përdorimit të burimeve, dhe përmirësim të rezultateve të kujdesit [21].

Studimet sugjerojnë se pavarësisht risive, baza e Modelit të Kujdesit të IntegrUAR të Multimorbiditetit është Modeli i Kujdesit Kronik [22]. Gjithashtu, modeli është i zbatueshëm me efikasitet në pacientët kompleksë me multimorbiditet si diabet dhe sëmundje mendore [23]. Pavarësisht disa kufizimeve, gjetjet tregojnë se modelet e kujdesit kronik në mënyrë që të sigurohet një kujdes më inovativ dhe i integruar kanë të domosdoshme dhe përdorimin e mjeteve të shëndetit digjital [24].



Tabela 4-1

16 komponentët e Modelit të Kujdesit të Integruar të Multimorbiditetit

SEKSIONI 1:	SHPËRNDARJA E KUJDESIT Komponenti 1. Vlerësimi i rregullt gjithëpërfshirës i pacientëve. Komponenti 2: Ekip i koordinuar multidisiplinar. Komponenti 3: Profesionisti i emëruar si koordinator i planit të individualizuar të kujdesit dhe personi i kontaktit për pacientin dhe familjen ("Menaxheri i rastit"). Komponenti 4: Planet e Kujdesit të Individualizuar.
SEKSIONI 2:	MBËSHTETJA E VENDIMIT Komponenti 5. Zbatimi i praktikës së bazuar në evidencë. Komponenti 6. Trajnimi i anëtarëve të ekipit multidisiplinar. Komponenti 7. Zhvillimi i një sistemi konsultimi për të konsultuar ekspertë profesionistë.
SEKSIONI 3:	MBËSHTETJE PËR VETË-MENAXHIM Komponenti 8. Trajnimi i ofruesve të kujdesit për të përshtatur mbështetjen për vetë-menaxhimin bazuar në preferencat dhe kompetencat e pacientit. Komponenti 9. Sigurimi i opsioneve për pacientët dhe familjet që të përmirësojnë vetë-menaxhimin e tyre. Komponenti 10. Marrja e vendimeve të përbashkëta (ofruesi i kujdesit dhe pacientët).
SEKSIONI 4:	SISTEMET E INFORMACIONIT DHE TEKNOLOGJIA Komponenti 11. Të dhënat elektronike të pacientëve dhe kartelat klinike të kompjuterizuara. Komponenti 12. Shkëmbimi i informacionit për pacientin (me lejen e pacientit) ndërmjet ofruesve të kujdesit dhe sektorëve të pajtueshme me sistemet klinike të informacionit. Komponenti 13. Kodimi uniform i problemeve shëndetësore të pacientëve nëse është e mundshme. Komponenti 14. Teknologjia e operuar nga pacientët që lejon pacientët të dërgojnë informacion tek siguresit e tyre të kujdesit.
SEKSIONI 5:	BURIMET E KOMUNITETIT Komponenti 15. Mbështetja e aksesit në burimet e komunitetit dhe ato sociale. Komponenti 16. Përfshirja e rrjetit social (informal), përfshirë miqtë, shoqatat e pacientëve, familja, fqinjët.



Referenca

1. The Chronic Care Model: Description and Application for Practice. (2006). Medscape. Retrieved from: <https://www.medscape.com/viewarticle/549040>
2. Kathryn Fiandt. The Chronic Care Model: Description and Application for Practice. Topics in Advanced Practice Nursing eJournal. 2006;6(4).
3. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
4. Faridah Md Yusof Aryani, Shaun Wen Huey Lee, Sieë Siang Chua, Li Ching Kok, Benny Efendie, Thomas Paraidathathu. Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life? *Integrated Pharmacy Research and Practice* 2015;4.
5. Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, Regis L, Reis WC, Correr CJ. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr*. 2016 Jan 22;8:7.
6. Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I. *et al*. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract* **19**, 11 (2018).
7. Stock S, Pitcavage JM, Simic D, Altin S, Graf C, Feng W, Graf TR. Chronic care model strategies in the United States and Germany deliver patient-centered, high-quality diabetes care. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Sep;33(9):1540-8.
8. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Qual Saf Health Care*. 2008 Dec;17(6):442-6.
9. Vodopivec V, Vrijhoef HJ. Integrated healthcare models for rheumatoid arthritis: A descriptive systematic review. *International Journal of Care Coordination*. 2019;22(1):10-18.
10. Turner BJ, Parish-Johnson JA, Liang Y, Jeffers T, Arismendez SV, Poursani R. Implementation of the Chronic Care Model to Reduce Disparities in Hypertension Control: Benefits Take Time. *J Gen Intern Med*. 2018 Sep;33(9):1498-1503.
11. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY, Chong M, Fang Y, Wang HHX, Liang M, Cheung WWL, Chan CH, Zee B, Coats AJS. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *Int J Cardiol*. 2018 May 1;258:279-288.
12. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):6478. <http://content.healthaffairs.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11816692>.



14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
15. The World health report 2000: health systems: improving performance. ISBN 92 4 156198 X (NLM Classification: WA 540.1) ISSN 1020-3311. https://www.who.int/whr/2000/en/ëhr00_en.pdf
16. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks For Action Geneva Switzerland World Health Organization (2002).
17. Legorreta, AP, et al. Compliance with nation asthma management guidelines and specialty care: A health maintenance organization experience. *Arch Int Med* 1998; 158:457–64.
18. Kenny, SJ, et al. Survey of physician practice behaviors related to diabetes mellitus in the US: Physician adherence to consensus recommendations. *Diabetes Care* 1993; 16(11):1507–10.
19. Joanne E. Epping-Jordan. Integrated approaches to prevention and control of chronic conditions. *Kidney International*. Volume 68, Supplement 98, 2005, Pages S86-S88, ISSN 0085-2538.
20. E.H. Wagner. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ*, 323 (2001), pp. 945-946.
21. Joint Action CHRODIS. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic. February 2016. <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2017/11/ja-chrodis-multimorbidity-care-model-wp6-rokas-navickas.pdf>
22. Struckmann V, Leijten FRM, van Ginneken E, Kraus M, Reiss M, Spranger A, Boland MRS, Czepionka T, Busse R, Rutten-van Mölken M; SELFIE consortium. Relevant models and elements of integrated care for multimorbidity: Results of a scoping review. *Health Policy*. 2018 Jan;122(1):23-35.
23. Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Guerrero-Fernández de Alba I, et al. Application of the JA-CHRODIS Integrated Multimorbidity Care Model (IMCM) to a Case Study of Diabetes and Mental Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):5151. Published 2019 Dec 17.
24. Melchiorre MG, Papa R, Quattrini S, Lamura G, Barbabella F; on behalf of ICARE4EU Consortium . Integrated Care Programs for People with Multimorbidity in European Countries: eHealth Adoption in Health Systems. *Biomed Res Int*. 2020;2020:9025326. Published 2020 Apr 8.



Struktura e evolucionit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Objektivat e mësimi

- Çfarë është Kujdesi Inovativ për Sëmundjet kronike
- Të njohim strukturën e evolucionit të Kujdesit Inovativ për sëmundjet kronike
- Të njohim shembuj praktikë të implementimit të Kujdesit Inovativ për sëmundjet kronike
- Të njohim modelin e diseminimit të Kujdesit Inovativ kronik
- Njohja me rëndësinë e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës në implementimin e Kujdesit Inovativ për sëmundjet kronike

Çfarë është Kujdesi Inovativ për Sëmundjet Kronike?

Inovacioni në kujdesin shëndetësor për sëmundjet kronike është futja e ideve, metodave ose programeve të reja për të ndryshuar mënyrën e parandalimit dhe menaxhimit të sëmundjeve kronike. Inovacioni nënkupton integrimin e përbërësve themelorë nga secila prej mikro-, meso- dhe nivelet makro të sistemit të kujdesit shëndetësor, dhe një rikonceptim i sëmundjeve kronike është e nevojshme për të krijuar një themel nga i cili do të ndërtohet ky model. Nga pikëpamja e kujdesit shëndetësor, nuk është më e favorshme që sëmundjet kronike të shihen si probleme shëndetësore diskrete, as sipas kategorive tradicionale të sëmundjeve jo – të transmetueshme apo të sëmundjeve ngjitëse. Kujdesi inovativ nuk bazohet në etiologjinë e një problemi të veçantë, por bazohet në kërkesat që problemi shëndetësor parashtrohet në sistemin e kujdesit shëndetësor. Në rastin e sëmundjeve kronike, kërkesat janë të ngjashme pavarësisht nga shkaku i gjendjes. Për më tepër, strategjitë efektive të menaxhimit janë jashtëzakonisht të krahaseshme për shumë probleme kronike, dhe menaxhimi i sëmundjeve kronike, përfshirë të gjitha problemet kronike të shëndetit, është duke zhvilluar një identitet të vetin në kujdesin shëndetësor [1]. Në konceptualizimet e reja të sëmundjeve kronike, cilësia e jetës së pacientit dhe familjes mendohet një rezultat i rëndësishëm, ku theksohet roli i pacientit në prodhimin e këtij rezultati. Pacienti nuk është pjesëmarrës joaktiv në kujdes; përkundrazi, ai/ajo konsiderohet si një "*Prodhuksi i shëndetit*" [2]. Inovacioni në kujdesin shëndetësor nënkupton një mënyrë të re të organizimit të sistemeve të kujdesit shëndetësor, lidhjen e Pacientit, Komunitetit dhe Organizatës së Kujdesit Shëndetësor. Të tre njësitë duhet të lidhen dhe secila është integralisht e rëndësishme te tjetra. Pacientët, komunitetet dhe organizatat e kujdesit shëndetësor luajnë role të rëndësishme në përmirësimin e rezultateve për sëmundjet kronike [1], Figura 4-3.



Evolucioni i Modelit të Kujdesit Inovativ për Sëmundjet kronike

Modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike zgjeron modelin e kujdesit të sëmundjeve kronike duke shtuar brenda tij nivelet mikro, meso dhe makro, Figura 4-3. Kjo kornizë përfshin gjashtë parime udhëzuese: vendimmarrja e bazuar në dëshmi/evidenca; qasja e shëndetit të popullatës; fokusimi në parandalimin; fokus i cilësisë; integrimi; dhe fleksibiliteti dhe përshtatshmëria [1]. Këto nivele zgjerojnë përfshirjen e komunitetit dhe përshkruajnë politikën dhe financimin si nxitës për zbatim të modelit në nivelin makro [3]. Modeli i kujdesit kronik, edhe pse i dobishëm, u zbulua se bazohej në sistemin e kujdesit shëndetësor të Shteteve të Bashkuara të Amerikës dhe vendeve të zhvilluara. Ndërkohë që modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike u pa të ishte më i përshatshëm për vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme pasi thekson zhvillimin e politikave, rolin e komunitetit dhe integrimin midis shërbimeve [4]. Menaxhimi i sëmundjeve kronike është një sfidë për sistemet e ofrimit të kujdesit shëndetësor në të gjithë botën dhe veçanërisht për vendet me të ardhura të ulëta/të mesme. Për këtë arsye ridizenjimi i sistemit të kujdesit shëndetësor parësor për të ofruar kujdes cilësor për sëmundjet kronike është domosdoshmëri aktuale për këto vende [5]. Staf i infermieror, i cili përbën shumicën e fuqisë punëtore shëndetësore, duhet të edukohet në përdorimin në praktikë të modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike [6]. Të gjashtë parimet udhëzuese të modelit plotësojnë njëra -tjetrën dhe janë krijuar për tu ndjekur në të gjitha nivelet e modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike.

1) Vendimmarrja e bazuar në dëshmi

Provat apo dëshmitë (në formën e hulumtimit) duhet të jenë baza për të gjithë vendimmarrjen në kujdesin shëndetësor [7]. Për infermierët, kjo përfshin gjetjen e kërkimit më të fundit që është në dispozicion duke e përdorur atë për të informuar pacientët, në mënyrë që vendimet e tyre të bazohen në dëshmi [8-9]. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në menaxhimin e sëmundjeve kronike, pasi evidenca duhet të informoj jo vetëm kujdesin klinik por edhe politikëbërjen dhe vendimmarrjen për shpërndarjen e shërbimit të kujdesit shëndetësor [1].

2) Qasja e shëndetit të popullatës

Përqendrimi në të gjithë popullsinë është mënyra më efikase për të shfrytëzuar burimet në shërbimin shëndetësor. Ai lejon zhvillimin e strategjive afatgjata, proaktive për t'u organizuar më mirë kur burimet janë të kufizuara dhe për të ofruar shërbime me cilësi të mirë për shumë njerëz [1]. E gjithë popullata është në rrezik për të zhvilluar sëmundje kronike. Modelet e sjelljes në lidhje me ushqyerjen dhe aktivitetin fizik shpesh gjenden brenda komuniteteve dhe individëve dhe nëse veprohet vetëm, ndryshimi i këtyre sjelljeve mund të jetë i vështirë [4].

3) Fokusimi në parandalimin

Modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike bazohet në faktin që parandalimi i sëmundjeve kronike është më efektiv sesa trajtimi i tyre dhe përpjekjet për të riorientuar shërbimet shëndetësore për t'u fokusuar në parandalimin e sëmundjeve kronike [9 -10]. Në mënyrë që të jetë më efektiv, parandalimi duhet të fokusohet si në popullatë ashtu edhe në nivelet individuale. Ka dëshmi të mjaftueshme në lidhje me faktorët e rrezikut për të lejuar që ndërhyrja të bëhet para instalimit të sëmundjes kronike dhe para se komplikacionet e lidhura me to të bëhen më të dukshme [4]. Gjithashtu dihet se faktorët e rrezikut shpesh ekzistojnë në kombinim me njëri-tjetrin. Njerëzit të cilët pijnë duhan,

për shembull, kanë më shumë gjasa të jenë dhe konsumator të alkoolit sesa ata që nuk pinë duhan [10-11]. Rritja e incidencës së sjelljeve që zvogëlojnë rrezikun, e cila është fokusi aktual i aktiviteteve parandaluese [11], mund të zvogëlojë në mënyrë dramatike incidencën e sëmundjeve kronike në të ardhmen, por që kërkon angazhim në të gjitha nivelet e modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike [1].

Figura 4-3

Modeli Inovativ i Kujdesit për Sëmundjet Kronike



4) **Fokus i cilësisë;** theksi në cilësinë e kujdesit dhe cilësinë sistematike. Është demonstruar se përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë mund të çojë në ndryshime pozitive në sistemet e shërbimit shëndetësor, sigurinë, shpërndarjen dhe rezultatet për klientët/pacientët [11 12]. Janë identifikuar katër attribute përcaktuese të cilësisë: (1) efektiviteti, (2) siguria, (3) kultura e përsosmërisë dhe (4) rezultatet e dëshiruara. Bazuar në këto attribute, përkufizimi i cilësisë së kujdesit shëndetësor “*është vlerësimi dhe sigurimi i një kujdesi efektiv dhe të sigurt, i reflektuar në një kulturë të përsosmërisë, duke rezultuar në arritjen e shëndetit optimal ose të dëshiruar*” [13]. Cilësia mund të rrisë përgjegjshmërinë për ofruesin e shëndetit dhe është më efektive kur aplikohet në të gjitha nivelet e modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike [1].

5) Integrimi

Nevoja për të ndërtuar një sistem shëndetësor të integruar është një nga arsyet që modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike përfshin nivelet mikro, meso dhe makro. Është



e njohur që të gjitha këto nivele duhet të funksionojnë së bashku për të informuar një sistem të vetëm shëndetësor dhe për t'u integruar në mënyrë që të prodhojnë më të mirën e mundshme për rezultatet e klientëve [4]. Një integrim i mirë i niveleve do të shihte shkrirje të këtyre niveleve për të siguruar kujdes të thjeshtë, efektiv dhe efikas ndaj klientit, duke përfshirë kujdesin shëndetësor parësor, kujdesin spitalor dhe kujdesin kronik [14]. Literatura aktuale tregon se shumica e kërkimeve në këtë fushë janë përqëndruar në nivelin meso dhe nevojën për t'u integruar dhe komunikuar në mënyrë efektive në të gjithë shërbimet shëndetësore. Megjithatë, nevoja për një shërbim të integruar në nivel mikro është gjithashtu e qartë pasi është aty ku aktualisht ndodh kontakti me pacientët. Nga ana tjetër, nëse nevojitet maksimizimi i rezultateve janë thelbësore edhe aspekti gjithëpërfshirës i nivelit makro dhe se si ai ndikon në ofrimin e shërbimeve dhe financimin e shërbimit shëndetësor [4].

6) Fleksibiliteti dhe përshtatshmëria

Që modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike të plotësojë nevojat e ndryshme të popullsisë për të cilat është krijuar, për t'i shërbyer duhet të ketë fleksibilitet dhe përshtatshmëri [1].

Qasje inovative për kujdes: Shembuj praktikë

Dëshmitë për qasjet innovative për kujdes në sëmundjet kronike janë në fazat e hershme të mbledhjes dhe shumica e projekteve të vlerësimit të programeve kanë ardhur nga vendet e zhvilluara. Qasjet inovative dhe strategjitë e reja për menaxhimin e sëmundjeve kronike kanë një larmi efektesh pozitive në një varg variablash të rezultateve. Dëshmitë inovative kanë treguar kujdes në:

- ± Përmirësimin e treguesve të sëmundjeve biologjike
- ± Ulja e vdekjeve
- ± Kursim të parave dhe burimeve të kujdesit shëndetësor
- ± Ndryshime në stilin e jetës dhe aftësitë e vetë-menaxhimit të pacientëve
- ± Përmirësimi i funksionimit, produktivitetit dhe cilësisë së jetës
- ± Përmirësimi i proceseve të kujdesit [15].

- Afrika e Jugut: Rritja e vetë-menaxhimit dhe pajtueshmëria

Nivelet:

- Mbështet vetë-menaxhimin dhe parandalimin (organizata e kujdesit shëndetësor)
- Mobilizon dhe koordinon burimet (komuniteti)
- Ofron shërbime plotësuese (komuniteti)

Në Cape Town, Afrika e Jugut, Shërbimi i Pajtueshmërisë është një shërbim i ri, unik që ndërmerr hapa aktiv për të ndihmuar njerëzit të vetë-menaxhojnë sëmundjet e tyre kronike duke u siguruar atyre në kohë email dhe SMS përkujtues për të marrë ilaçet e tyre siç është përshkruar nga mjeku. Ky projekt është veçanërisht i rëndësishëm pasi respektimi i terapive afatgjata është rreth 50% në vendet e zhvilluara dhe deri në 20% në vendet në zhvillim. Thelbi i Shërbimit të Pajtueshmërisë është një sistem që u dërgon pacientëve kujtesë përmes tekstit në telefonat e tyre celular në orën (t) e duhura të ditës. Gjithashtu, nëpërmjet telefonit u dërgohen mesazhe dhe këshilla për stilin e jetës (p.sh.,



një recetë me pak kripë për njerëzit me hipertension), ose informacione specifike për gjendjen. Çdo mesazh përfundon me këshilla (p.sh., "merrni [emrin e ilaçit] tani ", ose " është koha për të bërë një takim në [emri i klinikës] tani "). Ekziston një monitorim lehtësues që lejon marrësit të raportojnë problemet e transmetimit, ose të kontaktojnë një ndihmë 24 –orëshe në një linjë me staf infermierë profesionistë. Telefonat celularë janë të zakonshëm në këtë pjesë të Afrikës së Jugut, duke lejuar që ky shërbim të arrijë edhe popullsitë e nën -shërbyera. Në komunitetet më të varfra që rrethojnë qytetin, 30% e pacientëve kanë celularë; kjo shifër rritet në mbi 70 përqind në pjesët e tjera të rajonit të Cape Town. Kostot e vazhdueshme për drejtimin e shërbimit janë të vogla: afërsisht 1 dollarë amerikanë, për pacient, në muaj. Sistemi duket se po funksionon. Punonjësit e kujdesit shëndetësor, pacientët dhe administratorët e kujdesit shëndetësor janë të kënaqur me shërbimin [16].

- Kanada: Menaxhimi i Sëmundjeve kronike. Kjo ndërhyrje inkurajon një bashkëpunim, dhe një qasje të integruar të komunitetit ndaj menaxhimit të sëmundjeve kronike. Kjo qasje thekson kujdesin dhe koordinimin me në qendër pacientin përgjatë vazhdimësisë së kujdesit, nga promovimi i shëndetit, parandalimi i zbulimit të hershëm dhe kujdesi parësor, sekondar dhe terciar. Që nga fillimi dhe një vit pas aplikimit të ndërhyrjes pati një rritje prej 17% të numrit të pacientëve me diabet që kontrollojnë hemoglobinin e glukozuar, (thelbësore për monitorimin e diabetit), një rritje prej 13% në numër e pacientëve me dislipidemi dhe test trigliceridesh, një rënie prej 19% të shtrimit në spital midis pacientëve me SPOK, dhe një 41% dhe 34% përkatësisht ulje të shtrimeve në spital dhe vizitave urgjente [17].

Modele dhe përvoja të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

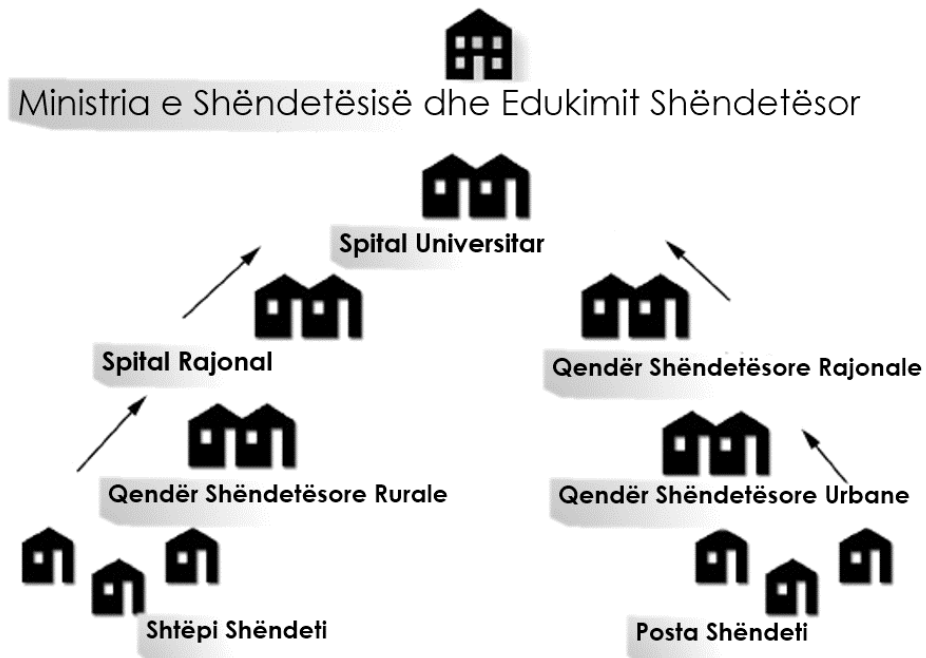
Rastet nga vende të ndryshme demonstrojnë zbatim të suksesshëm të një ose më shumë komponentëve të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike. Performanca e sistemeve të kujdesit shëndetësor mund të përmirësohet nëse bëhen lidhje për burimet e komunitetit, të rëndësishme për kujdesin efektiv të sëmundjeve kronike. Këto lidhje mund të bëhen përmes drejtuesve të burimeve, kanaleve të referimit dhe programeve të përbashkëta. Burimet e komunitetit që mbështesin kujdesin për sëmundjet kronike, përfshirë programet qeveritare dhe programet e organizatave vullnetare me bazë në komunitet, janë të nevojshme për të shtuar shërbimet e kujdesit shëndetësor, por organizatat e kujdesit shëndetësor kanë shpesh organizim të dobët për të përdorur programet ekzistuese të komunitetit ose për të stimuluar zhvillimin e tyre.

- Republika Islamike e Iranit ka qenë e suksesshme në zbatimin e kujdesit inovativ, të bazuar në komunitet në të gjithë vendin. Politika shëndetësore e Republikës Islamike të Iranit është bazuar në kujdesin e shëndetit parësor që nga viti 1979 me theks të veçantë në zgjerimin e rrjeteve shëndetësore dhe programet në zonat rurale. Si në qytetet dhe fshatrat, pika e parë e kontaktit mes publikut dhe sistemit shëndetësor është qendra shëndetësore. Sidoqoftë, në fshatra, qendra shëndetësore i kryen funksionet e saj me ndihmën e një numri të madh të Shtëpive të Shëndetit, të cilat në mënyrë efektive bëhen pika e parë e kontaktit. Çdo Shtëpi Shëndeti i shërben një popullsie prej rreth 1500 banorësh. Qendrat shëndetësore rurale përbëhen nga ato të përgjithshme, praktikuesit, mamitë dhe dentistët dhe përgjegjësia e tyre është të mbikëqyrin, mbështesin dhe të pranojnë referime nga Shtëpitë e Shëndetit. Qendrat shëndetësore urbane kryesisht



kryejnë funksionet e tyre me ndihmën e Postave Shëndetësore. Çdo Postë Shëndetësore i shërben një popullate prej 12,000 banorësh. Aktualisht, ka më shumë se 13,000 Shtëpi Shëndetësore, 2,100 Shëndetësi Rurale dhe Qendrat e Trajtit dhe 1,850 Qendra Shëndetësore Urbane aktive në të gjithë vendin, Figura 5-1. Spitalet e rretheve në qytete ofrojnë shërbime për rastet e referuara nga ato rurale, si dhe qendrat shëndetësore urbane. Spitalet e rretheve janë përgjegjëse për shërbime, të specializuara, kurative ambulatorie dhe të shtruarit në spital. Standardet dhe udhëzimet e qarta mbi diabetin dhe hipertensionin janë integruar kohët e fundit në shumë fusha. Një nga aktivitetet kryesore si në Shtëpitë e Shëndetit ashtu edhe në Postat e Shëndetit janë gjetja dhe ndjekja e rastit veçanërisht në atë që lidhet me tuberkulozin, malarjen dhe çrregullimet mendore, përfshirë hipertensionin dhe diabetin në disa zona. Disa nga faktorët e rëndësishëm për suksesin e shërbimit shëndetësor parësor në Republikën Islamike të Iranit përfshijnë: krijimin e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Edukimit Shëndetësor, e cila kombinon përgjegjësinë për ofrimin e shërbimeve shëndetësore dhe trajnimin mjekësor; dhe përfshirjen aktive të komunitetit në planifikimin dhe zbatimin e shërbimeve shëndetësore, kryesisht përmes këshillave shëndetësore në zonat rurale. Në 15 vitet e fundit, jetëgjatësia është rritur me 13 vjet për meshkujt dhe 15 vite për femrat. Në mënyrë të ngjashme, nivelet e vdekshmërisë amtare dhe foshnjore janë ulur në më pak se normat e prevalencës pesëmbëdhjetë vjet më parë. Mbulimi i kujdesit shëndetësor parësor është rritur në më shumë se 90% në 1997 pasi ishte i papërfillshëm në fillim të viteve 80 [18].

Figura 5-1



-Hungaria: Shëndet më i mirë për grate. Në Hungari, është përdorur gjithashtu një qasje e bazuar në komunitet. Në këtë rast, strategjia është e fokusuar në përmirësimin e sjelljes së shëndetshme te gratë e reja. Për të arritur këtë pjesë të popullsisë u përdorën mediat.



Programi është një program i kujdesit shëndetësor, i ndërtuar mbi konceptin që duke ndryshuar sjelljen shëndetësore të grave të reja sot, mbizotërimi i gjendjeve kronike në të ardhmen mund të zvogëlohet. Popullsia e synuar janë gratë e reja që janë në shkollë ose në punë. Programet e promovimit të shëndetit dhe parandalimit të sëmundjeve janë të shumë niveleve dhe fillojnë në shkolla, familje dhe komunitet. Edukimi studentëve të kujdesit shëndetësor, mësuesve, infermierëve, mjekëve të familjes dhe mjekëve të tjerë të përgjithshëm mundësojnë që programi të shpërndajë njohuri për shëndetin e grave në një gamë të gjerë në komunitet. Projekti i përgjithshëm përbëhet nga:

- Programet e bazuara në shkollë
- Programet e komunitetit
- Programet e kujdesit shëndetësor publik
- Programet profesionale
- Programet mediatike
- Programe Interneti

Këto programe ofrojnë informacion përkatës shëndetësor, ofrojnë trajnime për aftësitë për të filluar dhe mbajtur sjellje të shëndetshme dhe inkurajojnë përdorimin e strategjive të vetë-menaxhimit. Rezultatet që do të vlerësohen përfshijnë normat e rritjes së shëndetit (p.sh. aktiviteti fizik) dhe sjelljet komprometuese të shëndetit (p.sh. pirja e duhanit) dhe sjellja e ofruesit të kujdesit shëndetësor (p.sh. numri i rasteve të depresionit të njohura dhe të trajtuara me sukses) [18].

-Mbretëria e Bashkuar: Kujdes më i mirë për kancerin. Trajtimet e reja po i shndërrojnë shumë forma të kancerit në gjendje kronike. Që nga viti 1999, Shërbimi Shëndetësor Kombëtar i Mbretërive të Bashkuara ka bërë përmirësime të jashtëzakonshme në vazhdimësinë e kujdesit për pacientët me kancer. Programi Bashkëpunimi i Shërbimeve të Kancerit filloi në 1999. Që atëherë, është vlerësuar se projekti ka kursyer 400 vjet kohë pritjeje për pacientët me kancer të gjirit, mushkërive, të zorrëve, prostatës dhe vezoreve. Ekipi identifikoi më shumë se 200 mënyra për përmirësimin e shërbimeve, dhe shumë nga përmirësimet janë bërë duke përdorur burimet egzistuese. Edhe pse ky projekt ishte i kufizuar në shërbimet e kancerit, shumë praktika të tij po zbatohen në një sërë gjendjesh kronike [18].

-Hollanda: Kujdesi i përbashkët për diabetin. Angazhimet e kujdesit të përbashkët, të zhvilluara për të përmbushur nevojat e pacientëve me sëmundje kronike, janë mjaft të zakonshme në Hollandë. Ato kombinojnë përpjekjet e agjencive të kujdesit dhe profesionistëve në mënyrë që të integrojnë të gjitha aspektet dhe kërkesat e kujdesit të njerëzve me sëmundje kronike. Për pacientët e moshuar me diabet, janë zbatuar projekte në të cilat infermierë të specializuar koordinojnë kujdesin dhe ofrojnë edukimin e pacientit në lidhje me sëmundjen. Të gjitha shërbimet ofrohen brenda qendrës së kujdesit parësor [18].

Përhapja/ Diseminimi i modelit të Kujdesit Inovativ për sëmundjet Kronike

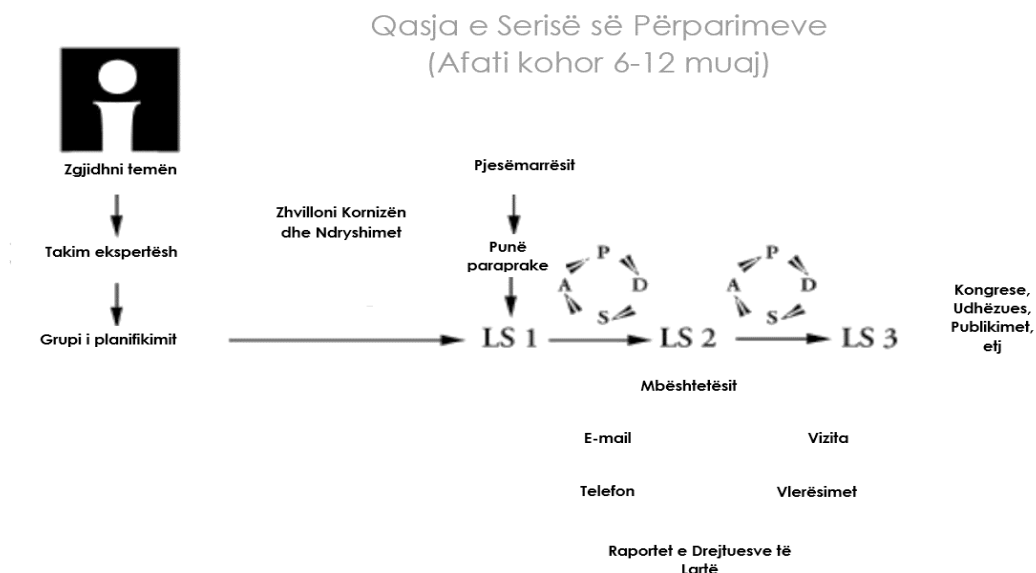
Qasja e Serisë së Përparimeve, (Figura 5-2) është përdorur për të rritur zbatimin e suksesshëm të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike. Studimet kanë treguar se, duke përdorur qasjen e Serisë së Përparimeve, përmirësimi mund të arrihet edhe kur burimet në dispozicion janë të kufizuara. Qasja është aplikuar për diabetin, insuficiencën



kongjестive të zemrës, depresion dhe astmën, duke treguar përmirësime bindëse në funksionim dhe rezultatet klinike. Çelësat e suksesit duket se janë:

- Qartësi në objektivat e përmirësimit; zakonisht në sferat e përmirësimit klinik, arritjet e performancës, kënaqësinë e personelit shëndetësor, organizim dhe qëndrueshmëri
- Përdorimi i Modelit të Kujdesit Kronik për të planifikuar ndryshimet
- Një proces mësimi i përfshirë në procesin e ndryshimit
- Një program i planifikuar për të zbatuar ndryshimet
- Disa udhëzime dhe ekspertizë të jashtme: udhëzime që bazohen në dëshmi
- Udhëheqje e qartë
- Disa eksperimente lokale për të testuar ndryshimet para zbatimit të plotë
- Motivimi i ofruesve të kujdesit shëndetësor

Figura 5-2



Për vendet në zhvillim kjo është e rëndësishme pasi strategjitë për përhapjen efektive të qasjeve inovative të kujdesit mund të varen nga burimet e kujdesit shëndetësor të disponueshëm në mjedise të ndryshme. Pavarësisht nga niveli i burimeve, ekziston një nevojë e përbashkët për të zbatuar ndryshimet në sistemin shëndetësor në mënyrë që të përballojnë nevojat dhe kërkesat e paraqitura nga sëmundjet kronike. Është vënë re se qasjet gjithëpërfshirëse të kujdesit mund të jenë më të rëndësishme për vendet në zhvillim, për shkak të kufizimeve të theksuara të burimeve që këto vende kanë. Angazhimi i qeverisë, në këto vende është shumë i rëndësishëm për shkak të nivelit të ulët të burimeve që këto vende kanë. Rëndësia relative e përfshirjes kombëtare kundrejt rrethit ose qeverisjes vendore do të varet nga sistemi shëndetësor i vendit. Edhe përfshirja e komunitetit gjithashtu është parë të jetë me rëndësi vendimtare. Disa nga barrierat për rritjen e përfshirjes së komunitetit në trajtimin e sëmundjeve kronike në nivel lokal janë:

- Gjendja financiare e familjeve dhe komuniteteve.



- Qëndrimet kulturore ndaj sëmundjeve kronike (ndonjëherë ato nuk shihen nga komuniteti po aq të rëndësishme sa sëmundjet akute).
- Angazhimi politik për të mobilizuar komunitetin.
- Vazhdimësia e politikave të mobilizimit të komunitetit.
- Mungesa e novatorëve dhe fuqizuesve brenda komuniteteve dhe sistemeve shëndetësore për të nisur dhe mbajtur këto përvoja.
- Mungesa e stimuljeve financiarë dhe jo-financiarë brenda sistemit shëndetësor për të bashkëpunuar me komunitetin.

Edhe vetë-menaxhimi është po aq i rëndësishëm për të gjitha nivelet e burimeve. Përshtatja e mjeteve mbështetëse të vetë-menaxhimit dhe masat e standardeve kulturore dhe të jetesës të familjeve janë vendimtare. Vetë-menaxhimi mund të mbështetet edhe me përdorimin e teknologjisë së komunikimit si telefoni, interneti dhe iniciativa të tjera të telemjekësisë. Në lidhje me ridizenjimin e sistemeve shëndetësore, mbështetja në mobilizimin dhe burimet e komunitetit bëhet më kritike pasi niveli i burimeve të sistemit shëndetësor zvogëlohet. Nga ana tjetër, sistemet e informacionit janë të rëndësishme për të gjitha sistemet shëndetësore. Në mjediset ku kompjuterët janë të paktë, sistemet e informacionit mund të bazohen në letër. Në të gjitha rastet, sistemet e informacionit duhet të dizajnohen që në të gjitha mjediset e kujdesit shëndetësor të shërbejnë në mënyrë të barabartë:

Pacientët: për të mbështetur strategjitë e vetë-menaxhimit që ndihmojnë pacientët të bëjnë zgjedhjet, vendosjen e planeve të kujdesit dhe objektivat e trajtimit në marrëveshje me kujdestarët, vlerësojnë përparimin dhe mbështesin ndjekjen dhe respektimin e trajtimit dhe planet e kujdesit.

Ofruesit: për të ndihmuar ofruesit në praktikën e tyre të përditshme për të identifikuar pacientët dhe të gjurmojnë rreziqet e tyre, përmirësojnë respektimin e planeve dhe protokolleve të kujdesit, referimin e pacientëve në mënyrë proaktive, vlerësojnë përparimin, mbështesin auditimin e praktikave të tyre dhe lejojnë qasje në dëshmi kur është e nevojshme.

Qeveritë dhe planifikuesit: për t'i ndihmuar ata të kuptojnë dhe monitorojnë tendencat e reja në komunitet, bëjnë projeksione dhe informojnë politikat [18].

Rëndësia e burimeve njerëzore dhe infrastrukturës në implementimin e kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Në mbarë botën egziston një mungesë e stafit shëndetësor të kualifikuar që mund të plotësojnë nevojat e ndryshme shëndetësore të popullatës së përgjithshme. Përveç kësaj, shumica e fuqisë punëtore shëndetësore aktuale është e trajnuar për tu marrë me sëmundjet akute dhe jo me problemet kronike, të cilat, kërkojnë një grup të ndryshëm të kompetencave dhe aftësive. Për më tepër, modeli tradicional i kujdesit është me në qendër mjekun në krahësim me qasjen multidisiplinare të ekipit të kujdesit që sugjeron modeli i kujdesit kronik. Personeli i kujdesit shëndetësor si elemente thelbësore duhet të ketë njohuritë dhe aftësitë e përcaktuara bazuar nga sistemi i kujdesit shëndetësor parësor [19]. Parandalimi dhe menaxhimi i integruar i sëmundjeve kronike ndihmon në reduktimin e riskut të përgjithshëm dhe ofrimin e kujdesit të duhur shëndetësor nëpërmjet strategjive të reja, teknologjisë, cilësisë së mirë dhe barazisë në kujdes për shumicën e sëmundjeve kronike [20]. Analiza e shpejtë e shërbimit shëndetësor parësor në Shqipëri evidentoi mungesa të theksuara si në burimet njerëzore dhe në infrastrukturë.



Implementimi i qasjeve të reja në kujdes duke u fokusuar në shëndetin e popullatës në përgjithësi, rritja e performancës së personelit të kujdesit shëndetësor parësor, krijimi i lehtësuesve nga ana e sistemeve shëndetësore ishin disa nga rekomandimet e bëra [21]. Kompetencat kryesore dhe rekomandimet përfshijnë, ndër të tjera, aftësinë për të promovuar vetë-menaxhimin; sigurimin e kujdesit parandalues dhe kujdesit të koordinuar kurativ, të bazuara në dëshmi; përfshirjen e familjes dhe komunitetit në procesin e kujdesit; përcaktimin dhe vendosjen e objektivave të pacientit, sigurimin e kujdesit si pjesë të ekipit multidisciplinar; menaxhimin e informacionit klinik dhe pjesëmarrjen në edukimin në vazhdim [16]. Nevoja për një grup të ri të kompetencave të personelit të kujdesit shëndetësor theksohet shumë në modelin e kujdesit kronik. Dhe për ta realizuar këtë nevojitet bashkëpunim midis universiteteve, institucioneve të tjera trajnuese dhe shëndetësore si dhe organizatave të shërbimit shëndetësor [19]. OBSH ka identifikuar pesë kompetenca që duhet të ketë personeli shëndetësor për kujdes kronik efektiv dhe cilësor [22-23]. Këto kompetenca u zgjodhën pjesërisht për zbatueshmërinë e tyre për të gjithë punonjësit e shëndetit, pavarësisht disiplinës. Këto kompetenca nuk kanë për qëllim të zëvendësojnë kompetencat ekzistuese, siç është praktika në kujdes e bazuar në evidenca dhe etikë, por nënvizojnë nevojën për fusha të reja të ekspertizës nga ana e personeli shëndetësor. Këto kompetenca përfshijnë: Tabela 5-1, [23]

Tabela 5-1

Kompetencat kryesore për kujdesin ndaj sëmundjeve kronike, siç identifikohen nga OBSH (2005)

1. Kujdesi me në qendër pacientin
• Intervistimi dhe komunikimi në mënyrë efektive • Mbështetja e ndryshimeve në sjelljet e lidhura me shëndetin • Mbështetja e vetë-menaxhimit • Përdorimi i një qasjeje proaktive
2. Partneriteti
• Partneriteti me pacientët • Partneriteti me ofruesit e tjerë të kujdesit • Partneriteti me komunitetet
3. Përmirësimi i cilësisë
• Matja e ofrimit dhe rezultateve të kujdesit • Të mësuarit dhe përshtatja ndaj ndryshimit • Përkthimi i evidencave në praktikë
4. Teknologjia e informacionit dhe komunikimit
• Hartimi dhe përdorimi i regjistrave të pacientëve • Përdorimi i teknologjive kompjuterike • Komunikimi me partnerët
5. Perspektiva e shëndetit publik
• Ofrimi i kujdesit të bazuar në popullatë • Mendimi i sistemeve • Puna në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit • Puna në sistemet e kujdesit shëndetësor parësor



Referenca

1. The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (from *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002, pp 65).
2. Holman H. & Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2000; 320:526–527.
3. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(4):299-305.
4. Nuño R, Coleman K, Bengoa R, Sauto R. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCC Framework. *Health Policy*. 2012 Apr;105(1):55-64.
5. Lall D, Engel N, Devadasan N, et al. Models of care for chronic conditions in low/middle-income countries: a ‘best fit’ framework synthesis. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001077.
6. Anderson, J., Malone, L., Shanahan, K. and Manning, J. Nursing Bedside Clinical Handover—An Integrated Review of Issues and Tools. *Journal of Clinical Nursing*, 2015, 24, 662-671.
7. Titler MG. The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. 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 7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/>
8. Jennings BM, Loan LA. Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(2):121–7.
9. Titler MG. *Developing an evidence-based practice*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006.
10. Brady TJ, Murphy L, O'Colmain BJ, Beauchesne D, Daniels B, Greenberg M, House M, Chervin D. A meta-analysis of health status, health behaviors, and health care utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120112.
11. WHO. *Global Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases 2013–2020*. 1st ed. Geneva; 2013:6–18 p.
12. Hill, J.E., Stephani, AM., Sapple, P. et al. The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: a systematic review. *Implementation Sci* **15**, 23 (2020).
13. Allen-Duck A, Robinson JC, Steert MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2017;52(4):377-386.
14. Crocker, H., Kelly, L., Harlock, J. et al. Measuring the benefits of the integration of health and social care: qualitative interviews with professional stakeholders and patient representatives. *BMC Health Serv Res* **20**, 515 (2020).



15. Productivity Commission 2021, Innovations in Care for Chronic Health Conditions, Productivity Reform Case Study, Canberra.
16. Pan American Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions : Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington, DC : PAHO, 2013.
17. Delon S, Mackinnon B; Alberta Health CDM Advisory Committee. Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Healthc Q.* 2009;13:98-104.
18. WHO: Innovative Care for Chronic Conditions.Meeting Report 30-31 May 2001.
19. Pan American Health Organization. Primary Health Care–Based Health Systems: Strategies for the Development of Primary Health Care Teams. Washington: PAHO; 2009. (Renewing Primary Health Care in the Americas No. 1). Available at <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies-Development-PHC-Teams.pdf>.
20. WHO. Chronic diseases and health promotion; 2020. <https://www.who.int/chp/about/en/>
21. World Health Organization. Primary health care in Albania: rapid assessment. WHO European Centre for Primary Health Care Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health, 2018. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/373718/alb-phc-ra-eng.pdf
22. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Geneva: WHO; 2005. Available at www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report/en/.
23. Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ.* 2005;330(7492):637-9.



6

Qasja shëndetësore në popullatë me fokus prevenimin e sëmundjeve

Objektivat e mësimi

- Njohja me qasjen shëndetësore në popullatë dhe dallimi me shëndetin publik
- Njohja me promovimin e shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve
- Të kuptojmë ndërhyrjet e qasjes shëndetësore në popullatë
- Të njohim elementet kryesore të qasjes shëndetësore në popullatë

Qasja shëndetësore në popullatë dhe dallimi me shëndetin publik

Qasja shëndetësore në popullatë është "një qasje që fokusohet në kushtet dhe faktorët e ndërlidhur që ndikojnë në shëndetin e popullsisë gjatë rrjedhës së jetës, identifikon ndryshimet sistematike në modelet e tyre të shfaqjes dhe zbaton njohuritë që rezultojnë për të zhvilluar dhe zbatuar politika dhe veprime për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e atyre popullatave [1]. Sot, qasja shëndetësore në popullatë është një term i gjerë që njeh se shëndeti i një popullate nxitet nga një mori faktorësh brenda dhe jashtë fushëveprimit të sistemit shëndetësor [2]. Kalimi i hendekut midis shëndetit të popullatës dhe ofrimit të kujdesit shëndetësor po bëhet më i rëndësishëm për efikasitetin, cilësinë e përmirësuar dhe uljen e kostos. Qasja shëndetësore në popullatë me fokus prevenimin e sëmundjeve mund të përdoret për të përmirësuar rezultatet dhe për të zvogëluar kostot duke:

- Segmentuar Popullatat e Pacientëve;
- Identifikimin e Faktorëve të Rrezikut;
- Shfrytëzimin e modeleve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor parësor në shtëpi;
- Përdorimi i depistimit dhe parandalimit të bazuar në dëshmi në popullsitë e caktuara;
- Përqendrimi në Shëndetin e Përgjithshëm; dhe
- Kalimi nga Kujdesi i Bazuar në Vëllim në Kujdesin me Vlerë

Një qasje e shëndetit të popullatës është një strategji e dobishme për të ndihmuar organizatat shëndetësore në përmirësimin e rezultateve të pacientëve për grupe të veçanta (p.sh., ato me gjendje kronike siç janë sëmundjet pulmonare obstruktive kronike dhe/ose nëngrupet e popullsisë siç janë gratë në moshë të lindjes). Këto qasje gjithashtu kanë potencialin për të kursyer burimet duke zvogëluar përdorimin e kujdesit



shëndetësor (p.sh, shtrimi në spital dhe vizitat e reparteve të urgjencës përmes përpjekjeve parandaluese) [3].

Qasja shëndetësore në popullatë dhe shëndeti publik edhe pse janë terma që shpesh përdoren në mënyrë të ndërsjelltë dhe që merren me mirëqenien e të gjithë komuniteteve ose grupeve të njerëzve sesa në një nivel klinik individual janë dy qasje që ndryshojnë në metodat dhe lentet e përdorura për të adresuar ose promovuar shëndetin.

Shëndeti i Popullsisë apo qasja shëndetësore në popullatë përqendrohet në shëndetin e të gjithë popullsisë ose të një nënpopullsie të zgjedhur. Ai ka një theks në strukturat shoqërore, qëndrimet dhe sjelljet të cilat ndikojnë në shëndetin. Qëllimi i shëndetit të popullatës është të përmirësojë shëndetin dhe të zvogëlojë pabarazitë shëndetësore midis popullatave. Dallimet në gjendjen shëndetësore midis grupeve shqyrtohen duke përdorur përcaktuesit/determinantët shoqërorë të shëndetit për të parë shkaqet e mundshme [1].

Termi "shëndeti i popullsisë" është përdorur shumë më shpesh në Kanada sesa në Shtetet e Bashkuara dhe kontributin më me ndikim në zhvillimin e qasjes shëndetësore në popullatë e kanë dhënë Evans, Barer dhe Marmor's me *"Pse disa njerëz janë të shëndetshëm dhe të tjerët Jo? Përcaktuesit e shëndetit të popullsisë"* [4]. "Shëndeti i popullatës i referohet shëndetit të një popullate të matur nga treguesit e gjendjes shëndetësore dhe të ndikuar nga mjediset sociale, ekonomike dhe fizike, praktikat e shëndetit personal, aftësitë individuale dhe aftësitë përballuese, biologjinë njerëzore, zhvillimin e fëmijërisë së hershme dhe shërbimet shëndetësore. Si qasje, *"shëndeti i popullatës fokusohet në kushtet dhe faktorët e ndërlidhur që ndikojnë në shëndetin e popullsisë gjatë rrjedhës së jetës, identifikon ndryshimet sistematike në modelet e shfaqjes së tyre dhe zbaton njohuritë që rezultojnë për të zhvilluar dhe zbatuar politika dhe veprime për të përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien duke qenë të atyre popullatave"*[5]. Ndërkohë një përkufizim i ngjashëm i sugjeruar është: shëndeti i popullsisë është *"rezultati i përgjithshëm i shëndetit të jetëgjatësisë së rregulluar nga shëndeti (sasia dhe cilësia) e një grupi individësh, në një kuadër ekonomik që balancon kthimet marginale relative nga përcaktuesit e shumtë të shëndetit"* [6]. Ky përkufizim propozon një njësi specifike të masës së shëndetit të popullatës dhe gjithashtu përfshin marrjen parasysh të kosto-efektivitetit relativ të alokimit të burimeve për përcaktues të shumtë. Disa vëzhgues e shohin shëndetin e popullsisë si një term të ri që nxjerr në pah rolin me ndikim të forcave sociale dhe ekonomike në kombinim me faktorët biologjikë dhe mjedisorë, që formojnë shëndetin e të gjithë popullatave. Të tjerë e interpretojnë shëndetin e popullsisë kryesisht si një qëllim - për të arritur përmirësime të matshme në shëndetin e një popullsie të përcaktuar, duke propozuar një përkufizim të gjerë: shëndeti i popullatës është *"rezultati i përgjithshëm i shëndetit të jetëgjatësisë së përshtatur nga shëndeti (sasia dhe cilësia) e një grupi individësh, në një kuadër ekonomik që balancon kthimet marginale relative nga përcaktuesit e shumtë të shëndetit"* [7]. Ky përkufizim propozon një njësi të veçantë të matjes së shëndetit të popullsisë dhe gjithashtu përfshin marrjen në konsideratë të kosto-efektivitetit relativ të alokimit të burimeve për përcaktues të shumtë. Disa autorë propozojnë që shëndeti i popullatës si koncept i shëndetit të përkufizohet si *"rezultatet shëndetësore të një grupi individësh, duke përfshirë shpërndarjen e rezultateve të tilla brenda grupit"*. Këto popullata janë shpesh rajone gjeografike, siç janë kombet ose komunitetet, por ato mund të jenë edhe grupe të tjera, të tilla si punonjësit, grupet etnike, personat me aftësi të kufizuara ose të burgosurit. Popullata të tilla janë të rëndësishme për politikëbërësit. Për më tepër, shumë përcaktues të shëndetit, të tilla si sistemet e kujdesit mjekësor, mjedisi shoqëror dhe mjedisi fizik,



kanë pjesërisht ndikim tek individët në nivelin e popullsisë [1]. Përkufizimi i mësipërm mbështet idenë se një shenjë dalluese e fushës së shëndetit të popullatës është vëmendja e rëndësishme ndaj përcaktuesve të shumtë të rezultateve të tilla shëndetësore, sado të matura. Këta përcaktues përfshijnë kujdesin mjekësor, ndërhyrjet në shëndetin publik, aspektet e mjedisit social (të ardhurat, arsimit, punësimit, mbështetja sociale, kultura) dhe të mjedisit fizik (dizajni urban, ajri dhe uji i pastër), gjenetika dhe sjellja individuale. Shëndeti publik mund të përkufizohet si ajo që *"ne si shoqëri bëjmë kolektivisht për të siguruar kushtet në të cilat njerëzit mund të jenë të shëndetshëm"* [8]. Shembuj të ndërhyrjeve përfshijnë ndërhyrjet dhe programet e politikave (p.sh, fushatat e ndërprerjes së duhanit dhe imunizimit). Shëndeti publik ka të bëjë me shëndetin e një komuniteti në tërësi. Ai parandalon sëmundjet dhe mbron shëndetin e komuniteteve përmes përpjekjeve të organizuara për t'i mbajtur njerëzit të shëndetshëm dhe për të parandaluar dëmtimet, sëmundjet dhe vdekjen e parakohshme. Përpjekjet janë ndërmarrë përmes një kombinimi të programeve, shërbimeve dhe politikave që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin e të gjithë komuniteteve. Madhësia e ndërhyrjeve mund të ndryshojë në bazë të madhësisë së grupit që synohet. Ndërhyrjet e shëndetit publik fokusohen në parandalimin e drejtpërdrejtë të sëmundjeve. Shembuj të ndërhyrjeve përfshijnë ndërhyrjet dhe programet e politikave (p.sh, fushatat e ndërprerjes së duhanit dhe imunizimit). Shëndeti publik ka të bëjë me shëndetin e një komuniteti në tërësi. Ai parandalon sëmundjet dhe mbron shëndetin e komuniteteve përmes përpjekjeve të organizuara për t'i mbajtur njerëzit të shëndetshëm dhe për të parandaluar dëmtimet, sëmundjet dhe vdekjen e parakohshme. Përpjekjet janë ndërmarrë përmes një kombinimi të programeve, shërbimeve dhe politikave që mbrojnë dhe promovojnë shëndetin e të gjithë komuniteteve. Madhësia e ndërhyrjeve mund të ndryshojë në bazë të madhësisë së grupit që synohet. Ndërhyrjet e shëndetit publik fokusohen në parandalimin e drejtpërdrejtë të sëmundjeve [9].

Promovimi i shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve përmes ndërhyrjeve të bazuara në popullatë, përfshirë ndërhyrjet për të adresuar përcaktuesit shoqërorë dhe pabarazinë shëndetësore

Përkufizimi operacional i qasjes shëndetësore në popullatë me fokus preventimin e sëmundjeve përfshinë parandalimin e sëmundjeve dhe promocionin shëndetësor.

Parandalimi i sëmundjeve

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

Parandalimi parësor i referohet veprimeve që synojnë shmangien e shfaqjes së një sëmundjeje (kjo mund të përfshijë veprime për të përmirësuar shëndetin përmes ndryshimit të ndikimit të përcaktuesve shoqërorë dhe ekonomikë në shëndet; sigurimi i informacionit mbi rreziqet e sjelljes dhe shëndetit mjekësor, së bashku me konsultimet dhe masat për të zvogëluar ato në nivelin personal dhe të komunitetit; plotësimi ushqimor; edukimi i higjienës orale dhe dentare; dhe shërbimet parandaluese klinike të tilla si imunizimi dhe vaksinimi i fëmijëve, të rriturve dhe të moshuarve, si vaksinimi ose profilaksia pas ekspozimit për njerëzit e ekspozuar ndaj sëmundje ngjitëse). Parandalimi sekondar merret me zbulimin e hershëm, atëherë kur kjo përmirëson shanset



për rezultate pozitive në shëndet (kjo përfshin aktivitete të tilla si programet e shqyrtimit të bazuara në prova për zbulimin e hershëm të sëmundjeve ose parandalimin e keqformimeve të lindura; dhe terapitë parandaluese të ilaçeve me efektivitet të provuar kur administrohen në fazat e hershme të sëmundjes). Duhet të theksohet se ndërkohë që aktivitetet parësore të parandalimit mund të zbatohen në mënyrë të pavarur nga ngritja e kapaciteteve në shërbimet e tjera të kujdesit shëndetësor, ky nuk është rasti për parandalimin dytësor. Depistimi dhe zbulimi i hershëm është me vlerë të kufizuar (dhe madje mund të jetë i dëmshëm për pacientin) nëse anomalitë nuk mund të korrigjohen ose trajtohen menjëherë përmes shërbimeve nga pjesë të tjera të sistemit të kujdesit shëndetësor. Për më tepër, një sistem i mirë i kujdesit shëndetësor parësor me një popullatë të regjistruar jo vetëm lehtëson organizimin optimal dhe ofrimin e programeve të depistimit të arritshëm nga popullata por duhet të promovohet fuqishëm nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.

Promovimi i shëndetit

Promovimi i shëndetit është procesi i imponimit të njerëzve për të rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe përcaktuesit e tij përmes përpjekjeve të kulturës shëndetësore dhe veprimeve shumë sektoriale për të rritur sjelljet e shëndetshme. Ky proces përfshin aktivitete për komunitetin në përgjithësi ose për popullatat e rrezikuara për rezultate negative të shëndetit. Promovimi i shëndetit zakonisht adreson faktorët e rrezikut të sjelljes si përdorimi i duhanit, obeziteti, dieta dhe pasiviteti fizik, siç janë fushat e shëndetit mendor, parandalimi i dëmtimeve, kontrolli i abuzimit me drogën, kontrolli i alkoolit, sjellja shëndetësore e lidhur me HIV dhe shëndeti seksual.

Parandalimi i sëmundjeve dhe promovimi i shëndetit ndajnë shumë qëllime, dhe ka mbivendosje të konsiderueshme midis funksioneve. Në nivelin konceptual, është e dobishme të karakterizohen shërbimet e parandalimit të sëmundjeve si ato të përqendruara kryesisht në sektorin e kujdesit shëndetësor, dhe shërbimet e promovimit të shëndetit si ato që varen nga veprimet ndërsektoriale dhe/ose kanë të bëjnë me përcaktuesit shoqërorë të shëndetit (determinantët social të shëndetit). Tabela 6-1, e mëposhtme pasqyron aktivitetet e parandalimit parësor dhe dytësor për parandalimin e sëmundjeve dhe promocionin shëndetësor [10].

Tabela 6-1

Parandalimi i sëmundjeve	Promovimi i shëndetit
• <i>Shërbimet dhe aktivitetet parandaluese parësore përfshijnë:</i> -Vaksinimi dhe profilaksia pas ekspozimit të fëmijëve, të rriturve dhe të moshuarve; -Sigurimi i informacionit mbi rreziqet e sjelljes dhe shëndetit mjekësor, dhe masat për të zvogëluar rreziqet në nivel individual dhe të popullsisë;	• <i>Politikat dhe ndërhyrjet për të adresuar duhanin, alkoolin, aktivitetin fizik dhe dietën;</i> • <i>Ndërhyrja dietike dhe ushqyese gjithashtu duhet të trajtojë në mënyrë të duhur kequshqyerjen, e përcaktuar si një gjendje që vjen nga ngrënia e një diete në të cilat disa ushqyes mungojnë, në mënyrë të tepërt (shumë të lartë në konsum), ose në sasi të bollshme;</i>

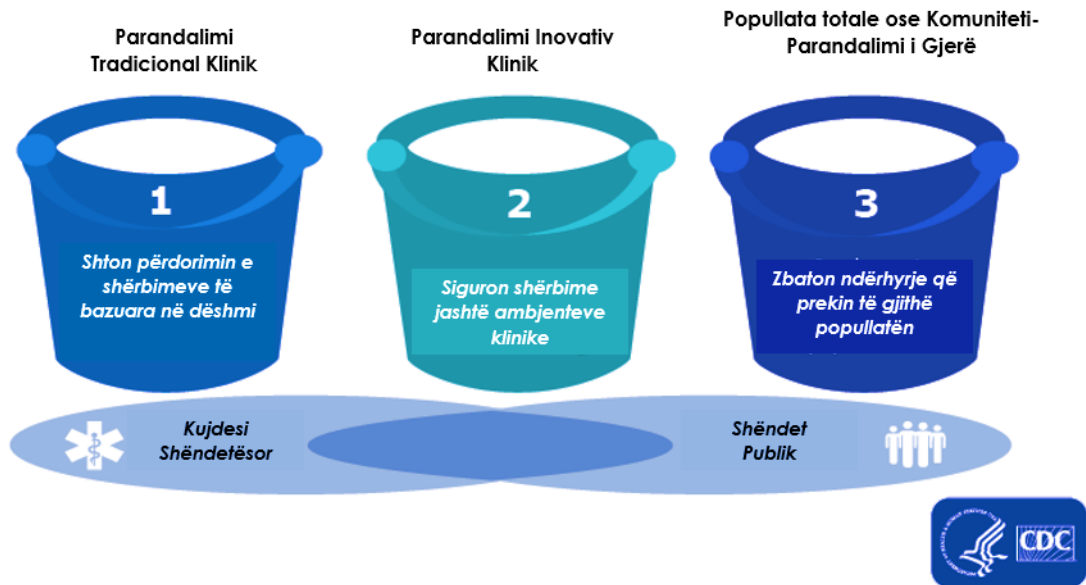


-Përfshirja e programeve të parandalimit të sëmundjeve në nivelet e kujdesit shëndetësor parësor dhe të specializuar, siç është aksesit në shërbimet parandaluese (p.sh. këshillimi); dhe -Shtesat ushqimore; dhe -Edukimi i higjienës dentare dhe shërbimet e shëndetit oral. • <i>Parandalimi dytësor përfshin aktivitete të tilla si:</i> -Programet e depistuar të bazuara në popullatë për zbulimin e hershëm të sëmundjeve; -Sigurimi i programeve të shëndetit të nënës dhe fëmijës, duke përfshirë depistimin dhe parandalimin e keqformimeve të lindura; dhe -Sigurimi i agentëve kimioprofilaktikë për të kontrolluar faktorët e rrezikut (p.sh., hipertensioni)	• <i>Politikat ndërsektoriale dhe ndërhyrjet e shërbimeve shëndetësore për të adresuar shëndetin mendor dhe abuzimin me substancat;</i> • <i>Strategjitë për promovimin e shëndetit seksual dhe riprodhues, duke përfshirë edukimin shëndetësor dhe rritjen e aksesit në shëndetin seksual dhe riprodhues, dhe shërbimet e planifikimit familjar;</i> • <i>Strategjitë për të trajtuar dhunën në familje, përfshirë fushatat e ndërgjegjësimit publik; trajtimi dhe mbrojtja e viktimave; dhe lidhjen me zbatimin dhe shërbimet sociale.</i>
Mekanizmat mbështetës për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve • Partneritete shumë sektoriale për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve • Aktivitetet edukative dhe komunikuese sociale që synojnë promovimin e kushteve të shëndetshme, stileve të jetesës, sjelljes dhe mjediseve • Riorientimi i shërbimeve shëndetësore për zhvillimin e modeleve të kujdesit që inkurajojnë parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e shëndetit • Komunikimi i rrezikut.	

Qendra e kontrollit dhe parandalimit të sëmundjeve (CDCP) ka hartuar një kornizë për të konceptuar një integrim në 3 fusha të parandalimit-ndërhyrje tradicionale parandaluese klinike, ndërhyrje që shtrijnë kujdesin jashtë mjedisit të kujdesit, dhe ndërhyrje në mbarë popullsinë ose komunitetin, Figura 6-1 [11]. Edhe pse puna në të gjitha këto fusha është e nevojshme për të përmirësuar shëndetin, puna e shëndetit publik është e fokusuar në fushat e dyta dhe të treta.



Figura 6-1*



*Burimi. Centers for Disease Control and Prevention

Ndërhryrjet e qasjes shëndetësore në popullatë me fokus parandalimin e sëmundjeve

▪ Segmentimi i Popullatave të Pacientëve

Metodat e mundshme për grupimin e popullatave për të përmirësuar kujdesin përfshijnë moshën, gjininë, sëmundjen ose gjendjen, faktorët socialë dhe demografikë, sjelljen dhe shtresëzimin e rrezikut në një ose më shumë nga këto variabla. Metodat më të përdorura janë sipas moshës, sëmundjes ose gjendjes; me shtresim të rrezikut. Shtresimi i rrezikut mund të shfaqë një pamje më të saktë të popullsisë në studim. Segmentimi i popullatave të pacientëve duke përdorur shtresimin e rrezikut është një hap i parë kritik në zhvillimin e një strategjie të përshtatshme për shëndetin e popullatës. Grupet e zakonshme të rrezikut përfshijnë grupet me rrezik të ulët, me rrezik në rritje dhe me rrezik të lartë. Ndarja e popullsisë në grupe me rrezik të dukshëm është hapi i parë për të adresuar koston e lartë të sëmundjeve kronike. Kjo krijon mundësinë për të zvogëluar ripranimet e parandalueshme dhe për të lidhur nën-popullatat me burimet e bazuara në komunitet duke u mundësuar individëve të jetojnë jetë më të shëndetshme. Megjithatë pacientët me rrezik të lartë janë gjithashtu pacientë me kosto të lartë që kanë më shumë se një sëmundje kronike, popullsia me rrezik në rritje përbën një sasi më të lartë të shpenzimeve të kujdesit shëndetësor për shkak të përqindjes së lartë të popullsisë që ata përbëjnë. Grupi i rrezikut në rritje nuk është mjaft i sëmurë për kujdes të shtrenjtë klinik,



por ato gjithashtu kanë kaluar pikën ku zgjidhjet parandaluese janë efektive. Ky hendek është i rëndësishëm për t'u adresuar në mënyrë që të parandalohet rritja e shumë sëmundshmërisë në popullatë.

▪ **Identifikimi i Faktorëve të Rrezikut**

Ekziston një numër i vogël i shkaqeve ose faktorëve të rrezikut, që kontribuojnë në shumicën e sëmundjeve kronike. Këto përfshijnë një dietë të pashëndetshme, pasivitet fizik dhe përdorimin e duhanit. Këta janë faktorët e rrezikut të shkallës së parë që mund të modifikohen. Këta faktorë rreziku kontribuojnë në një grup të ndërmjetëm faktorësh rreziku të tillë si hipertensioni, nivelet e ngritura të glukozës, nivele jonormale të yndyrnave në gjak dhe obeziteti. Këta faktorë rreziku të modifikueshëm kombinohen me faktorë risku të modifikueshëm siç janë mosha dhe trashëgimia; për të krijuar shumicën e sëmundjeve kronike në të gjithë botën. Prandaj, parandalimi dhe depistimi i faktorëve të rrezikut mundëson një reduktim të sëmundjeve kronike [12].

▪ **Shfrytëzimi i modeleve të shpërndarjes së kujdesit shëndetësor parësor në shtëpi**

Shtëpitë mjekësore të kujdesit parësor janë modele të kujdesit parësor që janë të përqendruara tek pacienti, të gjithanshëm, të bazuar në ekip, të koordinuar, të arritshëm, dhe janë të fokusuar si në sigurinë ashtu edhe në cilësinë e kujdesit [13]. Ato përbëhen nga ofrues të ndryshëm në disiplina të ndryshme për të siguruar kujdes gjithëpërfshirës dhe të personalizuar në një ekip ndër-profesional. Themeli i shtëpisë mjekësore është marrëdhënia midis pacientit dhe mjekut të tyre kryesor. Shtëpia mjekësore kontribuon në një qasje të shëndetit të popullatës që promovon mirëqenien dhe ndihmon pacientët të parandalojnë sëmundjet.

▪ **Përdorimi i depistimit dhe parandalimit të bazuar në dëshmi**

Përqendrimi vetëm tek pacientët e sëmurë dhe pacientët me faktorët ekzistues të rrezikut do të jetë joefektiv në kontrollin e kostove të kujdesit shëndetësor në një afat të gjatë. Meqenëse nxitësi më i madh i përshkallëzimit të kostove të kujdesit shëndetësor është trajtimi i shtrenjtë i sëmundjeve kronike, nevojitet më shumë kujdes shëndetësor parandalues. Parandalimi i sëmundjes në grupet e pacientëve që mund të sëmuren është i rëndësishëm për të zvogëluar rritjen e kostove të kujdesit shëndetësor. Ekzistojnë burime për rekomandime parandaluese gjatë gjithë jetës të bazuara në dëshmi që mund të arrihen nga ofruesit e kujdesit shëndetësor në të gjithë botën dhe të zbatohen për popullatat e shëndetshme dhe me rrezik të ulët.

▪ **Përqendrimi në Shëndetin e Përgjithshëm**

Dëshmitë sugjerojnë se njerëzit që jetojnë në rrethana të pafavorizuara kanë tendencë të jenë më pak të shëndetshëm. Për më tepër, njerëzit që rriten në varfëri dhe kushte nën standardin, kanë norma më të larta të vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë dhe rritje të kostove të kujdesit shëndetësor. Këta përcaktues të shëndetit me kalimin e kohës janë nxitës të rëndësishëm të modeleve të shfrytëzimit të shërbimeve shëndetësore. Që sistemi shëndetësor të përmirësojë shëndetin e popullatës, duke përmbajtur kostot duhet që më shumë burime të shpenzohen për promovimin e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve. Theksi i shtuar në qasjen e shëndetit të popullatës, e cila uli vëmendjen e trajtimit thjesht të sëmundjeve me qendër pacientin është i rëndësishëm. Rezultate më të mira shëndetësore mund të arrihen përmes shpenzimeve të sistemit shëndetësor për



krijimin e komuniteteve më të shëndetshme, me mbështetje sociale dhe mjedise ushqyese. Politikat shëndetësore duhet të zgjerohen për të adresuar faktorët jashtë sistemit mjekësor që promovojnë ose komprometojnë shëndetin.

▪ **Kalimi nga Kujdesi i Bazuar në Vëllim në Kujdesin me Vlerë**

Sistemet aktuale shëndetësore në përgjithësi kanë tendencë të theksojnë vëllimin (d.m.th., shfrytëzimin) në kujdesin shëndetësor mbi vlerën. Këto sisteme financimi historikisht nuk kanë ofruar stimuj ose nuk kanë inkurajuar ofruesit të marrin në konsideratë koston e kujdesit dhe si ndikon ai në sistemin e përgjithshëm shëndetësor. Duke e zhvendosur modelin ekonomik nga ai i një "sistemi të sëmurë" në atë të fokusuar në parandalimin, inkurajimin e angazhimit të pacientëve dhe zvogëlimin e shpenzimeve do të zvogëlojë kostot dhe do të përmirësojë kujdesin. Kalimi në një sistem të kujdesit të bazuar në vlera po ndodh, por realizimi do të marrë kohë. Ndërkohë që, ka mënyra të ndryshme që sistemet e kujdesit shëndetësor mund të zbatojnë disa nga elementët e kujdesit të bazuar në vlera. Për shembull, duke përmirësuar komunikimin rreth dështimeve, duke thirrur pacientët pas daljes nga spitali për të identifikuar çështjet shqetësuese dhe duke hequr aktivitetet pa vlerë brenda sistemit, kujdesi i pacientit në të gjithë vazhdimësinë e kujdesit do të përmirësohet.

Menaxhimi i shëndetit të popullsisë është një strategji efektive për të kontrolluar rritjen e shpenzimeve të kujdesit shëndetësor dhe incidencën e sëmundjeve kronike, duke përmirësuar rezultatet për popullatat specifike të pacientëve. Përqendrimi në parandalimin e sëmundjes para fazës klinike është çelësi për këtë përpjekje. Segmentimi i popullsisë dhe identifikimi i faktorëve të rrezikut ndihmon në adresimin e shkaqeve themelore të sëmundjeve kronike, dhe zbatimi i këtyre qasjeve drejton kujdesin dhe parandalimin e atyre që kanë më shumë nevojë. Përdorimi i formave të reja të opsioneve të trajtimit më të ndërlidhura, të tilla si kujdesi me vlerë dhe shtëpitë mjekësore të kujdesit parësor u lejon pacientëve të trajtohen pa probleme dhe me integrim më të mirë midis ofruesve [14].

Elementet kryesore të qasjes shëndetësore në popullatë

Qëllimi i qasjes shëndetësore në popullatë është ruajtja dhe përmirësimi i gjendjes shëndetësore të të gjithë popullsisë si dhe zvogëlimi i pabarazive në gjendjen shëndetësore midis grupeve të ndryshme të popullsisë. Tabela 6-2 është një përmbledhje e elementëve kryesor të qasjes shëndetësore në popullatë [15].

Tabela 6-2

Tabela përmbledhëse e elementeve kryesore të qasjes shëndetësore në popullatë

Elementet kryesore	Ndërhyrje
1. Fokusi në Shëndetin e Popullatës	1.1 Përcaktoni treguesit për matjen e gjendjes shëndetësore 1.2 Matni dhe analizoni gjendjen shëndetësore të popullsisë dhe pabarazitë e



	gjendjes shëndetësore për të identifikuar probleme shëndetësore 1.3 Vlerësoni kushtet, karakteristikat dhe tendencat kontekstuale
2. Adresoni Përcaktuesit e Shëndetit dhe Ndërveprimet e tyre	2.1 Përcaktoni treguesit për matjen e përcaktuesve të shëndetit 2.2 Matni dhe analizoni përcaktuesit e shëndetit dhe ndërveprimet e tyre, për të lidhur problemet shëndetësore me përcaktuesit e tyre
3. Bazoni Vendimet në Dëshmi	3.1 Përdorni dëshmitë më të mira të disponueshme në të gjitha fazat e zhvillimit të politikave dhe programeve 3.2 Shpjegoni kriteret për përfshirjen ose përjashtimin e provave 3.3 Vizatoni një sërë të dhënash 3.4 Gjenerimi i të dhënave përmes metodave të përziera të kërkimit 3.5 Identifikimi dhe vlerësimi i ndërhyrjeve efektive 3.6 Shpërndani gjetjet e kërkimit dhe lehtësoni ndërmarrjen e politikave
4. Rritja e Investimeve	4.1 Aplikoni kriteret për të zgjedhur prioritetet për investim 4.2 Bilanci i investimeve afatshkurtra dhe afatgjata 4.3 Ndikimi i investimeve në sektorë të tjerë
5. Zbatoni Strategji të Shumëfishta	5.1 Identifikoni objektivin për ndërhyrje 5.2 Merrni masa për përcaktuesit e shëndetit dhe ndërveprimet e tyre 5.3 Zbatimi i strategjive për të zvogëluar pabarazitë në gjendjen shëndetësore midis grupeve të popullsisë 5.4 Aplikoni një përzierje gjithëpërfshirëse të ndërhyrjeve dhe strategjive 5.5 Aplikoni ndërhyrje që adresojnë çështjet shëndetësore në mënyrë të integruar 5.6 Aplikoni metoda për të përmirësuar shëndetin gjatë gjithë jetës 5.7 Veproni në cilësime të shumta 5.8 Krijimi i një mekanizmi koordinues për të drejtuar ndërhyrjet



6. Bashkëpunoni në të gjithë sektorët dhe Nivelet	6.1 Angazhoni i herëshëm i partnerëve për të krijuar vlera të përbashkëta dhe përafrimin e qëllimit 6.2 Përcaktoni objektiva konkretë dhe fokusohuni në rezultatet e dukshme 6.3 Identifikoni dhe mbështesni një kampion 6.4 Investoni në procesin e ndërtimit të aleancës 6.5 Gjenerimi i mbështetjes politike dhe ndërtimi i faktorëve pozitivë në mjedisin e politikave 6.6 Ndani lidhshëpin, llogaridhënien dhe shpërblimet midis partnerëve
7. Mekanizmat e Punësimit për Përfshirje Publike	7.1 Kapni interesin e publikut 7.2 Kontribuoni në kulturën shëndetësore 7.3 Zbatimi i strategjive të përfshirjes së publikut që lidhen me qëllimin e përgjithshëm
8. Demonstroni llogaridhënie për Rezultatet Shëndetësore	8.1 Ndërtimi i një kuadri llogaridhënie të bazuar në rezultate 8.2 Përcaktimi i masave bazë dhe përcaktimi i objektivave për përmirësimin e shëndetit 8.3 Institucionalizimi i sistemeve efektive të vlerësimit 8.4 Promovimi i përdorimit të mjeteve të vlerësimit të ndikimit në shëndet 8.5 Raportoni publikisht rezultatet

Shumë nga sëmundjet kronike më të zakonshme mund të lidhen me zgjedhjen e stilit të jetës së pacientit, mundësitë e humbura për të ofruar kujdes parandalues dhe një sistem shëndetësor që nuk i jep përparësi kujdesit të mirë ndaj sëmundjeve për shkak të presioneve financiare. Koordinimi i kujdesit dhe iniciativat e menaxhimit të shëndetit të popullatës, me në qendër pacientin, mund të zvogëlojnë shpenzimet e panevojshme duke rritur performancën e matjes së cilësisë. Sëmundjet kronike prekin pacientët gjatë çdo faze të jetës së tyre dhe mund të fillojnë që në fëmijëri. Pacientët e moshuar gjithashtu vuajnë nga sëmundje kronike në një shkallë jashtëzakonisht të lartë dhe mund të përjetojnë sfida të rëndësishme të vetë-kujdesit për shkak të procesit normal të plakjes. Këta pacientë mund të mbështeten shumë tek anëtarët e familjes për transport ose në marrjen e vendimeve. Sistemi i kujdesit shëndetësor mund t'i trajtojë këto shqetësime duke edukuar prindërit në lidhje me strategjitë për zgjedhjen e dietave të shëndetshme për fëmijët e tyre dhe mbajtjen e tyre aktiv, si dhe sigurimin e mbështetjes për kujdestarët në formën e shërbimeve të koordinimit të kujdesit, informacionit dhe edukimit dhe mundësive për të krijuar partneritete në kujdes [16].



Referenca

1. Kindig D, Stoddart G. What is population health?. *Am J Public Health*. 2003;93(3):380-383.
2. Szreter S. The population health approach in historical perspective. *Am J Public Health* 2003; 93(3): 421–431.
3. George Mayzeli. Population Health An Implementation Guide to Improve Outcomes and Lower Costs. November 10, 2015. ISBN 9781498705554.
4. Evans R, Barer M, Marmor T. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. Neë York, NY: Aldine de Gruyter; 1994.
5. Dunn JR, Hayes MV. Toward a lexicon of population health. *Can J Public Health*. 1999;90(suppl 1):S7–S10.
6. Kindig DA. *Purchasing Population Health: Paying for Results*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997.
7. Kreuter M, Lezin N. *Improving Everyone's Quality of Life: A Primer on Population Health*. Atlanta, Ga: Group Health Community Foundation; 2001.
8. Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: The National Academies Press.
9. Walker B Jr. The Future of Public Health: the Institute of Medicine's 1988 report. *J Public Health Policy*. 1989 Spring;10(1):19-31.
10. WHO EMRO | Health promotion and disease prevention through population-based interventions. Wednesday 8th of September 2021. <http://www.emro.who.int/pdf/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.pdf?ua=1>
11. Auerbach, J. 2016. The 3 buckets of prevention. *Journal of Public Health Management and Practice* 22(3):215–8.
12. World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors. Facing the facts #1, 2005.
13. Defining the Medical Home A patient-centered philosophy that drives primary care excellence. <https://www.pcpcc.org/about/medical-home>
14. <https://www.colleaga.org/article/how-can-population-health-approach-be-used-improve-outcomes-lower-costs>
15. The Population Health Template: Key Elements and Actions That Define A Population Health Approach. July 2001 Draft. Health Canada Population and Public Health Branch Strategic Policy Directorate. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/discussion-eng.pdf>
16. Jennifer Bresnick. 5 Ways to Turn Chronic Disease Management Knowledge into Action. March 18, 2016.



Praktika e Bazuar në Evidencë në kontekstin e menaxhimit të kujdesit kronik dhe përgjegjësia profesionale

Objektivat e mësimi

- Njohja me koncepte bazë të Praktikës së bazuar në Evidencë
- Të shpjegojnë vlerën e Praktikës Infermierore të Bazuar në evidencë të rezultatet e pacientit me sëmundje kronike
- Praktika Infermierore e bazuar në evidencë dhe përgjegjësia profesionale në lidhje me menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Njohja me raste të implementimit të praktikës së bazuar në evidencë – aftësim praktik

Praktika Infermierore e Bazuar në Evidencë-koncepte bazë

Praktika e bazuar në evidencë është '*integrimi i provave apo dëshmime më të mira kërkimore me ekspertizën klinike dhe vlerat e pacientit*' [1]. Praktika e bazuar në evidencë në kontekstin infermier është procesi i mbledhjes, përpunimit dhe zbatimit të gjetjeve të hulumtimeve infermierore për të përmirësuar praktikën klinike, mjedisin e punës ose rezultatet e pacientit [2]. Praktika infermierore e bazuar në evidencë i ka fillimet e saj që në vitet 1800 me Florence Nightingale, dhe vazhdon të përparojë së bashku me disiplinën e infermierisë. Praktika e bazuar në evidencë është themelore për edukimin infermior pasi është një mënyrë nëpërmjet të cilës disiplina infermierore minimizon boshllëkun e teorisë në praktikë [3]. Studimet tregojnë se praktika e bazuar në evidencë krahasuar me qasjet tradicionale të kujdesit siguron kujdes me cilësi më të lartë, rezultate të përmirësuara të pacientit, ulje të kostove dhe kënaqësi më të madhe të infermierit [4-5].

Praktika e bazuar në evidencë në kontekstin e sëmundjeve kronike është një qasje e zgjidhjes së problemeve për ofrimin e kujdesit shëndetësor që integron evidencat më të mira nga studimet më të mira dhe të dhënat e kujdesit për pacientët, duke kombinuar ato me preferencat dhe vlerat e pacientit dhe ekspertizën e infermierit [6-7].

Ndërkohë sisteme të ndryshme shëndetësore në funksion të përparimit dhe përsheptimit të praktikës infermierore të bazuar në evidencë kërkojnë nga infermierët që të kenë:

- një frymë hetimi të pafundme dhe vazhdimisht të vënë në pikë pyetje praktikatat aktuale klinike.
- besime të forta në vlerën e praktikës së bazuar në evidencë



- njohuritë dhe aftësitë në praktikën të bazuar në evidencë së bashku me besimin për ta përdorur atë.
- një angazhim për të ofruar kujdes më të lartë të bazuar në dëshmi për pacientët dhe familjet e tyre [8].

Praktika infermiere e bazuar në evidencë karakterizohet nga shtatë hapa kryesore:

Hapi Zero: Kultivimi i një frymë kërkimi, për shembull tek pacientët me dëmtime në kokë, si ndikon pozicionimi i shtrirë të presioni intrakranial në krahasim me ngritjen e kokës së shtratit për 30 gradë?

Hapi 1: Bërja e pyetjeve klinike në formatin PICOT (akronimi në gjuhën angleze). Kërkimet në këtë format marrin parasysh popullatën e pacientit -P, ndërhyrjen (Intervention-I) ose fushën e interesit, ndërhyrjen krahasuese (Comparison-C) ose grupin, rezultatin (Outcome-O) dhe kohën (Time-T). Formatu PICOT siguron një kornizë efektive për kërkimin e bazave të të dhënave elektronike, e krijuar për të marrë vetëm ato artikuj të rëndësishëm për pyetjen klinike.

Hapi 2: Kërkimi për evidencat më të mira. Kërkimi i evidencave për të informuar praktikën klinike është i efektshëm në mënyrë të jashtëzakonshme kur pyetjet bëhen në formatin PICOT. Përdorimi i formatit PICOT ndihmon në identifikimin e fjalëve ose frazave kryesore që, kur futen rresht dhe më pas kombinohen, përshpejtojnë vendndodhjen e artikujve përkatës në bazat e të dhënave kërkimore masive si MEDLINE (<https://www.ebsco.com/products/research-databases/medline>) ose CINAHL (<https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>).

Hapi i fundit i kërkimit është që të kombinohen rezultatet e kërkimeve për secilin prej termave. Kjo metodë ngushton rezultatet në artikuj që kanë të bëjnë me pyetjen klinike [9].

Në kujdesin kronik formatu PICOT është shumë i dobishëm për të përmbledhur pyetjet klinike dhe për të eksploruar efektet e kujdesit të dhënë në shëndet [10]. Sipas këtij formati:

(P) – Popullsia i referohet popullatës së pacientëve me një sëmundje kronike të caktuar për të cilët infermieri duhet të kujdeset. Përcaktimi të një mostre që ka më shumë të ngjarë të përgjigjet në një ndërhyrje të caktuar infermiere (p.sh. pacientë me diabet tipi 2) dhe që më vonë mund të përgjithësohet pastaj te të gjithë pacientët me diabet tipi 2.

(I) – Ndërhyrja i referohet një modeli të caktuar kujdesi që do t'u ofrohet pacientëve që infermieri do të përfshijë në studim për atë model të caktuar.

(C) – Krahasimi identifikon atë që infermieri planifikon ta përdori si një grup referimi për ta krahasuar me ndërhyrjen që infermieri propozon. Ky grup shpesh herë në literaturë konsiderohet si grupi i kontrollit.

(O) – Rezultati përfaqëson atë rezultat që planifikohet të matet nga infermieri për të shqyrtuar efektivitetin e ndërhyrjes së bërë. Për shembull mjetet e njohura dhe të vlefshme të matjes së rezultatit që lidhen me popullatat e pacientëve kronik me diabet tipi 2 dhe aplikimin e modelit të kujdesit kronik bazohen në kombinimin e të gjashtë elementëve të këtij modeli [11].



(T) – Koha përshkruan kohëzgjatjen për mbledhjen e të dhënave.

Hapi 3: Vlerësimi në mënyrë kritike i evidencave. Sapo artikujt të zgjidhen për rishikim, ato duhet të vlerësohen shpejt për të përcaktuar se cilat janë më të rëndësishme, të vlefshme, të besueshme dhe të zbatueshme për pyetjen klinike. Vlerësimi i shpejtë kritik përdor tre pyetje të rëndësishme: A janë të vlefshme rezultatet e studimit; Cilat janë rezultatet dhe a janë ato të rëndësishme; A do të më ndihmojnë rezultatet të kujdesem për pacientët e mi [9].

Hapi 4: Integrimi i dëshmive me ekspertizën klinike dhe preferencat dhe vlerat e pacientit. Vetëm dëshmitë e kërimit nuk janë të mjaftueshme për të justifikuar një ndryshim në praktikë. Ekspertiza klinike, bazuar në vlerësimet e pacientëve, të dhëna laboratorike dhe të dhëna nga programet e menaxhimit të rezultateve, si dhe preferencat dhe vlerat e pacientëve janë përbërës të rëndësishëm të praktikës infermiere të bazuar në evidencë [9].

Hapi 5: Vlerësimi i rezultateve e vendimeve të praktikës ose ndryshimeve bazuar në evidencë. Pas zbatimit të një modeli të caktuar kujdesi për shembull, është e rëndësishme të monitorohen dhe vlerësohen çdo ndryshim në rezultate, në mënyrë që efektet pozitive të mbështeten, dhe të korrigjohen ato negative. Kur rezultatet ndryshojnë nga ato të raportuara në literaturën kërkimore, monitorimi mund të ndihmojë në përcaktimin e arsyes [9].

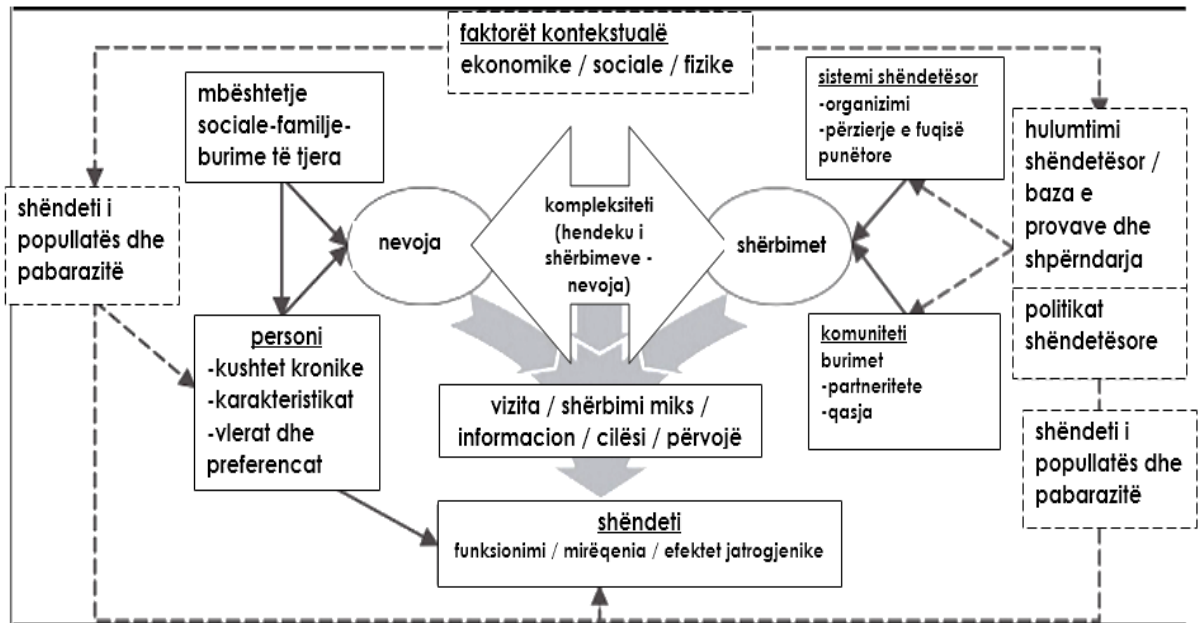
Hapi 6: Shpërndarja e rezultateve të praktikës së bazuar në evidencë [9]. Edhe pse infermierët përmes përdorimit të praktikës së bazuar në evidencë mund të arrijnë rezultate të shkëlqyera për pacientët e tyre, ata shpesh nuk i ndajnë përvojat e tyre me kolegët dhe organizatat e tyre të kujdesit shëndetësor duke dështuar në implementimin e praktikës infermiere të bazuar në evidencë [12-13].

Praktika Infermiere e Bazuar në Evidencë të rezultatet e pacientit me sëmundje kronike

Implementimi dhe ndikimi i praktikës infermiere të bazuar në evidencë në përmirësimin e cilësisë së kujdesit të ofruar dhe në transformimin e kujdesit shëndetësor nëpërmjet rikonceptimit të kujdesit duke e bërë atë më efektiv, të sigurt dhe efikas është tashmë një fakt i pamohueshëm për infermierët në mbarë botën [14]. Praktika e bazuar në evidencë mund të shërbejë si një mjet kritik i vendimmarrjes në partneritetet midis pacientëve dhe profesionistëve të shëndetit. Kjo siguron prodhimin e gjetjeve kërkimore vepruese që pacientët në partneritet me profesionistë të shëndetit mund të përdorin për të përmirësuar shëndetin e tyre dhe të sistemit të kujdesit shëndetësor në tërësi. [15]. Për kujdes shëndetësor efektiv për njerëzit me sëmundje kronike janë ndërmarrë shumë iniciativa dhe përpjekje për krijimin e një modeli konceptual për të drejtuar kërkimet infermiere në këtë fushë. Një nga modelet e sugjeruara për këtë është dhe ai i krijuar nga Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ (<https://www.ahrq.gov/>), Figura 7.1. Modeli konceptual përcakton kompleksitetin si hende kun midis nevojave të pacientit dhe shërbimeve të kujdesit shëndetësor, duke marrë parasysh si konsideratat e shumta që ndikojnë në nevojat e pacientëve me sëmundje kronike, ashtu edhe faktorët kontekstualë që ndikojnë në ofrimin e shërbimeve. Modeli riformulon proceset dhe rezultatet për të përfshirë jo vetëm cilësinë dhe përvojën e kujdesit klinik, por edhe

shëndetin e pacientit, mirëqenien dhe cilësinë e jetës. Ky model thekson nevojën për ridimensionime të sistemeve të kujdesit që adresojnë nevojat dinamike të pacientit. [16].

Figura 7.1



Burimi: A Conceptual Model of the Role of Complexity in the Care of Patients with Multiple Chronic Conditions. Medical Care52:S7-S14, March 2014.

Praktika Infermierore e bazuar në evidencë dhe përgjegjësia profesionale në lidhje me menaxhimin e sëmundjeve kronike

Sipas American Nurses Association (ANA), në një sondazh mbarë popullor të përvitshëm, në 2019, profesioni infermior u rendit për të 19-in vit radhazi nga publiku si profesioni me ndershmërinë më të lartë dhe standartet etike, duke e renditur profesionin infermior si më të besueshmin në mesin e spektrit të gjerë të profesioneve shëndetësore përfshirë mjekët dhe politikëbërësit [17-18-19]. Për të mbajtur këtë standart, nga infermierët kërkohet përgjegjësi e lartë profesionale në çdo sektorë ku ata ofrojnë shërbim, përfshirë dhe sektorin e kujdesit kronik. Për të përmbushur nevojat në rritje të kujdesit shëndetësor të pacientëve që jetojnë më gjatë me sëmundje kronike dhe procese komplekse të sëmundjeve, infermierët duhet të jenë profesionalisht të përgjegjshëm për zgjerimin e aftësive të tyre klinike dhe zbatimin e vazhdueshëm të gjetjeve të praktikës së bazuar në evidencë e cila duhet të jetë dhe drejtuesi i ndërhyrjeve infermierore [20].

Në Legjislacionin Shqiptar për profesionet e rregulluar, ku bën pjesë dhe profesioni i infermierit kriteret për ushtrimin e profesionit kërkojnë sigurimin dhe mbrojtjen e interesit, sigurisë dhe shëndetit të popullatës si dhe garantimi i standarteve të larta profesionale nëpërmjet zhvillimit të vazhdueshëm profesional dhe edukimit në vazhdimësi, nëpërmjet të mësuarit gjatë gjithë jetës [21].



Për të plotësuar këtë, nga infermierët kërkohet që të adoptojnë një qasje proaktive, bashkëpunuese për të vlerësuar kombinimin e aftësive të tyre dhe për t'iu përshtatur niveleve të aftësive të tyre me nevojat e pacientit, për të siguruar që secilit pacient ti sigurohet kujdesi më i sigurt dhe me cilësinë më të mirë të mundshme [20]. Infermierët luajnë një rol kritik në promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve dhe ofrimin e kujdesit parësor dhe të komunitetit. Përveç ofrimit të kujdesit shëndetësor të urgjencës infermierët do të luajnë rol kryesor për arritjen edhe të mbulimit shëndetësor universal [22]. Infermieri i komunitetit kombinon aftësitë e infermierisë, shëndetit publik dhe disa faza të asistencës sociale dhe funksionin e tyre si një pjesë e programeve të shëndetit publik [23]. Infermieri që ofron shërbim në komunitet në përgjithësi përballlet me punë më të pavarur në komunitetin e larmishëm dhe dinamik kur nuk ka diagnozë mjekësore ose trajtim të siguruar nga mjekët për pacientët ose familjen. Për këtë arsye, aftësia për mendim kritik, analizimi i situatave komplekse, kryerja e vlerësimit shëndetësor dhe marrja e vendimeve kërkon aplikim të evidencave shkencore [24]. Por infermierët, jo gjithmonë veprojnë në bazë të evidencave shkencore, por bazohen më shumë në përvojën e tyre personale duke evidentuar edhe më shumë rolin e përgjegjësisë profesionale të profesionit infermior [25-26].

Studimet tregojnë një nevojë bindëse për përmirësimin e njohurive dhe zbatimin e praktikës së bazuar në evidencë edhe në mesin e infermierëve të komunitetit. Për këtë, infermierët për rritjen e ekspertizës klinike duhet të edukohen, koordinojnë qendrimet e tyre, ekspertizën klinike, vlerat e pacientit dhe kontekstin lokal, për të rritur lehtësuesit dhe për të kapërcyer pengesat në funksion të përmirësimit të cilësisë së jetës së popullatës [27].

Edhe pse aplikimi i praktikës infermierore të evidencës në nivel global është një gjë e zakonshme në mesin e infermierit klinik, nuk mund të thuhet e njëjta gjë për infermierët e komunitetit që në shumicën e rasteve janë përgjegjës për kujdesin kronik [26]. Kjo sjell mungesë të përditësimit të infermierit në lidhje me kontekstin lokal, karakteristikave shëndetsore të popullatës, sa e mbuluar është nga shërbimi shëndetësor, burimet në dispozicion (fizike, infrastruktura, paisjet, aksesit në shërbimin shëndetësor dhe trajtim, politikat, pozita gjeografike dhe preferencat e pacientëve) [28].

Nga ana tjetër, procesi i praktikës së bazuar në evidencë thekson pëlqimin e informuar, ose një proces të përbashkët vendimmarrjeje, ku pacienti është plotësisht i informuar në lidhje me evidencat që mbështesin qasje të ndryshme, rreziqet dhe përfitimet e mundshme, dhe çfarë përfshihet te ndërhyrjet dhe çdo fizibilitet shoqëruar [29]. Praktika e bazuar në evidenca synon të përmirësojë cilësinë e kujdesit përmes integritetit të evidencave më të mira kërkimore me ekspertizën klinike dhe preferencat e pacientit dhe familjarëve. Pesë hapat thelbësorë që një infermier duhet të këtë parasysh për aplikimin e praktikës së bazuar në evidencë janë:

- formulimi i pyetjeve klinike të përgjegjshme;
- kërkimi i evidencave;
- vlerësimi kritik;
- vlerësimi i zbatueshmërisë së evidencave;
- dhe vlerësimi i performancës [30], Figura 7-2.

Modeli më i mirë që mund të aplikohet nga infermierët e komunitetit për praktikë të bazuar në evidencë është modeli i sugjeruar nga Strauss et al., 2018. Ky model është një ndërthurje e ekspertizës klinike të infermierit, vlerave të pacientit dhe kërkimit të bazuar në evidencë duke marrë parasysh kontekstin lokal ku do të aplikohet, Figura 7-3 [32].



Figura 7-2

Modeli i Shëndetit Publik i bazuar në evidencë sipas Brownson et al., 2013 [31].

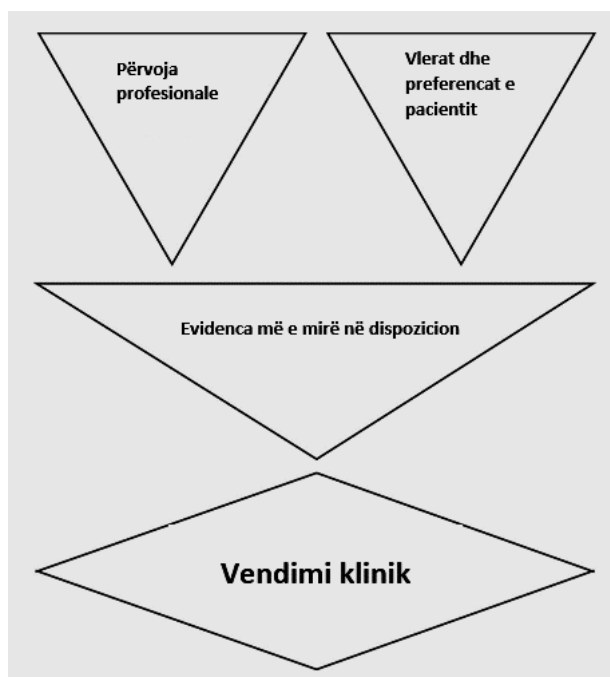


Figura 7-3

Modeli i praktikës së bazuar në evidencë sipas Strauss et al., 2018.





Raste praktike të implementimit të praktikës së bazuar në evidencë të kujdesi kronik

Aftësim praktik 1. Reziku i rënieve në komunitet.

Evidenca: Ndërsa popullsia plakët, rreziku për frakturë rritet, dhe shoqërohet me kosto të larta shëndetësore dhe sociale. Studimi vëzhgues i kryer në 2019 në një Spital Rajonal në Shqipëri evidentoi se nga 71 rastet e paraqitura me frakturë gjatë periudhës së kryerjes së studimit, shumica ishin burra dhe të grupmoshës ≥ 60 vjeç, me prevalencë të frakturës së femurit. Shkaqet kryesore të frakturave ishin rëniet, rrëshkitjet, dhe dëmtimi i shikimit të të moshuarit¹.

Situata: Ju jeni një infermiere komunitare dhe ofroni kujdes shëndetësor në një komunitet lokal të moshuarish në një qendër kujdesi e cila është rinovuar rishtaz dhe si pozicion gjeografik ndodhet në një zonë historike, me rrugë të ngushta dhe pjerrësi më shumë se normalja. Të moshuarit kanë raportuar që kanë hasur vështirësi në kryerjen e aktiviteteve të përditshme si blerje ushqimesh apo medikamentesh. Rreziku për rrëshkitje dhe rënie për këtë popullatë është i lartë. Ju ndjeni nevojën që këtë shqetësim ta përcillni te autoritetet lokale për zgjidhje².

Pyetje: Për të përgatitur një dokument të cilin do ta paraqisni te autoritetet lokale për adresim të shqetësimit tuaj çfarë evidencash do të mblidhni që mbështesin shqetësimin tuaj dhe çfarë rekomandoni? Identifikoni tre sëmundje kronike të cilat mund të jenë më të rrezikuara në lidhje me shqetësimin tuaj?

Aftësim praktik 2. Evidencë e një instrumenti pre-depistues - si të përdoret në praktikë nga infermierët për kujdesin parësor³.

Udhëzimet: Qëllimi i këtij formulari është të vlerësojë nëse gjetjet e kërkimit kanë forcën e mjaftueshme të evidencave dhe rëndësinë për praktikën e kujdesit parësor. Infermieri mund ta përdori këtë formular me abstrakte studimi ose me një përshkrim të plotë të tekstit nëse abstrakti mungon ose nëse nuk përmban informacion të mjaftueshëm për t'iu përgjigjur pyetjeve të mëposhtme.

Lloji i studimit (niveli i evidencave). <i>Shënim, rekomandohet vlerësimi shtesë i cilësisë së studimit.</i>	☐ Studim i Kontrolluar i Randomizuar ☐ Rishikimi sistematik I literaturës	☐ Studim longitudinal ☐ Të tjera
--	--	---

¹ Fatjona Kamberi, Klejda Celaj. Accurate documentation of fractures an important element in designing cost-effective care plans. World Congress on osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases. Virtual congress. August 20-22, 2020.

² Linda Deravin, Judith Anderson. Chronic Care Nursing: A Framework for Practice 2nd Edition (2019). Cambridge University Press ISBN: 9781108701020.

³ http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Critical_Tools&s=162.

http://www.improvingchroniccare.org/downloads/primary_care_evidence_review_toolkit.docx



	☐ I pasigurt	
Rëndësia: A janë pacienti ose rezultatet operacionale (pozitive ose negative) statistikisht të rëndësishme?	☐ Po ☐ Të pasigurt (ose nuk mund të thuash fare ose rezultate të përziera)	☐ Jo
Rëndësia: A janë rezultatet një problem i zakonshëm apo serioz në kujdesin parësor (barra e sëmundjes)?	☐ Po ☐ I pasigurt	☐ Jo
<u>Rishikimi me tekst të plotë?</u>	<u>ZGJIDHNI NËSE TË GJITHA RRESHTAT SIPËR JANË KONTROLLUAR</u> ☐ Po	<u>ZGJIDHNI NËSE ÇDO RRESHTË SIPËR ËSHTË KONTROLLUAR</u> ☐ Jo
Informacion shtesë gjurmimi për referencë		
Vendosja: A u krye studimi / inovacioni në një mjedis të kujdesit parësor?	☐ Po ☐ I pasigurt	☐ Jo
Gjendja kronike: Cila gjendje shëndetësore u adresua? Zgjidhni nga lista më poshtë. Nëse ekziston një gjendje që ju mendoni se është e rëndësishme, por nuk është në listë ⁴ , shënojeni këtu.	Gjendja kronike 1: Gjendja kronike 2: Gjendje kronike:	☐ N/A
1. Hipertensioni; 2. Dhimbjet e gjoksit; 3. Angina/sëmundja e ishemijsë së zemrës; 4. Insuficiencë kardiake; 5. Diabeti; 6. ITU; 7. Anemia; 8. Astma; 9. Dhimbjet akute të mesit; 10. Depresioni; 11. Ankthi; 12. Infeksione të rrugëve të frymëmarrjes tek të rriturit; 13. Problemet e lëkurës; 14. Problemet e prostatit; 15. Dhimbjet e kokës; 16. Artriti ose dhimbjet e kyçeve;		

⁴ PAKETA BAZË E SHËRBIMEVE NË KUJDESH SHËNDETËSOR PARËSOR.
https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/Paketa_e_rishikuar_e_miraturar.pdf



Referenca

17. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2
18. Chrisman, Jolinda ASN, RN; Jordan, Rita MSN, RN; Davis, Charlotte BSN, RN, CCRN; Williams, Wanda MSN, APRN Exploring evidence-based practice research, *Nursing Made Incredibly Easy!*: July/August 2014 - Volume 12 - Issue 4 - p 8-12.
19. Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *J Prof Nurs*. 2017 Jan-Feb;33(1):51-55.
20. Grimshaë J, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21 Suppl 2:S14-S20.
21. Shortell SM, et al. Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence-based management. *JAMA* 2007;298(6):673-6.
22. Melnyk BM, et al. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of tëo neë instruments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2008;5(4):208-16.
23. Sackett DL, et al. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone; 2000.
24. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillëell SB, Williamson KM. Evidence-based practice: step by step: igniting a spirit of inquiry: an essential foundation for evidence-based practice. *Am J Nurs*. 2009 Nov;109(11):49-52.
25. Melnyk, Bernadette Mazurek PhD, RN, CPNP/PMHNP, FNAP, FAAN; Fineout-Overholt, Ellen PhD, RN, FNAP, FAAN; Stillwell, Susan B. DNP, RN, CNE; Williamson, Kathleen M. PhD, RN Evidence-Based Practice: Step by Step: The Seven Steps of Evidence-Based Practice, *AJN, American Journal of Nursing*: January 2010 - Volume 110 - Issue 1 - p 51-53
26. Riva JJ, Malik KM, Burnie SJ, Endicott AR, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc*. 2012;56(3):167-171.
27. Baptista, D.R., Wiens, A., Pontarolo, R. *et al.* The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr* 8, 7 (2016).
28. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348(26):2635-45.
29. Ward MM, Evans TC, Spies AJ, et al. National quality forum 30 safe practices: priority and progress in Iowa hospitals. *Am J Med Qual*. 2006;21(2):101-8.
30. Stevens, K., (May 31, 2013) "The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 2, Manuscript 4.
31. Carman KL, Workman TA. Engaging patients and consumers in research evidence: Applying the conceptual model of patient and family engagement. *Patient Educ Couns*. 2017 Jan;100(1):25-29.



32. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, Ricciardi R, Fraser JR, Miller D, LeRoy L; AHRQ MCC Research Network. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014 Mar;52 Suppl 3:S7-S14.
33. American Nurses Association (ANA). (2016). Nurses rank #1 most trusted profession for the 15th year in a row [press release]. Silver Spring: Maryland.
34. Kathleen Gaines. Nurses Ranked Most Trusted Profession 19 Years in a Row. January 19, 2021. <https://nurse.org/articles/nursing-ranked-most-honest-profession/>
35. RJ Reinhart. Nurses Continue to Rate Highest in Honesty, Ethics. January 6, 2020. <https://news.gallup.com/poll/274673/nurses-continue-rate-highest-honesty-ethics.aspx>
36. Davis, Charlotte BSN, RN, CCRN The importance of professional accountability, *Nursing Made Incredibly Easy!* November/December 2017 - Volume 15 - Issue 6 - p 4.
37. LIGJ. Nr.10 171, datë 22.10.2009. PËR PROFESIONET E RREGULLUARA NË REPUBLIKËN E SHQIPËRISË. http://qsha.gov.al/infos/legjislacioni/ligji_10171.pdf
38. Organization WH. Nursing and midwife. 2018 [cited 2018 27 September]. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
39. World Health Organization. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255047>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
40. Exercise N. Difference Between Hospital Nurse and Community Nurse; 2016. <http://nursingexercise.com/hospital-nurse-community-nurse/>
41. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Evidence-based practice in primary care: an explorative study of nurse practitioners in Norway. *Nurse Educ Pract* 2012;12:361–5.
42. Bowers B. Evidence-based practice in community nursing. *Br J Community Nurs* 2018;23:336–7.
43. Li S, Cao M, Zhu X. Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(39):e17209.
44. Chamberlain, Barbara; Bersick, Eileen; Cole, Donna; Craig, Jayne; Cummins, Kathy Duffy, Marie; Hascup, Valera; Kaufmann, MaryAnn; McClure, Diane; Skeahan, Loraine. Practice models, *Nursing Management* (Springhouse): October 2013 - Volume 44 - Issue 10 - p 16-18 .
45. Straus, S. W., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2010). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (4th ed.). New York, NY: Churchill Livingstone.
46. Akobeng AK Principles of evidence based medicine. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90:837-840.
47. Broënsen RC, Baker EA, Leet TL, et al. *Evidence based public Health*. New York: Oxford University Press, 2003.
48. Straus, S. W., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2018). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (5th edn.). New York, Elsevier.



Udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore

Objektivat e mësimi

- Njohja me udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore në botë dhe në Shqipëri
- Të njohim udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore të miratuara në Shqipëri
- Të njohim aspektet infermierore të udhëzuesve shëndetësor të miratuar në Shqipëri

Udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore-Vështrim i përgjithshëm

Sëmundjet kronike kërkojnë një perspektivë afatgjatë, jo vetëm në trajtim dhe në parandalimin e përcaktuesve të tyre, por edhe në zhvillimin e programeve komplekse të nevojshme për t'i menaxhuar ato. Kjo kërkon një qasje sistematike dhe të integruar duke filluar me mbledhjen e të dhënave se si janë zhvilluar dhe zbatuar udhëzuesit klinikë për parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve kronike në vende të ndryshme, përfshirë dhe Shqipërinë. Ky seksion hyrës ofron një pasqyrë të evolucionit historik të udhëzuesve klinikë, qëllimet dhe konceptimi i tyre, së bashku me mënyrën e vlerësimit të tyre. Udhëzuesit klinikë janë një nga mjetet e shumta në dispozicion të profesionistëve të kujdesit shëndetësor, për të përmirësuar cilësinë e kujdesit shëndetësor [1]. Instituti i Mjekësisë (IOM) ka përkufizuar udhëzimet klinike si “*deklarata të zhvilluara sistematikisht për të ndihmuar praktikuesit dhe pacientët në marrjen e vendimeve për kujdesin e duhur shëndetësor në rrethana specifike klinike*” [2]. Udhëzimet klinike kanë për qëllim të ndihmojnë procesin e vendimmarrjes dhe rrjedhin nga koncepti i mjekësisë së bazuar në dëshmi. Përkufizimi më i cituar gjerësisht për mjekësinë e bazuar në dëshmi është: “*Mjekësia e bazuar në dëshmi është përdorimi i ndërgjegjshëm, i qartë dhe i matur i dëshmive më të mira aktuale në marrjen e vendimeve në lidhje me kujdesin individual të pacientëve*” [3]. Shfaqja e mjekësisë së bazuar në dëshmi në vitet 1990 [4], çoi në një zhvendosje të qartë drejt metodës së vlerësimit kritik të provave, veçanërisht në punësimin e rishikuesve sistematikë të literaturës përkatëse si bazë për zhvillimin e udhëzimeve të vlefshme klinike [5]. Shumë faktorë u konvergjuan për të nxitur lëvizjen e mjekësisë të bazuar në dëshmi, veçanërisht ndryshimi i gjerë në praktikën mjekësore për pacientë të ngjashëm (në literatura e quajtur “*variacion i zonave të vogla*” [6]. Qëllimi për të marrë vendimin më të mirë klinik për një pacient kërkon ndërmarrjen e



hapave të caktuar. Udhëzimet klinike kontribuojnë në këtë qëllim, për aq sa është objektivi i tyre për të arritur në një marrëveshje se si duhet të trajtohen pacientët. Integrimi i mjekimit të bazuar në dëshmi me nevojat dhe preferencat në trajtimin e pacientit varen nga pacientët e informuar, të angazhuar, që marrin vendime në pikat e kujdesit dhe në nivelin e zhvillimit të udhëzuesit klinik [7]. Udhëzimet klinike mund të trajtojnë aspekte të ndryshme të praktikës klinike. Ato mund të ofrojnë udhëzime mbi të cilat testet diagnostikuese ose depistuese duhet të kryhen, si të ofrohen shërbime mjekësore ose kirurgjikale, sa gjatë duhet të qëndrojnë pacientët në spital, ose detaje të tjera të praktikës klinike. Udhëzimet klinike synojnë të përmirësojnë cilësinë e kujdesit shëndetësor dhe të zvogëlojnë ndryshimet e papërshtatshme në praktikën e kujdesit shëndetësor. Ato mund të përdoren për:

- të dhënë rekomandime për trajtimin dhe kujdesin e njerëzve nga profesionistët e shëndetit
- zhvillojnë standarde për të vlerësuar praktikën klinike individuale të profesionistëve të shëndetit
- të ndihmojnë në edukimin dhe trajnimin e profesionistëve të shëndetit
- të ndihmojnë pacientët të marrin vendime të informuara.

Tabela e 8-1 jep një pasqyrë të përkufizimeve më të përdorura të udhëzimeve klinike të identifikuara në literaturën përkatëse.

Tabela 8-1

Përkufizimet e udhëzimeve klinike

Autori/ Organizata	Përkufizimi
IOM	Udhëzimet klinike janë deklarata të zhvilluara sistematikisht për të ndihmuar praktikuesit dhe pacientët në lidhje me kujdesin e duhur shëndetësor në rrethana specifike klinike.
SIGN	Udhëzimet klinike nuk janë as libra gatimi as libra shkollore, por – ku ka dëshmi të ndryshmeve në praktikë të cilat ndikojnë në rezultatet e pacientëve dhe një bazë të fortë kërkimore që siguron dëshmi të praktikës efektive - udhëzimet mund të ndihmojnë profesionistët e kujdesit shëndetësor në marrjen e vendimeve për kujdesin e duhur dhe efektiv për pacientët e tyre.
Partneriteti Kanadez Kundër Kancerit	Një grup rekomandimesh në lidhje me praktikën më të përshtatshme për një gjendje të veçantë shëndetësore, së bashku me një përmbledhje të provave që mbështetin rekomandimet dhe një përshkrim transparent të procesit të përdorur për zhvillimin e tyre, përfshirë mënyrën se si provat janë interpretuar dhe përmbledhur.
NICE	Udhëzimet klinike të NICE janë rekomandime, të bazuara në dëshmitë më të mira në dispozicion, për kujdesin e njerëzve nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.



	Ato janë të rëndësishme për mjekët, menaxherët e shërbimeve shëndetësore dhe komisionerët, si dhe pacientët dhe familjet dhe kujdestarët e tyre.
CBO	Udhëzimet nuk janë ligje, por përbëjnë deklarata të bazuara në dëshmi dhe rekomandimet. Rekomandimet zakonisht bazohen mbi “pacientin standard” dhe në provat më të mira të disponueshme. Në raste individuale, profesionistët e kujdesit shëndetësor mund të devijojnë nga udhëzimet rekomandime bazuar në përvojën e tyre profesionale dhe autonomi.

Termi "udhëzues" nënkupton që përdorimi i tyre është vullnetar. Megjithatë, në praktikë, ekziston një spektër i gjerë, duke filluar nga thjesht vullnetar në të detyrueshëm (megjithëse në rastin e fundit, udhëzimet klinike duhet të jenë më të sakta nëse quhen "direktiva") dhe nëse ato bazohen në dëshmi ose konsensus. Udhëzimet klinike formojnë një lidhje vendimtare midis kërkimit dhe praktikës. Disa direktiva të veçanta quhen "protokolle" dhe janë të detyrueshme; këto mund të jenë të dizajnuara nga institucionet shëndetësore (për shembull spitalet) ose nga autoritetet shëndetësore, në këtë rast këto janë të detyrueshme për tu zbatuar nga çdo institucion mjekësor në rajon [1].

Udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore të miratuara për sëmundjet kronike në Shqipëri

Udhëzuesit e praktikave më të mira shëndetësore të miratura për sëmundjet kronike në Shqipëri përfshijnë Udhërrëfyes së bashku me Protokollin e Mjekimit si algoritëm dhe Manualin e Trajnimit. Udhëzuesit e miratuar janë hartuar për tu përdorur nga profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri: mjekët e familjes dhe infermierët e familjes, specialistët në Mjekësi Familje, specialistët e spitaleve që ofrojnë shërbimin e konsulencës për referimet nga Mjeku i Familjes [8]. Udhëzuesit janë miratuar për sëmundjet kronike: Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK), Diabet, Hipertension (HTA), Astma, dhe Dislipidemia. Hartimi dhe publikimi i këtyre udhëzuesve është realizuar me mbështetjen e Projektit Shëndet për të Gjithë të Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC. Çdo Udhërrëfyes Klinik është hartuar bazuar në rishikimin e “Manualit të Mjekëve të Përgjithshëm” [9] i miratuar nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale në Shqipëri. Rishikimi i dokumentit të mësipërm u shoqërua nga shqyrtimi i literaturës bashkëkohore si dhe rishikimin e Udhërrëfyesve Ndërkombëtare për sëmundjet kronike specifike. Më pas, drafti i parë i Udhërrëfyesit së bashku me draft-Protokollin e mjekimit dhe draft-Manualin e Trajnimit të çdo sëmundje kronike kaluan në një proces rishikimi nga një ekip ekspertësh (mjekë familjeje dhe specialist), për të vlerësuar përmbajtjen dhe zbatueshmërinë e tyre në praktikën e menaxhimit të sëmundjes kronike përkatëse nga ekipi i mjekësisë së familjes në Shqipëri. Si rezultat kompleti i draft-dokumenteve u përmirësua me përfshirjen e komenteve dhe ideve të propozuara gjatë procesit të rishikimit. Drafti i Udhërrëfyesit, Protokollit të mjekimit dhe i Manualit të Trajnimit për sëmundjet kronike përkatëse u rishikuan nga Grupi Teknik i Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH) në një Takim konsultues të dedikuar. Komentet dhe sugjerimet



e këtij takimi u reflektuan në dokumentet përkatëse. Pas ciklit të takimeve konsultuese me Grupin Teknik të FSDKSH-së, setet e dokumenteve praktike dhe trajnuese për zbatimin e protokolleve të mjekimit për Diabetin, HTA-në, Dislipideminë, Astmën, SPOK-un dhe risitë që sjellin këto dokumente në mbështetje të zbatimit të protokolleve të mjekimit për këto 5 SJT në praktikën e përditshme të mjekësisë së familjes iu paraqitën një Grupi të gjërë me përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale (MSHMS), FSDKSH-së, Operatorit të Shërbimeve Shëndetësore (OSHS), Qendrës Kombëtare të Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore (QKCSAISH), Fakultetit të Mjekësisë (Departamentit të Mjekësisë së Familjes) [10]. Diskutimi i çdo udhëzuesi të miratuar në këtë leksion do të ketë në fokus aspektin infermieror dhe kompetencat infermiere.

1.Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Sëmundjes Kronike Obstruktive Pulmonare (SPOK) në KSHP

Menaxhimi i SPOK-ut

Baza e trajtimit të SPOK-ut, pavarësisht nga rëndesa, është edukimi i pacientit+ lënia e duhanit + aktiviteti fizik dhe stili i jetës + vaksinimi+ bronkodilatator me veprim të shkurtër sipas nevojës.

Në varësi nga niveli i rëndesës së simptomave dhe të rrezikut për riakutizime përcaktohet:

- Terapia mbajtëse
- Nevoja për rehabilitim pulmonar
- Nevoja për dhënien e oksigjenit apo
- Nevoja për transplant pulmonar si opsioni i fundit në pacientët me gjendje shumë të rëndë.

Fillimi i terapisë farmakologjike bazohet në

- rëndesën e simptomave dhe
- rrezikun për riakutizime/ekzacerbime

Edukimi i pacientit

Pasi kemi vendosur diagnozën dhe vlerësuar pacientin, është shumë e rëndësishme të edukojmë pacientin mbi SPOK-un dhe ta fuqizojmë atë të jetë bashkëpunues dhe aktiv në trajtimin e tij. Qëllimi është:

- përmirësimi i simptomave,
- ulja e riakutizimeve,
- përmirësimi i funksionit të pacientit dhe cilësia e jetës

Trajtimi farmakologjik duhet të fillohet njëkohësisht me atë jo- farmakologjik.

1.	Edukimi i pacientit për teknikën e përdorimit të pompës	Te mos jepen medikamentet pa edukimin paraprak të pacientit mbi përdorimin e saktë të pompës dhe pa dëshmuar përvetësimin e teknikës me demonstrim nga ana e pacientit.
----	---	---



		Pra, Mjeku i Familjes dhe/ose Infermierja duhet t'i mësojnë pacientit teknikën e përdorimit të pompës duke siguruar që pacienti e ka zotëruar teknikën duke mundësuar demonstrimin e përsëritur nga ana e pacientit.
2.	Vaksinimi	Pacientët me SPOK duhet të bejnë vaksinën sezonale të gripit dhe atë të pneumokokut (23 valente).
3.	Lënia e Duhanit	Është ndërhyrja e vetme që mund të ndalojë përqesimin e SPOK-ut dhe të ulë vdekshmërinë në këta pacientë. Për të rritur efektivitetin e ndërhyrjes për të motivuar pacientin për lënien e duhanit është shumë e këshillueshme që ekipi i mjekësisë së familjes të trajnohet për tu aftësuar në komunikimin motivues me pacientin. 19 Pyet -Këshillo-Vepro Këshillim i shkurtër për pacientët duhanpirës. Në grup lexoni dhe diskutoni Aneksin 13.4 “Ndihmë pacientëve për të lënë duhanin: Këshillimi Shumë i Shkurtër” tek Udhërrëfyesi klinik për SPOK-un në KSHP. Në këtë Këshillim të shkurtër për pacientët duhanpirës duhet të mbajmë parasysh që pacientët që pijnë më tepër se 10 cigare në ditë vuajnë simptomat e lënies së duhanit në 10-12 javët e para, prandaj duhet t'u ofrojmë mjekim për ti mbështetur kur ata vendosin një datë për të lënë duhanin. Zakonisht ato kanë nevojë për dozë të plotë mjekimi me nikotinë për 2-3 muaj dhe më pas për dozë nikotine që ulet gradualisht.
4.	Dieta dhe aktiviteti fizik	Për të gjithë pacientët me SPOK, rekomandohet një dietë e ekuilibruar për të arritur dhe mbajtur një peshë normale. Aktivitet i rregullt fizik rekomandohet për të gjithë pacientët me SPOK. Kur nuk kanë një fizioterapist për t'i udhëzuar, duhet t'i inkurajojmë të jenë fizikisht aktive me aktivitet fizik të moderuar (p.sh ecje) për 30 min, 5 ditë në javë dhe të marrin pjesë në aktivitete ditore që kërkojnë përdorimin e muskujve. Ushtrimet e frymëmarrjes në pacientët me SPOK kanë qëllim të ulin dispenë nëpërmjet alternimit të muskujve respiratore që përfshihen në aktin e frymëmarrjes, të 20 ulet hiperinflacioni i



		pulmoneve, të përmirësohet aktiviteti i muskujve respiratorë dhe kordinimi optimal i lëvizjes torako- abdominale. Pacientët me SPOK kanë nevojë për këshillim motivues lidhur me ushqyerjen e balancuar dhe marrjen me aktivitetit fizik
5.	Rehabilitimi Pulmonar	Rehabilitimi Pulmonar është një tërësi ndërhyrjesh që përfshin trajnimin ushtrimor, edukimin, aftësimin për vetëmenaxhimin me qëllim përmirësimin e gjendjes fizike dhe psikologjike, të pacientëve me SPOK.
6.	Plani i veprimit për SPOK	Përmban informacion të individualizuar të strukturuar për pacientin për një vetëmenaxhim të mirë të sëmundjes nga ana e tij kur situata është nën kontroll dhe gjatë përkeqësimeve. Plani i veprimit për SPOK përmban informacionin e mëposhtëm: • listën e medikamenteve që pacienti duhet të marrë dhe dozat përkatëse në përgjigje të gjendjes së tij; • udhëzime se çfarë duhet të bëjë kur SPOK përkeqësohet; • kur duhet të marrë doza ekstra të mjekimit; • kur duhet të kontaktojë mjekun etij të familjes; • çfarë duhet të bëjë në një situatë emergjence të lidhur me SPOK-un dhe kur duhet të thërrasë urgjencën (127). • Emrin e mjekut që ka bërë planin dhe si mund të kontaktohet. 21 Ky plan veprimi i individualizuar hartohet nga Mjeku dhe Infermierja e Familjes së bashku me pacientin dhe i jepet atij në formë të shkruar. Pacienti sqarohet dhe inkurajohet ta sjellë me vete Planin e tij të veprimit për SPOK-un në çdo vizitë ose ta ketë të fotografuar në celularin e tij. Plani i veprimit i individualizuar për çdo pacient këshillohet të rivlerësohet çdo vit. Aftësimi i pacientit për vetëmenaxhim të sëmundjes, përfshirë hartimin me sqarime dhe miratim të informuar nga pacienti të planit të veprimit me udhëzime të qarta terapeutike në përgjigje të simptomatologjise klinike në situatat në kontroll dhe në përkeqësime, ndjekja proaktive nëpërmjet telefonit dhe edukimi i pacientit vlerësohen si mjaft efektive në uljen e përdorimit të shërbimeve që kërkohen nga këta pacientë. Marrja e rregullt e mjekimit është thelbësore



	në efektivitetin e mjekimit. Rekomandohet që pacienti në çdo vizitë të sjellë planin e tij të veprimit, të gjitha ilacet dhe të lihet të shpjegojë sa merr dhe si i përdor ato. Infermierja e familjes në çdo vizitë vlerëson marrjen dhe teknikën e duhur të përdorimit të pajisjeve inhalatore dhe në mënyrë mbështetëse dhe motivuese korigjon gabimet e mundshme nga ana e pacientit. Teknika e duhur e përdorimit të pajisjeve inhalatore është thelbësore në efektivitetin e mjekimit të SPOK-ut. Në çdo vizitë duhet të shohim mundësinë për edukimin motivues të pacientit mbi lënien e duhanit, shmangien e ekspozimit ndaj ajrit të ndotur, tymrave, gazeve, vaksinimit e nevojshëm. Në çdo vizitë duhet të identifikojmë pacientët që kanë nevojë për oksigjen shtesë dhe rehabilitim pulmonar. Në çdo vizitë dhe tek çdo pacient duhet të vlerësohet teknika e përdorimit të pompave dhe nëse i marrin apo jo rregullisht mjekimet e rekomanduara. Vlerësimi dhe edukimi i përsëritur duhet të konsiderohet gjithmonë para se të shtojmë terapinë. Sigurimi i vazhdimësisë së kujdesit për pacientët me SPOK kërkon që komunikimet ndërmjet Mjekut të Familjes dhe specialistit të jenë në kohë dhe dydrejtimëshe. Ky komunikim do të bëjë që të gjithë anëtarët e ekipit që ofrojnë kujdesin për pacientin me SPOK të njohin dhe të përditësohen në kohë me informacionin për pacientin, që con në shmangien e përsëritjeve të panevojshme të ekzaminimeve që mund të bëhet dekurajuese dhe prodhon pakënaqësi për pacientin [11].
--	--

Për më shumë informacion mund të konsultohen materialet Udhëzuesve për sëmundjet kronike të miratuara në Shqipëri.



2. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Astmës në KSHP

Edukimi i pacientit

Ekipi i çdo qendre shëndetësore është mirë të krijojë një program parandalimi dhe edukimi për pacientët me astmë. Zbatimi i këtij program do të sigurojë edukimin dhe aftësimin e pacientit për vetë-menaxhim të astmës, si dhe bërjen e një plani veprimi të personalizuar për pacientët me astmë.

Plani i veprimit të Astmës

Ka udhëzime për menaxhimin e astmës. Pacienti duhet ta sjellë me vete në çdo vizitë mjekësore, ose t'i bëjë një foto me celularin e tij. Ky plan duhet rishikuar të paktën një herë në vit. Pacientët mund të kontrollojnë statusin e astmës nëpërmjet simptomave ose nëpërmjet matjes së PEF-it nëse kanë pikflometër. Të dyja metodat janë të pranueshme.

Menaxhimi i atakut të astmës.

Pacientët duhet të njohin:

- Simptomat e hershme dhe të fillojnë mjekimin.
- Për cilat simptoma ata duhet të thërrasin ambulancën.

Plani i veprimit duhet të ketë:

- Medikamentet e zakonshme, dozat
- Çfarë duhet të bëjë pacienti kur astma rëndohet,
- Kur duhet të marrë doza ekstra
- Kur duhet të kontaktojë mjekun e tij
- Kur duhet të telefonojë ambulancën
- Çfarë duhet të bëjë në një emergjencë astme
- Kontaktet e Mjekut të familjes, datën e hartimit të tij.

Pacientit mund t'ia shpjegoni me ngjyrat e semaforit.		
Zona jeshile	Zona e verdhë	Zona e kuqe
Ndihem mirë, nëse ka Pikflometer vlere është > 80% e vlerës së parashikuar apo e vlerës më të mirë. Parandalo simptomat çdo ditë Çfarë duhet të bëjë pacienti: Të marrë mjekimin kontrollues çdo ditë Të marrë para ushtrimit fizik Salbutamol pompë 2 shtypje Të shmangë gjërat që mund rëndojnë astmën	Simptomat e mia përfshijnë një ose më shumë: fishkëllima, shtrëngim krahërori, kollë, vështirësi në frymëmarrje, rri zgjuar natën me simptoma astme më është ulur aftësia për të bërë gjërat e zakonshme Çfarë duhet të bëjë pacienti: Kujdes! Duhet të vazhdojë të marrë mjekimin kontrollues të astmës Të marrë Salbutamol 4 shtypje dhe ta përsërisë çdo 20 minuta nëse nuk është më mirë ose PEF nuk normalizohet brenda një	Simptoma paralajmëruese një ose disa: Vështirësia në frymëmarrje po më rëndohet Nuk fle dot as nuk bën dot aktivitetet normale për shkak të vështirësisë në frymëmarrje



	ore Të kontaktojë mjekun.....	
Çfarë duhet të bëjë pacienti: Të thërrasë ambulancën, ndërkohë merr: 4-6 shtypje me Salbutamol çdo 20 min 3 herë; Prednizon 5 mg, 8 tableta njëherësh		

Edukimi i pacientit	
Duhanpirja	Vlerësohen të gjithë pacientet me astmë nëse pijnë ose jo duhan. Ofrohet edukim mbi efektet e duhanit tek pacientët me astmë, sqarohen përfitimet nga lënia e duhanit dhe ofrohet mbështetje për të lënë duhanin. Pacientë duhanpirës me astmë kanë nevojë për një ndjekje më të shpeshtë se ata që nuk pijnë duhan.
Obeziteti	Në personat obezë me astmë, rënia nga pesha shoqërohet me përmirësim të astmës. Rënia në peshë mund të përmirësojë edhe apnenë e gjumit, si dhe refluksin gastro-ezofageal. Nxiten në mënyrë motivuese pacientët për një dietë të shëndetshme të pasur me fruta, perime dhe peshk, dhe të varfër në yndyrnave të saturuara.
Aktiviteti fizik	Nxiten në mënyrë motivuese pacientët me astmë të jenë aktivë. Atyre u mësohet që bronko-konstruksioni i shkaktuar nga aktiviteti fizik mund të menaxhohet në mënyrë efektive dhe nuk duhet të jetë një arsye për të shmangur aktivitetin fizik. Infermierët e familjes kanë një rol shumë të madh në edukimin e pacientëve me astmë. Për këtë së pari ato kanë nevojë për trajnim lidhur me aftësimin e tyre për edukimin e pacientëve me astmë. Normalisht kërkohet që infermierët të kenë një hapësirë të dedikuar për kryerjen e vlerësimit infermieror për të: • pyetur pacientin për arsyen e vizitës, • vlerësuar shenjat vitale, • ftuar pacientin duke i dhënë për plotësim Pyetësorin për vlerësimin e kontrollit të astmës, Aneksi 13.1.1 te Udhërrëfyshi klinik për Astmën në KSHP, • matur PEF-in, • vlerësuar si pacienti përdor pompat dhe udhëzojë



	sipas nevojës, ● vlerësuar të kuptuarit nga pacienti i planit të veprimit të astmës, ● përditësuar trajtimin në kartelën e pacientit [12].
--	--

Për më shumë, lidhur me këtë program, infermierëve u vjen në ndihmë checklista me komponentët kyç të edukimit të pacientit (Protokolli i mjekimit: Edukimi i pacientit për vetë menaxhimin e astmës dhe Tabela: Programi i Parandalimit dhe Edukimit të pacientit me astmë, kreu 10, Udhërrëfytyesi klinik për Astmën në KSHP).

3. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit në KSHP.

Për menaxhimin e hipertensionit manuali i trajnimit të përdorimit të protokollit të mjekimit përfshin ndër të tjera edhe edukimin e pacientit për Ndërhyrjet dietike (rekomandohet dieta mesdhetare, e pasur me fruta dhe perime), dhe komponentët e mënyrës së jetesës sipas dietës mesdhetare:

- aktivitet fizik i përditshëm
- vakte nën shoqërinë e familjes dhe miqve që mundësojnë ndjenjën e komunitetit dhe mbështetje shoqërore, si dhe çlodhje dhe çlirim nga stresi i përditshëm

Edukimi i pacientit ndër të tjera përfshin Këshillimin për lënien e duhanit, dhe Trajnimin për mbajtjen e Ditarit për matjen e presionit të gjakut në shtëpi [13].

Udhërrëfytyesi Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Hipertensioni përmban informacion të detajuar në lidhje me menaxhimin infermior të hipertensionit si dhe rritjen e aftësive vetë-menaxhuese të pacientit me hipertension [14]. Protokolli Mjekimit për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Hipertensioni përmban udhëzime në lidhje depistimin dhe diagnostikimin e hipertensionit, trajtimin farmakologjik të hipertensionit, vlerësimin fillestar të pacientit hipertensiv, menaxhimin e emergjencave hipertensive, algoritmin e konsultimit për hipertensionin nga largësia [15].

4. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Diabetit Mellitus tip 2 në KSHP

Manuali është hartuar që të përdoret si material trajnues bashkë me Protokollin e mjekimit dhe Udhërrëfytyesin klinik të Diabetit në “Trajnimet për Trajnerë” dhe nga “Grupi i Kolegëve” në nivel qendre shëndetësore dedikuar “Përdorimit të Protokollit të Mjekimit të Diabetit në KSHP” [16]. Ky manual përmban aspekte të modelit të kujdesit kronik si dhe kujdesin e integruar dhe të strukturuar të pacientit me diabet. Përveç edukimit të pacientit në përgjithësi manuali përmban dhe edhe element të edukimit për vetë-menaxhim. Protokolli i Mjekimit për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Diabeti Mellitus tip 2, përmban udhëzime në lidhje me kontrollin dhe diagnostikimin e diabetit, Vlerësimi rutinë të diabetit, Kujdesin e vazhdueshëm për diabetin dhe referimin, dhe Algoritmin e Konsultimit për Diabetin nga Largësia [17].



5. Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Dislipidemia

Qëllimi kryesor i këtij Udhërrëfyesi është të përmirësojë cilësinë e kujdesit në veçanti në kujdesin parësor shëndetësor dhe rezultatet në shëndetin e personave me Dislipidemi në Shqipëri. Zbatimi i këtij udhërrëfyesi ndihmon dhe mbështet integrimin e menaxhimit të dislipidemive në kujdesin shëndetësor parësor. Ky udhërrëfyes ka shërbyer si bazë për zhvillimin e protokollit të mjekimit për dislipidemitë në formën e algoritmeve të thjeshta për përdorim nga stafi i kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri [18]. Ky Udhërrëfyes së bashku me Protokollin e Mjekimit si algoritëm dhe Manualin e Trajnimit janë hartuar për tu përdorur nga profesionistët e Kujdesit Shëndetësor Parësor në Shqipëri, përkatësisht mjekët e familjes, infermierët e familjes, specialistët në Mjekësi Familje, por edhe nga kardiologët, endokrinologët, internistët që punojnë në KSHP, ose në spitale dhe që ofrojnë shërbimin e konsulencës për referimet nga Mjeku i Familjes [19]. Përveç depistimit dhe vlerësimit të riskut kardiovaskular, udhërrëfyesi përmban element të menaxhimit të dislipidemisë si dhe qasjen e kujdesit në ekip për menaxhimin e Dislipidemisë. Infermierët e familjes mund të luajnë një rol të rëndësishëm dhe të kenë përgjegjësi të qarta në diagnostikimin dhe ndjekjen e pacientëve me dislipidemi. Ky rol përfshin:

Vlerësimin infermior të pacientit • Kontrollon dhe vlerëson shenjat vitale, si: puls, ritmin e zemrës, presionin e gjakut, puls-oksimetrinë, frekuencën e frymëmarrjes etj. • Përfshihet në vlerësimin e riskut kardiovaskular, përfshirë vlerësimin e hipertensionit, diabetit mellitus, dislipidemisë dhe stilit të jetesës • Kontrollon dhe mbështet zbatimin e mjekimit • Bën vizita ndjekëse në shtëpi për pacientët që nuk paraqiten dot në qendrën shëndetësore për të kontrolluar dhe mbështetur zbatimin e mjekimit me barna, terapitë e përshtatjes së stilit të jetesës.

Administrimin e terapisë. Infermieri: • ofron këshillim dhe edukim për terapinë jofarmakologjike dhe ndjek zbatimin e synimeve të vendosura bashkë me pacientin lidhur me ndryshimet në stilin e jetesës, dhe Infermieri: 41 • ndjek dhe mbështet zbatimin e terapisë farmakologjike nga pacientët në konsultim me mjekun e familjes.

Edukimi i pacientit Infermieri luan një rol shumë të rëndësishëm në edukimin dhe promovimin e vetëkujdesit nga pacienti. Ai ndihmon pacientët të përfitojnë nga programi edukues lidhur me dislipidemitë. Infermieri: • siguron që pacienti dhe familja kanë njohuri mbi dislipideminë dhe kanë kuptuar qëllimet dhe efektet e medikamenteve; • verifikon që pacienti dhe familja kanë kuptuar planin e trajtimit; • mundëson ofrimin e materialeve edukuese pacientit dhe/ose familjarëve të tij në lidhje me dislipidemitë; • udhëzon pacientin dhe familjarët lidhur me përshtatjen e stilit të shëndetshëm të jetesës; • thekson rëndësinë e zbatimit të terapisë, dhe • rëndësinë e kryerjes së vizitave të kontrollit me Mjekun e Familjes.

Lidhur me trajtimin jofarmakologjik, infermieri: • Informon dhe këshillon pacientët për ndërprerjen e duhanpirjes duke mbështetur motivimin e brendshëm dhe duke i inkurajuar ata; • Informon dhe këshillon pacientët lidhur me ushqyerjen e shëndetshme; • Informon dhe këshillon pacientët lidhur me aktivitetin fizik dhe përfitimet që sjell për humbjen në peshë. Gjithashtu, infermieri mundëson vazhdimësinë e kujdesit ndaj një pacienti me dislipidemi dhe referon pacientët te Mjeku i Familjes [19].



Referenca

1. Helena Legido-Quigley, Dimitra Panteli, Josip Car, Martin McKee, Reinhard Busse. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. World Health Organization 2013. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/195876/Clinical-Guidelines-for-Chronic-Conditions-in-the-European-Union.pdf
2. Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Field MJ, Lohr KN, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990.
3. Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't *BMJ* 1996; 312 :71.
4. Sur RL, Dahm P. History of evidence-based medicine. *Indian J Urol.* 2011;27(4):487-489.
5. Grol R, Cluzeau FA, Burgers JS. Clinical practice guidelines: towards better quality guidelines and increased international collaboration. *Br J Cancer.* 2003;89 Suppl 1(Suppl 1):S4-S8.
6. Eennberg J, Gittelsohn. Small area variations in health care delivery. *Science.* 1973 Dec 14;182(4117):1102-8.
7. Hasnain-Eynia R. Is evidence-based medicine patient-centered and is patient-centered care evidence-based? *Health Serv Res.* 2006 Feb;41(1):1-8.
8. Organizata Botërore e Shëndetit Management of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in primary health care in low-resource settings (Menaxhimi i Astmës dhe Sëmundjes Pulmonare Obstruktive Kronike në Kujdesin Shëndetësor Parësor në kushte me burime të pakta) Gjenevë, 2012.
9. Edukimi në Vazhdim në KSHP: Manual për mjekët e përgjithshëm, USAID projekti PRO shëndetit dhe Fakulteti i Mjekësisë, tetor 2008, SPOK faqe 227-238.
10. Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor Sëmundja Pulmonare Obstruktive Kronike (SPOK). Valbona Iljazi, Riccardo Curatolo. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
11. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Sëmundjes Kronike Obstruktive Pulmonare (SPOK) në KSHP. Valbona Iljazi. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
12. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Astmës në KSHP. Valbona Iljazi. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
13. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Hipertensionit në KSHP. Florjan Shehi. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.



14. Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Hipertensioni. Florjan Shehi, Riccardo Curatolo. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
15. Protokoll Mjekimi për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Hipertensioni. Florjan Shehi, Riccardo Curatolo. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
16. Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Diabetit Mellitus tip 2 në KSHP. Florjan Shehi. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
17. Protokoll Mjekimi për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Diabeti Mellitus tip 2. Florjan Shehi, Riccardo Curatolo. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.
18. OBSH. Guidelines for primary health care in low-resource settings. Cancer, diabetes, heart disease and stroke, chronic respiratory disease (Udhërrëfyesi për kujdesin shëndetësor parësor në kushtet me burime të pakta. Kanceri, diabeti, sëmundja e zemrës dhe goditja, sëmundja respiratore kronike); Gjenevë, 2012; ISBN: 978 92 4 154839 7.
19. Udhërrëfyes Klinik për Kujdesin Shëndetësor Parësor: Dislipidemia. Florjan Shehi, Riccardo Curatolo. Projekti Shëndet për të Gjithë i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.

Implementimi i Niveli meso të menaxhimit të kujdesit kronik. Njohja dhe përshkrimi i nivelit meso për sëmundjet kronike.

Objektivat e mësimi

- Të shpjegoj se si niveli meso i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike adreson nevojat për kujdes të personave me sëmundje kronike
- Të njohim dhe të përshkruajmë nivelin meso të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike
- Shembuj praktik të implementimit të nivelit meso të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Niveli meso i modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Niveli meso i modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike është i fokusuar në mjedisin e kujdesit shëndetësor dhe se si është i organizuar kujdesi brenda këtij kujdesi. Niveli meso siguron pikën e lidhjes së bashkëveprimit të pacientit dhe ekipit të kujdesit (niveli mikro) dhe mjedisin në të cilin kujdesi ofrohet (niveli makro), Figura 4-2. Në këtë mënyrë niveli meso, mbështet bashkëveprimin me klientët duke siguruar hapësirën dhe shërbimet ku zhvillohet ky bashkëveprim. Makro niveli siguron funksionimin dhe bazat për ofrimin e sigurisë dhe funksionimin e organizatës shëndetësore dhe komunitetit në nivelin meso [1].

Figura 4-2



Niveli meso i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike përfaqëson nivelin e përbashkët të funksionimit të organizateve të kujdesit shëndetësor dhe komuniteteve, Figura 4-3. Organizatat shëndetësore për të ofruar kujdes që është i përshtatshëm me nevojat për kujdes të popullatës me sëmundje kronike duhet të koordinojnë personelin shëndetësor, burimet dhe ekspertizën. Këto faktorë zakonisht janë të lidhur me faktorët e rrezikut, të cilët në përgjithësi janë të lidhur me determinantët social të shëndetit. Siç përcaktohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, determinantët social të shëndetit janë faktorët jo-mjekësorë që ndikojnë në rezultatet shëndetësore i cili përfshin kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, punojnë, jetojnë dhe plaken, dhe grupi më i gjerë i forcave dhe sistemeve që formojnë kushtet e jetesës së përditshme. Këto forca dhe sisteme përfshijnë politika dhe sisteme ekonomike, agjenda zhvillimi, normat shoqërore, politikat sociale dhe sistemet politike. Ndikimet më të rëndësishme të determinantëve social të shëndetit janë të lidhur me pabarazitë shëndetësore brenda dhe midis vendeve [2].

Figura 4-3

Modeli Inovativ i Kujdesit për Sëmundjet Kronike





Niveli- Meso: Problemet me Kujdesin Shëndetësor, Organizata dhe Lidhjet e saj me Komunitetin

Organizata e kujdesit shëndetësor koordinon shpërndarjen dhe vlerëson cilësinë e shërbimeve shëndetësore të ofruara. Organizata ka përgjegjësinë për të bashkuar personelin e kujdesit shëndetësor, për t'i siguruar atyre ekspertizën dhe mjetet që u nevojiten për të kryer rolet e tyre në menaxhimin e pacientëve me probleme kronike, dhe lidhjen me burimet e komunitetit. Më poshtë janë disa shembuj të problemeve në nivelin meso.

- Dështimi për të organizuar kujdesin për sëmundje kronike

Organizatat e kujdesit shëndetësor janë krijuar për të adresuar problemet akute. Ato përdorin vizitat normale, ballë për ballë me punonjësit e kujdesit shëndetësor, qëllimi i të cilëve është të diagnostikojnë dhe trajtojnë ankesat shëndetësore të pacientëve të paraqitur. Ky format tipik i vizitave shëndetësore kur aplikohet për sëmundjet kronike ka paraqitur disa problema. Një nga problemet lidhet me natyrën diskrete të ndërveprimeve, e cila hedh poshtë rëndësinë e promovimit të një marrëdhënieje të vazhdueshme, të menduar dhe me cilësi të lartë midis pacientëve dhe profesionistëve. Është e qartë se sëmundjet kronike nuk janë një sërë ankesash të shkëputura. Organizatat e kujdesit shëndetësor nuk kanë krijuar një program të planifikuar të kujdesit që mund të aplikohet me kalimin e kohës. Rreziqet dhe komplikacionet të lidhura me sëmundjet kronike mund të parashikohen dhe në shumë raste mund edhe të vonohen, nëse nuk mund të parandalohen plotësisht. Sidoqoftë, kjo kërkon kujdes shëndetësor proaktiv dhe të organizuar rreth koncepteve të planifikimit dhe parandalimit. Komplikacionet ose simptomat i shtojnë pacientët të vizitojnë punonjësit e tyre të kujdesit shëndetësor [1].

Organizatat e kujdesit shëndetësor duhet të theksojnë trajtimin e pacientit që ka diabet, nuk trajton diabetin.

- Punonjësit e kujdesit shëndetësor nuk kanë mjete dhe ekspertizë

Organizatat aktuale të kujdesit shëndetësor punësojnë një fuqi punëtore të trajnuar në praktikat dhe modelet e kujdesit akut. Kjo strategji trajnimi është e përshtatshme për punonjësit e kujdesit shëndetësor që diagnostikojnë dhe trajtojnë probleme akute shëndetësore. Por aftësitë e kujdesit akut janë të nevojshme, por jo të mjaftueshme, për menaxhimin e sëmundjeve kronike. Për menaxhimin e sëmundjeve kronike, si dhe për ndryshimin e sjelljeve të pacientit që lidhen me vetë-menaxhimin, personeli shëndetësor tashmë ka në dispozicion njohuri të specializuara. Për shembull, ka mjete dhe teknika të cilat rritin menaxhimin mjekësor duke ndihmuar pacientët me pajtueshmërinë dhe strategji të tjera të vetë-menaxhimit. Profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk janë të ekspozuar ndaj këtyre aftësive apo aftësive të cilëve u mundësojnë atyre për të bashkëpunuar efektivisht me pacientët në mesin e ekipit të kujdesit shëndetësor [1].

- Praktika nuk është e informuar me dëshmi shkencore

Aktualisht, udhëzimet për menaxhimin e shumë sëmundjeve kronike të bazuara në dëshmitë shkencore janë në dispozicion të personelit shëndetësor [3-4-5]. Por është vënë



re, se ky informacion i rëndësishëm nuk arrin sistematikisht te personeli i kujdesit shëndetësor; dhe për këtë arsye, ndërhyrjet e njohura si efektive për shumë probleme kronike nuk ofrohen në mënyrë rutinore. Për më tepër, ilaçet, pajisjet diagnostikuese dhe shërbimet laboratorike që janë të nevojshme për të ndjekur protokollet udhëzuese nuk janë gjithmonë në dispozicion. Dështimi për të ofruar kujdes të informuar në dëshmi rezulton në rezultate shëndetësore jo-optimale të pacientëve. Pa dëshmi shkencore për të drejtuar kujdesin, ndërhyrjet efektive për kujdes janë në rrezik përjashtimi, dhe pacientët vazhdojnë të jenë të ekspozuar ndaj ndërhyrjeve të njohura si jo-efektive [1].

- Dështimi për të adresuar parandalimin

Edhe pse shumica e problemeve kronike shëndetësore janë të parandalueshme, punonjësit e kujdesit shëndetësor nuk arrijnë të kapin ndërveprimet e pacientëve me ofruesit e kujdesit si mundësi për të informuar pacientët në lidhje me promovimin e strategjive të parandalimit për sëmundjet. Duke pasur parasysh informacionin në lidhje me zgjedhjet e duhura, pacientët dhe familjet e tyre kanë mundësinë të veprojnë për të përmirësuar shëndetin e tyre. Me ndihmën e personelit të kujdesit shëndetësor, pacientët mund të përfshihen në sjellje që parandalojnë shfaqjen e problemeve kronike ose vonojnë ndërlikimet e këtyre problemeve tashmë të shfaqura. Për këtë, pacientët për tu përballur me menaxhimin e një problemi kronik kanë nevojë për njohuri/ dije, motivim dhe aftësi [1]. Për shembull, për tu përballuar me abuzimin ndaj substancave duhen ndryshime të sjelljes, për ndalimin të përdorimit të duhanit duhen njohuri dhe ndryshime të sjelljes, për ushqyerjen e shëndetshme dhe aktivitetin fizik nevojiten dije dhe aftësi, etj. Parandalimi dhe promovimi i shëndetit duhet të jenë pjesë e vizitave shëndetësore rutinë, por që asnjëherë nuk zbatohet në kujdesin klinik rutinë [1].

- Mungesa e Sistemeve të informacionit të nevojshme

Sistemet e informacionit janë një parakusht për të koordinuar, të integruar dhe të informuar me kujdes shëndetësor të bazuar në dëshmi. Ato ndër të tjera mund të përdoren për të monitoruar tendencat shëndetësore, normat e lindjeve dhe vdekjeve, zbatimin e standardeve dhe rregulloreve, dhe proceset klinike të kujdesit. Në rastin e sëmundjeve kronike, një "regjistër" i pacientit mund të shërbejë si një funksion kujtues për parandalimin dhe shërbimet referuese, dhe me kalimin e kohës mund të ndihmojë në monitorimin e sjelljeve të pacientëve siç është respektimi ndaj regjimeve të trajtimit ose ndryshimeve të tjera të rëndësishme shëndetësore. Pa një sistem monitorimi, në rastin e pacientëve me sëmundje kronike punonjësit e kujdesit shëndetësor janë më reaktiv sesa proaktiv. Dështimi për të përdorur një strategji për të monitoruar sëmundjet kronike lejon zhvillimin e problemeve sesa vonimin ose parandalimin e tyre [1].

- Dështimi për t'u lidhur me burimet e komunitetit

Është venë re se organizatat e kujdesit shëndetësor integrojnë rrallë burimet e komunitetit në kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike duke lënë një grup të gjerë të grupeve të konsumatorëve, avokatëve të pacientëve dhe agjencive joqeveritare praktikisht të pashfrytëzuara. Burimet e komunitetit janë kritike në çdo vend, dhe në vendet me të ardhura të ulëta ato kanë potencialin për të shfrytëzuar ndjeshëm shërbimet themelore të kujdesit shëndetësor parësor. Burimet e komunitetit mund plotësojnë



boshllëkun në shërbimet që nuk ofrohen në organizatat e kujdesit shëndetësor duke rritur në masë të madhe kujdesin për pacientët me sëmundjet kronike [1].

Shembuj të implementimit në praktikë të Nivelit- Meso: të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Niveli- Meso: Blloqe ndërtimi për Organizatën e Kujdesit Shëndetësor.

Organizatat e kujdesit shëndetësor mund të krijojnë një mjedis në të cilin përpjekjet për kujdes për të përmirësuar shëndetin për sëmundjet kronike të lulëzojnë. Studimi rishikim literature në lidhje implementimin e nivelit meso të kujdesit nënvizoi gjetjen e disa faktorëve organizativ që ndikojnë në këtë proces, duke përfshirë aftësitë e punonjësve të kujdesit shëndetësor, përzierjen e personelit, oraret e vizitave, sistemet e informacionit dhe aftësitë e vetë-menaxhimit të pacientit. Të gjithë këta faktorë kishin ndikim të ndjeshëm në rezultatet shëndetësore të pacientëve me sëmundje kronike. Studimi vuri në dukje se ndërhyrjet gjithpërfshirëse ka të ngjarë që të jenë më të suksesshme. Ndërhyrjet që synojnë vetëm sjelljen e ofruesit të kujdesit nuk ndryshojnë rezultatet e pacientit nëse nuk shoqërohen me ndërhyrje të drejtuara ndaj pacientëve. Përveç kësaj, organizatat e kujdesit shëndetësor që i delegojnë rolet jo-mjekëve, sigurojnë mbikëqyrje të ngushtë të pacientëve, dhe planifikojnë kujdesin pasues duke përmirësuar rezultatet edhe për problemet kronike të shëndetit [6].

Skocia- shembull 1

Integrimi i Shërbimeve Shëndetësore Parësore dhe Komunitare

Blloqet e ndërtimit:

- Forcimi i partneriteteve (mjedisi i politikave)
- Zhvillimi dhe alokimi i burimeve njerëzore (mjedisi i politikave)
- Organizimi dhe pajisja e ekipeve të kujdesit shëndetësor (organizata e kujdesit shëndetësor)
- Mbështetja vetë -menaxhimit dhe parandalimit (organizata e kujdesit shëndetësor)
- Inkurajoni rezultate më të mira përmes udhëheqjes dhe mbështetjes (komuniteti)
- Mobilizoni dhe koordinoni burimet (komuniteti)

Në Skoci, Kooperativat Lokale të Kujdesit Shëndetësor janë pjesë e strukturës së brendshme të Besimeve të Kujdesit Parësor. Ato janë organizata integruese lokale, që bashkojnë shërbimet shëndetësore parësore dhe të komunitetit me një sërë shërbimesh të specializuara. Pjesëmarrja në Kooperativat Lokale të Kujdesit Shëndetësor nga ana e mjekëve të përgjithshëm është vullnetare, por pas vetëm 2 vitesh, shumica dërrmuese e tyre janë përfshirë në këtë proces. Shumica e këtyre kooperativave kanë një bord menaxhimi tipik multi disiplinor ku përfshihet mjekësia, infermiera, farmacistët, profesionet aleate të mjekësisë dhe publiku. Këto organizata u shërbejnë popullatave nga nën 10.000 deri në mbi 172.000 banorë. Edhe pse vlerësimi formal i tyre është ende në pritje, ekziston një pikëpamje në rritje se ato luajnë një rol të rëndësishëm në evolucionin e një kujdesi hierarkik që mbështet shëndetin dhe mirëqenien e komunitetit lokal përmes integrimit të kujdesit [7].



Një hierarki e re e kujdesit e promovuar nga Skocia Kooperativat Lokale të Kujdesit Shëndetësor

Shëndeti dhe Mirëqenia e Komunitetit

Nëpërmjet kësaj theksohet ndërhyrje jo-mjekësore në kontrollin e rreziqeve shëndetësore vendore dhe promovimin e shëndetit përmes programeve të shëndetit publik të lidhura me planet e komunitetit.

Kujdesi për veten

Aftësimi i njerëzve që të kujdesen për veten me ndihmën e informacionit dhe materialeve edukative të dizajnuara me kujdes, përfshirë këshillat e ofruara përmes shërbimeve të ofruara në internet ose përmes televizionit.

NHS 24

Një sistem tresh i drejtuar nga infermierët për të drejtuar pacientët të paaftë për t'u kujdesur për veten tek anëtari më i përshtatshëm i ekipit të zgjeruar të kujdesit parësor ose në urgjencë në shërbimin e ambulancës ose në spital.

Kujdesi Parësor i Zgjeruar

Krijimi i ekipeve më të forta të profesionistëve të kujdesit parësor duke përfshirë mjekë, infermierë, mami, farmacistë, punonjës socialë etj., në gjendje të plotësojnë shumicën dërrmuese të nevojave të kujdesit të pacientëve.

Kujdesi i ndërmjetëm

Fokusuar në spitalet e komunitetit, infermierinë, kujdesin rezidencial dhe shtëpinë e pacientit; duke shfrytëzuar aftësitë e 'mjekëve të kujdesit të ndërmjetëm', infermierëve, terapistëve dhe punonjësve socialë që ofron shërbimet e ofruara në nivel lokal, "lart-poshtë" duke përfshirë hetimin epidemiologjik, rehabilitimin dhe pushimin, kryesisht por jo ekskluzivisht për të moshuarit.

Kujdesi dytësor

Lidhur përmes rrjeteve klinike të menaxhuara, dhe duke mbështetur punën e niveleve më poshtë.

Kujdesi terciar

Lidhur përmes rrjeteve klinike të menaxhuara, si qendra të këshillimit dhe kujdesit shumë të specializuar [7].

Niveli- Meso: Blloqe Ndërtimi për Komunitetin.

Burimet e komunitetit janë jetike si për sistemet e kujdesit shëndetësor dhe për menaxhimin e sëmundjeve kronike. Konsideroni se personat me gjendje kronike kalojnë pjesën dërrmuese të kohës brenda komuniteteve të tyre dhe jashtë mureve të një klinike të kujdesit shëndetësor. Burimet e informuara dhe të përgatitura të komunitetit mund të mbushin një boshllëk të rëndësishëm në shërbimet që nuk ofrohen nga organizatat e kujdesit shëndetësor. Kur shërbimet e komunitetit plotësojnë kujdesin e organizuar shëndetësor, rezultatet e lidhura me sëmundjet kronike kanë potencialin të përmirësohen



ndjeshëm. Përvec kësaj, nëpërmjet rritjes së ndërgjegjësimit dhe zvogëlimit të stigmës, komunitetet luajnë një rol vendimtar në përmirësimin e jetës së pacientëve që jetojnë me sëmundje kronike. Gjithashtu, përmes udhëheqjes dhe mbështetjes, komunitetet inkurajojnë rezultate më të mira shëndetësore për pacientët kronik. Blloqet e ndërtimit për komunitetin mobilizojnë dhe koordinojnë burimet dhe luajnë një rol të rëndësishëm në ofrimin e shërbimeve plotësuese si parandaluese dhe menaxhuese të sëmundjeve [1].

Peru- shembull 2

Pjesëmarrja e Komunitetit për Përmirësimin e Kujdesit Shëndetësor Parësor

Blloqet e ndërtimit:

- Inkurajoni rezultate më të mira përmes udhëheqjes dhe mbështetjes (komuniteti)
- Mobilizoni dhe koordinoni burimet (komuniteti)

Në Peru, CLAS janë institucione private, jofitimprurëse të administruara nga komuniteti, të krijuara nga anëtarët e komunitetit rreth një qendre shëndetësore. Objektivi i tyre është përmirësimi i cilësisë së shërbimeve të kujdesit shëndetësor parësor përmes pjesëmarrjes së komunitetit në planifikimin dhe menaxhimin e kujdesit shëndetësor publik. CLAS bashkëpunon me punonjësit e shëndetësisë për të zhvilluar një plan shëndetësor lokal, për të përcaktuar një buxhet dhe për të monitoruar shpenzimet dhe ofrimin e shërbimeve shëndetësore për komunitetin. Ky rregullim ka disa përfitime:

- Planifikimi i aktiviteteve shëndetësore të bazuara në komunitet
- Rritja e llogaridhënies së kujdesit shëndetësor dhe stimuj për të rritur produktivitetin
- Fleksibilitet në menaxhimin e buxhetit
- Fleksibilitet në punësimin e stafit
- Përmirësimi i cilësisë së kujdesit [8].

Brazil- shembull 3

Shërbimet Shëndetësore Parandaluese në Komunitetet me Burime të Ulëta

Blloqet e ndërtimit:

- Mobilizoni dhe koordinoni burimet (komuniteti)
- Ofroni shërbime plotësuese (komuniteti)

Cearà, një shtet i varfër në Brazil paraqet një model kujdesi që mund të jetë i arritshëm për vendet e tjera në të cilat burimet, të ardhurat dhe nivelet e arsimit janë të kufizuara. Në 1987, punonjësit ndihmues të shëndetit, të mbikëqyrur nga infermierë të trajnuar (1 infermier deri në 30 punonjës shëndetësorë) dhe që jetojnë në komunitetet lokale, për të siguruar disa shërbime shëndetësore thelbësore filluan vizitat në shtëpi një herë në muaj. Programi ishte i suksesshëm në përmirësimin e



gjendjes shëndetësore të fëmijëve dhe vaksinimeve, kujdesit para lindjes dhe depistimit të kancerit tek gratë. Shërbimi ishte gjithashtu me kosto të ulët, pasi pagat për punonjësit shëndetësor ishin paga minimale, u përdorën shumë pak medikamente dhe asnjë mjek nuk u përfshi në ndërhyrje. Programi përdori një pjesë shumë të vogël të buxhetit të kujdesit shëndetësor të shtetit. Në 1994, programi i punonjësve shëndetësorë u integrua në Programin e Shëndetit Familjar që në ekip me punonjësit e shëndetit përfshin mjekë dhe infermierë. Për herë të parë në Brazil, në sajë të këtij programi ekzistojnë në shkallë të gjerë shërbime shëndetësore të integruara, parandaluese [9].

Kina – shembull 4

Udhëheqësit vullnetarë rrisin vetë-menaxhimin dhe zvogëlojnë përdorimin e kujdesit shëndetësor

Blloqet e ndërtimit:

- Mbështetni vetë-menaxhimin dhe parandalimin (organizata e kujdesit shëndetësor)
- Inkurajoni rezultate më të mira përmes udhëheqjes dhe mbështetjes (komuniteti)
- Ofroni shërbime plotësuese (komuniteti)

Sëmundjet kronike - kryesisht sëmundjet e zemrës, goditjet në tru, kanceri dhe sëmundjet e mushkërive - po bëhen shkaqet kryesore të aftësisë së kufizuar, vdekjes së parakohshme, dhe shpenzimeve kryesore të shëndetit në Kinë. Në një nga zonat më të prekura të vendit, Shanghai, studiuesit kanë demonstruar se një program i vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike është i suksesshëm në rritjen e sjelljeve të vetë-menaxhimit, ruajtjen dhe përmirësimin e gjendjes shëndetësore, dhe zvogëlimin e përdorimit të shërbimeve shëndetësore. Ky program, i modeluar sipas një qasjeje të zhvilluar dhe të provuar në Shtetet e Bashkuara, bazohet në supozimet e mëposhtme:

- Njerëzit me sëmundje kronike kanë shqetësime dhe probleme të ngjashme;
- Njerëzit me sëmundje kronike mund të mësojnë të marrin përgjegjësinë për menaxhimin e përditshëm të sëmundjeve të tyre, dhe problemet fizike dhe emocionale të shkaktuara nga sëmundjet e tyre;
- Njerëzit me sëmundje kronike, kur u jepet një manual i detajuar i udhëheqësve, mund të udhëheqin një program vetë -menaxhimi në mënyrë efektive, edhe pse mund të jetë më pak efektiv, sesa profesionistët e shëndetit.

Programi zhvillohet në grupe nga udhëheqës vullnetarë të trajnuar që punojnë në çifte. Konsiston në shtatë seanca që zhvillohen në shtatë javë rresht, dhe çdo seancë zgjat 2 deri në 2.5 orë. Temat përfshijnë stërvitjen, përdorimin e teknikave të menaxhimit të simptomave njohëse, ushqimin, menaxhimin e lodhjes dhe gjumit, përdorimin e burimeve të komunitetit, përdorimin e ilaçeve, menaxhimin e frikës, zemërimit dhe depresionit, komunikimin me profesionistët e shëndetit, zgjidhjen e problemeve, dhe vendimmarrjen.



Rezultatet inkurajuese demonstrojnë se kjo qasje e zhvilluar nga SHBA është e pranueshme nga ana kulturore për kinezët dhe e realizueshme në Kinë kur dhënia e kujdesit bëhet sipas një modeli vendor kujdesi të integruar në rutinën e organizatave qeveritare të komunitetit dhe shërbimeveshëndetësore të komunitetit [10].

Libani- shembull 5

Trajtim efektiv dhe i përballueshëm për fëmijët

Blloqet e ndërtimit:

- Ofroni shërbime plotësuese (komuniteti)
- Rritni ndërgjegjësimin dhe zvogëloni stigmën (komuniteti)

Në Liban, boshllëqet e shërbimit shëndetësor publik plotësohen nga organizata joqeveritare, të tilla si Qendra e Kujdesit Kronik, e cila është e specializuar në menaxhimin e sëmundjeve kronike të fëmijëve. Një fushë prioritare për qendrën është talasemia, një sëmundje kronike, gjenetike e gjakut që është veçanërisht e përhapur në Liban dhe vendet e tjera të Mesdheut Lindor. Qendra siguron trajtim efektiv dhe të përballueshëm për talaseminë me një kosto të vogël për pacientët dhe familjet. Ministria e Shëndetësisë dhe Komisioni Evropian e kanë mbështetur këtë aktivitet të kujdesit shëndetësor që nga viti 1994. Me mbështetjen e Ministrisë së Çështjeve Sociale, Qendra e Kujdesit Kronik po koordinon gjithashtu një program kombëtar për të rritur ndërgjegjësimin dhe ndryshuar qëndrimet negative në lidhje me këtë gjendje kronike. Bazuar në një plan veprimi pesëvjeçar, ky program synon grupe të ndryshme: komunitetin mjekësor, universitetet, shkollat e mesme, grupet e të rinjve dhe punonjësit e kujdesit shëndetësor parësor [11].

Si konkluzion mund të themi se në nivelin meso, organizata e kujdesit shëndetësor mbetet thelbësore por komuniteti merr rëndësi të vecantë. Aspektet e organizimit të kujdesit shëndetësor të kuadrit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike në nivelin meso janë të lidhura ngushtë me komponentët e modelit të kujdesit kronik por janë riformuluar për të pasqyruar realitetet e kujdesit në shëndet për vendet më pak të zhvilluara. Për shembull, kuadri bën thirrje për “të organizuar dhe për të pajisur mirë” ekipe të kujdesit shëndetësor sesa për” mbështetje të vendimarrjes” [11]. Është evidentuar se mjetet e nevojshme që lidhen me mbështetjen e vendimarrjes janë të pranishme por të pamjaftueshme në këtë nivel për shumë vende në zhvillim ku paisjet për egzaminime, teste diagnostike dhe mjekimet janë të kufizuara. Një tjetër dallim midis aspektit organizativ të kuadrit kronik të kujdesit dhe atij inovativ të kujdesit kronik është theksi i fortë i këtij të fundit në vazhdimësinë dhe koordinimin e shërbimeve. Komuniteti theksohet fuqishëm në nivelin meso të kujdesit inovativ kronik si mbështetje e kujdesit të organizuar shëndetësor duke u bërë jehonë mesazheve thelbësore në lidhje me parandalimin dhe menaxhimin e probleme kronike. Ky theksim në model nënkuptohet për të pasqyruar rolet domethënëse të komuniteteve në vendet në zhvillim në lidhje me çështjet e lidhura me shëndetin. Për më tepër, komunitetet mund të ofrojnë shërbime që plotësojnë dhe mbështesin kujdesin e ofruar në organizatat e kujdesit shëndetësor; ato mund të kapërcejnë hendekun e shërbimit shëndetësor klinik dhe botës reale të pacientëve dhe familjarëve të tyre [12-13].



Referenca

1. The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (from *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002, pp 65).
2. World Health Organization. About social determinants of health, 2018. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en. Stockëell, DH, et al.
3. Stockëell DH, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman MH. The determinants of hypertension awareness, treatment, and control in an insured population. *Am J Public Health*. 1994 Nov;84(11):1768-74.
4. Legorreta, AP, et al. Compliance with nation asthma management guidelines and specialty care: A health maintenance organization experience. *Arch Int Med* 1998; 158:457–64.
5. Kenny, SJ, et al. Survey of physician practice behaviors related to diabetes mellitus in the US: Physician adherence to consensus recommendations. *Diabetes Care* 1993; 16(11):1507–10.
6. Renders, CM, Valk, GD, Griffin, S, Wagner, EH, vanEeijk, JTM, Assendelft, WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care outpatient and community settings. *Cochrane Review*. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
7. Woods KJ, The development of integrated health care models in Scotland; *International Journal of Integrated Care* 2001; 1(3).
8. Cotlear D. Peru: Reforming Health Care for the Poor. 2000; The World Bank, Latin America and the Caribbean Regional Office, Human Development Department, LCSHD Paper Series No. 57.
9. Svitone, EC, Garfield, R, Vasconcelos, MI, & Craveiro, VA Primary health care lessons for the Northeast of Brazil: the Agentes de Saude Program, *Pan Am J Public Health* 2000; 7(5):293–301.
10. Fu Dongbo, Patrick McGoëan, Ding Yongming, Shen Yi-e, Zhu Lizhen, Yang Huiqin, Mao Jianguo, Zhu Shitai, Wei Zhihua & Fu Hua. Implementation and Quantitative Evaluation of a Chronic Disease Self-Management Program in Shanghai. Unpublished manuscript, 2002.
11. <https://www.chroniccare.org.lb/>
12. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004 Aug;13(4):299-305.
13. Lorig K, Ritter P, Steëard A, et al. Chronic disease self management programme: 2 year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 2003;39:1217–23.
14. Blendon RJ, Schoen C, Donelan K, et al. Physicians' views on quality of care: a five-country comparison. *Health Aff* 2001;20:233–43.



10

Krijimi i një ambienti mbështetës me pacientin me sëmundje kronike dhe partnerë të tjerë shëndetësorë

Objektivat e mësimi

- Të njohim përkufizimin e mbështetjes për vetë-menaxhim
- Identifikimi i strategjive që mund të përdoren nga komunitetet për të ndihmuar pacientët të menaxhojnë sëmundjet kronike
- Shembuj praktikë të implementimit të strategjive mbështetëse
- Të njohim faktorët e tjerë që ndikojnë në krijimin e një ambienti mbështetës për menaxhimin e sëmundjeve kronike

Hyrje- Ambjenti mbështetës për pacientin me sëmundje kronike

Mbështetja e vetë-menaxhimit përcaktohet si ofrimi sistematik i edukimit dhe ndërhyrjeve mbështetëse nga personeli i kujdesit shëndetësor për të rritur aftësitë dhe besimin e pacientëve në menaxhimin e problemeve të tyre shëndetësore, duke përfshirë vlerësimin e rregullt të progresit dhe problemeve, përcaktimin e qëllimeve dhe mbështetjen për zgjidhjen e problemeve. Vetë-menaxhimi përkufizohet si detyrat që individët duhet të ndërmarrin për të jetuar mirë me një ose më shumë gjendje kronike. Këto detyra përfshijnë besimin për t'u marrë me menaxhimin mjekësor, menaxhimin e roleve dhe menaxhimin emocional të sëmundjeve të tyre. Ambjenti mbështetës për pacientin me sëmundje kronike përfshin edukimin e pacientëve, mbështetjen për vetë-menaxhimin dhe vetë-menaxhimin. Këta elementë kanë dallime të dukshme nga njëri-tjetri [1]. Edukimi i pacientëve i referohet udhëzimeve tradicionale, kryesisht didaktike të dhëna për pacientët, të fokusuara kryesisht në informacion dhe aftësi teknike. Një shembull është një edukator i diabetit që ligjëron një grup diabetikësh dhe më pas i mëson ata se si të injektojnë vetë insulinën ose të monitorojnë nivelet e glukozës. Mbështetja e vetë-menaxhimit përbëhet nga mjetet me të cilat praktikuesit individualë dhe sistemi më i gjerë i kujdesit shëndetësor mbështesin pacientët në ushtrimin metodik të vetë-menaxhimit [2]. Vetë-menaxhimi përfshin aftësitë për zgjidhjen e problemeve dhe përfshirjen bashkëpunuese të pacientëve në krijimin e qëllimeve për të menaxhuar sëmundjen e tyre.



Strategjitë Kryesore për krijimin e një ambjenti mbështetës

Janë propozuar pesë strategji kryesore për katalizimin e përhapjes së mbështetjes së vetë-menaxhimit dhe mbështetjes për vetë-menaxhim: (1) identifikimi dhe përhapja e praktikave të vetë-menaxhimit të bazuara në dëshmi; (2) njohja e qendrës së vetë-menaxhimit në kujdesin e mirë ndaj pacientit dhe ta përfshijë këtë njohje në kulturën e kujdesit shëndetësor (përfshirë në nivel kombëtar); (3) sigurojnë stimuj për përdorimin e duhur të mbështetjes së vetë-menaxhimit të integruar në ofrimin e kujdesit shëndetësor; (4) zhvillojnë programe dhe mjete të vetë-menaxhimit që janë të zbatueshme për popullata të ndryshme; dhe (5) të përdorin më mirë të gjithë anëtarët e ekipit të kujdesit shëndetësor [1].

- Identifikimi dhe përhapja e praktikave të vetë-menaxhimit të bazuara në dëshmi

Për implementimin e kësaj strategjie mbështetëse është propozuar që praktikat më të mira ekzistuese dhe të ardhshme të vetë-menaxhimit të konsolidohen dhe të shpërndahen tek ofruesit, pacientët dhe familjet e tyre. Problemi sot është se ata që dëshirojnë të zbatojnë praktikat më të mira të vetë-menaxhimit shpesh nuk mund të gjejnë informacion rreth tyre, ose të dallojnë ato që bazohen në dëshmi nga ato që nuk janë. Për këtë strategji është e nevojshme dhe zgjerimi i bazës ekzistuese të dëshmive në praktikat efektive të vetë-menaxhimit. Gjithashtu, të mësuarit nga modelet praktike mund të ndikoj në zhvillimin e një baze shkencore më të fortë. Për këtë është e nevojshme që kërkimet shkencore të shtrihen në të gjitha nivelet e sistemit të kujdesit shëndetësor, nga puna një me një me pacientët në praktikën e vetë-menaxhimit, në ndryshimin e mjediseve të punës, deri në rindërtimin e sistemeve të reja të kujdesit. Për më tepër, praktikat më të mira duhet të përshtaten në mënyrë të përshtatshme për popullata dhe grupmosha të ndryshme, veçanërisht për fëmijët dhe adoleshentët.

Shembull praktik zbatimi Strategjia 1: Projekti i Insuficiencës Kardiake në Oregon

I filluar në vitin 2001, Projekti është një studim mbarëkombëtar që synon adresimin e përqindjeve të larta të vdekshmërisë në mesin e pacientëve që kanë përjetuar Insuficiencë të zemrës dhe mungesën e kardiologëve në lokalitete të caktuara. Projekti fokusohet në ndërhyrjet e bazuara në dëshmi në mjedisin ambulator dhe vetë-menaxhimin e pacientit që do të përmirësojnë rezultatet shëndetësore. Projekti mbështetet në disa karakteristika kryesore: (1) zbatimi i udhëzimeve klinike për insuficiencën e zemrës të zhvilluara; (2) një regjistër me të dhëna për rastet për t'u përdorur nga mjekët për të monitoruar përparimin; dhe (3) një grup mjetesh të materialeve të standardizuara duke përfshirë një formë vizite në klinikë, një udhëzues klinik, një përmbledhje të pacientit, fletë udhëzime për pacientin dhe udhëzime për ilaçe, një ditar të pacientit dhe informacion në lidhje me regjistrin e pacientëve. Pacientëve i janë venë në dispozicion edhe materiale të tjera, duke përfshirë një plan veprimi të drejtuar nga pacienti, metoda për matjen dhe vlerësimin e rezultateve dhe udhëzime për përmirësimin e procesit të kujdesit nga perspektiva e sistemeve. Mbështetja e vetë-menaxhimit "fletë këshillë" më poshtë është hartuar për tu përdorur si nga mjekët dhe infermierët.



Rritja e suksesit të pacientit tuaj me vetë-kujdesin për insuficiencën e zemrës

Përdorni këto pyetje dhe këshilla si një udhëzues për krijimin e një plani të vetë-kujdesit me një pacient.

Dëgjoni pacientin tuaj

Gjeni se çfarë beson pacienti juaj për të jetuar me sëmundjen. Shembull pyetjesh:

- Çfarë do të thotë për ju diagnoza që keni?
- Çfarë ju shqetëson më shumë kur jetoni me këtë sëmundje kronike?
- A besoni se marrja e ilaçeve dhe kujdesi për veten mund të përmirësojë cilësinë dhe kohëzgjatjen e jetës tuaj?
- Sa jeni të sigurt se mund të mbani një program të modifikimit të dietës tuaj, stërvitjes dhe regjistrimit të peshës tuaj ditore?
- Çfarë ndërhyrje në aftësinë tuaj për të bërë ndryshime dhe për t'iu përmbajtur atyre?
- A ju pengon kostoja e ilaçeve për t'i marrë rregullisht?
- A keni në dispozicion familjen, miqtë ose një organizatë komunitare nëse keni nevojë për ndihmë?
- A keni pasur ndonjë përvojë të keqe me ilaçe ose trajtime që ju bëjnë të ngurrtoni të provoni ilaçe ose strategji të reja?
- Cilat janë qëllimet tuaja (p.sh. "festoni 50 vjetorin e martesës sime" ose "luani golf me miqtë")?
- A mendoni se trajtimi mund t'ju ndihmojë të arrini qëllimin tuaj?

Ndihmoni pacientin të vendosë qëllime realiste të vetë-kujdesit

- Bëni planin e rekomanduar të trajtimit të qartë, konkret, të thjeshtë dhe të kuptueshëm.
- Përqendrohuni në rekomandimet për ndryshimet e sjelljes, të tilla si stërvitja çdo ditë, në vend të rezultateve numerike siç është humbja e 10 kilogramëve në një muaj.
- Drejtojeni pacientin të përqendrohet në një ose dy ndryshime të vogla, realiste që ai ose ajo mund të fillojë menjëherë.
- Inkurajoni pacientin të krijojë një qëllim që përfshin veprime pozitive (p.sh., përdorni lëng limoni në vend të kripës për erëza).
- Në fund të vizitës, kërkoni nga çdo pacient të përshkruajë veprimet që ai ose ajo do të fillojë menjëherë dhe pse veprimet janë të rëndësishme. [3]

- **Njohja e qendrës së vetë-menaxhimit në kujdesin e mirë ndaj pacientit dhe ta përfshirja e saj në kulturën e kujdesit shëndetësor**

Zbatimi i kësaj strategjie kërkon një ndryshim thelbësor nga perceptimi i vetë-menaxhimit si një "shtesë" për t'u kujdesur dhe për t'u bërë një pjesë e pritshme dhe sistematike e kujdesit ndaj pacientit. Përmbushja e këtij ndryshimi do të kërkojë nga ana tjetër transformimin e kulturës së mjekut/ofruesit dhe përhapjen e këtyre vlerave deri në nivelin kombëtar. Modeli i sistemit aktual të kujdesit shëndetësor i bazuar në vizita - dhe



jo thjesht qëndrimet e mjekëve- është pengesa kryesore për miratimin e përhapur të parimeve të vetë-menaxhimit. Për shembull, vizita standarde prej 10 deri në 15 minuta në zyrën e mjekut nuk është e favorshme për kujdesin me pacientin në qendër ose ndërveprimet, të tilla si përcaktimi i synimeve bashkëpunuese dhe zgjidhja e problemeve/ planifikimi i veprimit.

Shembull praktik zbatimi Strategjia 2: Projekti Përparimi i Kujdesit më të Mirë

Projekti Përparimi i Kujdesit më të Mirë është një përpjekje bashkëpunuese nga organizatat anëtare në fushën e gjerë të angazhimit dhe aktivizimit të pacientëve. Projekti i përgjigjet fushës prioritare të vetë-menaxhimit/kulturës shëndetësore të identifikuar nga Institute of Medicine, IOM (2003), pasi organizatat pjesëmarrëse do të zhvillojnë dhe përmirësojnë mjetet dhe mbështetjet e sistemit që e bëjnë të qëndrueshëm vetë-menaxhimin, kujdesin ndaj vetes dhe marrjen e vendimeve të përbashkëta. Më poshtë janë paraqitur dy nga projektet e fokusuara në vendosjen e synimeve bashkëpunuese dhe vetë-menaxhimin:

-Kaiser Permanente (Oakland, Kaliforni) po ndjek një iniciativë për të zhvilluar dhe përmirësuar aftësitë e vetë-kujdesit të anëtarëve të saj duke lehtësuar vendimmarrjen e përbashkët mjekësore midis anëtarëve dhe ofruesve. Një fokus kryesor është vetë-menaxhimi i sëmundjeve kronike. Iniciativa përfshin pesë strategji gjithëpërfshirëse: (1) përfshirjen e mbështetjes së vetë-menaxhimit në menaxhimin e popullsisë, (2) promovimin e mbështetjes së vetë-menaxhimit në takimin klinik, (3) forcimin e aderimit në medikamente, (4) kthimin e edukimit didaktik të pacientit në edukim për vetë-menaxhim, dhe (5) ofrimi i alternativave për edukimin e vetë-menaxhimit të bazuar në klasë.

- Grupi i Kooperativave Shëndetësore (Seattle, Uashington) po ndjek një nismë për të përmirësuar shëndetin e anëtarëve të saj përmes një veçorie të regjistrimit shëndetësor të pacientit në faqen e internetit të anëtarëve të saj-MyGroupHealth. Regjistri shëndetësor on-line i pacientit është një pamje e mbrojtur nga privatësia dhe siguria në regjistrat shëndetësorë individualë të pacientëve, të vendosur në sistemin e informacionit klinik të Grupit Shëndetësor. MyGroupHealth u lejon pacientëve të rimbushin dhe rinovojnë recetat, të bëjnë dhe të shikojnë takime, të shikojnë rezultatet analizave laboratorike dhe egzaminimeve të tjera, dhe t'u dërgojnë email ofruesve të tyre të kujdesit shëndetësor përmes internetit [4].

- Sigurimi i stimujve për përdorimin e duhur të mbështetjes së vetë-menaxhimit të integruar në ofrimin e kujdesit shëndetësor

Studiuesit sugjerojnë se asimilimi i praktikave të vetë-menaxhimit do të vazhdojë të vonohet nëse këto praktika nuk integrohen plotësisht në përbërësit kryesorë të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Historikisht, ndërhyrjet që promovojnë vetë-menaxhimin nuk janë rimbursuar dhe nuk mund të ketë përparim në mbështetjen e vetë-menaxhimit pa përparim paralel në koordinimin e kujdesit, veçanërisht në lidhje me rëndësinë e ekipeve ndërdisiplinore [5-6]. Kjo strategji mbështetëse ka gjetur zbatim në disa sëmundje kronike si në vetë-menaxhimin e hipertensionit dhe të sëmundjeve të zemrës [7].



- **Zhvillimi i programeve dhe mjete të vetë-menaxhimit që janë të zbatueshme për popullata të ndryshme**

Kjo strategji përfshin zhvillimin e programeve mbështetëse të vetë-menaxhimit dhe vetë-menaxhimit që janë të përshtatshme për sa i përket kulturës, gjuhës, moshës, arsimimit dhe komunitetit. Zhvillimi i një programi të tillë përfshin më shumë sesa përkthim dhe/ose thjeshtim; përkundrazi, programi dhe mbështetjet përkatëse duhet të jenë mjaft fleksibile për t'u individualizuar rreth preferencave të pacientëve, përfshirë moshën, gjininë dhe stilin e jetës. Për këtë strategji sugjerohet kalimi nga programet tradicionale të vetë-menaxhimit që janë ofruar në modele një për një ose grupe të vogël, në modelin e vetë-menaxhimit që përdor teknologji inovative, të tilla si kompjuterë dhe sisteme të automatizuara të mesazheve telefonike [8-9]. Krijimi dhe përfundimi i një "plani veprimi" të krijuar nga pacienti është një tipar kryesor i një programi të vetë-menaxhimit. Ky mjet ndihmon në zhvillimin e qëllimeve afatshkurtra (1-2 javë) për të ndihmuar pacientët të fillojnë ndryshimet dhe të arrijnë sukses në menaxhimin e gjendjes së tyre në mënyrë efektive. Çelësi i planifikimit të mirë të veprimit është që veprimet që do të ndërmerren të gjenerohen nga pacienti, jo ofruesi. Së pari, pacienti tregon se çfarë do të donte të bënte dhe çfarë është e arritshme duke pasur parasysh mjedisin familjar dhe shoqëror. Pastaj në bashkëpunim me ofruesin, pacienti përsos planin e veprimit për ta bërë atë të veçantë në sjellje. Së fundi, ofruesi pyet sa i sigurt është pacienti se ai ose ajo do ta përfundojë planin në një shkallë prej 0 (duke qenë krejtësisht i pasigurt) deri në 10 (duke qenë plotësisht i sigurt). Nëse pacienti jep një përgjigje prej 7 ose më lart, teoria e vetë-efikasitetit parashikon që plani do të përmbushet dhe nuk nevojitet punë e mëtejshme. Nëse përgjigja është nën 7, pacienti pyetet se cilat mund të jenë problemet dhe vjen zgjidhja e problemeve [1].

Shembull praktik zbatimi Strategjia 4: Skenari i rastit për hartimin e një plani veprimi të vetë-menaxhimit

Infermieri: Ne kemi diskutuar disa gjëra që mund të dëshironi të bëni për të ndihmuar në menaxhimin e presionit të lartë të gjakut. Çfarë mendoni se do të ishte realiste për ju të bëni në javën ose dy javët e ardhshme?

Pacienti: Ndoshta mund të ushtrohem.

Infermieri: Kjo do të ishte mirë. Çfarë saktësisht do të bëni dhe sa shpesh?

Pacienti: Mendoj se do të eci për 15 minuta.

Infermieri: Në përgjithësi, na pëlqen të shohim njerëz që ushtrojnë 3 deri në 5 ditë në javë. Sa ditë në javë do të ecni 15 minuta?

Pacienti: Unë mund ta bëj këtë të paktën 4 ditë.

Infermieri: Shkëlqyeshëm! Mund të më thuash kur do ta bësh këtë gjatë ditës?

Pacienti: Mund ta bëj para se të ha drekë në orën time të drekës.

Infermieri: Duket sikur keni një plan. Sa i sigurt jeni që do të ecni për 15 minuta 4 ditë në javë, në shkallën 0-10 ku 10 = plotësisht i sigurt dhe 0 = krejtësisht i pasigurt.

Pacienti: Epo, tani që mendoj, është 5 ose 6.

Infermieri: Cili mendoni se do të jetë problemi?

Pacienti: Ndonjëherë është vërtetë në mesditë dhe nuk më pëlqen të dal jashtë.



Infermieri: E kuptoj këtë - a mund të mendosh për disa alternativa?

Pacienti: Po, në ditët që janë të nxehta, unë do të ec pas darkës.

Infermieri: Tani sa i sigurt jeni - mbani mend 0 deri në 10.

Pacienti: Oh, tani jam 8.

Infermieri: Shumë mirë - do të jem vërtet i interesuar të di se si po ecni [10].

- Përdorim më i mirë i të gjithë anëtarëve të ekipit të kujdesit shëndetësor

Të gjithë anëtarët e ekipit të kujdesit shëndetësor duhet të kuptojnë dhe kryejnë rolet e tyre në ofrimin e mbështetjes për vetë-menaxhim ose ofrimin e ndërhyrjeve drejtpërdrejta. Strategjitë mund të zbatohen në një gamë të gjerë sëmundjesh kronike dhe mjedise klinike me përfshirjen e edukatorëve të shëndetit, menaxherët e kujdesit, specialistët e përmirësimit të cilësisë, studiuesit, vlerësuesit e programeve dhe drejtuesit e klinikistëve. Programet e suksesshme të kësaj strategjie përfshijnë ndryshime në nivele të shumta: ndërveprimet pacient-klinikistë; ndryshimet e mjedisit të vizitave; dhe sistemin shëndetësor, politikën dhe mbështetjet mjedisore [10-11].

Shembull praktik zbatimi Strategjia 5:

-Receptionisti mund të dërgojë me postë dhe të mbledhë vlerësime të vetë-menaxhimit ose t'i referojë të gjithë pacientët me sëmundje kronike në klasa edukative.

-Një ekip profesionistësh shëndetësorë mund të përgatisin një sërë fletushkash të personalizuar në nivele të ndryshme edukimi për një sërë çështjesh të vetë-menaxhimit, të cilat do të ruhen në kompjuter dhe sipas nevojës do të printohen nga çdo anëtar i stafit.

-Mjeku mund të shohë disa pacientë në vizita në grup, duke ofruar një kombinim të mbështetjes së vetë-menaxhimit dhe kujdesit klinik.

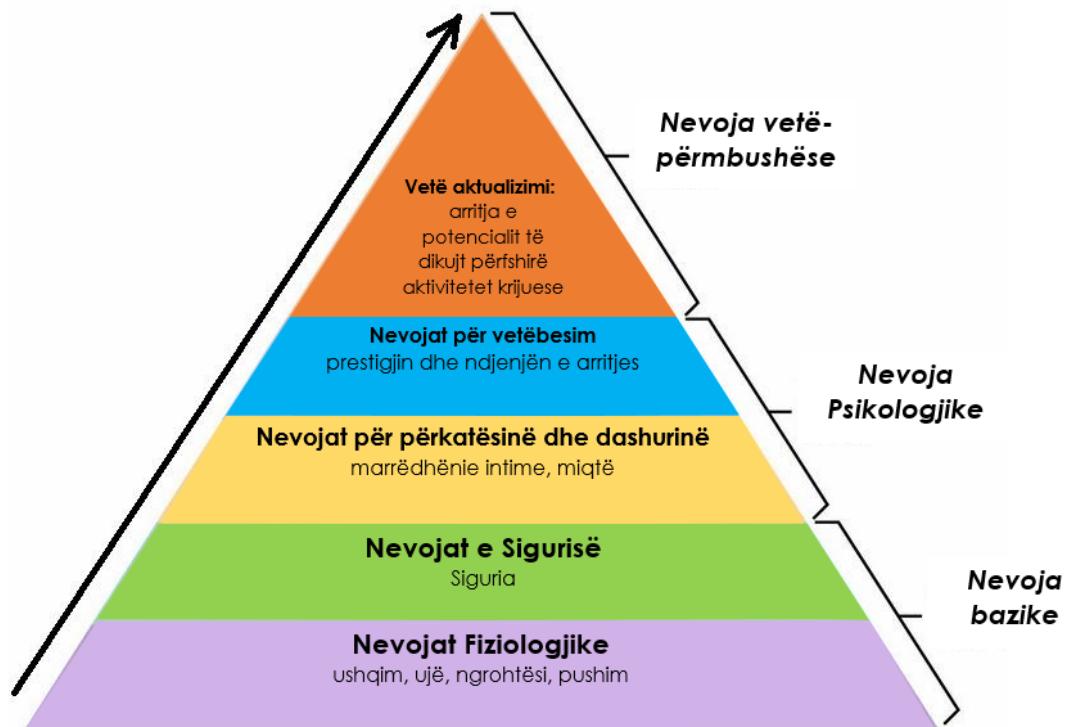
-Infermierja ose punonjësi social mund të sigurojë informacion mbi programet e vetë-menaxhimit ose planifikimin e veprimit dhe mbështetjen pasuese pasi pacienti të takohet me ofruesin e kujdesit shëndetësor.

Faktorë të tjerë që ndikojnë në krijimin e një ambjenti mbështetës për menaxhimin e sëmundjeve kronike

Përveç strategjive mbështetëse të vetëmenaxhimit të cituara më sipër dhe reformve në shërbimin e kujdesit shëndetësor parësor, faktorë të tjerë që ndikojnë në krijimin e një ambjenti mbështetës për menaxhimin e sëmundjeve kronike është dhe investimi për stafin e kujdesit shëndetësor. Kjo kërkon zhvillimin dhe edukimin e stafit në nivel bachelor dhe master në mënyrë që stafi i kujdesit shëndetësor të ketë njohuritë dhe aftësitë e duhura për të kryer efektivisht dhe me cilësi rolin e tij [12]. Për individët që kanë nevojë për të përmbushur nevojat e tyre siç është rasti i sëmundjeve kronike është e rëndësishme ndërmarrja e ndërhyrjeve që mbështesin plotësimin e këtyre nevojave. Ka qënë Maslow, i cili nëpërmjet hierarkisë së nevojave ka vendosur dhe nevojat bazë për egzistencën e qënieve njerëzore. Hierarkia e nevojave është një teori e motivimit e cila thotë se pesë kategori të nevojave njerëzore diktojnë

sjelljen e një individi. Ato nevoja janë nevoja fiziologjike, nevoja sigurie, nevoja dashurie dhe përkatësie, nevoja vlerësimi dhe nevoja për vetë-aktualizim. Teoria e Maslow paraqet hierarkinë e tij të nevojave në formë piramide (Figura 10-1), me nevoja themelore në fund të piramidës dhe nevoja më të larta, të paprekshme në krye. Një person mund të kalojë në adresimin e nevojave të nivelit më të lartë kur nevojat e tij/saj themelore janë përmbushur në mënyrë adekuate [13-14].

Figura 10-1.



Kujdesi shëndetësor parësor, fokusi kryesor i të cilit është parandalimi i sëmundjeve mund të jetë shumë i përshtatshëm për të ofruar një ambient mbështetës për përmbushjen e nevojave bazë dhe të nevojave të nivelit më të lartë që adreson Maslow. Shërbimi i kujdesit parësor është një strategji që u identifikua për herë të parë nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në 1986 dhe u mishërua në Kartën e Otavës për Promovimin e Shëndetit, Figura 10-2 [15-16] që shërbeu si pikënisje e projektit Shëndet për të Gjithë. Ky projekt vazhdon të jetë një angazhim global për drejtësinë sociale, përfshirë dhe barazinë në shëndet. Karta e Otavës, pohoi se barazia në shëndet mund të jetë një aspirim i sistemit shëndetësor që kërkon qasje ndërsektoriale që kalon të gjitha nivelet e qeverisjes dhe bashkëpunim midis organizatave të kujdesit shëndetësor, për të rritur kapacitetet individuale, të komuniteteve dhe vendeve. Pesë janë fushat për veprim që udhëheqin vendet në forcimin e promocionit shëndetësor dhe praktikën për mbështetjen e individëve për shëndet më të mirë:

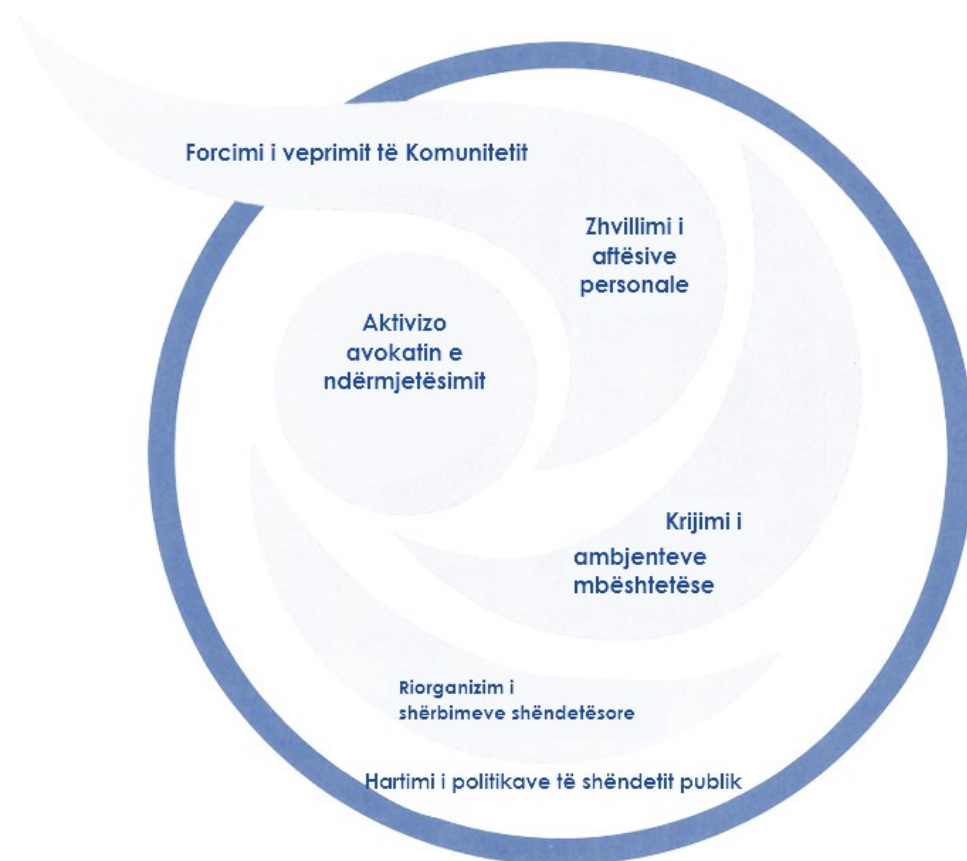
- 1) Hartimi i politikave të shëndetit publik
- 2) Krijimi i ambienteve mbështetëse



- 3) Forcimi i veprimit të komunitetit
- 4) Zhvillimi i aftësive personale
- 5) Riorganizim i shërbimeve shëndetësore

Figura 10-2.

Karta e Otavës për promovimin e shëndetit



Studime të tjera kanë evidentuar se në krijimin e një ambjenti mbështetës për sëmundjet kronike duhen marrë në konsideratë edhe faktorët njerëzor, përfshirë ndikimin që kanë aktorë të ndryshëm në suksesin ose jo të zbatimit të një modeli të kujdesit kronik. Në veçanti, pacientët duhen mbështetur për t'u angazhuar plotësisht me kujdesin shëndetësor, veçanërisht kur një model kujdesi përfshin aspekte të mbështetjes së vetë-menaxhimit. Sigurimi i informacionit të kuptueshëm në lidhje me shëndetin e tyre, si dhe grupet mbështetëse që i motivojnë ata për të arritur qëllimet e tyre, i inkurajuan pacientët të interesohen më shumë dhe të kenë përgjegjësi për shëndetin e tyre. Është e rëndësishme që të pranohet fakti se pacientët janë individë unikë me nivele të ndryshme të kapacitetit për angazhim [17]. Grupet mbështetëse janë një mënyrë tjetër për të inkurajuar pacientët të marrin njëfarë përgjegjësie për kujdesin e tyre. Pacientët që merrnin pjesë në grupe të tilla e monitorojnë më nga afër gjendjen e tyre dhe i përgjigjen më pozitivisht aktiviteteve të promovimit të shëndetit si ushtrimet fizike dhe ushqyerja e shëndetëshme [18].



Referenca

1. Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System; Adams K, Greiner AC, Corrigan JM, editors. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Chapter 5, Patient Self-Management Support. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215507/>
2. Bodenheimer T, Lorig KR, Holman H, Grumbach K. 2002. Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association* 288(19):2469–2475.
3. Information about OHFP and ACCF GAP can be found at the respective websites (American College of Cardiology, 2004a; American College of Cardiology, 2004b; OMPRO, 2004).
4. Alliance of Community Health Plans, 2004.
5. Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System; Adams K, Greiner AC, Corrigan JM, editors. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Chapter 6, Finance. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215526/>
6. Institute of Medicine (US) Committee on the Crossing the Quality Chasm: Next Steps Toward a New Health Care System; Adams K, Greiner AC, Corrigan JM, editors. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Chapter 4, Care Coordination. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215519/>
7. Bosworth HB, Powers BJ, Oddone EZ. Patient self-management support: novel strategies in hypertension and heart disease. *Cardiol Clin*. 2010;28(4):655–663.
8. Piette JD, Weinberger M, McPhee SJ. 2000. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: A randomized, controlled trial. *Medical Care* 38(2):218–230.
9. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. 2002. Association of health literacy with diabetes outcomes. *The Journal of the American Medical Association* 288(4):475–482.
10. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. 2003. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29 (11):563–574.
11. Glasgow RE, Eakin EG. 2000. Medical office-based interventions. In: Snoek F, editor; Skinner C, editor. , eds. *Psychology in Diabetes Care* 6:141–168.



12. Anderson, J., Malone, L., Shanahan, K. and Manning, J. (2015) Nursing Bedside Clinical Handover—An Integrated Review of Issues and Tools. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 662-671.
13. <https://www.masterclass.com/articles/a-guide-to-the-5-levels-of-maslows-hierarchy-of-needs#what-is-maslows-hierarchy-of-needs>
14. <https://www.projectmaslow.org/maslows-hierarchy-of-needs/>
15. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
16. Ottawa charter for health promotion. 16 June 2012. Publication. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
17. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H. *et al.* Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC Fam Pract* **16**, 102 (2015).
18. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Mesa AE, Lopez MG, Jiménez RA, et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project. *Prim Care Diabetes*. 2010;4(3):145–53.



11

Aspekte të promovimit dhe edukimit shëndetësor në kontekstin e infermierisë në kujdesin shëndetësor të pacientëve kronik

Objektivat e mësimi

- Njohja me përkufizimet e edukimit shëndetësor, promocionit, shëndetit, mirëqënies dhe krahasimi i koncepteve me njëri-tjetrin
- Njohja me kompetencat infermiere të promovimit të shëndetit, identifikimi se si infermieri mund të punojë me një pacient, familje ose komunitet për të përmirësuar shëndetin
- Të shpjegoj pse promovimi i shëndetit është pjesë vitale e praktikës infermiere në kujdesin shëndetësor të pacientëve kronik
- Pyetje për diskutim

Edukimi shëndetësor, promocioni shëndetësor, shëndeti dhe mirëqënia

Promovimi i shëndetit është një komponent kyç i praktikës infermiere. Duke promovuar shëndetin e individëve, familjeve, komuniteteve dhe popullatave, infermierët ndihmojnë në transformimin e shëndetit të individëve, shoqërisë dhe sistemit të kujdesit shëndetësor. Edhe vetë përkufizimet e ndryshme të infermierisë, evidentojnë se sa shpesh aktivitetet e promovimit të shëndetit theksohen si një rol qendror infermior. Florence Nightingale ndikoi në përkufizimet moderne të infermierisë duke u përqëndruar në triadën e personit, shëndetit dhe mjedisit, duke theksuar si element qendror në përkufizimet e infermierisë promovimin e shëndetit dhe shërimit [1]. Shoqata Amerikane e Infermierëve (ANA) e përkufizoi infermierinë si “mbrojtja, promovimi dhe optimizimi i shëndetit dhe aftësive, parandalimi i sëmundjeve dhe dëmtimeve, lehtësimi i vuajtjeve përmes diagnostikimit dhe trajtimit të përgjigjes dhe avokimit njerëzor në kujdesin e individëve, familjeve, komunitetave dhe popullsisë” [2]. Këshilli Ndërkombëtar i Infermierëve (2010) e përkufizoi infermierinë si “duke përfshirë promovimin e shëndetit, parandalimin e sëmundjeve dhe kujdesin për njerëzit e sëmurë, me aftësi të kufizuara dhe ata që vdesin”. Avokimi, promovimi i një mjedisi të sigurt, hulumtimi, pjesëmarrja në hartimin e politikave shëndetësore dhe sistemet shëndetësore janë përshkruar gjithashtu si rolet kryesore të infermierisë [3]. Pavarësisht se cili përkufizim i infermierisë përdoret në praktikë, vihet re se shëndeti është koncepti qendror dhe se promovimi i shëndetit është një aktivitet kyç infermior. Siç sugjeron Morgan dhe Marsh (1998), infermierët promovojnë shëndetin e individëve, familjeve dhe komuniteteve duke edukuar në lidhje me modifikimet e nevojshme të stilit të jetesës dhe duke mbrojtur kushtet që përmirësojnë shëndetin [4].



Edukimi shëndetësor kundrejt promovimit shëndetësor

Brenda literaturës dhe praktikës infermiere, termit promovim shëndetësor dhe edukim shëndetësor janë përdorur gabimisht 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 përfshirjen pjesëmarrëse, përfshin konceptin më të ngushtë të edukimit shëndetësor [5]. Edukimi shëndetësor përfshin dhënien e informacionit dhe mësimin e individëve dhe komuniteteve se si të arrijnë një shëndet më të mirë, duke përfaqësuar një rol të 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" [6]. Whitehead (2004) e përkufizoi edukimin shëndetësor si "aktivitete që kërkojnë të informojnë individin mbi natyrën dhe shkaqet e shëndetit/sëmundjes dhe atë nivel 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" [5]. Përkundrazi, promovimi i shëndetit "përfshin ndryshime sociale, ekonomike dhe politike për të siguruar që mjedisi të jetë i favorshëm për shëndetin. Promocioni kërkon që një infermiere të edukojë një individ në lidhje me nevojat e tij 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 njerëzve" [6]. Për vite, edukimi shëndetësor u pa si sinonim i promovimit të shëndetit dhe termit u përdorën në mënyrë të ndërsjelltë. Në fakt ekziston një luftë midis edukimit shëndetësor të përqendruar në sëmundje dhe konceptit më të madh të promovimit të shëndetit që përfshin një fokus në determinantët mjedisor, arsimor, kulturor dhe sociopolitikë të shëndetit [7]. Një studim tjetër evidentoi se infermierët që punojnë në mjedise spitalore janë të socializuar për të përdorur modelin biomjekësor, duke u fokusuar në një masë më të madhe në edukimin shëndetësor sesa në promovimin e shëndetit [8]. Megjithatë infermierët e kujdesit akut raportojnë se janë të angazhuar në aktivitete të promovimit të shëndetit, ata shpesh kryejnë edukim shëndetësor të sjelljes, të orientuar nga stili i jetesës ose i orientuar ndaj rrezikut. Ndërkohë sugjerohet që infermierët duhet të zgjerojnë aktivitetet e tyre në fushën e promovimit të shëndetit duke u përfshirë më shumë në reformën legjislative, duke fuqizuar komunitetet, duke i kushtuar vëmendje pabarazive etnike/racore ose ekonomike të shëndetit, duke lehtësuar ndërgjegjësimin publik, duke miratuar rolin e një avokati politik për individët e pa privilegjuar të cilët nuk mund të llobojnë për veten e tyre, dhe duke ndikuar në zhvillimin e politikave lidhur me shëndetin [8]. Shumë autorë kanë argumentuar se edukimi shëndetësor është një komponent i promovimit të shëndetit. Sigurisht, edukimi shëndetësor, një rol tradicional infermior, është një pjesë integrale dhe thelbësore e promovimit të shëndetit. Sidoqoftë, arritja e shëndetit nuk ka të bëjë vetëm me edukimin ose aftësimin 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 [9-10]. Promovimi i shëndetit përfshin fuqizimin e individëve dhe komuniteteve dhe zbatimin e ndërhyrjeve më të mëdha sociopolitike të krijuara për të nxitur shëndetin [7]. Shëndeti i secilit ndikohet nga gjendja e tij familjare, komuniteti i tyre, mjedisi dhe klima politike në të cilën ata jetojnë. Në fakt, faktorët socio -ekonomikë shpesh kanë një ndikim më të madh në shëndetin e një personi sesa sjelljet e tyre individuale të ruajtjes së shëndetit [11]. Për këtë arsye, promovimi shëndetësor duhet të përfshijë edukimin shëndetësor plus ndërhyrjet ligjore, ekonomike, mjedisore, arsimore, legjislativë dhe organizative të nevojshme për të lehtësuar shëndetin. Të gjithë infermierët mund të angazhohen në promovimin e shëndetit. Literatura sugjeron se infermierët që punojnë në mjedise spitalore të cilët dëshirojnë të angazhohen në promovimin e shëndetit duhet të integrojnë një perspektivë holistike në praktikën e tyre. Promovimi i shëndetit kërkon kujdes individual që të përputhet me nevojat e pacientit dhe familjes; vlerësimin e faktorëve ekonomikë, sociokulturorë, politikë dhe organizativë që formojnë shëndetin; përfshirja e pacientëve në planifikimin e kujdesit; lidhja e tyre me burimet e komunitetit; duke shërbyer në një rol avokatie; dhe promovimin e vazhdimësisë së kujdesit midis pacientëve spitalorë dhe ambulantë ose komunitetet [12]. Shpeshtësia dhe intensiteti i konflikteve të përditshme në jetë ndikojnë në shëndetin. Varfëria sjell me vete një barrë stresi kronik dhe i paraprin njerëzit që të bëjnë zgjedhje jo të shëndetshme të jetesës, përfshirë pirjen e duhanit; përdorimi i drogës ose alkoolit; mos ushtrimi; të jetosh në zona të pasigurta; dhe ngrënia e ushqimeve që janë të përballueshme, të gatshme dhe tipike të larta në kalori. Për më tepër, shumë individë nuk kanë qasje në kujdesin e rregullt shëndetësor parandalues ose edukim për të kuptuar plotësisht atë që ofruesit e kujdesit shëndetësor po përpiqen të komunikojnë. Prandaj, një përbërës i promovimit të shëndetit po i kushton vëmendje kulturës shëndetësore, çështjeve të qasjes në kujdes dhe barrierave të lidhura me varfërinë që pengojnë individët dhe komunitetet të angazhohen në aktivitete promovuese të shëndetit [13].

Përkufizimet e promovimit të shëndetit

Ka shumë përkufizime të promocionit shëndetësor. Një përkufizim e përkufizon promovimin e shëndetit si çdo ndërhyrje e krijuar për të forcuar dhe përmirësuar shëndetin [14]. Përkufizimi tjetër i promovimit të shëndetit është si "rritje e nivelit të mirëqenies dhe vetë-realizimit të një individi ose grupi të caktuar" [15]. Të tjerët e kanë përkufizuar promovimin e shëndetit si aftësim të stilit të jetesës të krijuar për të promovuar shëndetin optimal, cilësinë e jetës dhe mirëqenien [16]. Promovimi shëndetësor përfshin edukimin shëndetësor, identifikimin dhe zvogëlimin e rreziqeve shëndetësore për individët dhe popullatat e përzgjedhura, fuqizimin, avokimin, kujdesin parandalues shëndetësor dhe zhvillimin e politikave shëndetësore. Në vend që të jetë një produkt për t'u tregtuar, promovimi i shëndetit përfshin edukimin shëndetësor dhe motivimin e stilit të jetesës dhe sjelljes bazuar në një kuptim të kujdesshëm të situatës së pacientit, burimeve ekonomike, prejardhjes arsimore, mbështetjeve sociale, besimeve kulturore dhe faktorëve mjedisorë brenda komuniteti. Për të motivuar individët, familjet



dhe komunitetet për të bërë ndryshime në stilin e jetës, është e nevojshme të kuptohen faktorët që i pengojnë njerëzit të ndryshojnë, si dhe ata që i shtyjnë ata të miratojnë sjellje të reja. Është jetike të kuptohet perspektiva e pacientit ose komunitetit me të cilin po ndërvepron. Përkufizimet e promovimit të shëndetit dhe shëndetit përfshijnë komponentë të shumtë subjektivë që kërkojnë vlerësim të kujdesshëm [17]. Shëndeti ndikohet nga ndjenja të tilla si nivelet e dhimbjes, nivelet e energjisë dhe aftësia për të kryer punën ose rolin shoqëror të dikujt. Disa njerëz e përshkruajnë shëndetin e tyre si të dobët, edhe nëse nuk kanë një sëmundje të madhe, kur nuk mund të bëjnë më atë që duan të bëjnë në baza ditore. Në mënyrë të ngjashme, njerëzit që kanë një shkallë të sëmundjes ende mund ta konsiderojnë veten të shëndetshëm. Për më tepër, pikëpamja e dikujt nëse ato janë të shëndetshme ndryshon në varësi të kulturës dhe moshës së personit [18]. Një infermier duhet të fillojë duke kuptuar atë që një pacient kupton në lidhje me gjendjen e tij aktuale shëndetësore, çfarë ndryshimi në stilin e jetesës është i gatshëm të bëjë pacienti, çfarë barrierash do të hasë dhe si të motivojë më mirë personin për të bërë ato modifikime. Infermieri duhet të zbulojë se cilat aktivitete i sjellin pacientit kënaqësi, në mënyrë që të planifikohen ndryshime që bazohen në zakonet ekzistuese shëndetësore; përfshijnë mbështetje sociale; zëvendësimin e alternativëve realiste me sjellje jo të shëndetshme duke pasur parasysh preferencat e pacientit; dhe ndikimet përkatëse ekonomike, kulturore dhe mjedisore [16].

Modeli mjekësor i shëndetit dhe Përkufizimi i organizatës Botërore të Shëndetësisë për shëndetin

Shëndeti, në modelin mjekësor, është përkufizuar kryesisht si mungesë e sëmundjeve fizike dhe mendore. Paradigma e sëmundjes zakonisht thekson sëmundjen sesa shëndetin dhe mirëqenien [18]. Organizata Botërore e Shëndetësisë e përkufizon shëndetin si një gjendje e plotë e mirëqenies fizike, mendore, sociale dhe emocionale, jo thjesht mungesë të sëmundjes [19]. Meqenëse pak prej nesh janë në një gjendje të plotë të mirëqenies fizike, mendore, sociale dhe emocionale në çdo kohë, përkufizimi i OBSH-së na jep një qëllim për të na motivuar të rritemi në shumë mënyra. Përkufizimi i OBSH -së për shëndetin është përkufizimi më i pranuar, edhe pse janë propozuar përkufizime të tjera të shumta të shëndetit. Koncepti i shëndetit përfshin gjithashtu një ndjenjë kuptimi dhe qëllimi ose njohurie që jeta e dikujt bën një ndryshim [15]. Infermierët duhet të eksplorojnë atë që sjell një ndjenjë kuptimi për pacientët dhe komunitetet me të cilët ata punojnë për të hartuar në mënyrë efektive ndërhyrjet shëndetësore që do të jenë të kënaqshme. Perceptimi është një aspekt jetësor i shëndetit që infermierët duhet ta kenë parasysh. Infermierët duhet të eksplorojnë sesi mënyra e jetesës së një pacienti do të ndryshohet nga sëmundja e tyre, çfarë do të thotë ky ndryshim për pacientin, si pacienti më parë u përball me sfida të ngjashme dhe cilët anëtarë/miq të familjes do të ndikohen nga kjo sëmundje. Shumë autorë kanë argumentuar se sëmundja mund të jetë një katalizator për shëndetin dhe rritjen. Sëmundja shpesh i shtyn individët të reflektojnë mbi jetën e tyre, të marrin në konsideratë atë që është më e rëndësishmja për ta dhe të imagjinojnë se si do të jetë jeta pasi të ketë mbaruar faza akute e sëmundjes së tyre dhe të rikthehet shëndeti i tyre [20]. Marrëdhëniet, sjelljet shëndetësore dhe rutinat e përditshme që individit më parë i merrte si të mirëqena, tani ripërkufizohen nga kërcënimi aktual për shëndetin e tyre. Sëmundja



mund t'u ofrojë individëve një mundësi për të rikrijuar dhe formuar shëndetin e tyre. Po kështu, krizat shëndetësore që prekin komunitete të tëra mund të sjellin një mundësi për të rindërtuar infrastrukturën, ligjet dhe politikat që mbështesin shëndetin. .

Përkufizimi i mirëqënies

Përkufizimi i shëndetit dhe mirëqënies hodhi themelet për praktikat e promovimit të shëndetit dhe zgjeroi rolin e infermierisë dhe mjekësisë përtej parandalimit dhe trajtimit të sëmundjeve [16]. Duke përfshirë fokusin në mirëqënien e individit dhe mirëqënien e zgjeruar të kujdesit shëndetësor nga parandalimi dhe trajtimi i sëmundjeve në një konsideratë të aftësisë së pacientit për të përballuar stresin, për të zgjedhur sjellje të shëndetshme, për të njohur kufizimet e tyre lidhur me shëndetin, për të marrë pjesë në modifikimet e stilit të jetesës dhe për të menaxhuar ndryshimet në gjendjen e tyre shëndetësore [21]. Dunn (1959), babai i lëvizjes së Mirëqënies avokoi për maksimizimin e potencialit njerëzor duke u përqëndruar njëkohësisht në mendjen, trupin dhe shpirtin. Ai theksoi rëndësinë e personalitetit, motivimit, mjedisit dhe kapacitetit për ndryshim. Ai avokoi për përmirësimin e cilësisë së jetës dhe angazhimin aktiv të individëve dhe komuniteteve në promovimin e shëndetit, mirëmbajtjen e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjeve [22].

Kompetencat kryesore të promovimit të shëndetit

Kompetenca përkufizohet si "aftësia për të aplikuar njohuri, aftësi, qëndrime dhe vlera të veçanta në standardin e performancës i kërkuar në kontekste të caktuara". Kompetencat kryesore janë grupi minimal i kompetencat që përbëjnë një bazë të përbashkët për të gjitha rolet promovuese të shëndetit. Ato janë të gjitha se çfarë profesionistët e promovimit shëndetësor pritët të jenë të aftë të bëjnë për të punuar në mënyrë efikase, efektive dhe të përshtatshme.

Kompetencat kryesore të promovimit të shëndetit mund të përdoren për:

- të siguroar që ka udhëzime të qarta për njohuritë, aftësitë, qëndrimet dhe vlerat e nevojshme për të planifikuar,
- zbatuar dhe vlerësuar përpjekjet për promovimin e shëndetit në mënyrë efikase, efektive dhe të përshtatshme;
- të ndihmojë punëdhënësit/menaxherët që të zhvillojnë përshkrimet përkatëse të punës dhe një kuptim më të mirë të shëndetit
- rolet promovuese në vendet e punës individuale;
- siguroar një mjet për t'u përdorur në planifikimin e karrierës dhe vendosjen mbi nevojat e zhvillimit profesional dhe trajnimit;
- të ofrojë më shumë mundësi për lëvizje nëpër role dhe organizata brenda sektorit të shëndetësisë;
- të integrojë trajnimin me aktivitetet e përditshme të kryera në mjedisin e punës;
- të formojnë programet dhe kualifikimet e trajnimit për t'i bërë ato më të rëndësishme për punën e kryer në terren;
- t'i bëjë proceset e vlerësimit të performancës më të rëndësishme dhe transparente;
- promovuar komunikim më të mirë dhe punën në grup në projekte multidisiplinare duke siguroar një gjuhë të përbashkët në kuptimin e koncepteve dhe praktikave kryesore të përdorura në promovimin e shëndetit; dhe



- të kontribuojë në njohjen dhe vërtetimin më të madh të vlerës së promovimit të shëndetit dhe punës së bërë nga praktikuesit e promovimit të shëndetit

Planifikimi, zbatimi dhe vlerësimi i programeve të përshtatshme për promovimin e shëndetit janë aftësitë kryesore të kërkuara nga një profesionist fillestar i promovimit të shëndetit. Praktikuesit e njohuri në promovimin e shëndetit, shëndetin publik, shkencat shoqërore, edukimin, komunikimin ose zhvillimin urban.

Kompetencat kryesore të kërkuara përfshijnë:

1. Kompetencat e planifikimit, zbatimit dhe vlerësimit të programit të promovimit shëndetësor
 - 1.1 Kompetencat e vlerësimit të nevojave (ose të situatës)
 - 1.2 Kompetencat e planifikimit të programit
 - 1.3 Kompetencat për planifikimin e strategjive të bazuara në dëshmi
 - 1.4 Kompetencat e vlerësimit dhe kërkimit
2. Kompetencat e ndërtimit të partneritetit
3. Kompetencat e komunikimit dhe shkrimit të raporteve
4. Kompetencat teknologjike
5. Kompetencat e njohurive [23].

Promovimi i shëndetit si pjesë vitale e praktikës infermierore

Shumë autorë kanë propozuar për ta bërë promovimin e shëndetit një praktikë dhe profesion të specializuar. Ata që mbështesin këtë pikëpamje argumentojnë se profesione të tjera përveç infermierisë, mjekësisë dhe edukimit shëndetësor duhet të trajnohen në praktikën e promovimit të shëndetit. Ata argumentojnë për një nevojë për identifikimin e kompetencave të promovimit të shëndetit, standardet e akreditimit për promovimin e shëndetit dhe zhvillimin e standardeve profesionale të praktikës. Kompetencat kryesore për një rol të tillë përfshijnë aftësinë për: (1) katalizimin e ndryshimit dhe fuqizimin e individëve dhe komuniteteve për të përmirësuar shëndetin e tyre; (2) të sigurojë udhëheqje në zhvillimin e politikave të shëndetit publik dhe ngritjen e kapaciteteve në sistemet për mbështetjen e promovimit të shëndetit; (3) të vlerësojë nevojat dhe pasuritë në komunitete për të analizuar përcaktuesit e sjelljes, kulturore, sociale, mjedisore dhe organizative të shëndetit; (4) zhvillimi i qëllimeve të matshme pas vlerësimit të nevojave dhe aseteve dhe identifikimi i ndërhyrjeve të bazuara në dëshmi; (5) të kryejë strategji efikase, të ndjeshme kulturore për të përmirësuar shëndetin; (6) vlerësjë efektivitetin e politikave të promovimit të shëndetit dhe shpërndarjen e rezultateve; (7) avokim në emër të individëve dhe komuniteteve ndërsa krijoni kapacitetin e tyre duke përfshirë një kuptim të aseteve të tyre; dhe (8) punojnë në bashkëpunim midis disiplinave të ndryshme për të promovuar shëndetin. Një numër infermierësh që punojnë në komunitet në mjediset e shëndetit publik, studiues infermierë dhe disa infermierë të praktikës së avancuar janë të angazhuar në zhvillimin dhe vlerësimin e politikave shëndetësore. Ndërkohë që ka sugjerime se Infermierët duhet ta shikojnë promovimin e shëndetit si një filozofi udhëzuese në lidhje me avokimin, përfshirjen, mbështetjen e shtuar sociale dhe kujdesin e individualizuar. Duke përfshirë avokimin, duke marrë parasysh mbështetjen sociale, duke përfshirë pacientët në planifikimin e kujdesit dhe duke ofruar kujdes individual, infermierët mund të promovojnë shëndetin. Duke u angazhuar në dëgjimin aktiv, kontrollimin me pacientin dhe/ose familjen, nxitjen e përfshirjes së pacientit në planifikimin e kujdesit dhe kujdesin ditor dhe individualizimin e kujdesit



bazuar në prioritetet e pacientit, infermierët po angazhohen në kujdesin pjesëmarrës, një komponent i rëndësishëm i promovimit të shëndetit. Meqenëse zhvillimi i një marrëdhënie terapeutike infermiere-pacient kërkon pjesëmarrjen e pacientit, kjo gjithashtu është pjesë e promovimit të shëndetit. Ndërhyrjet infermiore që nxisin mbështetjen sociale, zvogëlojnë barrierat në kujdes dhe përmirësojnë vetë-efikasitetin janë gjithashtu promovuese të shëndetit. Përcaktimi i nevojave të perceptuara të klientit dhe familjes bazuar në pozicionin e tyre shoqëror, së bashku me zhvillimin e objektivave realiste dhe mënyrave për të monitoruar progresin, është një pjesë vitale e promovimit të shëndetit [24]. Infermierët luajnë një rol kyç në kujdesin e pacientëve me sëmundje kronike dhe konsiderohen si baza e ruajtjes dhe promovimit të shëndetit në këta pacientë [25-26]. Infermierët kanë rol të rëndësishëm në promovimin e shëndetit, por menaxhimi i sëmundjeve kronike kërkon aftësi të reja [27]. Në rastin e sëmundjeve kronike, këshillimi infermior është një mënyrë për të zvogëluar komplikacionet dhe kostot e sëmundjes [28]. Ndërhyrja më e zakonshme e promovimit të shëndetit e përdorur nga infermierët është edukimi shëndetësor. Është venë re se grupe të ndryshme pacientësh, të tillë si të moshuarit ose familjet me sëmundje kronike, kanë nevoja të ndryshme për promovimin e shëndetit. Në promovimin e shëndetit të këtyre grupeve të ndryshme, infermierët mund të konsiderohen si nxitës të shëndetit të fokusuar tek pacientët. Infermierët në promovimin e shëndetit duhet të jenë në gjendje të planifikojnë, zbatojnë dhe vlerësojnë ndërhyrjet dhe projektet e promovimit të shëndetit. Ato duhet të kenë aftësi multidisiplinare dhe vecanërisht aftësi komunikative. Edhe pse Infermiera është një profesion i përshtatshëm në të cilin zbatohet promovimi i shëndetit, ka barrierat që lidhen me kulturën organizative të cilat kanë një efekt të dukshëm në implementim [29].

Pyetje për diskutim

1. A mendoni se infermierët duhet të përqëndrohen ekskluzivisht në edukimin shëndetësor për pacientët individualë apo duhet të vlerësojnë aspektet sociokulturore, organizative, politike dhe mjedisore të promovimit të shëndetit? Ju lutemi shpjegoni përgjigjen tuaj.
2. A ndikojnë faktorët sociokulturorë si statusi arsimor, statusi i punësimit, statusi martesor, vendi i banimit ose lindjes, qasja në kujdesin shëndetësor dhe besimet/zakonet kulturore në gjendjen shëndetësore të individëve? Ju lutemi shpjegoni përgjigjen tuaj.
3. A besoni se sjelljet individuale shëndetësore të tilla si pirja e duhanit, alkoolit, përdorimi i drogës, stërvitja/ushqimi dhe qasja në kujdesin parandalues përcaktojnë kryesisht shëndetin e një personi? Ju lutemi shpjegoni përgjigjen tuaj.
4. A duhet krijuar një rol i veçantë i praktikuesit të promovimit të shëndetit? Apo promovimi i shëndetit duhet të mbahet si pjesë përbërëse e praktikës infermiore? Ju lutemi shpjegoni përgjigjen tuaj.
5. A kanë përkufizimet e shëndetit, edukimit shëndetësor dhe promovimit të shëndetit ndonjë ndikim në praktikën tuaj infermiore? Ju lutemi shpjegoni përgjigjen tuaj.
6. Imagjinoni se si do të ofrohet kujdesi shëndetësor pas 10 vitesh. Përkufizimet e ndryshme të përfshira në këtë leksion mund të ndikojnë në mënyrën se si ju praktikoni infermierinë në një periudhë 10 vjeçare.



Referenca

19. Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. London, UK: Harrison and Sons.
20. American Nurses Association (2010). What is nursing? Retrieved from <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/StudentNurses/WhatIsNursing.aspx>
21. International Council of Nurses (2010) The ICN definition of nursing. Retrieved from <http://www.icn.ch/definition.htm>
22. Morgan, I. S., & Marsh, G. W. (1998). Historic and future health promotion contexts for nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30, 379–383.
23. Whitehead, D. (2008). Health promotion: An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 891–900.
24. Mackintosh, N. (1996). *Promoting health: An issue for nursing*. Dinton, Nr. Salisbury, Wilts, Quay Books.
25. Whitehead, D. (2003a). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: Bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 796–805.
26. Whitehead, D. (2003b). Incorporating sociopolitical health promotion activities in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 668–677.
27. Tones, K. (2000). Evaluating health promotion: A tale of three errors. *Patient Education and Counseling*, 39, 227–236.
28. Robertson, A. (2001). Biotechnology, political rationality, and discourses on health risk. *Health*, 5, 293–309.
29. Williamson, D. L. & Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1), 107–122.
30. Harm, T. (2001). Patient education in Estonia. *Patient Education and Counseling*, 4, 75–78.
31. Larsson, G., Starrin, B., & Wilde, B. (1991). Contributions of stress theory to the understanding of helping. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 5, 79–85.
32. Tones, K. (1985). Health promotion a new panacea? *Journal of the Institute of Health Education*, 23(1), 16–21.
33. Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
34. Saylor, C. (2004). The circle of health: A health definition model. *Journal of Holistic Nursing*, 22, 97–115.
35. Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: Talking the patient's point of view on health care and health. *Social Science and Medicine*, 56(7), 1595–1604.



36. Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56, 123–136.
37. World Health Organization [WHO]. (1948). Preamble to the constitution of the WHO. Official records of the WHO (No 2, p. 100). Entered into force April 7, 1948.
38. Diemert-Moch, S. (1998). Health-within-illness: Concept development through research and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 305–310.
39. Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy*, 7(1), 1–6.
40. Dunn, H. L. (1959). High-level wellness in man and society. *American Journal of Public Health*, 49, 786.
41. Core Competencies for Health Promotion Practitioners. Endorsed by the Australian Health Promotion Association's (AHPA) Management Committee at their National Teleconference meeting on Thursday 5th February, 2009.
42. Bonnie Raingruber. (2017). Health Education, Health Promotion, and Health. Chapter1. Health Education, Health Promotion, and Health: What Do These Definitions Have to Do with Nursing?
43. Sutherland D, Hayter M. Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs*. 2009;18:2978–92.
44. Jannings W, Underwood E, Almer M, Luxford B. How useful is the expert practitioner role of the clinical nurse consultant to the generalist community nurse? *Aust J Adv Nurs*. 2010;28:33.
45. Whitehead L. The effects of personalized care planning for adults living with chronic conditions. *Int J Nurs Pract*. 2016;22:138–40.
46. Yousefi, H., Ziaee, E. S., & Golshiri, P. (2019). Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. *Journal of education and health promotion*, 8, 178.
47. Virpi Kemppainen, Kerttu Tossavainen, Hannele Turunen, Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review, *Health Promotion International*, Volume 28, Issue 4, December 2013, Pages 490–501.



12

Kujdesi shëndetësor parandalues

Objektivat e mësimi

- Njohja me historikun natyror të sëmundjes, fazat e parandalimit
- Të njohim dhe të përshkruajmë llojet e parandalimit dhe të japim shembuj konkret ndërhyrjesh për çdo lloj parandalimi
- Të kuptojmë parandalimin e sëmundjeve në kontekstin e praktikës klinike dhe faktorët ndikues në këtë proces
- Të njohim mënyra proaktive për të shmangur problemet shëndetësore

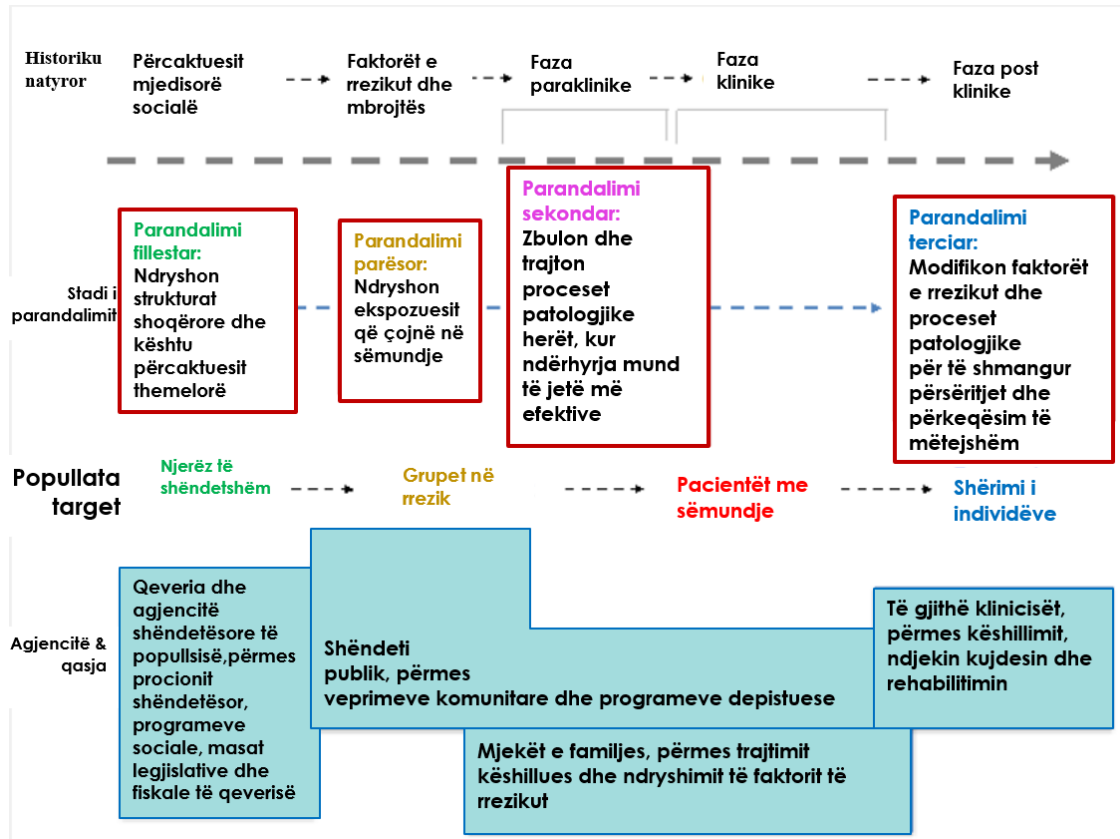
Historiku natyror i sëmundjes dhe fazat e parandalimit

Në mënyrë ideale, parandalimi duhet të ndodhi para se një person të preket nga një sëmundje, dhe për këtë arsye programet parandaluese u ofrohen personave të shëndetshëm në popullatën e përgjithshme. Po në cilin fazë të historikut natyror të sëmundjes, ne duhet të ndërhyjmë? Në përgjithësi, njerëzit drejtohen për kujdes shëndetësor kur sëmundja është bërë e evidente, ndërkohë që në komunitet mund të ketë shumë individ që kanë gjendje pre-klinike të sëmundjes, dhe akoma më shumë individë me faktorë rreziku për sëmundjen. Për disa sëmundje (si për shembull sëmundjet respiratore nga ndotja e ajrit), në mënyrë hipotetike cdo individë i popullatës është i prekshëm, për këtë arsye parandalimi ka target të gjithë popullatën. Për sëmundje të tjera (për shembull kancerin e gjirit) disa grupe janë në rrezik më të lartë, dhe për këtë arsye parandalimi fokusohet te ky grup.

Në përgjithësi, qasjet shëndetësore në popullatë kanë target të gjithë popullatën, kurse programet e shëndetit publik kanë popullatë target grupe të caktuara të popullatës. Për dizenjimin e këtyre programeve është shumë e rëndësishme të kuptohet shpërndarja e sëmundjes në popullatë dhe të dimë se si mund të identifikojmë rastet e reja. Figura 12-1 bashkon fazat e historikut natyror të sëmundjes dhe ecurinë klinike të saj në strategjitë parandaluese, ose “fazat e parandalimit”. Grupe të ndryshme ekspertësh, në vende të ndryshme do të mundësojnë ofrimin e strategjive të ndryshme parandaluese. Masat parandaluese mund të aplikohen në çdo fazë të historisë natyrore të sëmundjes, me synimin për të parandaluar përparimin e mëtejshëm të saj. Është e rëndësishme të mendohet për veprimet parandaluese për secilën nga katër fazat kryesore në veçanti, por në realitet fazat ndërthuren te njëra-tjetrën [1].



Figura 12-1.

Kursi klinik i një sëmundjeje: katër fazat e parandalimit**Llojet e parandalimit**

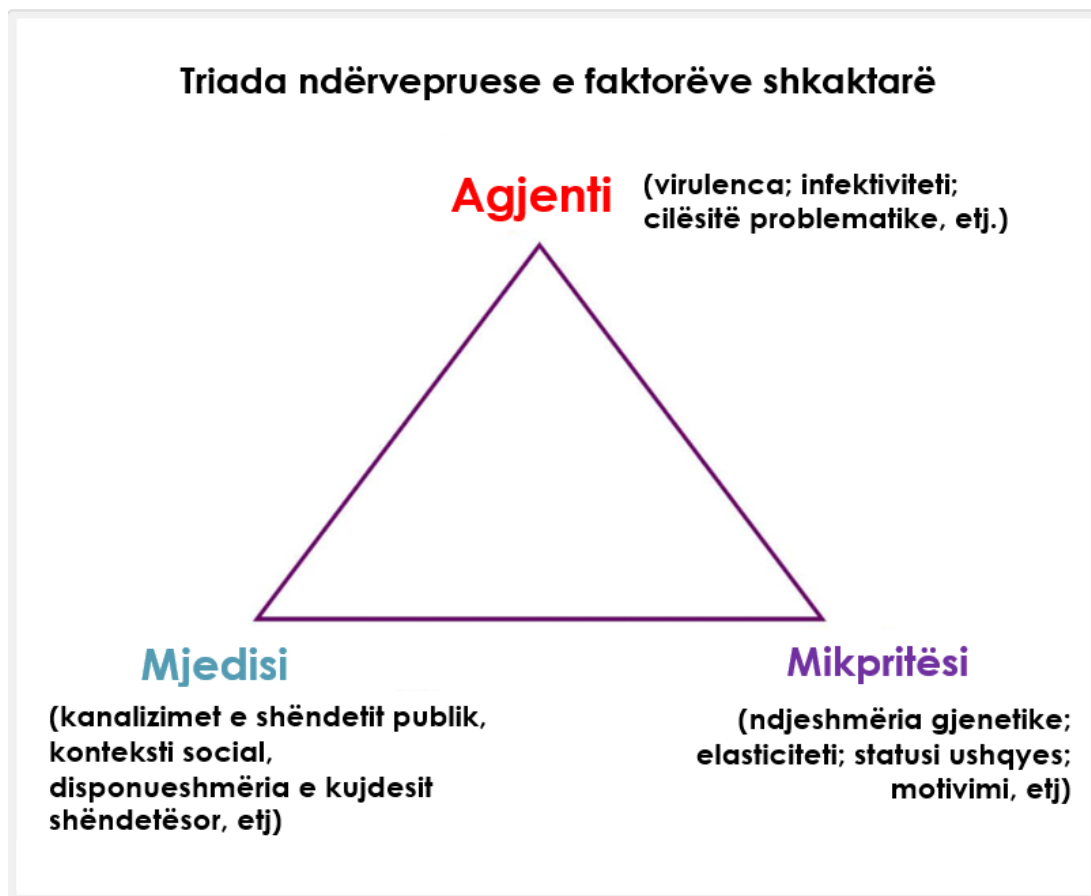
Parandalimi fillestar apo primitiv konsiston në ndërmarrjen e veprimeve për të modifikuar përcaktuesit e shëndetit të popullatës dhe për të penguar krijimin e faktorëve (mjedisorë, ekonomikë, socialë, të sjelljes) të njohur për rritjen e rrezikut të ardhshëm të sëmundjes [2]. Ai trajton përcaktuesit në nivel sistematik në vend që të modifikojë faktorët e rrezikut personal, të cilët janë qëllimi i parandalimit parësor. Kështu, ndalimi me ligj i alkoolit në vende të caktuara do të përfaqësonte parandalimin fillestar, ndërsa një fushatë kundër konsumit të alkoolit dhe përdorimit të makinës të ishte një shembull i parandalimit parësor. Shembuj të tjerë të parandalimit primordial përfshijnë përmirësimin e kanalizimeve (në mënyrë që ekspozimi ndaj agjentëve infektiv të mos ndodhë), krijimin e komuniteteve të shëndetshme, promovimin e një jetese të shëndetshme në fëmijëri (për shembull, përmes programeve të ushqyerjes para lindjes dhe mbështetjes së programeve të zhvillimit të fëmijërisë së hershme), ose zhvillimin e qasjeve së energjisë së gjelbër. Në rastin e sëmundjeve kronike, për parandalimin e diabetit, shembuj të parandalimit primitiv përfshijnë programet e subvencionuara të fitnesit në qendrat sportive për ti bërë aktivitetet të tilla më të përballueshme për të gjitha gratë, dhe që mund të ndihmojnë për ta bërë ushtrimin një normë për të gjitha grate e një komuniteti të caktuar [3]. Meqenëse këto janë programe të nivelit të popullsisë,



parandalimi parësor lidhet konceptualisht me shëndetin dhe promovimin e shëndetit të popullatës, por klinikistët mund të luajnë një rol në sjelljen e problemeve në vëmendjen e publikut dhe në avokimin për veprim mbi përcaktuesit [1].

Parandalimi parësor synon të parandalojë shfaqjen e sëmundjeve specifike përmes zvogëlimit të rrezikut: duke ndryshuar sjelljet ose ekspozimet që mund të çojnë në sëmundje, ose duke rritur rezistencën ndaj efekteve të ekspozimit ndaj një agjenti të sëmundjes. Shembujt përfshijnë lënien e duhanit dhe vaksinimin. Parandalimi parësor zvogëlon incidencën e sëmundjes duke adresuar faktorët e rrezikut të sëmundjes ose duke rritur rezistencën. Disa qasje përfshijnë pjesëmarrje aktive, si me larjen dhe pastrimin e rregullt të dhëmbëve për të parandaluar kariesin dentar. Qasjet e tjera janë pasive: shtimi i fluorit në ujin e pijshëm komunal për të forcuar smaltin e dhëmbëve dhe për të parandaluar kariesin. Parandalimi parësor shpesh synon agjentë të veçantë dhe faktorët e rrezikut për sëmundje të veçanta, por gjithashtu mund të synojë të promovojë sjellje të shëndetshme, të përmirësojë rezistencën e bujtësit dhe të krijojë mjedise të sigurt që zvogëlojnë rrezikun e sëmundjeve në përgjithësi, për shembull, pastrimin e plotë të dhomave të operacionit për të parandaluar infeksionet pas operacionit. Parandalimi parësor përshtatet mirë në modelin e shkakësisë, agjent- mikpritës –mjedis, Figura 12-2 [4].

Figura 12-2





Parandalimi sekondar përfshin procedurat për zbulimin dhe ndalimin e ndryshimeve patologjike paraklinike dhe në këtë mënyrë kontrollin e përparimit të një sëmundjeje të veçantë. Procedurat e kontrollit (të tilla si mamografia për të zbuluar kancerin e gjirit në fazën e hershme) janë shpesh hapi i parë, duke çuar në ndërhyrje të hershme që janë më kosto - efektive sesa ndërhyrja pasi të shfaqen simptomat. Në rastin e sëmundjeve kronike, shembulli i diabetit, testimi i rregullt i sheqerit në gjak për njerëzit mbi 40 vjeç do të ishte një shembull i rëndësishëm për zbulimin e hershëm të diabetit në këtë target group. Kontrolli apo depistimi, zakonisht ndërmerret nga profesionistë të shëndetit, ose në takimet individuale mjek/infermier-pacient si me kontrollet rutinë të presionit të gjakut, ose përmes programeve depistuese të shëndetit publik [1].

Pasi një sëmundje është zhvilluar dhe është trajtuar në fazën e saj klinike akute, **parandalimi terciar** kërkon të zbusë ndikimin e sëmundjes në funksionin, jetëgjatësinë dhe cilësinë e jetës së pacientit. Shembujt përfshijnë modifikimin e faktorëve të rrezikut të sjelljes, të tilla si ndihma e një pacienti kardiak për të humbur peshë, ose bërja e modifikimeve mjedisore për të zvogëluar ekspozimin e një pacienti astmatik ndaj alergeneve. Në shembullin sëmundjes së diabetit tipi 2, parandalimi terciar mund të përfshijë sigurimin e kontrolleve të rregullta për të monitoruar gjendjen e pacientit, duke përfshirë ekzaminimet e syve për të kontrolluar rezultatet e mundshme negative të diabetit (parandalimi i komplikacioneve të lidhura). Aty ku gjendja nuk është e kthyeshme, parandalimi terciar fokusohet në rehabilitim, duke ndihmuar pacientin të përshtatet me paaftësinë e tij. Për kushtet e kthyeshme, të tilla si shumë lloje të sëmundjeve të zemrës, parandalimi terciar do të zvogëlojë prevalencën e këtyre sëmundjeve në popullatë, ndërsa për kushtet e pashërueshme mund të rrisë prevalencën nëse zgjat jetën. Qëllimi kryesor për parandalimin terciar është rritja e cilësisë së jetës [1]. Tabela 12-1, pasqyron shembuj të ndërhyrjeve të ndryshme parandaluese dhe targetin e tyre.

Tabela 12-1

Shembuj të ndërhyrjes parandaluese parësore, dytësore dhe terciare që synojnë individët dhe popullatën.

Sëmundje	Niveli i Ndërhyrjes	Parësor	Sekondar	Terciar
Kanceri kolonorektal	Individual	Këshillimi mbi stilet e shëndetshme të jetesës: këshillimi dietik për njerëzit në rrezik nga kanceri kolorektal, etj.	Testimi i jashtëqitjes pwr gjak okult për të zbuluar herët kancerin kolorektal	Ekzaminimet pasuese për të identifikuar përsëritjen ose sëmundjen metastatike: ekzaminimi fizik, testet e enzimave të mëlçisë, rrezet X të gjoksit: etj.
	Popullata	Fushatat publicitare që paralajmërojnë publikun për përfitimet e ndryshimeve të stilit të jetesës në parandalimin e	Programet e organizuara depistuese të kolonoskopisë	Riorganizimi i shërbimeve shëndetësore për të përmirësuar aksesin në kujdesin pasues me cilësi të lartë



Sëmundjet Infektive: hepatiti C	kancerit kolorektal; promovimi i dietave me fibra të larta; subvencione për të ndihmuar njerëzit të kenë qasje në programet e stërvitjes; fushatat kundër pirjes së duhanit.			
	Individual	Këshillimi për përdorimin e sigurt të injeksioneve për të parandaluar transmetimin e virusit të hepatitit C; këshillim për seksin më të sigurt	Ekzaminimi për infeksionin hepatitis C të pacientëve me një histori të përdorimit të drogës me injeksion	Terapia për të kurrë infeksionin dhe parandaluar transmetimin
	Popullata	Edukimi dhe praktikat e seksit më të sigurt; programe për dekurajimin e ndarjes së gjilpërës midis përdoruesve intravenoz të drogës, etj.	Krijoni një sistem universal testimi për hepatitin C në grupet me rrezik të lartë	(Ngjashëm me parandalimin parësor); duke siguruar kontroll të ngushtë të vendeve me rrezik të lartë, siç janë sallonet e tatuazheve që janë shoqëruar me shpërthime të rasteve
Sindromi metabolik	Individual	Këshillim për ushqyerjen dhe ushtrimin	Depistim për diabet	Referim në klinikat e rehabilitimit kardiak
	Popullata	Ndërtoni mjedise të favorshme për transport aktiv (ecje ose biçikletë në vend që të përdorni makinën)	Programet e humbjes së peshës në nivel komuniteti dhe programet e stërvitjes për të kontrolluar sindromën metabolike	Zbatimi i klinikave multidisiplinare

Objektivat e kujdesit shëndetësor dhe Parandalimi në praktikën klinike

Në parim, kujdesi shëndetësor synon të zvogëlojë sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë. Shëndeti i individëve bie me kalimin e kohës pasi ata janë të ekspozuar ndaj faktorëve të ndryshëm të dëmshëm. Kujdesi shëndetësor që parandalon - ose të paktën vonon fillimin e sëmundjeve potencialisht fatale, zhvendos kurbën e mbijetesës. Kjo sjell rritje të zonës midis kurbës së mbijetesës dhe kurbës së mbijetesës pa aftësi të kufizuara, duke rritur sasinë e aftësisë së kufizuar, në mënyrë që vitet e fituara të jetës të jetohen në një gjendje të dobët shëndetësore. Megjithatë, është parë se veprimet parandaluese që zgjasin jetën duket se përmirësojnë shëndetin, kështu që kombinimi i parandalimit të sëmundjeve dhe promovimit të shëndetit tenton të ngrejë edhe kurbën e mbijetesës pa aftësi të kufizuara duke sjell kështu ngushtim të sëmundshmërisë. Parandalimi i



sëmundjeve dhe mbështetja e pacientëve për të maksimizuar shëndetin dhe funksionimin gjatë gjithë jetëgjatësisë janë dy aktivitete thelbësore të një sistemi shëndetësor që funksionon mirë [5].

Parandalimi në Praktikën Klinike

Profesionistët e kujdesit shëndetësor, sidomos ata të kujdesit parësor kontribuojnë në shëndetin e popullatës kur ndërhyjnë në mënyrë të përshtatshme për:

- promovimin e shëndetit,
- parandalimin e sëmundjeve,
- zvogëlimin e kohëzgjatjes ose ashpërsisë së sëmundjes,
- zvogëlimin e aftësisë së kufizuar dhe aftësinë e kufizuar [6].

Llojet kryesore të ndërhyrjeve parandaluese në praktikën klinike janë paraqitur në Tabelën 12-2.

Tabela 12-2

Shembuj të ndërhyrjeve parandaluese në praktikën klinike

Lloji i ndërhyrjes	Shembuj nga rekomandimet
Këshillim	Ndërprerja e duhanit për duhanpirësit Këshillimi dietik për njerëzit me hiperlipidemi dhe faktorë të tjerë të rrezikut të lidhur me dietën për sëmundje kronike Këshillim për ushqyerjen me gji për gratë shtatzëna
Depistimi	Hipertensioni tek të rriturit Infeksioni klamidia tek gratë seksualisht aktive nën 25 vjeç Kanceri kolorektal tek të rriturit e moshës 50 deri në 70 vjeç
Imunizimi	Imunizimi rutinë në fëmijëri Vaksinimet specifike për njerëzit në rrezik për shkak të punës ose udhëtimit
Farmakoprofilaksi	Medikamente lokale okulare për të sapolindurit për të parandaluar oftalminë neonatale nga gonokoku Diskutoni përdorimin e themoxifen ose raloxifene me gratë në rrezik të lartë për kancerin e gjirit Shtesa e folatit për para dhe gjatë shtatzënisë së hershme për të parandaluar defektet tubale nervore

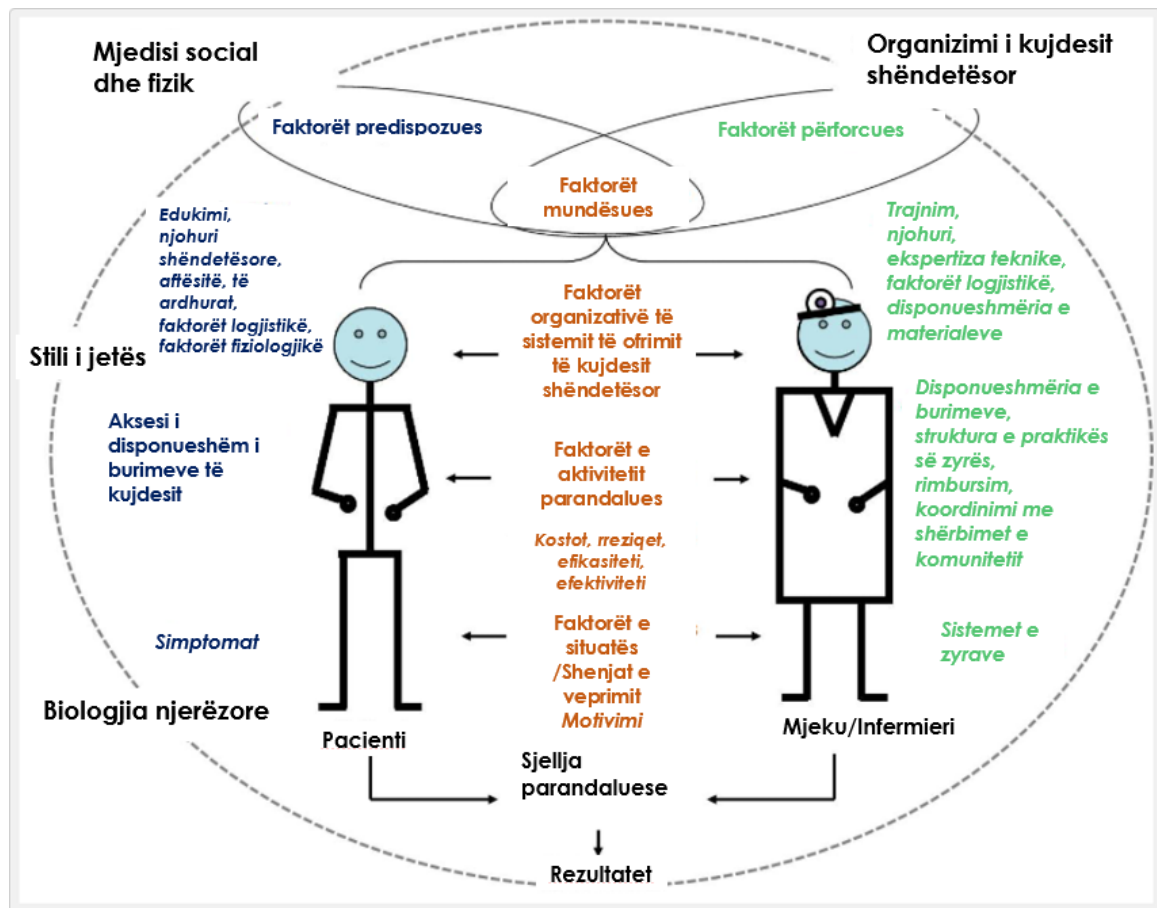
Kur marrim parasysh parandalimin në një mjedis klinik, ne priremi të mendojmë vetëm për ndërveprimin midis një profesionisti shëndeti (mjek ose infermier) dhe një pacienti, por ky ndërveprim nuk ndodh në mënyrë të izoluar. Ai shtrihet në qendër të një grupi ndikimesh dhe kufizimesh mbi pacientin dhe mjekun, të ilustruar në Figurën 12-3. Disa faktorë janë të brendshëm për pacientët ose profesionistët e shëndetit, të tjerët janë të jashtëm, të lidhur me përcaktuesit e shëndetit ose me organizimin e shërbimeve. Ndikimet e shumta në parandalim, nënkuptojnë se nuk ka një zgjidhje të vetme për përmirësimin e praktikës parandaluese. Qëndrimet pozitive të profesionistëve të shëndetit - dhe njohja e dëshmimeve për efektivitetin e parandalimit - janë thelbësore, por

ka edhe disa hapa praktikë që një profesionist shëndeti mund të ndërmarrë për të modifikuar tiparet e mjedisit të praktikës si më poshtë:

- zbatimi i sistemeve të zyrave/qendrave që promovojnë praktikën e parandalimit
- zbatimi i përmirësimit të vazhdueshëm të cilësisë
- siguri që vendosja e praktikës promovon shëndetin (p.sh. siguri stenda për biçikleta; siguri që vendndodhja të jetë lehtësisht e arritshme në këmbë ose me transport publik dhe është e arritshme për njerëzit me të meta fizike; siguri materiale të përshtatshme leximi në dhomën e pritjes)
- avokimin për shëndetin e popullatës së tyre praktike. Kjo përfshin promovimin e barazisë dhe kujdesit parandalues me cilësi të lartë të orientuar drejt nevojave të popullatës. Në mënyrë të ngjashme, profesionistët e shëndetit të përfshirë në mësimdhënie duhet të sigurohen që mësimdhënia e tyre të marrë parasysh nevojat e popullsisë [7].

Figura 12-3

Ndikimet në praktikën klinike



- Sistemet e zyrave për përmirësimin e parandalimit në praktikë

Brenda një mjedisi të kujdesit shëndetësor, një sërë mjetesh mund të ndihmojnë në heqjen e pengesave në praktikën parandaluese. Ato përfshijnë dhënien e sugjerimeve për veprimin e profesionistit të shëndetit, si dhe mënyrat për të motivuar dhe edukuar



pacientët. Më poshtë janë disa lloje të mjeteve që mund të përmirësojnë praktikën e parandalimit.

- Përkujtues tabelar për profesionistët e shëndetit: mund të përfshijnë afishe me ngjyra që tregojnë se pacienti ka një sjellje specifike të rrezikut ose është në rrezik për një sëmundje të veçantë dhe grafikët e ecurisë të cilat mund të gjurmojnë ndërhyrjet dhe rezultatet. Vendosja e afisheve duhet të respektojë konfidencialitetin e pacientit.
- Sisteme të kompjuterizuara ose të gjurmimit: të ngjashme me përkujtuesit tabular dhe grafikët e ecurisë të cilat mund të gjurmojnë ndërhyrjet dhe rezultatet e tyre. Sistemet kompjuterike mund të përdoren për të gjeneruar receta parandaluese dhe informacione specifike për pacientin.
- Kujtesa për pacientët: kontaktimi me postë, email ose telefon kur është e nevojshme të ndërhyhet.
- Kërkesa vizuale në zyrë: për shembull, postera që tregojnë ndërhyrjet e rekomanduara sipas grupmoshave.
- Vlerësimi i rrezikut për shëndetin: pyetësi dhe masat fizike të rreziqeve shëndetësore që informojnë pacientin për rrezikun e tyre nga sëmundjet e zgjedhura [8]. Duhet të përdoret në kontekst; mund t'u jepet pacientëve ndërsa presin takimin e tyre.
- Informacioni i pacientit dhe regjistrimet parandaluese të mbajtura nga pacienti: të ngjashme me ecurinë e kujdesit, ato i japin pacientit pronësinë e kujdesit.
- Recetat parandaluese: këto përcaktojnë objektivin që duhet arritur (negociuar me pacientin), datën për ndjekjen dhe informacionin rreth ndryshimeve që do të bëhen. Një recetë i kujton pacientit atë që ai ka pranuar të bëjë.

- **Ndryshimi i sjelljes**

Nga lënia e duhanit deri tek marrja e një tablete në ditë, shumë ndërhyrje parandaluese dhe terapeutike kërkojnë që pacientët të ndryshojnë sjelljen e tyre, kështu që të kuptuarit e procesit të ndryshimit të sjelljes është thelbësor për infermierin që dëshiron të ruajë ose përmirësojë shëndetin e pacientëve. Sjellja e pacientëve shpesh është formësuar nga vitet e jetesës në një mënyrë të caktuar brenda një rrethi të caktuar shoqëror dhe ndryshimi i saj mund të ketë pasoja të padëshirueshme. Për shembull, lënia e duhanit mund të nënkuptojë që pacienti heq dorë nga kontakti shoqëror me duhanpirësit e tjerë; zvogëlimi i marrjes së alkoolit mund të zvogëlojë kënaqësinë e darkave me miqtë; ndryshimi i dietës mund të nënkuptojë jo konsumimin e ushqimeve të shpëjta. Ndryshimi i sjelljes luan rol thelbësor në modelin e kujdesit kronik, dhe është pika kyçe për menaxhimin dhe vecanërisht vetë-menaxhimin e sëmundjes [9]. Literatura njihë disa teori sesi formësohet sjellja shëndetësore. Disa autorë kombinuan një numër të këtyre teorive për të zhvilluar modelin e tyre ndër -teorik të fazave përmes të cilave përshkruan se cila sjellje ndryshon, dhe kjo është veçanërisht e dobishme në takimet klinike, fazat nëpër të cilat një pacient kalon në miratimin e një sjelljeje të re dhe identifikon faktorët që mund të motivojnë ose pengojnë një progres të tillë [10-11]. Duke përdorur modelin trans-teorik, një klinikist mund të diagnostikojë se në cilën fazë të ndryshimit ka arritur një pacient dhe, duke u mbështetur në njohuritë për forcat e ndryshme që luajnë gjatë secilës fazë, ai mund të përshtatë ndërhyrjen e tij për të siguruar mbështetje "të përshtatshme për fazën" për ndryshimin e sjelljes.

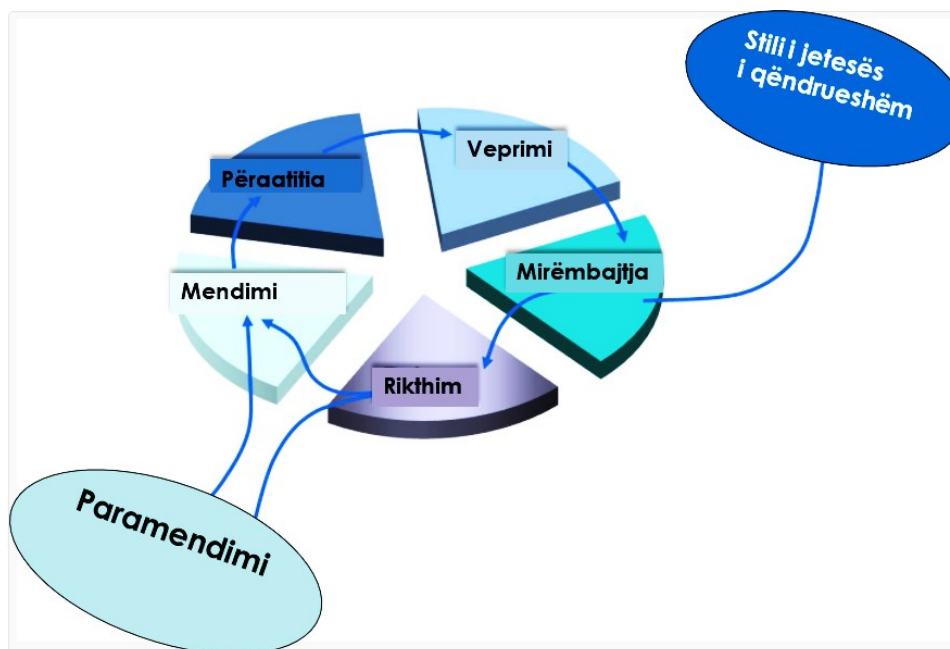


Modeli i Fazave të Ndryshimit thotë se në çdo kohë, për çdo sjellje, një person është në një nga fazat e mëposhtme të ndryshimit të sjelljes:

1. Paramendim: Personi nuk ka ndërmend të ndryshojë sjellje (p.sh, personi nuk ka interes të lërë duhanin). Për qëllime praktike, horizonti kohor përcaktohet si mos planifikimi i ndryshimit brenda gjashtë muajve të ardhshëm.
2. Mendimi: Edhe pse individ nuk ka filluar të ndryshojë sjelljen e tij, ai po mendon për këtë dhe ka ndërmend ta bëjë këtë brenda gjashtë muajve të ardhshëm (p.sh, personi të paktën ka folur me ofrusin e tij të kujdesit për ndalimin e pirjes së duhanit).
3. Përgatitja: Individ nuk ka filluar të ndryshojë sjelljen e tij, por ka ndërmarrë hapa praktikë për ta bërë këtë (p.sh, ka caktuar një datë të heqjes dorë).
4. Veprimi: Individ ka ndryshuar sjelljen e tij brenda 6 muajve të fundit (p.sh, ka lënë duhanin).
5. Mirëmbajtja: Individ ka mbajtur sjelljen e re për të paktën 6 muaj.
6. Rikthim: Pacientët shpesh e kanë të vështirë të ruajnë sjelljen e re dhe rikthimin. Kjo mund t'i bëjë ata ose të braktisin idenë e ndryshimit, kështu që të kthehen në paramendim, ose përndryshe t'i stimulojnë ata të provojnë përsëri, dhe kështu të hyjnë përsëri në medim apo edhe në fazën e përgatitjes, të ilustruar në Figurën 12-4. Roli i profesionistit të shëndetit ndryshon në varësi se në cilin stad gjendet pacienti.

Figura 12-4

Ilustrim i fazave të ndryshimit të sjelljes sipas Modelit Ndër-teorik të Ndryshimit të Sjelljes





Llojet e kujdesit parandalues: 8 mënyra proaktive për të shmangur problemet shëndetësore

Kujdesi parandalues është treguar të jetë një nga mënyrat më efektive për të zvogëluar sëmundjet dhe për të ulur barrën financiare të kujdesit shëndetësor. Edhe pse reformat e kujdesit shëndetësor i kanë bërë më të arritshme shumë forma të kujdesit parandalues, fatkeqësisht, edukimi rreth shëndetit parandalues është ende mjaft i kufizuar dhe pak prej individëve përfitojnë rregullisht nga kujdesi në dispozicion. Pabarazitë shëndetësore vazhdojnë të rriten dhe familjet pësojnë humbje që mund të ishin parandaluar [12].

Kujdesi parandalues është çdo shërbim mjekësor që zvogëlon rrezikun e rezultateve të mëvonshme negative të shëndetit, siç janë urgjencat mjekësore, paaftësia ose sëmundjet kronike. Kujdesi parandalues ka përfitime të konsiderueshme ekonomike dhe mund të zvogëlojë shumë barrën financiare të një individi të lidhur me shërbimet shëndetësore emergjente [13].

Më poshtë janë radhitur tetë taktika të zakonshme të identifikuara që profesionistët e shëndetit po përdorin për të mbajtur nën kontroll vizitat e kujdesit shëndetësor [14].

1) Testet e presionit të gjakut

Testet e presionit të gjakut janë një nga metodat më të rëndësishme të kontrollit për të identifikuar faktorët e rrezikut për sëmundje serioze tek të rriturit. Testimi për presionin e lartë të gjakut mund të zvogëlojë incidentet e goditjeve në tru, sulmeve të zemrës dhe sëmundjeve koronare të zemrës. Kontrollat për presionin e ulët të gjakut mund të çojnë në një reduktim të ngjarjeve cerebrovaskulare, sulmit të zemrës dhe vdekshmërisë së përgjithshme.

2) Depistimi i diabetit

Diabeti dhe prediabeti është një nga sëmundjet kryesore shkatërcuese të vdekshmërisë në mbarë botën. Shumë njerëz që jetojnë me diabet nuk e dinë se e kanë këtë sëmundje, edhe në mesin e popullatës shqiptare [15]. Me një diagnozë të duhur ose zbulimin e prediabetit, njerëzit mund të marrin trajtim dhe ndryshime të vogla në mënyrën e jetesës, në mënyrën e ushqyerjes dhe aktivitetet fizik bëjnë diferencën.

3) Testet e kolesterolit

Kontrollet e rregullta të kolesterolit çdo 4 deri në 6 vjet mund të zvogëlojnë rrezikun e sëmundjeve kardiovaskulare [16]. Sëmundjet kardiovaskulare mund të çojnë në sulme në zemër ose goditje në tru, por kur indikacionet e sëmundjeve kardiovaskulare zbulohen herët, mund të parandalohen me ilaçe ose rritje të aktivitetit fizik. Të rriturit me faktorë të zakonshëm rreziku si diabeti, hipertensioni, pirja e duhanit ose një histori familjare të kolesterolit të lartë, këshillohen që të kontrollojnë kolesterolin e tyre më shpesh.

4) Vaksinimet rutinë

Vaksinimet e fëmijërisë mbrojnë kundër sëmundjeve serioze si poliomieliti ose hepatiti, por vaksinimet e të rriturve janë po aq të rëndësishme. Një vaksinë vjetore e gripit tek të rriturit mund të ndikoj ndjeshëm në rezultatet shëndetësore.



5) Depistimet e kancerit

Mamografia dhe kolonoskopia janë ndër programet më të zakonshme të depistimit në masë të kancerit. Kolonoskopia mund të zbuloj shenjat e hershme të kancerit kolorektal. Ashtu si kanceri i gjirit, trajtimi i suksesshëm i kancerit kolorektal shpesh mund të varet nga zbulimi i hershëm i sëmundjes.

6) Depistime për infeksione seksualisht të transmetueshme

Shumë njerëz që jetojnë me infeksione seksualisht të transmetueshme (IST) nuk përjetojnë simptoma dhe jetojnë me një sëmundje, madje duke e përhapur atë tek të tjerët, pa e ditur. Përkundër faktit se IST -të janë të zakonshme dhe të trajtueshme, stigma sociale mund të ndikojë në vendimin e një personi për të kryer një kontroll të IST -ve. IST të pazbuluara dhe të patrajuara, mund të çojnë në rezultate të dobëta shëndetësore, përfshirë humbjen e fertilitetit dhe sëmundje serioze.

7) Kontrolle shëndetësore të fëmijëve

Fëmijët nga lindja deri në moshën 21 vjeç mund të zvogëlojnë rrezikun e sëmundjeve serioze dhe paaftësisë me një vizitë vjetore të përgjithshme. Këto vizita lejojnë të dihet nëse janë bërë vaksinimet e nevojshme, kontrollojnë probleme të mundshme mjekësore dhe ofrojnë njohuri mbi ndryshimet e stilit të jetesës që mund të zvogëlojnë zhvillimin e mëvonshëm të sëmundjes.

8) Depistimet e shëndetit mendor

Megjithëse është e vështirë të vlerësohet me saktësi numri i njerëzve në mbarë botën që vuajnë nga një sëmundje ose çrregullim mendor, Organizata Botërore e Shëndetit vlerëson se kjo shifër është në qindra miliona [17]. Shumë prej personave që vuajnë nga çrregullime mendore mund të kenë simptoma relativisht më të buta, por sëmundjet mendore të patrajuara mund të kenë pasoja shkatërruese për individët dhe komunitetet. Depresioni dhe ankthi janë disa nga problemet kryesore të shëndetit mendor në mbarë botën, por nëse zbulohen herët, këto kushte mund të trajtohen në mënyrë efektive me ilaçe, këshillime ose një kombinim të të dyjave.



Referenca

1. Part I. Theory-Thinking about health. Basic Concept in Prevention and Health Promotion. Chapter 4. AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.
2. Porta M, editor. A dictionary of epidemiology. New York (NY): Oxford University Press; 2008.
3. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008 Jul;62(7):580-3.
4. Part I. Theory-Thinking about health. Determinants of Health and health Inequalities. Chapter 2. AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.
5. <https://www.ahrq.gov/prevention/chronic-care/index.html>
6. Part I. Theory-Thinking about health. Improving Health. Chapter 8. AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.
7. Walsh JM, McPhee SJ. A system model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. Health Education Quarterly. 1992;19(2):157-75.
8. Oremus M, Hammill A, Raina P. Health Risk Appraisal. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US) 2011.
9. Wagner E. H, Austin B. T, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. Managed care quarterly. 1995;4(2):12–25.
10. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Progress in Behavior Modification. 1992;28:183-218.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390-5.
12. Health Affairs, Greater Use of Preventive Services in U.S. Health Care Could Save Lives at Little or No Cost.
13. Musich S, Wang S, Hawkins K, Klemes A. The Impact of Personalized Preventive Care on Health Care Quality, Utilization, and Expenditures. *Popul Health Manag.* 2016;19(6):389-397.
14. Anjali Stenquist. Types of Preventive Care: 8 Proactive Ways to Ward off Health Problems. Health Sciences Blog. 01/20/2020.
15. Fatjona Kamberi et al 2018. Awareness of type 2 diabetes and hypertension: a cross-sectional study. Conference: 4th IMCA 2018 4th International Multidisciplinary Medical Congress in Albania. At: Hotel Plaza, Tirana, Albania. Volume: IMCA IV Congress book.
16. U.S. Preventive Services Taskforce, Recommendations for Primary Care Practice - Published Recommendations, December, 2019.
17. World Health Organization, Fact Sheets: Mental Disorders, December, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



13

Asistenca dhe vlerësimi infermieror në komunitet

Objektivat e mësimit

- Përkufizimi i infermierisë në komunitet
- Të njohim vlerësimin e nevojave shëndetësore të komunitetit
- Të njohim konceptet dhe parimet e vlerësimit të nevojave shëndetësore të komunitetit
- Vlerësimi infermieror në komunitet
- Shembuj praktikë

Përkufizimi i infermierisë në komunitet

Ka shumë përkufizime të shërbimeve shëndetësore të komunitetit, por të gjithë ndajnë një numër funksionesh kryesore. Këto funksione mund të lidhen të gjitha me rolet e mëposhtme:

- kryerjen e trajtimit në një mjedis të një komuniteti ose shtëpie dhe, kur është e mundur, duke shmangur pranimin e panevojshëm në spital
- mbështetjen e menaxhimit të rasteve dhe menaxhimin e sëmundjeve për ata me kushte komplekse afatgjata dhe promovimin e autonomisë
- mbështetjen e rehabilitimit
- parandalimin e sëmundjeve dhe promovimin e shëndetit dhe sjelljeve të shëndetshme
- sigurimi i kujdesit paliativ
- sigurimi i kujdesit në fund të jetës; dhe
- mbështetja e shëndetit dhe mirëqenies së kujdestarëve [1].

Çfarë është vlerësimi i nevojave shëndetësore të komunitetit?

Vlerësimi i nevojave shëndetësore të komunitetit është një proces që:

- përshkruan gjendjen e shëndetit të popullatës lokale;
- mundëson identifikimin e faktorëve kryesorë të rrezikut dhe shkaqeve të sëmundjeve;
- mundëson identifikimin e ndërhyrjeve të nevojshme për adresimin e tyre.

Vlerësimi i nevojave shëndetësore të komunitetit nuk është një aktivitet i vetëm, por një proces zhvillimi që shtohet dhe ndryshohet me kalimin e kohës. Nuk është një qëllim në



vetvete por një mënyrë e përdorimit të informacionit për të planifikuar programet e kujdesit shëndetësor dhe shëndetit publik në të ardhmen.

Hapat e vlerësimit të nevojave shëndetësore të komunitetit janë si më poshtë.

- Profilizimi
 - mbledhja e informacionit përkatës që do të informojë infermierin për gjendjen e shëndetit dhe nevojave shëndetësore të popullatës; dhe
 - analiza e këtij informacioni për të identifikuar çështjet kryesore shëndetësore.
- Vendimi për përparësitë e ndërhyrjeve
- Planifikimi i programeve të shëndetit publik dhe të kujdesit shëndetësor për të adresuar çështjet prioritare
- Zbatimi i aktiviteteve të planifikuara
- Vlerësimi i rezultateve shëndetësore

Pse duhet berë?

Vlerësimi i nevojave do t'i mundësojë infermierit që:

- të planifikojë dhe ofrojë kujdesin më efektiv për ata që kanë më shumë nevojë;
- zbatojnë parimet e barazisë dhe drejtësisë shoqërore në praktikë;
- të sigurojë që burimet e pakta të alokohen aty ku ato mund të japin përfitime maksimale shëndetësore;
- punojnë në bashkëpunim me komunitetin, profesionistë dhe agjenci të tjera për të përcaktuar se cilat çështje shëndetësore shkaktojnë shqetësimin më të madh, planifikoj ndërhyrjet dhe adresimi i tyre.

Konceptet dhe parimet e vlerësimit të nevojave shëndetësore

- Përkufizimi i "shëndetit" dhe "nevojës"

Përkufizimi i shëndetit bazohet në një model holistik të shëndetit, duke theksuar faktorët shoqëror, ekonomik dhe kulturor që ndikojnë në shëndet, si dhe në sjelljen individuale. Koncepti i "nevojës" përfshin ato nevoja të ndjera dhe të shprehura nga popullata lokale, si dhe ato të përcaktuara nga profesionistët. Koncepti i nevojës lëviz përtej konceptit të kërkesës dhe merr parasysh kapacitetin e njerëzve për të përfituar nga programet e kujdesit shëndetësor dhe shëndetit publik.

Faktorët që ndikojnë në shëndet

Shëndeti ndikohet nga një numër faktorësh:

- mjedisi fizik në të cilin jetojnë njerëzit, siç janë cilësia e ajrit që thithin dhe uji që pinë;
- mjedisi shoqëror - niveli i mbështetjes sociale dhe emocionale që njerëzit marrin nga miqtë dhe / ose familja;
- varfëria, një faktor i rëndësishëm në të gjithë botën, i cili shkurton dhe zvogëlon cilësinë e jetës;



- sjellja dhe mënyra e jetesës - për shembull, pirja e duhanit shkakton kancer të mushkërive dhe sëmundje koronare të zemrës kështu që një zvogëlim i kësaj sjelljeje do të zvogëlojë sëmundjen; dhe
- gjenetika familjare dhe biologjia individuale - nëse vini nga një familje e shëndetshme keni më shumë mundësi të keni shëndet të mirë.

Njohja e faktorëve të mësipërm do të do të inkurajojë infermierin të marrë parasysh të gjithë këta faktorë rreziku në lidhje me komunitetin dhe të bëjë një vlerësim të rëndësishë së tyre [2].

Përfshirja e komunitetit

Asistenca dhe vlerësimi infermior në komunitet ka si përgjegjësi kryesore sigurimin e shërbimeve infermiore ndaj një numri të ngarkuar të pacientëve individualë dhe një përgjegjësi më të gjerë për përmirësimin e popullatës lokale dhe do të kërkojë mënyra për të përfshirë të tjerët në punën e saj / tij. Vlerësimi i nevojave të komunitetit përfshin shumë nga parimet e zhvillimit të komunitetit e cila është përcaktuar si: "... një mënyrë për të trajtuar problemet e një komuniteti duke përdorur energjinë dhe udhëheqja e njerëzve që jetojnë atje" [3].

Përfshirja e profesionistëve dhe agjencive të tjera

Nëse njerëzit ndihen të përfshirë në zhvillimin e një plani shëndetësor lokal, ata do të jenë më të përkushtuar duke e vënë atë në veprim. Prandaj është e rëndësishme që të gjithë ata që do të përfshihen në përdorimin e tyre planeve duhet të përfshihen gjithashtu edhe në procesin e vlerësimit të nevojave shëndetësore. Për infermierin kjo do të thotë të bashkëpunosh me profesionistë të tjerë dhe komunitetin lokal [2].

Seksioni Një: Profilizimi i popullatës

Mendoni se çfarë doni të zbuloni në lidhje me popullatën tuaj lokale. Çfarë informacioni do t'ju ndihmojë të përkufizoni dhe përshkruani komunitetin dhe nevojat e tij shëndetësore?

Ju mund ta gjeni të dobishme për t'i bërë vetes pyetjet vijuese.

1. Cilat janë karakteristikat kryesore të popullsisë?
2. Cili është statusi shëndetësor i njerëzve?
3. Cilët faktorë lokalë po ndikojnë në shëndetin e tyre dhe çfarë ndikimi kanë ata (të mire dhe keq)?
4. Çfarë shërbimesh po ofrohen aktualisht?
5. Çfarë i shohin popullatat lokale si nevoja të tyre shëndetësore
6. Cilat janë përparësitë kombëtare dhe lokale për shëndetin?



Karakteristikat e popullsisë

Një numër elementesh do t'ju mundësojë infermierëve të përshkruajnë komunitetin në të cilin punojnë:

– Gjeografia: cilën zonë / popullsi mbulon ky profil?

Një përshkrim i një komuniteti përfshin vendndodhjen e tij. Supozohet se komuniteti në të cilin infermieri do të ofroj asistencë duhet do të përkohet me fushën e përgjegjësisë së infermierit. Ju mund të jeni përgjegjës për një fshat me kufij të dallueshëm dhe të njohur, një pjesë e një qyteti me rrugë të emërtuara duke shënuar kufijtë e jashtëm, ose një kamp refugjatësh. Nëse jeni përgjegjës për një popullsi me numër vendndodhja fikse, siç janë njerëzit nomadë ose të pastrehë, përshkruajnë vetë njerëzit më tepër sesa vendndodhja. Përcaktimi i kufijve është i nevojshëm për të identifikuar se kush përfshihet në komunitet dhe për të ndihmuar mbledhjen e informacionit. Nëse është e mundur, përputhni kufijtë që zgjidhni me ato administrative, veçanërisht nëse informacioni është mbledhur tashmë mbi atë bazë ose punonjësitë e tjerë lokalë ndajnë përgjegjësinë për të njëjtën popullatë.

– Numrat: sa njerëz?

Numri i përgjithshëm i njerëzve brenda komunitetit duhet të përfshijë të gjithë njerëzit që nga lindja deri në vdekje. Kjo do të tregojë numrin e njerëzve që vlerësimi i komunitetit është krijuar për të mbuluar.

– Shpërndarja e moshës: cila është moshja?

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 vijuese:

- fëmijët parashkollorë
- fëmijë të moshës shkollore dhe të rinjtë
- të rriturit
- njerëzit e moshuar.

Grupmoshat e vjetra dhe të reja në një popullatë kanë nevoja më të mëdha për kujdes shëndetësor.

– Shpërndarja gjinore: sa meshkuj dhe femra?

Raporti mes meshkujve dhe femrave në një komunitet padyshim që ka një ndikim të madh edhe në nevojat shëndetësore të komunitetit. Shpërndarja gjinore ka disa modele standarde në një shkallë të gjerë, të tilla si më shumë djem lindin se vajza dhe ka më shumë gra sesa burra në moshë shumë të vjetër. Gjinia është gjithashtu e rëndësishme kur shikoni çështje shëndetësore specifike, të tilla si planifikimi familjar, shërbimet e lehonisë ose sëmundjet që janë specifike gjinore, të tilla si kanceri i vezoreve.



– Etnia dhe feja

Grupet etnike dhe fetare të pakicave mund të marginalizohen brenda një komuniteti; mungesa e vetëdijes mund të rezultojë në një vlerësim të nevojave shëndetësore të komunitetit që mund të mos përfshijë grupet më të prekshme. 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 mund të bëni krahasime me fushat e tjera. Grupet e ndryshme përballen me probleme të ndryshme dhe kërkojnë shërbime që janë të ndjeshëm ndaj sfondit të tyre kulturor dhe gjuhësor. Grupimet 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 për qasje të barabartë në kujdesin shëndetësor. Edhe nëse numrat janë të vegjël, infermierët duhet të marrin masa për të siguruar barazinë e aksesit në kujdesin shëndetësor dhe programe shëndetësore të përshtatshme nga ana kulturore dhe gjuhësore.

– Trendet e popullsisë: modele gjatë një periudhe kohore

Trendet e popullsisë japin një tregues të modeleve të sëmundjes dhe nevojës për shërbime. Shkalla e lindjeve duke u rritur ose zbritur mund të sugjerojë që një popullsi të rritet ose duke u zvogëluar, dhe gjithashtu mund të tregojë një nevojë për ndryshime të shërbimit. Shkalla e vdekshmërisë mund të japë informacion në lidhje me madhësinë e një popullsie dhe gjendjen e saj shëndetësore.

– Gjuha dhe niveli arsimor

Mund të ketë një ose shumë gjuhë në përdorim brenda komunitetit, së bashku me ato lokale ose dialektet rajonale. Gjuha dhe niveli arsimor janë thelbësore për komunikimin e informacioneve të shëndetit dhe aksesin në shërbime. Nëse arsimimi është një problem brenda komunitetit, infermierët duhet të jenë të ndjeshëm ndaj kësaj dhe marrin parasysh atë kur vendosni për metodat e pjesëmarrjes së komunitetit. Njohja e gjuhëve lokale të pakicave 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.

– Statusi shëndetësor i popullatës

Ekzistojnë mënyra të ndryshme për të mësuar në lidhje me statusin shëndetësor të komunitetit:

- pikëpamjet e vetë njerëzve për shëndetin e tyre
- informacioni statistikor
- sondazhe cilësore
- njohuritë e punonjësve lokalë të kujdesit shëndetësor dhe agjencive të tjera.



Ekzistojnë një numër masash që përdoren zakonisht për të identifikuar shëndetin e një popullate, Tabela 7.1.

Të dhëna për vdekshmërinë	Kjo zakonisht përshkruan modelet e vdekjes në lidhje me moshën, gjininë dhe shkakun e vdekjes. Është një masë themelore e epidemiologjisë - studimi i sëmundjes në popullata. Informacioni është mbledhur në shkallë vendi, rajonal dhe ndonjëherë në nivel lokal, zakonisht nga çertifikatat e vdekjes. Ajo tregon vdekjet nga sëmundjet, aksidentet, vetëvrasjet dhe vrasjet, dhe shëndeti i përgjithshëm i popullatës për sa i përket jetëgjatësisë.
Të dhënat e sëmundshmërisë	Ky është informacion mbi llojet e sëmundjeve dhe aftësisë së kufizuar, incidencën dhe prevalencën e tyre. Mundet të merren nga një gamë e gjerë burimesh, përfshirë të dhënat spitalore, sëmundjet infektive, njoftimet dhe regjistrat e aftësisë së kufizuar, regjistrat e sëmundjeve, praktika e përgjithshme mjekësore, konsultori i nënës dhe fëmijës, censusi i regjistrimit të popullatës dhe sondazhe të tjera. Informacioni i mbledhur në këtë mënyrë duhet të trajtohet me kujdes, pasi mund të jetë një masë e veprimit të shërbimit shëndetësor sesa modelet e sëmundjes. Është pasqyrim i sëmundjes dhe jo i shëndetit.
Masat e sjelljes	Këto shpesh përdoren si tregues të shëndetit. Pirja e duhanit është një nga shembujt më të mirë. Ky është një aktivitet i provuar se shkakton shëndet të keq, kështu që nëse shumë njerëz pinë duhan, kjo tregon një potencial të madh për sëmundjet në popullatë. Ushqyerja me gji konsiderohet një nga metodat më të mira nga të gjithë për ushqyerjen e foshnjave, kështu që merret si tregues i shëndetit të mirë. Këto masa duhet të trajtohen me kujdes pasi ato kanë të bëjnë me sjelljen, megjithatë nganjëherë përdoren si masa përfaqësuese për shëndetin.
Masat "Cilësia e jetës"	Këto janë një mjet për të vlerësuar shëndetin fizik, aftësinë funksionale dhe psikologjike, mirëqenien. Shkallët e vlerësimit bazohen kryesisht në vlerësimin e vetë një individi. Shembuj përfshijnë: Indeksin Barthel, Profilin Shëndetësor të Nottingham dhe Indeksin e Aktiviteteve Jetesore të Përditshme [4].
Përdorimi i informacionit të shërbimit shëndetësor	Ky informacion mund të ndihmojë në ndërtimin e një pasqyre të sëmundshmërisë pasi mund të përshkruajnë sëmundjet po trajtohen nga shërbimet shëndetësore. Ai do të mbulojë të dy trajtimet, për shembull spitalin



Pabarazitë shëndetësore	pranimet, dhe marrja e shërbimeve parandaluese, të tilla si imunizimi dhe depistimi. Është thelbësore për të mbledhur informacion, jo vetëm për shëndetin dhe sëmundjen, por edhe për pabarazitë në shëndet. Kjo vlen për vendet e pasura dhe të varfra. Shumica e sëmundjeve dhe modeleve të sëmundjeve lidhen ngushtë me rrethanat ekonomike, në mënyrë që ata që janë në varfëri të vuajnë në mënyrë disproporcionale nivele të larta 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 shtresat e varfëra të popullsisë. Për këtë arsye do të jetë e rëndësishme të regjistroni modelet e pabarazisë shëndetësore në popullatën tuaj lokale [2].
-------------------------	--

Faktorët lokalë që ndikojnë në shëndet

Një numër faktorësh lokalë mund të ndikojnë në shëndet. Në secilin komunitet kjo do të jetë ndryshe. Infermieri duhet të siguroj mbledhjen e informacionit të mëposhtëm për komunitetin e tij:

Faktorët lokalë që ndikojnë në shëndet	Puna dhe punësimi • Sëmundjet profesionale. • Nivelet e të ardhurave. • Vetë të vlefshme
	Varfëria dhe të ardhurat
	Mjedisi • Ndotja • Kanalizime • Strehimi • Transporti
	Kohezioni shoqëror • Rrjetet • Migrimi • Grupet marginale • Argëtimi dhe koha e lirë
Faktorët destabilizues	Lufta, recesioni ekonomik dhe katastrofat natyrore si tërmetet, përmytjet apo thatësira ndikojnë direkt shëndetin e popullatës përmes ndikimit të tyre në vdekshmëri, modelet e sëmundjeve dhe ndryshimin e stilit të jetës. Ato gjithashtu ndikojnë në shëndet indirekt duke zvogëluar burimet e disponueshme për shërbimet shëndetësore, rritjen e varfërisë dhe uljen e mirëqenies sociale dhe ekonomike të një



	popullsisë. Ata mund të ulin rrënjësisht numrin e popullsisë dhe të rrisin frikën dhe të sëmurët mendor. Për këto arsye duhet të përfshihet baza e të dhënave e faktorëve destabilizues dhe efektet e tyre në profilin e vlerësimit të nevojave shëndetësore të komunitetit.
Burimet, zyrtare dhe joformale	Joformale - Familjet ofrojnë pjesën më të madhe të të gjitha shërbimeve të kujdesit në komunitet. Në këto rrethanat, barra e kujdesit normalisht bie kryesisht mbi gratë dhe mund të ketë efekte të konsiderueshme në statusin e tyre shëndetësor. Zyrtare - Shërbimet zyrtare mund të ofrohen në nivele të ndryshme dhe nga shumë agjenci. Profili shëndetësor duhet të vlerësojë se sa efektivë janë ata. Sa të arritshme janë shërbimet për ata pa transport ose që janë me aftësi të kufizuara? Këto do të përfshijnë si shërbimet shëndetësore ashtu edhe ato të ofruara nga sektorë të tjerë që kanë një ndikim në shëndet.

Vlerësimi infermieror në komunitet

Puna infermiere brenda komunitetit lokal, ose kujdesin për të sëmurët ose ruajtjen e mirëqënies dhe shëndetit të popullatës, do të jetë një burim i rëndësishëm i informacionit shëndetësor. Infermieri i shëndetit në komunitet, është infermier i licencuar puna e të cili kombinon elemente të infermierisë së kujdesit parësor dhe praktikës së shëndetit publik dhe zhvillohet kryesisht jashtë institucionit terapeutik. Theksi është në parandalimin e sëmundjes dhe promovimin e shëndetit nga masa të tilla si zbulimi i hershëm i sëmundjes dhe ndërhyrja e shpejtë në rastet e sëmundjes ose sjelljes me rrezik të lartë [5].

Asistenca dhe vlerësimi infermieror në komunitet si në cdo sektor të shërbimit shëndetësor ku infermierët punojnë mundësohet nëpërmjet përdorimit të procesit infermieror. Procesi infermieror është përdorur për më shumë se 25 vjet si një qasje sistematike ndaj praktikës infermiere. Procesi është efikas dhe metodë efektive për organizimin e njohurive infermiere dhe vendimin klinik të plani i kujdesit infermieror të planifikuar [6].

Procesi infermieror përfshin pesë hapa, dhe është guri i themelit të infermierisë klinike, një metodë sistematike për të kryer veprime infermiere të pavarura. Hapat e procesit infermieror janë si më poshtë:

- vlerësimi i problemeve të pacientit
- formulimi i diagnozës infermiere
- identifikimi i rezultateve të pritura
- krijimi i një plani për të arritur rezultatet e pritura
- zbatimi i planit apo përcaktimi i hapave për zbatim të të tjerët
- vlerësimi i efektivitetit të planit



Këto faza të procesit infermieror - vlerësimi, - formulimi i diagnozës infermierore, - identifikimi i rezultateve, - plani i kujdesit, - zbatimi dhe – vlerësimi; janë dinamike dhe fleksibël; dhe në përgjithësi ndërthuren me njëra – tjetrën [7].

Hapat në procesin e zhvillimit të vlerësimit të shëndetit në komunitet

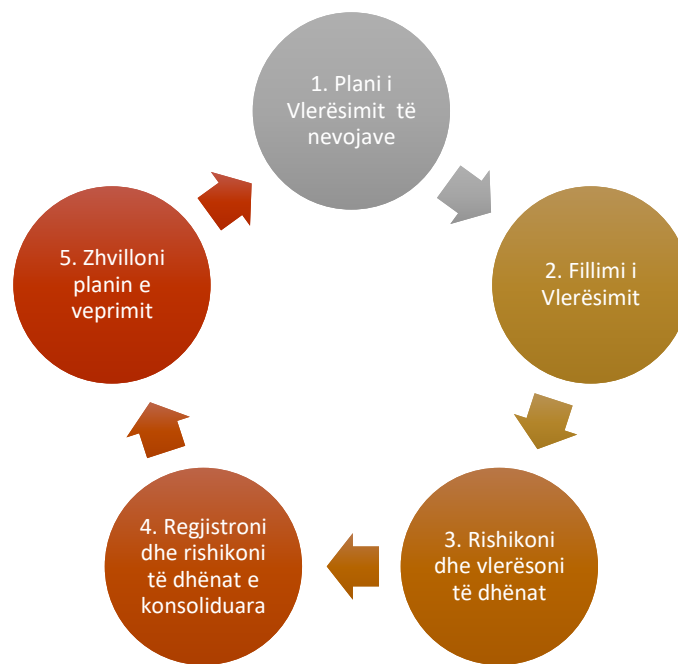
Modelet dhe kornizat e planifikimit të vlerësimit identifikojnë 10 hapa në procesin e zhvillimit të vlerësimit të shëndetit në komunitet. Ata janë:

- Krijimi i ekipit vlerësues.
- Identifikimi dhe sigurimi i burimeve.
- Identifikimi dhe angazhimi i partnerëve të komunitetit.
- Mbledhja, Analizimi dhe Paraqitja e të Dhënave.
- Përcaktimi i Prioriteteve Shëndetësore.
- Qartësimi i çështjes.
- Vendosja e Qëllimeve dhe Matja e Progresit.
- Zgjedhja e Strategjisë.
- Zhvillimi i dokumentit të Vlerësimit të Shëndetit në Komunitet.
- Menaxhimi dhe mirëmbajtja e procesit.

Vështirim i përgjithshëm i hapave të vlerësimit të nevojave të komunitetit

Objektivi kryesor i asistencës infermierore në komunitet është të përmirësojnë shëndetin e komunitetit. Për të adresuar këtë shqetësim, infermierët e shëndetit në komunitet përdorin të gjitha parimet dhe aftësitë e praktikës së infermierisë dhe shëndetit publik. Kjo përfshin përdorimin e metodave demografike dhe epidemiologjike për të vlerësuar shëndetin e komunitetit dhe për të diagnostikuar nevojat e tij shëndetësore.

Ka qasje të ndryshme për të vlerësuar nevojat shëndetësore të komunitetit. Ky leksion aftëson studentin në grumbullimin dhe vlerësimin e të dhënave mbi të gjitha burimet e komunitetit dhe të përcaktojnë fushat për përmirësim të shëndetit. Procesi përfshin hapat kryesorë të mëposhtme:



Hapi 1: Plani për vlerësimin e nevojave të komunitetit

Identifikimi dhe mbledhja e një grupi të larmishëm të komunitetit.

Para fillimit të procesit të vlerësimit infermieror, një infermier i shëndetit në komunitet duhet të përcaktojë një komunitet dhe të përshkruajë karakteristikat e tij para se të zbatojë procesin infermieror. Pastaj, infermierja mund të nisë fazën e vlerësimit dhe diagnostikimit të procesit infermieror në nivelin e përgjithshëm dhe të përfshijë qasjet epidemiologjike. Të dhënat gjithëpërfshirëse të vlerësimit janë thelbësore për të drejtuar ndërhyrjet efektive të parandalimit primar brenda një komuniteti. Përkundër dëshirës për të ofruar shërbime për secilin individ në një komunitet, infermieri i shëndetit të komunitetit njihë joprakticitetin e kësaj detyre. Një qasje alternative e konsideron vetë komunitetin si njësinë e shërbimit dhe punon në bashkëpunim me komunitetin duke përdorur hapat e procesit të infermierisë. Prandaj, komuniteti nuk është vetëm konteksti ose vendi ku ndodh infermiera e shëndetit të komunitetit por është fokusi i kujdesit infermieror shëndetësor në komunitet [8]. Hapi i parë përfshin elementët e mëposhtem:

- Krijimi i një strategjie grupi
- Përcaktimi i komunitetit për të vlerësuar (p.sh. rajoni, fshati)
- Identifikimi i sektorëve të komunitetit për të vlerësuar (p.sh. kujdesin infermieror në shkolla, familje, grupe sociale)
- Identifikimi i komponentëve të komunitetit për të vlerësuar (p.sh. ushqimi, duhani, aktiviteti fizik)
- Zhvillimi i pyetjeve që duhen bërë për secilin komponent që do të vlerësohet
- Zgjidhni faqet dhe numrin e faqeve për të vizituar brenda secilit sektor
- Përcaktoni të dhënat ekzistuese për t'u përdorur ose metodat për të cilat përdorni mbledhjen e të dhënave të reja
- Identifikoni informatorët kryesorë për t'u kontaktuar



Përvec ofrimit të asistencës infermierore komunitare nëpërmjet vlerësimit infermieror në komunitet, infermieri jep edhe një kontribut të çmuar në zhvillimin e politikave shëndetësore [9].

Një shembull i identifikimit dhe mbledhjes së të dhënave në lidhje me profilin e komunitetit është dhënë në Aftësimin praktik 7-1.

Hapi 2: Kryerja e vlerësimit të nevojave

Kryerja dhe vlerësimi i nevojave bazohet në përdorimin e metodave të ndryshme. Shembuj të thjeshtë janë obesrvimi/vëshgimi, përgatitja dhe zhvillimi i intervistave dhe grupe fokusi [10-11].

Observimet/Vëzhgimet. Vëzhgimi i mirë është thelbësor për të gjitha vlerësimet infermierore. Është një bazë fillestare për vlerësimin e gjendjes së shëndetit të njerëzve dhe progresin e tyre. Ky informacion nuk duhet të jetë i vështirë për tu përfutur. Në nivelin e komunitetit, vëzhgimi përfshin një infermier informale që vlerëson mirëqenien e komunitetit. Infermieri në këtë rast duhet ti bëjë vetes pyetjet e mëposhtme:

- Çfare po shoh?
- Çfarë mund të dëgjoj dhe nuhas?
- Çfarë, nëse diçka, mungon?
- Çfarë po më thotë kjo?

Regjistrimi i vëzhgimeve të bëra është thelbësor për krijimin e bazës së të dhënave të përfutura nga vlerësimi infermieror.

Intervistat dhe pyetësorët. Nëse ndonjë informacion mungon, mund të jetë e nevojshme që infermieri ta kryej vetë një pjesë të vogël të hulumtimit në mënyrë që ta marrë atë. Pyetësorët janë instrumenti që përdoret në një shkallë të gjerë për të hetuar një aspekt specifik të statusit shëndetësor të një komuniteti, të tilla si përhapja e një sëmundjeje, ose ekspozimi ndaj rreziqeve të veçanta ose sjellja e dëmshme për shëndetin si p.sh. pirja e duhanit. Intervistat zakonisht përdoren për të dhënë një pasqyrë më të thellë se pse ose si kushtet ose sëmundjet prekin njerëzit [12].

Informacioni i lidhur me rastin nën kujdes. Ky është informacioni që përmbahet në kartelën infermierore. Mund të ketë të bëjë me modelet e sëmundjes, mirëqenien, sjelljen sociale, marrjen e shërbimeve ose karakteristikat sociale. Kjo mund të ketë të bëjë vetëm me një pjesë të vogël të komunitetit ose grupit, ose mund të jetë përfaqësuese e një popullsie më të madhe. Infermierja duhet të bëjë të qartë marrëdhënien e grupi i klientëve të saj / saj në komunitetin e gjerë. Kjo mund të ofrojë fokus, detaje dhe njohuri që janë jashtëzakonisht të rëndësishme në identifikimin e nevojave shëndetësore.

Vlerësimi i shëndetit të familjes. Ky është një mjet vlerësimi infermieror që ka tre qëllime:

- për të vlerësuar nevojat e shëndetit të familjes në partneritet me familjen;
- për t'i dhënë mundësi familjes të identifikojë shërbimet që u nevojiten; dhe
- për të marrë informacion për vlerësimin e nevojave në nivel komuniteti.



Një shembull i një instrumenti të vlerësimit të shëndetit të familjes është dhënë në Aftësimin praktik 7.2.

Hapi 3: Rishikoni dhe vlerësoni të dhënat

Ky hap konsiston në zhvillimin e një shkallë vlerësimi dhe, marrjen e një vendiminë grup për vlerësimet.

Hapi 4: Regjistrimi/dokumentimi dhe rishikimi i të dhënave të konsoliduara

Ky hap është i lidhur totalisht me menaxhimin e të dhënave të mbledhura gjatë vlerësimit infermieror dhe konsiston në regjistrimin e tyre, grupimin dhe përmbledhjen e tyre.

Hapi 5: Zhvillimi i një plani veprimi të kujdesit infermieror të komunitetit

Ky hap përbehet nga hapat e mëposhtëm:

- Identifikimi i aseteve dhe nevojave të komunitetit,
- Prioritizimi i nevojave,
- Zhvillimi dhe prioritizimi i strategjive për përmirësim, dhe,
- Krijimi i një plani veprimi për strategjitë kryesore të përparësisë [13-14].

Në kontekstin e sëmundjeve kronike vlerësimi infermieror i komunitetit është shumë i rëndësishëm për të përmirësuar mirëqënien e këtyre pacientëve. Për këtë nevojitet një përmbledhje e programit të ndërhyrjes nga infermieri në banesë, duke theksuar nevojat e vazhdueshme të monitorimit dhe menaxhimi të problemeve [15].

Studime kanë evidentuar kontributin e infermierëve në përpjekjet e koordinimit të kujdesit për pacientët kronik me nevoja komplekse si komponentë kritikë që duhet të jenë të pranishëm në çdo ndërhyrje koordinuese të kujdesit për këtë target pacientësh. Këto ndërhyrje përfshijnë një intensitet dhe frekuencë të shtuar të aktiviteteve, vazhdimësi relacionale të kujdesit dhe vizita në shtëpi. Gjithashtu, këto studime kanë theksuar dhe rëndësinë e gjetjeve e modeleve të punësimit të infermierëve të kujdesit parësor që do të lehtësonin punën ekipore multidisciplinare dhe shpërndarjen e kujdesit të integruar, për garantimin e ofrimit të një kujdesi të koordinuar intensiv por efikas [16].

Aftësim praktik:

Aftësim praktik 7-1: Informacioni i profilit të komunitetit – të dhënat që duhet të mblidhen

1. Karakteristikat e popullsisë

- Gjeografia



- Dëndësia e popullatës
 - Shpërndarja e moshës
 - Shpërndarja gjinore
 - Etnia dhe feja
 - Trendet e popullsisë
 - Gjuha dhe niveli arsimor
2. **Statusi shëndetësor i popullatës**
 - Masat e shëndetit
 3. **Faktorët lokalë që ndikojnë në shëndetin (pozitiv dhe negativ)**
 - Puna dhe punësimi
 - Varfëria dhe të ardhurat
 - Mjedisi
 - Kohezioni shoqëror
 - Faktorët destabilizues
 - Burimet, zyrtare dhe joformale
 4. **Gjendja aktuale e kujdesit infermieror**
 5. **Pikëpamjet e njerëzve lokalë për nevojat e tyre shëndetësore dhe shërbimet shëndetësore**
 6. **Prioritetet lokale dhe kombëtare**

Aftësim praktik 7-2: Të menduarit për atë që ndikon në shëndetin tonë (15 minuta)

Studentëve u kërkohet të mendojnë se cilët faktorë mendojnë se ndikojnë në shëndetin e tyre dhe të familjes së tyre. Sigurohuni që ata të mendojnë për gjëra që promovojnë shëndetin, si dhe ato që shkaktojnë shëndet të keq. Atyre u kërkohet të shkruajnë secilin faktor në një letër dhe t'i vendosin këto në një kuti (kjo do të sigurojë konfidencialitetin). Kutia pastaj kalohet rreth grupit dhe një copë letër një herë nxirret dhe i lexohet pjesës tjetër të grupit. Faktorët shkruhen në një copë letër flip chart dhe, kur të gjithë janë renditur, lektori i bën grupit pyetjet vijuese.

Si mund të grupohen të gjithë këta faktorë së bashku? A ka ndonjë që nuk ndikon tek ju por mund të ndikojë tek njerëzit e tjerë, p.sh. varfëria, papunësia? Cilat nga kjo listë mendoni se janë tre më të rëndësishmet? Çfarë mund të bëhet në lidhje me to, d.m.th. për të parandaluar shëndetin e keq dhe për të promovuar mirëqenien? Çfarë mund / nuk mund të bëjë infermierja për të adresuar këto ndikime për të promovuar shëndetin dhe për të parandaluar shëndetin e sëmurë?

**Aftësim praktik 7-3: Njohja me instrumentat pyetësor tip për vlerësimin e kujdesit infermieror në të sëmurët kronik në komunitet (15 minuta)**

Studentëve u kërkohet të listojnë pyetësorë të ndryshëm që mund të përdoren nga infermieri gjatë vlerësimit të një pacienti kronik në komunitet. Ata do të shkruajnë në mënyrë të pavarur listën e cila do të jetë anonime. Në përfundim lektori do ti lexoj listat para të gjithë grupit të studentëve. Në këtë mënyrë do të testohen njohuritë e tyre në lidhje me këtë hap të procesit të vlerësimit si dhe sigurohet aftësimi më i mirë i tyre për ti përdorur këto instrumenta në praktikën e përditshme.

Aftësim praktik 7. 4: Faktorët që ndikojnë në shëndet (30 minuta)**Skenari 1**

Ju jeni duke vizituar një nënë të vetme 18-vjeçare me një fëmijë 10-javësh i cili peshonte vetëm 2.3 kg në lindje. Ajo jeton me prindërit e saj dhe katër vëllezërit dhe motrat në një apartament me dy dhoma. Ajo është e tërhequr dhe jo komunikuese gjatë vizitës dhe ju shqetësoheni pasi ajo dhe foshnja e saj kanë një kollitje të fortë.

Skenari 2

Një familje me shtatë veta arriti në komunitetin tuaj lokal nga një grup emigratësh. Moshat e tyre variojnë nga 40 vjet deri në 10 muaj. Ata nuk kanë miq ose të afërmit këtu; ata kanë humbur shtëpinë e tyre dhe nuk kanë para, punë apo siguracion shëndetësor. Ata janë në strehim të përkohshëm në qendra komunitare me dhjetë familje të tjera.

Skenari 3

Mjeku i familjes ju ka referuar te një çift të moshuarish. Gruaja ka diabet tip 2 dhe sëmundje Alzheimer. Burri i saj, i cili ka kancer në prostatë, kujdeset për të. Vajza e tyre që jeton 100 km larg, ka kërkuar ndihmë sepse është e shqetësuar ngaqë babai nuk mund të kujdeset më për të ëmën dhe se ai ka filluar të mos ushqehet siç duhet.

Organizimi i aftësimit:

Grupi i studentëve do të ndahet në tre grupe të vogla dhe secilit grup do i jep një skenar. Ata duhet të rendisin të gjithë faktorët që do të ndikojnë në shëndetin e këtyre familjeve në dy lista: do të listohen faktorët që do të promovojnë dhe mbrojnë shëndetin e tyre dhe ata faktorë që do të dëmtojnë shëndetin e tyre shëndetin.

Disa shembuj të faktorëve mund të jenë si më poshtë:

Ekonomik, p.sh. varfëria, papunësia

Mjedisore, p.sh. strehimi i dobët, mungesa e transportit, ndotja

Shoqërore, p.sh. izolimi, racizmi

Gjenetika dhe biologjia individuale, p.sh. talasemia

Stili i jetës / sjellja, p.sh. pirja e duhanit, keqpërdorimi i alkoolit

Edukative, p.sh. njohja e shkaqeve të sëmundjes [13].



Referenca

1. World Health Organization – 2001. Community Health Needs Assessment An introductory guide for the family health nurse in Europe Part 1: A pack for practitioners Part 2: A pack for trainers. ISBN 92 890 1194 7. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/102249/E73494.pdf
2. Holden K, Akintobi T, Hopkins J, et al. Community Engaged Leadership to Advance Health Equity and Build Healthier Communities. *Soc Sci (Basel)*. 2016;5(1):2.
3. Thomas, J. Meaning in Interaction: An Introduction to Pragmatics. London: Longman, 1995.
4. Boëling, A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Buckingham, Open University Press, 1991.
5. Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition. 2003. Saunders, an imprint of Elsevier, Inc 11 Jun. 2021 <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/community+nurse>
6. Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2013). Application of nursing process and nursing diagnosis: An interactive text for diagnostic reasoning (6th ed.). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company.
7. Ahtisham, Y. (2017). The nursing process and patient teaching. *Nursing Made Incredibly Easy*, 15(6), 13–16.
8. Walker B Jr. The Future of Public Health: the Institute of Medicine's 1988 report. *J Public Health Policy*. 1989 Spring;10(1):19-31.
9. Edmonson, C., McCarthy, C., Trent-Adams, S., McCain, C., Marshall, J., (January 31, 2017) "Emerging Global Health Issues: A Nurse's Role" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 22, No. 1, Manuscript 2.
10. Grupet e Kolegëve. Formë e Edukimit në Vazhdim të Profesionistëve të Shëndetësisë. Një udhëzues për të mbështetur ngritjen dhe funksionimin e tyre. Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim dhe Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim (QKEV), 2019. http://www.hap.org.al/ëp-content/uploads/2019/07/MANUALI-PER-GRUPET-E-KOLEGEVE_ëeb.pdf
11. Community Needs Assessment. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2013. https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/15/community-needs_guidelines_final_09252013.pdf
12. Appendix 4: Adult Health Assessment Sample Questions. Content last reviewed September 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/ncepr/tools/assessments/health-ap4.html>



13. Holly Cassells. Community assessment. Chapter 6. Aug 1, 2016. <https://nursekey.com/6-community-assessment/>
14. Kamberi, F. Knowledge and Attitudes of Nurses toward the Use of Nursing Diagnosis in Clinical Practice. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 2018, 2(2), 43-55.
15. Choë SK, Wong FK, Chan TM, Chung LY, Chang KK, Lee RP. Community nursing services for postdischarge chronically ill patients. *J Clin Nurs*. 2008 Apr;17(7B):260-71.
16. Karam M, Chouinard MC, Poitras ME, et al. Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *Int J Integr Care*. 2021;21(1):16. Published 2021 Mar 19



Burimet komunitare (interesi, kultura, gjuha)

Objektivat e mësimi

- Njohja me burimet e mundshme të komunitetit që mbështesin kujdesin për një person me sëmundje kronike
- Të njohim dhe përshkruajmë impaktin e kulturës dhe gjuhës në lidhje me sëmundjen kronike
- Aftësim praktik- pyetje vetë-vlerësuese

Burimet komunitare dhe kujdesi kronik

Komunitetet janë një grup njerëzish që jetojnë në të njëjtën zonë (të tilla si një qytet, rrugë ose lagje); një grup njerëzish që kanë të njëjtat interesa, kulturë, gjuhë, fe, racë, etj; një grup kombesh [1]. Çdo komunitet ka një bazë burimesh të cilat mund të mbështesin cilësinë e jetës së atij komuniteti [2]. Anëtarët e komunitetit (kapitali njerëzor), struktura fizike dhe infrastruktura, shërbimet dhe bizneset janë burimet brenda komunitetit që mbështesin aktivitetin e përditshëm jetësor. Por jo të gjitha komunitetet janë në dijeni të burimeve të tyre bazë, edhe pse autoritetet lokale japin informacione të cilat prekin komunitetin. Informacioni i dobët, apo mungesa totale e informacionit, apo të mos dish se ku mund të gjendet informacion mund të kufizojnë individët apo grupe individësh të kenë akses në burimet e disponueshme. Kjo është akoma më e vështirë për grupet vulnerabël të popullatës sic janë të moshuarit, të cilët kanë nevojë për asistencë në aktivitetin e tyre të përditshëm jetësor, me transportin apo kujdesin në shtëpi. Nga perspektiva e sistemit të kujdesit shëndetësor, Modeli i Kujdesit Kronik identifikon elementet thelbësore që inkurajojnë kujdes me cilësi të lartë te personat që vuajnë nga sëmundje kronike [3]. Duke që në se modeli i kujdesit kronik ishte më shumë i aplikueshëm për sisteme shëndetësore të orientuara klinikisht dhe më i vështirë për të përdorur më gjërë praktikën e parandalimit dhe promovimit të shëndetit, nga një grup studiuesish u propozua modeli kronik i zgjeruar i kujdesit në të cilin u përfshin elemente të fushës së promovimit të shëndetit të popullatës. Kjo mundësonte shtrirjen me bazë të gjerë të parandalimit të sëmundjeve në mënyrë, njohjen e përcaktuesve shoqërorë të shëndetit dhe rritjen e pjesëmarrjes së komunitetit, dhe integrimin e modelit në punën e ekipeve të sistemit shëndetësor që adresojnë çështjet e sëmundjeve kronike [4]. Modeli i zgjeruar kronik i kujdesit përfshin tre përbërës shtesë në termat e burimeve dhe politikave të komunitetit. Këto përfshijnë: hartimin e politikave publike të shëndetshme, krijimin e mjediseve mbështetëse, dhe forcimin e veprimit të komunitetit [4]. Meqenëse menaxhimi i sëmundjeve kronike është kompleks, kërkon dhe një riformulim të marrëdhënies pacient-ofrues kujdes bashkë me partneritetet e zgjeruara të bazuara në



komunitet [5]. Sëmundjet kronike e kanë origjinë në tyre jo vetëm në proceset fiziologjike, por edhe në kontekste sociokulturore dhe politike. Ndërkohë që ofruesit dhe programet e kujdesit i konsiderojnë sëmundjet kronike kryesisht në nivel individual ose intrapersonal. Gjendjet kronike janë të vështira për tu menaxhuar, përmes një sërë ndërhyrjesh të shkëputura, siç janë vizitat e shkurta rutinë në qendrat shëndetësore, njoftime për shëndetin publik, programe të financuara nga qeveria, programe individuale të shërbimeve ose krijimin e grupeve të avokimit të komunitetit. Një qasje më gjithëpërfshirëse për të adresuar kujdesin e sëmundjeve kronike kërkon njohjen e përcaktuesve rrënjësor të këtyre sëmundjeve. Kërkon zbatimin e një qasje që përfshin angazhimin e komunitetit në përcaktimin e problemit dhe zhvillimin e partneriteteve për të identifikuar dhe zbatuar zgjidhje të qëndrueshme dhe strategji menaxhimi efektive [6]. Kujdesi shëndetësor është një çështje komplekse dhe **barrierat kulturore dhe gjuhësore** e ndërlikojnë situatën. Metodot dhe gjuha e kujdesit shëndetësor me bazë biologjike dhe të fokusuar somatikisht kanë krijuar një hendek të jashtëzakonshëm midis praktikuesve dhe publikut të cilit i shërbejnë. Ekziston një pabarazi midis kategorizimit biomjekësor të dëmtimeve njerëzore sic janë sëmundjet dhe përvojës personale dhe shoqërore të pacientit me sëmundje. Paaftësia për t'u marrë me sëmundjen është propozuar si një dështim i madh i biomjekësisë. Rrethanat ndërkulturore shpesh rrisin mospërputhjen midis pikëpamjeve të pacientëve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor. Pamundësia për të njohur dhe trajtuar perspektivat e sëmundjes që devijojnë nga ato të praktikuesit të trajnuar biomjekësisht mund të paralizojë përpjekjet për identifikimin e problemeve dhe zhvillimin e planeve për zgjidhjen e tyre. Biomjekësia duhet të përdorë qasje që njohin dhe marrin parasysh pikëpamjet dhe vlerat e individit dhe të kulturave, jo vetëm në përcaktimin e natyrës së problemeve të pacientit, por edhe në përshkrimin e zgjidhjeve. Modeli i kujdesit kronik i adreson dhe u jep mundësi profesionistëve të shëndetit përvec aspektit biologjik, kur ofrojnë kujdes, duhet të marrin parasysh përvojën e sëmundjes siç perceptohet nga pacienti, familja dhe grupi i tij shoqëror [7].

Kujdesi kronik - Ndërgjegjësimi, Ndjeshmëria dhe Siguria Kulturore

“Kultura është një sistem idesh, vlerash, dhe metaforash që përdoren në mënyrë të ndërgjegjshme apo të pandërgjegjshme nga njerëzit në aktivitetin e tyre të përditshëm jetësor. Nuk është një komplet rigit sjelljesh, por një sistem fluid dhe përshtatës të menduarit” [8]. Kultura *“shpjegon se çfarë një individ duhet të di dhe të bëjë që të jetë funksional brenda një shoqërie të caktuar”* [9]. Kultura filtron efektet e determinatëve të tjerë social në shëndet, duke ndikuar se si grupe individësh reagojnë ndaj rrethanave dhe mjedisit. Sfondi unë kulturor influencon besimet, sjelljet, perceptimet, emocionet, komunikimin, mënyrën e ushqyerjes, imazhin për veten, qendrimet ndaj sëmundjeve, vuajtjeve, humbjeve, të cilat të gjitha së bashku mund të influencojnë shëndetin dhe përdorimin e kujdesit shëndetësor [10]. Edhe pse kulturat mund të jenë të përbashkëta, njerëzit janë shumë të ndryshëm, dhe ne asnjëherë nuk duhet të supozojmë se anëtarët e një kulture brenda një komuniteti të caktuar mund të kenë të njëjtat norma dhe vlera apo do të reagojnë në të njëjtën mënyrë ndaj ideve të reja apo ndryshimeve. Disa gabime apo paragjykimet mund të shmangen nëse jemi të kujdesshëm dhe e shohim kulturën si një sjellje influencuese brenda një konteksti të caktuar, sesa në përgjithësi [10]. Në përkufizimin e saj, kultura është një term i përbashkët i njohurive, besimeve dhe vlerave të përbashkëta që karakterizojnë një grup shoqëror. Njerëzit kanë një dëshirë të fortë për



të ruajtur ndjenjën e identitetit që vjen nga anëtarësimi në një grup të identifikueshëm. Brenda përzierjes së shoqërisë moderne, shumë prej nesh kërkojnë të ruajnë një ndjenjë të identitetit kulturor duke iu referuar shpesh rrënjëve tona kulturore. Ne të gjithë i perceptojmë të tjerët përmes filtrit ose perspektivës së edukimit tonë kulturor, shpesh pa qenë të vetëdijshëm për të: komunikimi mund të shkojë keq pa e kuptuar pse. Kjo mund të ndodhë lehtësisht në takimin infermier-pacient dhe klinikisti duhet të bëhet i vetëdijshëm dhe i ndjeshëm në aspektin kulturor, pastaj kompetent në aspektin kulturor në mënyrë që ajo ose ai të praktikojë në një mënyrë që është e sigurt nga ana kulturore (Tabela 14-1, përkufizimet) [11].

Tabela 14-1

PERKUFIZIM: Konceptet kulturore

Vetëdija kulturore i referohet vëzhgimit dhe të qenit të ndërgjegjshëm për ngjashmëritë dhe kontrastet midis grupeve kulturore, dhe të kuptuarit e mënyrës në të cilën kultura mund të ndikojë në qasjen e njerëzve të ndryshëm ndaj shëndetit, sëmundjes dhe shërimit.

Ndjeshmëria kulturore është të qenit i vetëdijshëm për vlerat dhe perceptimet karakteristike të kulturës suaj dhe mënyrën në të cilën kjo mund të formësojë qasjen tuaj ndaj pacientëve nga kultura të tjera.

Kompetenca kulturore i referohet qëndrimeve, njohurive dhe aftësive të praktikuesve të nevojshëm për t'u bërë ofrues efektivë të kujdesit shëndetësor për pacientët me prejardhje të ndryshme. "Një infermier kompetent në aspektin kulturor merr parasysh sfondin kulturor të një pacienti kur diskuton dhe jep këshilla dhe trajtim mjekësor, dhe komunikon në mënyrë efektive për t'u mundësuar pacientëve të kuptojnë mundësitë e tyre të trajtimit."

Siguria kulturore shkon një hap përtej kompetencës kulturore (duke iu përshtatur dallimeve) për të kuptuar se ekzistojnë mosbalancime të qenësishme të fuqisë dhe diskriminim të mundshëm institucional që rrjedhin nga marrëdhëniet historike midis njerëzve me origjinë të ndryshme. Kjo nënkupton që ofruesi i kujdesit ka reflektuar mbi identitetin e saj dhe në perceptimet e saj që të tjerët nga kultura të ndryshme mund të kenë. Praktika e sigurt nga ana kulturore nënkupton aftësinë për të mbajtur parasysh këto perspektiva të ndryshme, ndërkohë që e trajtoni pacientin si një person të denjë për respekt në të drejtën e tij.

Kompetenca kulturore në praktikën mjekësore kërkon që profesionisti i shëndetit të respektojë dhe vlerësojë diversitetin në shoqëri. "Si profesionistë shëndeti, ne duhet të bëjmë rregullime të shumta komunikimi çdo ditë kur bashkëveprojmë me pacientët tanë për të siguruar kujdes që i përgjigjet spondeve të larmishme kulturore të pacientëve në një shoqëri globale multikulturor" [12]. Profesionistët shëndetësor kompetentë nga ana kulturore janë të vetëdijshëm dhe vlerësojnë diversitetin; ata pranojnë dallimet pa u ndjerë të kërcënuar prej tyre. Profesionistët të cilët nuk janë të vetëdijshëm për paragjykimet e tyre kulturore mund të imponojnë pa vetëdije vlerat e tyre kulturore te njerëzit e tjerë. Një profesionist shëndeti kompetent në aspektin kulturor është i vetëdijshëm për dinamikën kur bashkëveprojnë kulturat: "*Komunikimi kompetent nga*



ana kulturore i lë pacientët të ndiejnë se shqetësimet e tyre u kuptuan, u krijua një marrëdhënie besimi dhe, mbi të gjitha, se ata trajtohen me respekt" [12]. Kur një infermier është i panjohur me kulturën e një pacienti, një qasje e drejtpërdrejtë do të ishte më e mira: pyesni pacientin se çfarë ju duhet të kuptoni për kulturën dhe prejardhjen e saj/tij në mënyrë që të jeni në gjendje ta ndihmoni.

Kultura jonë ndikon në mënyrën se si ne perceptojmë pothuajse gjithçka përreth nesh, shpesh pa vetëdije.

Më poshtë janë disa paragjykime që mund të shfaqen:

Etnocentrizmi. Ndjenja se besimet, vlerat dhe mënyrat e jetës së dikujt janë më të larta dhe më të dëshirueshme se ato të të tjerëve. Për shembull, ju mund të jeni të trajnuar në mjekësinë perëndimore, por pacienti juaj këmbëngul në marrjen e një ilaçi bimor. Ju mund të tundoheni të thoni "Pra, pse po më konsultoni, atëherë?" Etnocentrizmi është shpesh i pavetëdijshëm dhe i nënkuptuar në sjelljen e një personi - mbase nuk keni pasur shumë interes për të lexuar ilaçin bimor. Reflektimi personal është një mjet i vlefshëm për profesionistët e shëndetit për të shqyrtuar në mënyrë kritike pikëpamjet dhe sjelljet e tyre etnocentrike.

Verbëria kulturore. Kjo i referohet përpjekjeve (shpesh me qëllim të mirë) për të qenë të paanshëm duke injoruar faktin e racës së një personi. Është ilustruar në fraza të tilla si "të qenit i verbër i ngjyrave", ose "të mos shohësh racën", Një person që është i verbër nga ana kulturore mund të ndiejë se po tregohet i drejtë dhe pa paragjykime. Injorimi i dallimeve kulturore mund t'i bëjë njerëzit nga një kulturë tjetër të ndihen të injoruar; ata mund të marrin mesazhin se raca ose kultura e tyre është e parëndësishme dhe se vlerat e kulturës dominuese janë të zbatueshme në mënyrë universale. Ndërkohë, personi i verbër kulturor nuk është në dijeni se si po i bëjnë të tjerët të ndihen, kështu që verbëria kulturore bëhet, në fakt, e kundërta e ndjeshmërisë kulturore.

Tronditje kulturore. Shumica e profesionistëve të shëndetit vijnë nga familje të klasës së mesme dhe nuk kanë përjetuar varfëri, të pastrehë apo varësi. Prandaj ekspozimi ndaj realiteteve të tilla tek pacientët e tyre kërkon përshtatje dhe mund të jetë shqetësuese. Kjo është një përvojë e zakonshme tek ata që kanë vizituar një lagje të varfër në një vend në zhvillim.

Konflikti kulturor. Konflikti i krijuar kur rregullat e kulturës së dikujt kundërshtohen nga rregullat e një tjetri.

Imponimi kulturor (gjithashtu asimilimi kulturor). Imponimi i pikëpamjeve dhe vlerave të kulturës tuaj pa marrë parasysh besimet e të tjerëve.

Stereotipizimi dhe përgjithësimi. Ajo që mund të jetë e vërtetë për një grup nuk ka nevojë të zbatohet për secilin individ. Prandaj, të folurit për kulturat mund të çojë në përgjithësime paragjyquese të rrezikshme, Paragjykimi është tendenca për të përdorur nocione të paramenduara për një grup në paragjykimin e njërit prej anëtarëve të grupit, kështu që aplikimi i vetëdijes kulturore tek individët mund të jetë i rrezikshëm. Megjithatë, nga ana tjetër, injorimi i kulturës (verbëria kulturore) mund të jetë po aq e dëmshme. Çelësi është të pranoni dhe të respektoni dallimet dhe të kërkonit nga pacientët që të shpjegojnë perspektivën e tyre kur jeni në dyshim.



Siguria kulturore i referohet një takimi infermier-pacient në të cilin pacienti ndihet i respektuar dhe i fuqizuar dhe se kultura dhe mirëkuptimi i tij ose saj është pranuar me respekt. Shqetësimet e sigurisë kulturore mbrojnë ndjenjat e pacientit në takimin e kujdesit shëndetësor, ndërsa kompetenca kulturore i referohet aftësive të praktikuesit për të siguruar që pacienti të ndihet i sigurt kur i ofrohet shërbimi shëndetësor [13]. Një qasje e sigurt kulturore nënkupton të vepruarit si një avokat shëndetësor: të punoni për të përmirësuar aksesin në kujdes; duke ekspozuar kontekstin social, politik dhe historik të kujdesit shëndetësor. Një pacient mund të ekzistojë njëkohësisht brenda disa sistemeve të kujdesjes - të ndikuar nga familja, komuniteti dhe traditat e tyre - kështu që infermieri i sigurt kulturor i lejon pacientit të përcaktojë atë që është e sigurt nga ana kulturore për ta [11].

Rëndësia e Kulturës për Shëndetin

Kultura ndikon në shëndet përmes shumë kanaleve:

1. Sjelljet pozitive ose negative të stilit të jetesës. Ndërsa ne shpesh fokusohemi në ndikimet negative të kulturave në sjelljet shëndetësore - kulturat e drogës, ose dieta e varfër e disa kulturave adoleshente, për shembull nuk duhet të neglizhohet ndikimet pozitive kulturore në sjelljet dhe praktikën. Për shembull, disa raca janë gjetur të jetojnë më gjatë se popullata e përgjithshme, pjesërisht për shkak të stilit të jetesës së tyre duke përfshirë shmangien e alkoolit dhe pirjes së duhanit, por edhe për shkak të mbështetjes së fortë shoqërore.

2. Besimet dhe qëndrimet shëndetësore. Kultura ndikon në atë që një person e sheh si një sëmundje që kërkon trajtim dhe cilat trajtime dhe masa parandaluese ai ose ajo do të pranojë

3. Reagimet ndaj të qenit i sëmurë. Miratimi i një personi nga roli i të sëmurit (dhe, si rrjedhojë, se si ai ose ajo ose ai ose ai reagon ndaj të qenit i sëmurë) shpesh udhëhiqet nga rrënjët e tij / saj kulturore. Për shembull, "machismo" mund të dekurajojë një burrë që të kërkojë kujdes të menjëhershëm mjekësor, dhe kultura gjithashtu mund të ndikojë se nga kush një person do të pranojë këshilla.

4. Modelet e komunikimit, duke përfshirë gjuhën dhe mënyrat e të menduarit. Përtej këtyre, megjithatë, kultura mund të kufizojë disa pacientë që të shprehin një mendim të profesionisti i shëndetit, për shembull mund të dekurajojë një grua që të mos flasë lirshëm para burrit të saj. Ndikime të tilla mund të komplikojnë përpjekjet për të krijuar një marrëdhënie terapeutike dhe, në këtë mënyrë, për të ndihmuar pacientin.

5. Statusi. Mënyra se si një kulturë shikon një tjetër mund të ndikojë në statusin e grupeve të tëra të njerëzve, duke i vendosur ata në disavantazh. Pabarazia shoqërore që rezulton apo edhe përjashtimi formon një përcaktues shëndetësor. Kjo mund të ndodhë edhe brenda një kulture, si kur gratë në disa shoqëri kanë pak fuqi për të këmbëngulur në përdorimin e prezervativit.

6. Ndërrhyrje. Ndërrhyrjet individuale ose të shëndetit publik që nuk respektojnë kulturën dhe vlerat e grupit të synuar ka të ngjarë të dështojnë. Ndërrhyrjet e popullsisë janë më të suksesshme kur anëtarët e komunitetit janë të angazhuar në mënyrë aktive në hartimin



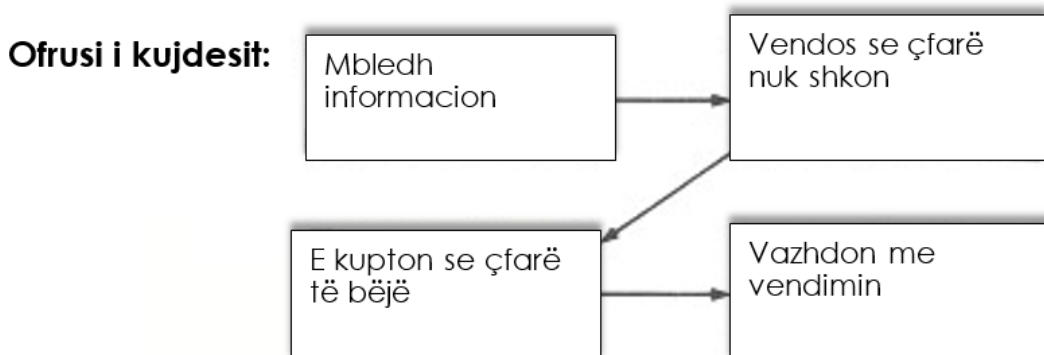
e tyre. Në mënyrë të ngjashme, pacientët duhet të përfshihen në planifikimin e kujdesit të tyre [14].

Llojet e Kulturave- Ballafaqimi me pacientë nga kultura të tjera

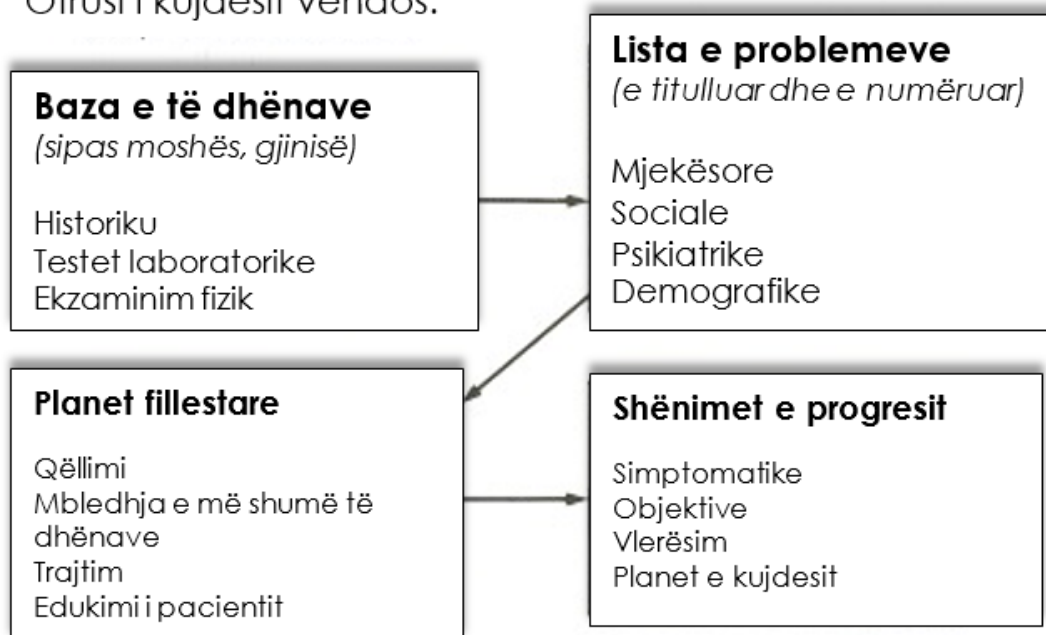
Kultura ka të bëjë me modelet e sjelljeve dhe vlerave. Në një nivel më të lartë, këto modele mund të grupohen dhe klasifikohen për të ndihmuar në kuptimin e dallimeve që mund të duken disi të rastësishme. Një klasifikim bazë do të jetë i dobishëm për profesionistin praktikues. Shpesh bëhet një dallim midis shoqërive ose kulturave kolektiviste dhe individualiste. Kulturat kolektiviste (përfshirë disa familje tradicionale kineze dhe disa grupe afrikane) mbajnë vlerat e ndarjes, të solidaritetit të grupit ose familjes, dhe ndërvarësinë emocionale që theksojnë detyrat dhe detyrimet reciproke, si dhe vendimmarrjen në grup. Në të kundërt, shoqëritë individualiste vlerësojnë autonominë, iniciativën individuale dhe pavarësinë emocionale, të drejtën për privatësi, kërkimin e kënaqësisë dhe sigurinë financiare. Njerëzit nga kulturat kolektiviste shpesh ndihen të izoluar dhe e gjejnë mënyrën se si ne presim që njerëzit të marrin përgjegjësinë për shëndetin e tyre të vështirë për t'u kuptuar. Familjet nga kulturat kolektiviste zakonisht kujdesen për të afërmit e moshuar në shtëpinë e tyre, duke formuar familje me tre breza. Në të kundërt, familjet nga kulturat individualiste janë shpesh ato që do t'i vendosin të afërmit e tyre të moshuar në shtëpitë e kujdesit rezidencial [11]. Ballafaqimi I infermierit me pacientë nga kultura të tjera kërkon njohje të mirë nga ana e tij të koncepteve të sëmundjes dhe modelit biomjekësor me të cilin në përgjithësi janë edukuar shumica e profesionistëve shëndetësor [15]. "Të qenit i sëmur" është ajo që po ndodh me pacientin. Dëgjojeni atë. Sëmundja është ajo që po ndodh me shkencën dhe popullatat [16]. Modeli biomjekësor tashmë është bërë një imperativ kulturor, dhe kufizimet e tij anashkalohen lehtësisht. Aktualisht modeli ka fituar statusin e një dogme... Dogma biomjekësore kërkon që të gjitha sëmundjet të konceptohen në drejtim të prishjes së mekanizmave themelorë fizikë [17]. Komunikimi infermier-pacient përfshin shoqërizimin, hetimin diagnostik, planifikimin, negocimin, përcaktimin e qëllimeve, terapinë dhe edukimin. Ndërsa shkëmbimi verbal përparon, secili komunikues ka një ndjenjë në zhvillim të kontributit të tij ose të saj në informacionin që ndahet, kuptimin dhe përmbajtjen e tij themelore. Kufijtë kulturorë janë një burim kryesor i pikëpamjeve mospërputhëse të realitetit. Në kujdesin ndaj pacientit, faktorët që shtrembërojnë zhvillimin e informacionit të shpërndarë zakonisht do të ndryshojnë domosdoshmërisht perceptimet e realitetit klinik. Realitetet klinike janë formuluar në një mjedis të ndikuar shumë nga një marrëdhënie dominuese me ofruesit e kujdesit shëndetësor. Konsideroni që (1) ofruesit i është kërkuar të ndihmojë, diagnostikojë, këshillojë, trajtojë dhe shpesh të certifikojë pacientin si "të sëmurë" në një mënyrë të miratuar shoqërisht; (2) ofruesi organizon diskutimin, duke e drejtuar atë në një mënyrë që do të jetë optimale e përshtatshme për ankesat dhe situatën e pacientit; (3) ofruesi formon përgjigjet dhe gjetjet e pacientëve në modele të njohura dhe të menaxhueshme (kjo lejon përshkrimin e problemit përmes paradigmave në lidhje me sëmundjet që janë zhvilluar dhe pranuar brenda kontekstit të praktikës biomjekësore); (4) ofruesi përcakton se cilat pjesë të materialit do të konsiderohen si domethënëse, dhe ky vendim shpesh merret në mënyrë të njëanshme, i pavarur nga pikëpamjet e pacientit; dhe (5) ofruesi pastaj përshkruan veprimet diagnostike dhe terapeutike që duhen ndërmarrë.



Mbizotërimi i ofruesit të kujdesit si në situatat e mësipërme, mund të prezantojë një paragjykim të jashtëzakonshëm, i cili mund të çojë në një pikëpamje të njëanshme dhe etnocentrike të "asaj që nuk shkon". Pikëpamjet e ofruesve mund të jenë të njëanshëm më tej nga prejardhja e tij personale, vlerat dhe klasa shoqërore. Për më tepër, trajnimi formal, udhëzimi dhe certifikimi në metodologjinë mjekësore krijon një ndjenjë korrektësie, autoriteti dhe superioriteti në të cilën "mjeku/infermieri e di më mirë". Këto rrethana mund të çojnë në një situatë në të cilën pikëpamjet e pacientëve anashkalohen ose përjashtohen si shqetësime të pavlefshme. Në këtë mënyrë, dominimi i ofruesit të kujdesit në marrëdhënien pacient-infermier mund të shërbejë për të penguar dhe jo për të përmirësuar komunikimin. Dështimi për të njohur këtë çështje mund të bllokojë aftësinë e praktikuesit për të marrë parasysh pikëpamjet dhe rolin e pacientit në procesin e sëmundjes [15]. Në mjediset e kujdesit ndaj pacientit, sistemet biomjekësore dhe popullore të kujdesit duhet të shihen si aktivitete paralele, shpesh të njëkohshme. Shpesh është e nevojshme të arrihet një akomodim mes tyre. Pikëpamjet e pacientit duhet të merren parasysh dhe të trajtohen. Është e qartë se terapitë popullore ose popullore shpesh funksionojnë, edhe pse në raste të tjera ato mund të kenë një efekt negativ. Kur pacientët kanë njohuri ose pikëpamje të veçanta (p.sh, një strukturë kulturore e shkaktuar dhe terapi e nevojshme), një problem gjuhësor ose komunikimi, ose probleme familjare - komunitare, këto çështje mund të kenë nevojë të ngrihen në një nivel shqetësimi në të njëjtin nivel me një problem siç është për shembull vetë sëmundja. Akomodimi ndër-kulturor në procesin e kujdesit lejon që përkufizimet biomjekësore, psikosociale dhe popullore të bashkëjetojnë brenda kornizës së të dy sistemeve kulturore. Kërkon që pacienti dhe ofruesi i kujdesit të marrin parasysh planet dhe terapinë e drejtuar ndaj problemeve që dalin nga të dyja këndvështrimet. Dështimi për të krijuar këtë bashkim mund të çojë në dështim në procesin e kujdesit shëndetësor [15]. Zbatimi i metodës së orientimit të problemeve në kujdesin ndër-kulturor [18] është një qasje që lehtësoi një ndryshim metodologjik duke inkurajuar praktikuesit të shprehin problemet në gjuhën që përshkruan më së miri rrethanat e pacientit. Kjo nxiti përdorimin e një procesi më të gjerë përshkrues ku pikat përfundimtare diagnostikuese të shëndetit biomjekësor dhe mendor u bënë pjesë e një universi të zgjeruar të përshkrimeve të problemeve të pacientit. Nëse metodologjia e orientuar drejt problemeve përdoret në mënyrë të përshtatshme, duhet të merret parasysh pikëpamja e pacientit dhe të hartohet një plan kujdesi që llogarit ndërveprimet komplekse midis çështjeve mjekësore, sociale, psikiatrike dhe demografike [16]. Metodatat statistikore dhe demografia janë shembuj të ndryshimeve të fundit në teorinë dhe praktikën e kujdesit shëndetësor. Evolucionit dhe zbatimit i tyre kanë ndihmuar në përcaktimin e një mënyre të re të përshkrimit dhe planifikimit të problemit në kujdesin shëndetësor. Metodatat e orientuara drejt problemeve lejojnë përfshirjen e "demografisë" si një çështje e sëmundjes -Mirëqënies. Metoda sugjeron që problemet demografike të shtohen në listat e problemeve dhe të shtohen në kartelat dhe planet e ecursisë së shëndetit. Këto plane për përshkrimin e problemit dhe ndërhyrjet e kujdesit shëndetësor llogaritin faktorët e njohur të rrezikut bazuar në moshën, gjininë dhe përkatësinë etnike. Metoda e orientimit të problemit në kujdesin shëndetësor zhvilloi një përshkrim bazë të zgjidhjes së problemeve rreth episodeve të sëmundjes (Figura 14-1). Ky model me katër hapa mund të zbatohet në zgjidhjen e problemeve në përgjithësi dhe mund të përdoret për të krahasuar punën e ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe shëruesve në mënyrë universal, Figura 14-2.

**Figura 14-1****Zgjidhja e problemeve rreth episodeve të sëmundjes.****Figura 14-2****Metoda e orientuar nga problemi në praktikën biomjekësore.**

Ofrusi i kujdesit vendos:

**Merrni parasysh stilin e gjuhës dhe komunikimit**

Nëse fjalori personal i një pacienti nuk përfshin terma si depresioni, alergjia, kolecistiti, apo edhe sëmundja e fshikëzës së tëmthit, këto fjalë duhet të shmangen. Kohët e reagimit në modelet e të folurit ndryshojnë. Disa individë janë të hutuar nga këmbëngulja e një



ofruesi për të raportuar detaje të caktuara, ndërsa duket se i injorojnë të tjerët (të cilat mund të jenë të rëndësishme për pacientin). Ndërtimi i besimit është një çështje kryesore. Individët nga grupe të vogla ose prejardhje rurale janë mësuar të merren me rrjetet familjare dhe faqesnore. Ndiheva kërkohej përmes kontakteve personale dhe në përgjithësi vjen nga individë të njohur për familjen ose komunitetin. Institucionet e kujdesit shëndetësor shpesh përfaqësojnë humbjen e zgjedhjes personale në kuptimin që pacienti nuk i "njeh" ofruesit, dhe anasjelltas. Thyerja e kësaj barriere është një komponent thelbësor i ndërveprimeve ofrues - pacient dhe shpesh përfshin thyerjen e modelit të neutralitetit, distancës dhe mos përfshirjes që profesionistët e shëndetit inkurajohen të përdorin.

Në kujdesin kronik kur flasim për ndikimin e kulturës dhe gjuhës në marrëdhënien pacient – infermier duhet të marrim parasysh disa vëzhgime. Së pari, negociatat ndërkulturore nuk janë gjithmonë të suksesshme. Ose pacienti ose ofruesi i kujdesit nuk ka arritur të komunikojë ose ka marrë një rol "besimtar të vërtetë" dhe ka refuzuar t'i përshtatet një pikëpamje alternative. Së dyti, kur arrihet akomodimi, secila ose të dyja palët mund të kenë nevojë të përkulen "të dhëna" dhe "të vërteta" të rëndësishme për atë që është e drejtë në mënyrë që të përballojnë "atë që është e gabuar". Së treti, ka raste kur terapitë dhe teoritë alternative duken të rrezikshme, dhe në këto rrethana, aftësia e ofruesit në edukim, negocim dhe manipulim përtej kufijve kulturorë testohet. Së katërti, njohja e përdorimit të shpjegimeve dhe terapive bashkëjetuese për një sëmundje është e nevojshme për të krijuar një bazë për mirëkuptim dhe negocim ndër-kulturor [15].

Aftësim praktik- pyetje vetë-vlerësuese

P1 Cilat elemente të kulturës së pacientit do të merrnit parasysh kur vendosni se si të menaxhoni rastin më mirë?

P2 Përshkruani të paktën një ndryshim midis kompetencës kulturore dhe sigurisë kulturore.

P3 Përshkruani kanalet nëpërmjet të cilave kultura ndikon në shëndetin e popullatës.

P4 Përshkruani metodën e orientuar nga problemi si një qasje efektive kujdesi që merr parasysh ndikimin e kulturës në shëndet.



Referenca

1. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/community>
2. Francis, K., Chapman, Y., Hoare, K., & Birks, M. (Eds.) (2013). *Australia and New Zealand Community as partner: Theory and practice in nursing*. (2nd ed.) Lippincott Williams & Wilkins.
3. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action: interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Aff* 2001;20(6):64-78.
4. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q* 2003;7(1):73-82.
5. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469-75.
6. Plumb, James; Einstein, Laura Carson; Braëer, Rickie; and Scott, Kevin, "Community-Based Partnerships for Improving Chronic Disease Management" (2012). Department of Family & Community Medicine Faculty Papers. Paper 29.
7. Part I-Theory, Thinking about Health, Chapter 2. Determinants of Health and Health Inequities. AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.
8. Worry W. Ending denial. Toronto: University of Toronto Press:2007.
9. Hruschka DJ, Hadley C. A glossary of culture in epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:947-51.
10. Helman C. Culture, health and illness. New York:Oxford University Press;2007.
11. Part I-Theory, Thinking about Health, Chapter 3. Cultural Competence. AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians.
12. Caron N. Caring for Aboriginal patients: the culturally competent physician. *Royal College Outlook*.
13. National Aboriginal Health Organization. Cultural competency and safety: a First Nations, Inuit, and Métis Context & guidelines for health professionals 2007.
14. Panter-Brick C, et al. Culturally compelling strategies for behaviour change: a social ecology model. *soc Sci Med*.
15. Putsch RW III, Joyce M. Dealing with Patients from Other Cultures. In: Eaker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. 3rd edition. Boston: Butterworths; 1990. Chapter 229.
16. Weed LL. Your health care and how to manage it. Rev. ed. Essex Junction, VT: Essex Publishing, 1978.
17. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36. Weed LL. Medical records, medical education, and patient care: the problem oriented record as a basic tool. Chicago: Year Book, 1969.



15

Ndikimi i stigmës te pacientët kronik (etniciteti, ngjyra e lëkurës, përkatësia fetare, gjuha e folur, mosha, gjinia, paaftësia). Roli infermieror në reduktimin e impaktit të stigmës te pacientët kronik

Objektivat e mësimi

- Aspekti social i kujdesit infermieror dhe stigmatizimi në sëmundjet kronike
- Procesi i planifikimit të kujdesit
- Sëmundja e Parkinsonit
- Planifikimi i Kujdesit për Pacientët me Sëmundje të Parkinsonit
- Pyetje të Hapura - Pikëpamje

Aspekti social i kujdesit infermieror dhe stigmatizimi në sëmundjet kronike

Disiplina e infermierisë është më shumë se kujdes, është një vlerë shoqërore. Shembuj të ndryshëm tregojnë se aspekti social i kujdesit infermieror mund të zhvillojë panoramën e kujdesit shëndetësor veçanërisht në mbështetje të grupeve të marginalizuara, por edhe të komunitetit në tërësi [1].

Kuptimi i kujdesit infermieror si një praktikë sociale dhe vlera që teoritë sociale mund të kenë në kërkimin shëndetësor në veçanti në kuptimin e rezultateve shëndetësore dhe ndërhyrjet e marra, është studiuar në kërkime të kufizuara, pasi fokusi ka qenë gjithmonë te kujdesi infermieror dhe jo te dimensionin shoqëror i kujdesit infermieror për patologji të ndryshme [2-3-4]. Profesioni i infermierit u rrit nga një nevojë brenda shoqërisë dhe vazhdon të zhvillohet bazuar në nevojat e shoqërisë. Edhe pse fokusi kryesor i infermierisë, kujdesi për pacientët, është ende i njëjtë, pothuajse gjithçka tjetër është modifikuar. Infermiera, në formën e saj më themelore, filloi në shtëpi. Para se të ndërtoheshin spitalet për të strehuar të sëmurët, infermierët ofronin kujdes në shtëpi për të sëmurët. Mjekësia ende nuk konsiderohej shkencë. Ishte Florence Nightingale në 1840-1845 që vuri bazat praktike të infermierisë. Ndërkohë mjeku amerikan Joseph Warrington shkroi një libër për infermierët dhe mamitë, i cili ishte gjithashtu shembulli i parë i një libri shkollor për infermierët [5-6]. Studimet kanë treguar se sëmundjet kronike mbartin stigmatizim nga ana e shoqërisë [7].



Ndërkohë që ndërhyrje për të përmirësuar cilësinë e jetës tërheqin vëmendjen për rëndësinë e diferencimit midis burimeve të stigmës së parashikuar në mjediset klinike, dhe ndërhyrjet dhe hulumtimet që përfshijnë njerëzit që jetojnë me sëmundje kronike [8]. Kuptimi i dobisë shoqërore të stigmatizimit në ruajtjen e kohezionit shoqëror dhe mbrojtjen e rendit shoqëror është një funksion i rëndësishëm. Sidoqoftë, ky proces mund të jetë i dëmshëm kur zbatohet tek personat me sëmundje kronike. Këta individë shpesh ndihen të turpëruar, të izoluar, të diskriminuar dhe të marginalizuar nga pikëpamja shoqërore dhe ekonomike me pasoja shtesë në shumë sëmundje kronike. Stigma bazohet në kushte të dukshme ose jo të dukshme shëndetësore dhe mund të imponohet nga jashtë ose të perceptohet në një proces të vetë-stigmatizimit [9].

Përkufizimet - Stigma

“Atribut që është thellësisht diskreditues” “situata e individit i cili skualifikohet nga pranimi i plotë shoqëror” [10].

Stigma mund të përkufizohet edhe si bashkë-ndodhje e katër proceseve përbërëse të saj - etiketimi, stereotipizimi, ndarja, humbja e statusit dhe diskriminimi - dhe më tej tregojmë se që të ndodhë stigmatizimi, pushteti duhet të ushtrohet [11]. Në Tabelën 15-1 janë paraqitur qasjet psikologjike dhe sociologjike të stigmës [12].

Tabela 15-1

Qasjet psikologjike dhe sociologjike të stigmës përgjatë katër kategorive

	Mikro-niveli (Psikologji)	Në nivelin meso (Psikologji sociale dhe sociologji kulturore)	Niveli makro (sociologji)
Shkaqet	Çrregullime fizike dhe mendore, motivimet sociobiologjike dhe instrumentale	Motivime intersubjektive dhe simbolike, motivimet kulturore, stereotipet	Mbyllja sociale, pushteti, praktikat institucionale, ndarja shoqërore, ligjet diskriminuese
Kontekstet	Trupi, mendja, skema njohëse	Perceptimet individuale dhe qëndrimet, marrëdhëniet ndërpersonale	Politikat / ligjet, lagje, vendet e punës, shtetet, mjediset
Pasojat	Sëmundje mendore, stres, sëmundje fizike	Vetëvlerësim, identitet, vlerë simbolike, (keq) njohje ndërpersonale	Pabarazitë në grup në shëndet mendore dhe fizike, në / jashtë grupit



			anëtarësimi, ekonomik dhe pabarazia sociale
Përgjigjet	Gërvishtje, përballja fiziologjike, menaxhimi individual	Tërheqja ndërpersonale, burimet psikosociale, rikornizim kulturor	Lëvizjet sociale, institucionale / organizative ndryshimi, ndryshime politike dhe ligjore

Grupet Racionale, Etnike dhe të Minoriteteve

Termat "racë", "etni" dhe "grup pakicash", kanë kuptime të dallueshme për sociologët. Ideja e "racës" i referohet ndryshimeve fizike sipërfaqësore që një shoqëri e veçantë i konsideron domethënëse, ndërsa "etnia" është një term që përshkruan kulturën e përbashkët. Dhe "grupet e pakicave" përshkruajnë grupe që janë vartëse, ose që nuk kanë fuqi në shoqëri, pavarësisht nga ngjyra e lëkurës ose vendi i origjinës. Për shembull, në historinë moderne, të moshuarit mund të konsiderohen si një grup pakicash për shkak të një statusi të zvogëluar që rezulton nga paragjykimet popullore dhe diskriminimi ndaj tyre. Si një grup minoritar, të moshuarit gjithashtu i nënshtrohen diskriminimit ekonomik, social dhe vendit të punës [13].

Çfarë është raca?

Historikisht, koncepti i racës ka ndryshuar në të gjitha kulturat dhe epokat, përfundimisht duke u bërë më pak i lidhur me lidhjet stërgjyshore dhe familjare, dhe më shumë me karakteristikat sipërfaqësore fizike. Në të kaluarën, teoricienët kanë paraqitur kategori racash bazuar në rajone të ndryshme gjeografike, etnitë, ngjyrat e lëkurës dhe më shumë. Etiketat e tyre për grupet racore kanë rajone të lidhura (Mongoli dhe Malet e Kaukusit) ose shenja të ngjyrave të lëkurës (e zezë, e bardhë, e verdhë dhe e kuqe). Studimet kanë treguar se pabarazitë shëndetësore janë më të shpeshta në mesin e grupeve etnike-racore që janë edhe objekt i stigmatizimit [14].

Çfarë është etnia?

Etniciteti është një term që përshkruan kulturën e përbashkët - praktikat, vlerat dhe besimet e një grupi. Kjo mund të përfshijë gjuhën, fenë dhe tradita të përbashkëta, midis të përbashkëtave të tjera. Ashtu si raca, termi "etni" është e vështirë të përshkruhet dhe kuptimi i tij ka ndryshuar me kalimin e kohës. Dhe si raca, individët mund të identifikohen ose të vetë-identifikohen me etni në mënyra komplekse, madje edhe kontradiktore. Për shembull, grupet etnike si Irlandezët, Amerikanët Italianë, Rusë, Hebrej dhe Serbë mund të jenë të gjithë grupe anëtarët e të cilëve janë kryesisht të përfshirë në kategorinë racore "të bardhë". Në të kundërt, grupi etnik Britanik përfshin qytetarë nga një shumëllojshmëri racash: të zezë, të bardhë, aziatike dhe më shumë, plus një larmi kombinimesh racash. Këta shembuj ilustrojnë kompleksitetin dhe mbivendosjen e këtyre termave identifikues. Etnia, si raca, vazhdon të jetë një metodë identifikimi që individët dhe institucionet përdorin sot - qoftë përmes regjistrimit,



iniciativave të veprimit pohues, ligjeve të mos-diskriminimit, ose thjesht në marrëdhëniet personale të përditshme [13]. Studimet e fundit vazhdojnë të dokumentojnë një lidhje të anasjelltë midis diskriminimit dhe shëndetit. Modelet e pabarazive racore në shëndet sugjerojnë se ekzistojnë mënyra të shumta me të cilat racizmi mund të ndikojë në shëndet [15].

Cilat janë grupet e pakicave?

Një grup pakicash përkufizohet si "çdo grup njerëzish që, për shkak të karakteristikave të tyre fizike ose kulturore, veçohen nga të tjerët në shoqërinë në të cilën jetojnë për një trajtim diferencial dhe të pabarabartë, dhe që për këtë arsye e konsiderojnë veten e tyre si objekte të diskriminimit kolektiv" [16]. Multimorbiditeti - që karakterizohet nga dy ose më shumë sëmundje kronike bashkëjetuese - është shumë i përhapur, i kushtueshëm dhe me paaftësi për të rriturit e moshuar me ndryshime të dukshme në normat e akumulimit të sëmundjes kronike dhe zhvillimin e multimorbiditetit në mesin e grupeve të pakicave krahasuar me pjesën tjetër të populates [17].

Stereotipet, Paragjykimet, dhe Diskriminimi

Termat stereotip, paragjykim, diskriminim dhe racizëm përdoren shpesh si sinonime të njera -tjetrës në bisedat e përditshme. Por kur diskutojmë për këto terma nga një këndvështrim sociologjik përfshirë lidhjen e tyre me stigmatizimin, është e rëndësishme t'i përcaktojmë ato: stereotipet janë ide të thjeshtësuara mbi grupet e njerëzve, paragjykimi i referohet mendimeve dhe ndjenjave rreth atyre grupeve, ndërsa diskriminimi i referohet veprimeve ndaj tyre. Racizmi është një lloj paragjykimi që përfshin besime të përcaktuara për një grup specifik racor.

Stereotipet mund të bazohen në racë, etni, moshë, gjini, orientim seksual - pothuajse çdo karakteristikë. Ato mund të jenë pozitive (zakonisht në lidhje me grupin e vet, si për shembull kur gratë sugjerojnë se kanë më pak të ngjarë të ankohen për dhimbje fizike) por shpesh janë negative (zakonisht ndaj grupeve të tjera, të tilla si kur anëtarët e një grupi racor dominues sugjerojnë që një racore vartëse grupi është budalla ose dembel) Në secilin rast, stereotipi është një përgjithësim që nuk merr parasysh ndryshimet individuale [13].

Paragjykimi dhe Racizmi

Paragjykimi i referohet besimeve, mendimeve, ndjenjave dhe qëndrimeve që dikush mban në lidhje me një grup. Një paragjykim nuk bazohet në përvojë; përkundrazi, është një paragjykim, me origjinë jashtë përvojës aktuale. Racizmi është një lloj paragjykimi që përdoret për të justifikuar besimin se një kategori racore është disi superiore ose inferiore ndaj të tjerëve. Grupet supremaciste të bardha janë shembuj të organizatave raciste; besimi i anëtarëve të tyre në epërsinë e të bardhëve ka inkurajuar mbi një shekull të krimit të urrejtjes dhe gjuhës së urrejtjes.

Diskriminimi

Diskriminimi konsiston në veprime kundër një grupi njerëzish. Diskriminimi mund të bazohet në moshën, fenë, shëndetin dhe tregues të tjerë. Ligjet mbi diskriminimin dhe diskriminimin e bazuar në raca përpiqen të adresojnë këtë problematikë sociale [13].



Stigma, Diskriminimi dhe Shëndeti

Organizata Botërore e Shëndetësisë e përkufizon stigmën si: *Një shkak kryesor i diskriminimit dhe përjashtimit: ndikon në vetëvlerësimin e njerëzve, ndihmon në prishjen e marrëdhënieve të tyre familjare dhe kufizon aftësinë e tyre për t'u shoqëruar dhe për të marrë strehim dhe punë.*

- Stigma është kur dikush ju sheh në një mënyrë negative për shkak të sëmundjes / gjendjes tuaj.
- Diskriminimi është kur dikush ju trajton në një mënyrë negative për shkak të sëmundje / gjendjeve tuaja [18].

Gjendje të stigmatizuara

- HIV / AIDS
- Mbipesha / Mbipesha
- Sëmundje mendore
- Sëmundja e Parkinsonit
- Psoriaza
- Lebra
- Keqformime / Deformime
- Paralizë

Stigma midis njerëzve me sëmundje kronike ekziston dhe lloji i stigmës varet nga natyra e sëmundjes [19] me ndikim në disa rezultate të pacientit duke përfshirë cilësinë e jetës, funksionimin psikologjik dhe respektimin e trajtimit [20].

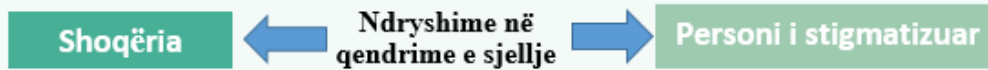
Stigma dhe diskriminimi - Shembull HIV

Stigma e HIV-it është e rrënjësuar në frikën e HIV-it dhe buron nga imazhet e HIV nga fillimi i viteve 1980. Mungesa e informacionit dhe ndërgjegjësimi i kombinuar me besimet e vjetruara, keqkuptime në lidhje me transmetimin e HIV dhe se çfarë do të thotë të jetosh me HIV i çojnë njerëzit në frikë nga marrja e HIV. Shumë njerëz mendojnë për HIV si një sëmundje që vetëm grupe të caktuara mund ta marrin. Kjo çon në gjykime të vlerës negative për njerëzit të cilët jetojnë me HIV.



Mënyrat për të trajtuar Stigmën-shembuj [21]

Shembull (1)



Legjislacioni: nxjerr jashtë ligjit manifestime të caktuara të stigmës së miratuar - diskriminim,

- UK's Equality Act 2010 ofron një kornizë ligjore për ruajtjen e të drejtave të të gjithë njerëzve (p.sh: seksi, aftësitë e kufizuara, raca, kushtet).

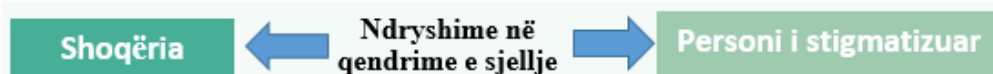
Edukimi: ndërgjegjësoni për sëmundjen dhe sfidoni idetë e gabuara dhe stereotipet,

- Fushata Koha për të Ndryshuar (<https://www.time-to-change.org.uk/stephen-fry> synon të rrisë ndërgjegjësimin në lidhje me shëndetin mendor dhe sëmundje.

Gjuha: zvogëlimi / eliminimi i gjuhës stigmatizuese dhe etiketimi i gjuhës

- 'Skizofrenia' nënkupton që identiteti i individit përcaktohet vetëm nga

Shembull (2)



Pranimi publik: i vetë problemit, ose i simptomave të mundshme të sikletshme ose të pakëndshme.

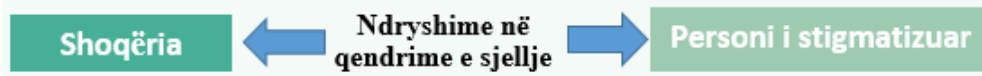
- Njerëzit e njohur flasin hapur për përvojën e tyre të sëmundjes.
- Fushatat e informimit dhe ndërgjegjësimit publik që diskutojnë hapur simptomat që njerëzit mund t'i konsiderojnë të turpshme gjithashtu mund të ndihmojnë në uljen e pengesave për të kërkuar diagnozën dhe trajtimin.

Trajtimi: përparimet në menaxhimin e kushteve shëndetësore mund të kontribuojnë në zvogëlimin e shenjave të dukshme që mund të kontribuojnë në damkën, qoftë karakteristikat fizike (p.sh. kushtet e lëkurës) ose sjelljet (p.sh. manifestimet e mendjes

- Psoriaza - pamja e lëkurës
- Parkinson - Dridhje/tremor



Shembull (3)

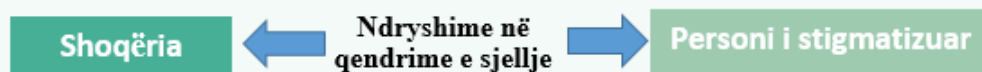


Merrni trajtimin shëndetësor që ju nevojitet. Mundohuni të mos lejoni që frika e etiketimit me një sëmundje mendore t'ju ndalojë të merrni ndihmë.

Mos e besoni. Mundohuni të mos lejoni që injoranca e njerëzve të tjerë të ndikojë në mënyrën se si ndiheni për veten tuaj. Biseda në lidhje me çështjet tuaja shëndetësore me profesionistë të kujdesit shëndetësor do t'ju ndihmojë në rrugën tuaj për shërim ose menaxhim.

Mos u fsheh. Kontakti me njerëzit që ju besoni - familjen, miqtë, trajnerët ose udhëheqës fetarë - mund të thotë që ju merrni mbështetjen që ju nevojitet.

Shembull (4)



Komuniko me të tjerët. Bashkimi me grupin e mbështetjes - qoftë online ose personalisht - mund t'ju ndihmojë të merreni me ndjenjat e izolimit dhe t'ju bëjë të kuptoni se nuk jeni vetëm në ndjenjat dhe përvojat tuaja.

Ju nuk jeni sëmundja juaj. Mos e përkufizoni veten nga sëmundja juaj siç mund të bëjnë njerëzit e tjerë. Në vend që të thoni 'jam skizofrenik', thoni 'kam skizofreni'. Gjuha ka fuqi.

Nuk është personale. Mos harroni se gjykimet e njerëzve të tjerë shpesh vijnë nga a mungesa e mirëkuptimit më shumë se çdo gjë tjetër. Këto gjykime janë bërë para se të të njohin, prandaj mos beso se pikëpamjet e tyre kanë të bëjnë me ty personalisht.



Plani i Kujdesit

Plani i kujdesit është procesi me të cilin profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe pacientët diskutojnë, bien dakord dhe rishikojnë një plan veprimi për të arritur qëllimet ose ndryshime të sjelljes me më shumë rëndësi dhe shqetësim për pacientin. Plani i kujdesit është një dokument i shkruar që regjistron rezultatin e një procesi planifikimi kujdesi [22].

Plani i Kujdesit - forma të ndryshme

- **Plani i kujdesit paraprak:** dëshirat e një personi në pritje të përkeqësimit të gjendjes së tij në të ardhmen dhe preferencat e tij për kujdesin në fundin e jetës
- **Planet e daljes nga spitali:** për njerëzit që dalin nga spitalet ose institucione të tjer atë shërbimit shëndetësor
- **Plani i edukimit, shëndetit dhe kujdesit:** për fëmijë dhe të rinj me nevoja arsimore të veçanta dhe aftësi të kufizuara
- **Kujdesi shëndetësor urgjent:** planet ose planet e kujdesit ndaj krizave
- **Planet e veprimit shëndetësor:** për njerëzit me aftësi të kufizuara në të mësuar
- **Planet e rimëkëmbjes së shëndetit mendor**
- **Plani i kujdesit me në qendër personin** [23].

Infermierët e shëndetit familjar

Infermierja e Shëndetit Familjar do të: ndihmojë individët dhe familjet të përballen me sëmundjen dhe paaftësi kronike, ose gjatë periudhave të stresit, duke shpenzuar një pjesë të madhe të kohës tyre të punës në shtëpitë e pacientit dhe me familjet e tyre. Infermierë të tillë japin këshilla mbi faktorët e rrezikut të mënyrës së jetesës dhe të sjelljes, si dhe asistimin e familjeve me çështjet në lidhje me shëndetin. Përmes zbulimit të shpejtë, ata mund të sigurojnë që problemet shëndetësore të familjeve trajtohen në një fazë të hershme. Me njohuri e tyre të shëndetit publik dhe çështjeve sociale dhe mbështetjen e agjencive të tjera shoqërore, ato mund identifikojnë efektet e faktorëve socio-ekonomikë në shëndetin e një familjeje dhe ti referojnë ato tek agjencia përkatëse. Ato mund të lehtësojnë daljen e hershëm të njerëzve nga spitali duke ofruar kujdes infermior në shtëpi, dhe ata mund të veprojnë si nyje lidhëze midis familjes dhe mjekut të familjes, duke zëvendësuar atë mjek kur nevojat e identifikuar janë më të rëndësishme për ekspertizën e infermierisë [24].

Plani i Kujdesit – Procesi i hartimit

Procesi infermior përfshin pesë hapa: vlerësimin, diagnoza infermiore, planifikimin, implementimin dhe vlerësimin [25]. Familjarizimi i infermierit me këtë proces ka shumë benefite pasi lejon aplikimin e njohurive dhe aftësive në mënyrë të organizuar. Gjithashtu, i aftëson ata që të komunikojnë me kolegët e të gjitha specialiteteve klinike dhe praktike për tematika profesionale. Përdorimi i procesit infermior është esencial për të dokumentuar rolin e infermierit në sigurimin e kujdesit të plotë dhe me cilësi për pacientin. Duke përcaktuar qartë këto probleme infermieri mund të trajtojë pacientin në mënyrë të pavarur dhe procesi infermior ka ndihmuar në largimin e mendimit se praktika infermiore bazohet vetëm në zbatimin e urdhrave të mjekut.



Hapi (1) - Vlerësimi i problemeve të pacientit

Faza e parë dhe jetësore e procesit infermieror është vlerësimi – që konsiston në historikun e pacientit, ekzaminimin fizik, dhe studimi i diagnozave të lidhura me problemin. Efektiviteti i fazave të tjera të procesit infermieror varen nga cilësia e të dhënave të mbledhura gjatë vlerësimit. Vlerësimi fillestar i pacientit fillon me mbledhjen e të dhënave (historiku i pacientit, gjetjet nga ekzaminimi fizik, dhe të dhëna nga studimet diagnostike) dhe përfundon me formulimin e diagnozës ose diagnozave infermiore të pacientit.

a) Ndërtimi i një baze të dhënash

Informacioni që ju mblidhni nëpërmjet historikut të pacientit, kryerjes së ekzaminimit fizik dhe analizimit të rezultateve të testeve diagnostikuese shërbejnë si të dhënat tuaja të vlerësimit. Objektivi juaj është që të siguroni dhe të shënoni informacionin që është më shumë i vlefshëm për të vlerësuar pacientin tuaj. Realisht ju nuk mund të mblidhni ose të përdorni të gjithë informacionin ekzistues në lidhje me pacientin. Për të kufizuar të dhënat tuaja në mënyrën më të përshtatshme:

Intervistoni pacientin / klientin

- Përdorni qasje me në qendër personin

Intervistoni të afërmit e individit ose person tjetër të rëndësishëm

- . Infermiera familjare
- Mjetet dhe shkallët e matjes ose pyetësorët
- Referenca në regjistrat mjekësorë dhe të dhënat e tjera
- Ekip më i gjerë infermieror dhe multidisiplinar

Vlerësimi, organizimi dhe dokumentacioni të të dhënave të mbledhura.

b) Mbledhja e të dhënave subjektive dhe objektive

Të dhënat e vlerësimit që mblidhen dhe analizohen ndahen në dy kategori të rëndësishme: subjektive dhe objektive. Duhet të sigurohet informacion i detajuar, i saktë në lidhje me pacientin, i cili do të ndihmojë në përcaktimin e drejtimit, dhe pasojat e ekzaminimit fizik- në fazën tjetër të vlerësimit të pacientit. Pas marrjes së historikut shëndetësor të pacientit, faza tjetër në procesin e vlerësimit është ekzaminimi fizik. Gjatë kësaj faze vlerësimi, ju do të mblidhni të dhëna objektive të cilat konfirmojnë dyshimet e lindura gjatë historikut shëndetësor. Për kryerjen e ekzaminimit fizik duhen përdorur katër teknika bazë: **Inspeksioni**, **Palpacioni**, **Perkusioni** dhe **Auskultacioni (IPPA)**. Këto teknika kërkojnë përdorimin e shqisave; të parit, prekjën, të dëgjuarit dhe nuhatjen, për të formuluar një vlerësim të kujdesshëm të strukturave dhe funksioneve të organizmit. Përdorimi me efektivitet i IPPA-ës minimizon shanset që infermieri të mbivlerësojë diçka interesante gjatë ekzaminimit fizik. Çdo teknikë ekzaminuese mbledh të dhëna që vërtetojnë dhe forcojnë të dhënat e mbledhura nga teknikat e tjera të IPPA. Edhe rezultatet e testeve laboratorike janë një formë tjetër e vlerësimit të të dhënave, dhe elementi i tretë esencial për zhvillimin e vlerësimit. Vlerat laboratorike ndihmojnë në interpretimin-dhe zakonisht qartësimin - e gjetjeve të infermierit nga historiku dhe ekzaminimi fizik i pacientit. Teknologjia e avancuar që përdoret në testet laboratorike aftëson infermierin në vlerësimin e proceseve anatomike, psikologjike dhe kimike që nuk mund të vlerësohen vetëm nëpërmjet të dhënave subjektive apo ekzaminimit fizik. Për shembull, nëse pacienti ankohet për lodhje (historiku) dhe infermieri vë re zbehtësi të konjunktivave (ekzaminimi fizik) duhet të kontrollohen niveli i hemoglobinës dhe hematokritit (të dhënat laboratorike). Të dyja bashkë, si të dhënat subjektive (historiku)



dhe të dhënat objektive (ekzaminimi fizik dhe rezultatet e testeve laboratorike) janë esenciale për vlerësimin tërësor të pacientit. Ato vërtetojnë njëra-tjetrën dhe së bashku sigurojnë më shumë të dhëna sesa secili prej tyre mund të bënte veç e veç [26].

Hapi (2) – Diagnoza infermierore

Në përputhje me NANDA-I, diagnoza infermierore është “*gjykim klinik për përgjigjet e individit, familjes apo komunitetit ndaj problemeve shëndetësore aktuale ose potenciale/proçeseve jetësore. Diagnoza infermierore siguron bazat e përzgjedhjes së ndërhyrjeve infermierore për të realizuar rezultatet për të cilat infermieri është përgjegjës*” (Herdman, 2009, p. 419).

Diagnozat infermierore përshkruajnë një grup shenjash dhe simptomash që tregojnë një problem shëndetësor aktual ose potencial, që infermieri mund të identifikojë - dhe të zgjedhi tipin e kujdesit që do të ofroj. Diagnozat infermierore që indikojnë probleme potenciale shëndetësore mund të identifikohen me fjalët “rrezik për” në emërtimin e diagnozës. Ka dhe diagnoza infermierore të cilat fokusohen në parandalimin e problemeve shëndetësore dhe rritjes së mirëqënies. Krijimi i diagnozave infermierore është shtrirja llogjike e të dhënave të mbledhura nga vlerësimi. Në vlerësimin e pacientit, infermieri bën çdo pyetje në lidhje me historikun, kryen çdo teknikë të mundshme ekzaminimi, dhe merr në konsideratë çdo rezultat të të dhënave laboratorike, sepse kjo mënyrë siguron evidencë (dëshmi, provë) se si pacienti mund të ndihmohet nga kujdesi infermior ose se si të dhënat mund të prekin kujdesin infermior. Për të hartuar një diagnozë infermierore, infermieri përdor të dhënat e mbledhura dhe me to harton ose bën një listë problemesh. Më pak formale në hartim, krahasuar me diagnozën infermierore, lista e problemeve përshkruan problemet ose nevojat e pacientit. Është shumë e thjeshtë ndërtimi i një liste të tillë nëse përdoret një model konceptual se një strukturë e pranuar kriteresh dhe normash. Shembuj të këtyre normave janë zhvillimet normale fizike dhe psikologjike dhe parametrat vlerësues bazuar në Taksonominë e Praktikës Infermierore [27]. Infermieri mund të identifikojë problemet dhe nevojat e pacientit me fraza të thjeshta, si qarkullim i dobët, temperaturë e lartë ose hidratim i ulët. Hapi pasues është përcaktimi në listë i problemeve prioritare dhe me pas formulimi i diagnozave infermierore [26]. Studimet kanë treguar se në mesin e infermierëve shqiptar ka konfuzion në lidhje me hartimin e një diagnoze infermierore dhe si rrjedhojë dhe në implementimin e një plani kujdesi. Gjithashtu, shumica e infermierëve e ngatërrojnë diagnozën infermierore me diagnozën mjekësore [28].

Për hartimin e një diagnoze infermierore rekomandohet të përdoret terminologjia e NANDA-I. Titujt e diagnozave të NANDA-I, nëse kombinohen me etiologjinë e dyshuar sigurojnë një panoramë të qartë të nevojave të pacientit. Kjo mënyrë fillon me një nga kateogoritë e NANDA-I si titull për formulimin e diagnozës. Kategoria mund të reflektojë një problem aktual apo potencial. Disa shembuj diagnozash paraqiten më poshtë:

- Titulli: Çrregullim të modelit të gjumit
- Etiologjia: zgjidh frazën më të përshtatshme për planin e kujdesit “E lidhur Me” nga lista e mundësive
- Shenjat dhe simptomat: “Nuk fle aq sa duhet”. “Burri më zgjon për ta ndihmuar disa herë natën”, “Ju vini re pacienti ka rrethë të zinj rreth syve”. Mos formuloni direk lidhjen shkak – dhe – efekt (e cila mund të jetë e vështirë për tu vërtetuar)

(3) Identifikimi i rezultateve të pritshme



Gjatë kësaj faze të procesit infermieror, infermieri identifikon rezultatet e pritshme për pacientin. Rezultatet e pritshme janë të matshme, objektiva të fokusura te pacienti dhe rrjedhojë e diagnozës infermiore të pacientit. Këto objektiva mund të jenë afatë shkurtër apo afatëgjatë. Objektivat afatëshkurtër përfaqësojnë ato që janë shqetësim i menjëhershëm i cili duhet të realizohet sa më shpejt. Objektivat afatëgjatë kërkojnë më shumë kohë për tu realizuar, dhe në përgjithësi përfshijnë parandalimin, edukimin e pacientit dhe rehabilitimin e tij. Në pjesën më të madhe të rasteve, infermieri mund të identifikoj rezultatet e pritshme duke kthyer diagnozën infermiore në një formulim pozitiv.

(4) Planifikimi, krijimi i një plani për të arritur rezultatet e pritshme

Plani i kujdesit infermieror i referohet një plani të shkruar veprimesh të projektuara për të ndihmuar infermierin në ofrimin e kujdesit infermieror cilësor. Ai përfshin diagnozat infermiore përkatëse, rezultatet e pritura dhe ndërhyrjet infermiore. Plani i kujdesit duhet të integrohet brenda një plani ndërdisiplinar të pacientit.

(5) Zbatimi i planit apo përcaktimi i hapave për zbatim të tjerët

Gjatë kësaj faze të procesit infermieror, infermieri vë në veprim planin. Zbatimi apo implementimi përfshin të gjitha ndërhyrjet infermiore të drejtuara drejt zgjidhjes së problemeve shëndetësore të pacientit dhe plotësimin e nevojave. Kur infermieri koordinon zbatimin, ai kërkon ndihmë edhe nga anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit dhe familjarët e pacientit. Zbatimi kërkon disa (ose të gjitha) nga tipet e ndërhyrjeve të mëposhtme:

- Përcaktim: vlerësimin dhe monitorimin (P.sh, matjen e parametrave vital);
- Ndërhyrje (veprim): siguron kujdes;
- Informim: edukim dhe këshillim;
- Mbështetje pjesëmarrje: duke e bërë pacientin të ndihet më mirë, duke i dhënë mbështetje emocionale;
- Administrim (menaxhim): duke e referuar pacientin ndaj agjencive dhe shërbimeve të duhura.

(6) Vlerësimi i efektivitetit të planit

Në këtë fazë të procesit infermieror, infermieri vlerëson efektivitetin e planit të kujdesit. Vlerësimi ndihmon të përcaktojë nëse pacienti ka marrë kujdes me cilësi të lartë nga infermierët. Infermieri duhet të përfshijë pacientin, familjarët dhe profesionistët e tjerë shëndetësor në vlerësim dhe të ndjekë hapat e mëposhtëm:

- Përzgjedhja e kriterëve të vlerësimit. Rezultatet e projektura të planit të kujdesit-efektet e dëshiruara të ndërhyrjeve infermiore - janë bazat e vlerësimit.
- Krahësim i përgjigjeve të pacientit me kriteret e vlerësimit. A u përgjigj pacienti sipas pritshmërive? Nëse jo, plani i kujdesit duhet të rishikohet.
- Analizimi i gjetjeve. Nëse plani infermieror ishte jo efektiv, përcakto pse. Si përfundim infermieri për shembull mund të thotë se disa diagnozat infermiore ishin të pasakta.
- Modifiko planin e kujdesit. Bëni rishikime (p.sh, ndryshoni diagnozat e pasakta) dhe zbatoni (implementoni) një plan të ri.



■ Rivlerësim. Si të gjitha fazat e procesit infermieror, vlerësimi është në vazhdimësi. Vazhdoni të vlerësoni, planifikoni, implementoni dhe vlerësoni për sa kohë që ju (infermieri) kujdeseni për pacientin [16].

Roli infermieror në reduktimin e impaktit të stigmës te pacientët kronik

Infermierët mund të luajnë rol të rëndësishëm në reduktimin e impaktit të stigmës te pacientët kronik. Këtë mund ta realizojnë me efektivitet nëse mund të adoptojnë në praktikë korniza teorike lehtësisht të aplikueshme për një gamë të gjerë sëmundjesh kronike. Një nga këto korniza është dhe Health Stigma and Discrimination Framework. Korniza e stigmës dhe diskriminimit shëndetësor. Korniza e Stigmës dhe Diskriminimit Shëndetësor artikulon procesin e stigmatizimit ndërsa ai shpaloset në të gjithë spektrin socio-ekologjik në kontekstin e shëndetit, i cili mund të ndryshojë në kontekstet ekonomike në vendet me të ardhura të ulëta, të mesme dhe të larta. Procesi mund të ndahet në një seri fushash përbërëse, duke përfshirë drejtuesit dhe lehtësuesit, 'shënjimin' e stigmës dhe manifestimet e stigmës, të cilat ndikojnë në një sërë rezultatesh midis popullatave të prekura, si dhe organizatave dhe institucioneve, të cilat ndikojnë në shëndetin dhe shoqërinë. Korniza e Stigmës dhe Diskriminimi Shëndetësor mund të zbatohet në gjendje të ndryshme shëndetësore, Tabela 15-2 [29].

Tabela 15-2

Shembuj se si Korniza e Stigmës dhe Diskriminimi Shëndetësor mund të zbatohen në kushte të ndryshme shëndetësore. Shembuj se si Korniza e Stigmës dhe Diskriminimi Shëndetësor mund të zbatohen në kushte të ndryshme shëndetësore

Gjendja shëndetësore	Drejtuesit ^a	Lehtësuesit ^a	Stigmat kryqëzuese ^a	Manifestimet ^a (përvojat dhe praktikat)	Rezultate (popullatat e prekura)	Rezultatet (organizatat dhe institucionet)	Ndikimet
Shëndeti mendor	Besimet se personat me probleme të shëndetit mendor janë të rrezikshëm (të paparashikueshëm, të dhunshëm), përgjegjës për çështjen e tyre, nuk kontrollohen ose të rikuperohen,	Personat me çështje të shëndetit mendor që shihen si të paafte (nuk mund të punojnë ose të jetojnë të pavarur) ose mos jenë të autorizuar të kërkojnë të drejtat e tyre	Raca, gjinia, orientimi seksual	Përvojat: Stigma e brendshme, stigma e perceptuar, stigma e përjetuar, diskriminimi, stigma dytësore Praktikat: Qëndrimet, mendimet dhe synimet e vazhdueshme negative publike,	Vonon njerëzit në aksesin, përfshirjen dhe përfundimin e trajtimit të shëndetit mendor	Miratimi i ligjeve dhe politikave mbrojtëse në nivelin kombëtar dhe shtetëror dhe në vendet e punës, përfshirë institucionet shëndetësore	Ulja e vetë-efikasitetit dhe vetëvlerësimit, angazhimi i kompromentuar në punësim dhe jetesë e pavarur, depresioni, dobëti e jetës



	duhet të turpërohen			për shembull, në lidhje me një person me çështje të shëndetit mendor të sigurojë kujdesin për fëmijët, të mësojë fëmijët, të martohet në familje, të bëjë vetë-dëmtim ose të mbajë pozita autoriteti			
Kanceri	Frika nga infektimi, perceptimi i shëmtimit, atribuimi i fajit për kontraktimin e sëmundjes, faji, turpi dhe faji	Feja dhe kultura, përgjegjësia e perceptuar dhe kontrolluesh mëria e kauzës	Duhanpirës, mbipesha	Përvojat: Brendësimi i stigmës Praktikat: Refuzimi social, shmangia, distancimi	Ekzaminimi i vonuar dhe kërkimi i trajtimit, prishja e marrëdhënies nieve personale, barra financiare	Kufizime të punësimit dhe drejtimi i automjetit, mbulimi i sigurimeve shëndetësore	Cilësia e jetës, motivimi dhe përpjekjet për të fshehur gjendjen, sëmundsh mërinë dhe vdekshmëri në

^a Shembujt e drejtuesve, lehtësuesve, stigmave ndërprerëse dhe manifestimeve të paraqitura në tabelë synojnë të jenë ilustrues. Studiuesit, klinikët, zbatuesit e programeve dhe politikëbërësit do të konstatojnë aspektet më të rëndësishme të secilës prej këtyre fushave në kontekstin e tyre, ose me popullatën specifike me të cilën po punojnë, për të zbatuar kornizën në mbështetje të stigmës dhe kërkimit të diskriminimit dhe përpjekjeve të reduktimit.

Aftësim praktik: Planifikimi i Kujdesit për Pacientët me Sëmundjen e Parkinsonit [30]

Sëmundja e Parkinsonit, ose paraliza agitans, është një çrregullim neurologjik progresiv që përfundimisht çon në paaftësi. Ndodh pas moshës 50 vjeç dhe rritet incidenca me moshën. Sëmundja prek më shumë burra sesa gra dhe është sëmundja e katërt më e zakonshme neurodegenerative, me raste të reja të raportuara çdo vit. Sëmundja e Parkinsonit shoqërohet me ulje të niveleve të dopaminës që rezultojnë nga shkatërrimi i qelizave neuronale të pigmentuara në substancën e zezë në rajonin e ganglive bazale të trurit. Rugët neuronale projektojnë nga substanca e zezë në striatum të trupit, ku neurotransmetuesit janë çelësi për kontrollin e lëvizjeve komplekse të trupit. Humbja e rezervave të dopaminës në zonat e trurit rezulton në më shumë neurotransmetues nxitës



sesa neurotransmetues frenues, duke çuar në një çekuilibër që ndikon në lëvizjen vullnetare.

Planet e Kujdesit Infermior

Qëllimet infermierore për pacientët me Sëmundjen e Parkinsonit përfshijnë përmirësimin e lëvizshmërisë funksionale, ruajtjen e pavarësisë në kryerjen e aktivitetit jetësor të përditshëm, arritjen e eliminimit optimal të zorrëve, arritjen dhe mbajtjen e statusit ushqyes të pranueshëm, arritjen e një komunikimi efektiv dhe zhvillimin e mekanizmave pozitivë të përballimit.

Janë nëntë (9) planet të kujdesit infermior dhe diagnoza infermierore të identifikuara për Sëmundjen Parkinson:

1. Pastrimi i joefikas i rrugëve ajrore
2. Procesi i mendimit të shqetësuar
3. Komunikimi verbal i dëmtuar
4. Lëvizshmëria fizike e dëmtuar
5. Ushqimi i çekuilibruar: Më pak se kërkesat e trupit
6. Gëlltitja e dëmtuar
7. Rrezik për dëmtim
8. Përballimi i paefektshëm
9. Mangësi të njohurive

Diagnoza infermierore - Komunikimi verbal i dëmtuar

Mund të ketë lidhje me:

- sëmundje kronike progressive
- kufizimet e vendosura nga sëmundja
- depresioni
- mungesa e aftësive për të përballuar
- dëmtim fizik ose emocional i shkaktuar nga ndryshime normale të plakjes ose parkinsonizëm
- ndryshimet në stilin e jetës

Mund të dëshmohet nga:

- verbalizimi i paaftësisë për të përballuar
- strategji të papërshtatshme të përballimit
- tërheqja sociale
- nervozizëm
- agresiviteti
- armiqësi
- ndryshimet në modelin e komunikimit
- pamundësia për të kërkuar ndihmë
- lodhje
- sëmundje e shtuar
- përqendrim i dobët
- aftësitë e zgjidhura të zgjidhjes së problemeve
- sjelljet e ndërmarrjes së rrezikut
- vetëvlerësim i dobët



- pagjumësia

Rezultatet e pritshme

- Pacienti do të shfaqë përmirësim të mirëqenies emocionale.
- Pacienti do të përdorë strategji të pranueshme për të përballuar problemet dhe do të ketë një sens të përmirësuar të vetëvlerësimit.
- Pacienti do të jetë në gjendje të ketë qasje në sistemet mbështetëse, burimet e komunitetit ose këshilltarët për të ndihmuar në arritjen e aftësive adekuate të përballimit.

Ndërhyrjet infermiere	Arsyeja
Siguroi kujdes për pacientin duke përdorur të njëjtin personel sa herë që është e mundur.	Siguron vazhdimësinë e kujdesit dhe krijimin e një marrëdhënieje besimi.
Siguroi kohë të pandërprerë për të kaluar me pacientin dhe inkurajojeni atë të shprehë ndjenjat dhe shqetësimet.	Lejon kohën e duhur pacientit të shprehë ndjenja emocionale ekstreme dhe të fuqishme, dhe me diskutimin, pacienti mund të fillojë të kuptojë kuptimin personal të lidhur me ngjarjet e fundit dhe të zhvillojë një vlerësim të arsyeshëm të situatës në mënyrë që të identifikojë një plan për t'u marrë në mënyrë konstruktive me situatën.
Ndihmoni pacientin vetëm kur është e nevojshme. Ofroni reagime pozitive për sjellje të pavarur.	Varësia nga infermierja zvogëlon vetëvlerësimin. Inkurajimi i sjelljeve të dëshiruara promovon përballimin efektiv.
Inkurajoni pacientin të bëjë zgjedhje në lidhje me kujdesin e tij.	Redukton pafuqinë dhe rrit ndjenjën e vetëvlerësimit.
Identifikoni pritjet nga pacientët për sjelljen dhe çfarë pasojash do të ndodhin nëse nuk respektohen kufijtë.	Ndihmon në vendosjen e kufijve për sjelljen manipuluese. Manipulimi nga pacienti zvogëlon ndjenjën e pasigurisë duke rritur ndjenjën e fuqisë.
Ndihmoni pacientin të identifikojë sjelljen dhe të pranojë përgjegjësinë për veprimet.	Një ndjenjë e përgjegjësisë duhet të zhvillohet përpara se të ndodhi ndonjë ndryshim.



Identifikoni cilësitë dhe arritjet pozitive të pacientit dhe ndihmoni pacientin të njohë këto tipare.	Pacienti do të ketë më pak nevojë për sjellje manipuluese nëse rritet vetë-vlerësimi.
Përgëzoni pacientin kur ai ose ajo përdor strategji efektive të përballimit.	Ndihmon në përforcimin e sjelljes pozitive.
Inkurajoni pacientin të shfrytëzojë burimet e komunitetit, sistemet e mbështetjes, këshilltarët dhe familjen dhe miqtë.	Ndihmon për të ruajtur aftësitë efektive të përballimit.
Instruktoni pacientin / familjen në strategjitë e duhura të përballimit.	Ofron njohuri dhe identifikon alternativa ndaj sjelljes së papërshtatshme.
Instruktoni pacientin dhe / ose familjen në lidhje me nevojën për grupe mbështetëse dhe / ose këshillime.	Mund të kërkohet që të vazhdojë kujdesin e duhur të duhur dhe t'i mundësojë pacientit të ruajë në mënyrë efektive aftësitë e përballimit.



Referenca

1. Sri Wahyuni. The Social Development Dimension Of The Nursing Profession In Managing HIV Cases International Journal of Scientific & Technology Research, 2015, Volume 4, Issue 02, February. ISSN 2277-8616.
2. Cecily Jane Maller. Understanding health through social practices: performance and materiality in everyday life. *Sociology of Health & Illness* Vol. 37 No. 1 2015 ISSN 0141-9889, pp. 52–66.
3. Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Mariana Cabral Schweitzer. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 2013, May-June;21(3):695-703.
4. Stoddart K. M. Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study. *BMC nursing*, 2012, 11, 14.
5. Shetty AP. Florence Nightingale: The queen of nurses. *Arch Med Health Sci* 2016;4:144-8.
6. Joseph Närrington. (1839). *The Nurses Guide*.
7. Goffman W. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. 1. Neë York: Simon & Schuster; 1986.
8. Earnshaë VA, Quinn DM, Park CL. Anticipated stigma and quality of life among people living ëith chronic illnesses. *Chronic Illn*. 2012;8(2):79-88.
9. Engebretson J. Understanding stigma in chronic health conditions: implications for nursing. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013 Oct;25(10):545-50.
10. Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Neë York: Simon & Schuster
11. Bruce G. Link and Jo C. Phelan. Conceptualizing Stigma. *Annual Revieë of Sociology*. Vol. 27:363-385 (Volume publication date August 2001).
12. Mattheë Clair. Stigma. Forthcoming in *Core Concepts in Sociology* (2018).
13. W Little. Identity; Race and ethnicity; Social Psychology; Stereotypes, Prejudice, and Discrimination; Stratification and inequality. Chapter 11. *Race and Ethnicity* (2014).
14. Rivera LM. Ethnic-Racial Stigma and Health Disparities: From Psychological Theory and Evidence to Public Policy Solutions. *J Soc Issues*. 2014;70(2):198-205.
15. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32(1):20-47.



16. Wirth, Louis. "The Problem of Minority Groups." In *The Science of Man in the World Crisis*, ed. Ralph Linton. New York: Columbia University Press, 1945. Wirth defines, explains, and endorses the classic sociological concept of minorities.
17. Quiñones AR, Botosaneanu A, Markēardt S, et al. Racial/ethnic differences in multimorbidity development and chronic disease accumulation for middle-aged adults. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218462. Published 2019 Jun 17.
18. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/stigma-discrimination-and-mental-illness>
19. Idemudia ES, Olasupo MO, Modibo MW. Stigma and chronic illness: A comparative study of people living with HIV and/or AIDS and people living with hypertension in Limpopo Province, South Africa. *Curationis*. 2018;41(1):e1-e5. Published 2018 Oct 25.
20. Taft T, Keefer L. A systematic review of disease-related stigmatization in patients living with inflammatory bowel disease. *Clin Exp Gastroenterol*. 2016;9:49-58
21. Crinson 2007, Lina Martino 2017. Concepts of health, wellbeing and illness, and the aetiology of illness: Section 5. Stigma and how to tackle it.
22. Burt J, Rick J, Blakeman T, Protheroe J, Roland M, Boēer P. Care plans and care planning in long-term conditions: a conceptual model. *Prim Health Care Res Dev*. 2014 Oct;15(4):342-54.
23. NHS. (2015). Personalised care and support planning handbook: The journey to person-centred care.
24. WHO (2000) The family health nurse https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf
25. Ahtisham, Y. (2017). The nursing process and patient teaching. *Nursing Made Incredibly Easy*, 15(6), 13–16.
26. Fatjona Kamberi. (2018). Diagnostika Infermierore. Cikēl Leksionesh. Edicioni i Parē. Shtypur në Vlorē, Botime Triptik. ISBN: 978-9928-245-23-6.
27. Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
28. Kamberi, F. (2018). Knowledge and Attitudes of Nurses toward the Use of Nursing Diagnosis in Clinical Practice. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 2(2), 43-55.
29. Stangl AL, Earnshaē VA, Logie CH, van Brakel W, C Simbayi L, Barrē I, Dovidio JF. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019 Feb 15;17(1):31.
30. <https://nurseslabs.com/parkinsons-disease-nursing-care-plans/8/>



16

Implementimi i strukturës së Nivelit mikro në kujdesin inovativ për sëmundjet kronike. Përshkrimi i nivelit mikro me në qendër triadën: pacient dhe familje, komunitet dhe grupi i kujdesit shëndetësor.

Objektivat e mësimi

- Të shpjegoj se si niveli mikro në kujdesin inovativ për sëmundjet kronike bashkëvepron me nivele të tjera për të siguruar kujdes për të sëmurët kronik
- Të njohim dhe të përshkruajmë nivelin mikro të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike, rëndësia e ndërveprimit në këtë nivel
- Shembuj praktik të implementimit të nivelit mikro të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Modeli i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike

Kujdesi shëndetësor për sëmundjet kronike në vetvete është i ndryshëm nga kujdesi shëndetësor për problemet akute, dhe në këtë drejtim, sistemet aktuale të kujdesit shëndetësor në të gjithë botën nuk janë të organizuar për të përballuar këtë lloj kujdesi. Sistemet e kujdesit shëndetësor nuk kanë ecur në hap me treguesit e sëmundshmërisë dhe rritjen e prevalencës së sëmundjeve kronike. Në fakt, sistemet e kujdesit shëndetësor nuk kanë evoluar dukshëm përtej qasjes konceptuale të përdorur në diagnostikimin dhe trajtimin e gjendjeve akute. Modeli i kujdesit akut nxit organizimin e kujdesit në të gjithë botën edhe sot, madje edhe në vendet më të zhvilluara ekonomikisht. Për të adresuar ritmet në rritje të sëmundjeve kronike, është i domosdoshëm një evolucion në sistemet e kujdesit shëndetësor, dhe ata duhet të përparojnë përtej modelit të kujdesit akut. Kujdesi akut do të jetë gjithmonë i nevojshëm (edhe sëmundjet kronike kanë episode akute), por në të njëjtën kohë sistemet e kujdesit shëndetësor duhet të përqafojnë konceptin e kujdesit për problemet shëndetësore afatgjata. Pacientët, organizatat e kujdesit shëndetësor dhe vendimmarrësit duhet të njohin nevojën për të zgjeruar sistemet dhe për të përfshirë koncepte të reja [1].

Sëmundjet kronike janë gjithnjë e më shumë shqetësimi kryesor i sistemeve të kujdesit shëndetësor në të gjithë botën. Në përgjigje të kësaj sfide, duke përshtatur Modelin e Kujdesit Kronik nga një perspektivë globale u krijua modeli i Kujdesit Inovativ për sëmundjet Kronike, Figura 16-1. Modeli i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike, hartuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë përshkruan komponentët kryesorë të një



përgjigje ndaj sëmundjeve kronike globalisht. Modeli lidhet me parandalimin dhe menaxhimin dhe fokusohet në:

- përmirësimin e cilësisë së ndërveprimeve me pacientët
- organizimin e kujdesit shëndetësor
- përfshirjen e komunitetit, dhe
- politikat dhe sistemet e financimit [2].

Figura 16-1

OBSH - Modeli i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike,



Burimi: World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva: World Health Organisation; 2002.

Niveli Mikro i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike

Modeli i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike zgjeron aspektet e komunitetit dhe politikave të përmirësimit të kujdesit shëndetësor për sëmundjet kronike dhe përfshin komponentë në nivelet mikro (pacient dhe familje), meso (organizatë dhe komunitet i kujdesit shëndetësor) dhe makro (politikat), Figura 16-2. Modeli siguron një bazë fleksibile, por gjithëpërfshirëse mbi të cilën mund të ndërtohen ose ridizenjohen sisteme shëndetësore në përputhje me burimet dhe kërkesat lokale. Nivelet mikro, meso dhe makro ofrojnë një kornizë të arsyeshme dhe i referohen përkatësisht nivelit të ndërveprimit të pacientit, organizatës së kujdesit shëndetësor, nivelit të komunitetit, dhe nivelit të politikave shëndetësore. Secili prej këtyre niveleve ndërvepron me njëri-tjetrin dhe ndikon dinamikisht në dy të tjerët. Kur nivelet mikro, meso dhe makro funksionojnë në mënyrë të efektshme brenda vetes, dhe funksionojnë me sukses në raport me njëri-tjetrin, kujdesi shëndetësor është efikas dhe efektiv; dhe pacientët gëzojnë shëndet më të mirë. Mosfunksionimi brenda dhe midis niveleve krijon humbje dhe joefektivitet [1].

Figura 16-2



Niveli mikro:

Modeli i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike është prezantimi i ideve, metodave ose programeve të reja për të ndryshuar mënyrën e parandalimit dhe menaxhimit të sëmundjeve kronike. Inovacioni nënkupton integrimin e përbërësve themelorë nga secila prej mikro-, meso- dhe nivelet makro të sistemit të kujdesit shëndetësor. Niveli mikro i kujdesit inovativ për sëmundjet kronike synon të ndërthuri rëndësinë e sjelljes së pacientit dhe vlerën e një bashkëveprimi cilësor me profesionistët e kujdesit shëndetësor. Në qendër të kujdesit inovativ për sëmundjet qëndron triada pacient dhe familja, komuniteti dhe ekipi i kujdesit shëndetësor. Kjo treshe partneriteti është unike për kujdesin ndaj sëmundjeve kronike [3].

Edhe pse klienti/pacienti është në qendër të modelit të Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike, profesionistët e shëndetit kanë nevojë për të komunikuar dhe bashkëpunuar me



njëri-tjetrin për të siguruar një qasje të vazhdueshme në menaxhimin e kujdesit kronik [4].

Ndërveprimi bashkëpunues midis infermierit dhe personit me sëmundje kronike është komponenti bazë i nivelit mikro. Bashkëveprimi fillon me marrëdhënien infermier-pacient si një përbërës thelbësor i kujdesit akut dhe kronik. Marrëdhënia infermier-pacient kalon nëpër katër faza të një marrëdhënieje interaktive: përkthimin e informacionit, njohjen me njëri-tjetrin, krijimin e besimit dhe kalimin një hap më tej. Janë dy fazat e fundit në të cilat mund të angazhohen infermierët e familjes dhe të ndikojnë në një tranzicion të suksesshëm të koordinimit të kujdesit [5].

Niveli mikro në kujdesin inovator për sëmundjet kronike fokusohet në ndërveprimin dhe nevojën për fuqizim të pacientëve/klientëve. Qëllimet e këtij niveli përfshijnë parandalimin e sëmundjeve kronike, diagnostikimin e hershëm të sëmundjeve, menaxhimin efektiv të tyre dhe parandalimin e komplikacioneve. Ndërveprimi bashkëpunues midis infermierit dhe personit me sëmundje kronike është në qendër të modelit inovativ të kujdesit për sëmundjet kronike, qasje kjo që është në përputhje me konceptin e kujdesit me në qendër personin ose familjen [6].

Në qasjen me personin në qendër, personi vendoset në qendër të shërbimit dhe trajtohet si person i pari. Fokus i është te personi dhe çfarë mund të bëjë ai, jo gjendja ose paaftësia e tij. Mbështetja duhet të përqendrohet në arritjen e aspiratave të personit dhe të përshtatet me nevojat e tyre dhe rrethanat unike. Një qasje kujdesi me personin në qendër mbështet personin, duke e vendosur atë në 'qendrën e shërbimit', që ai të përfshihet në marrjen e vendimeve për jetën dhe merr parasysh përvojën e jetës së secilit person, moshën, gjininë, kulturën, trashëgiminë, gjuhën, besimet dhe identitetin. Kjo qasje kërkon shërbime dhe mbështetje fleksibël për t'iu përshtatur dëshirave dhe përparësive të personit, bazohet në pikat e forta, ku njerëzit pranojnë si ekspertë në jetën e tyre me një fokus në atë që mund të bëjnë, dhe çdo ndihmë që u nevojitet nga rrjetet mbështetëse të personit. Një qasje kujdesi me personin në qendër duhet të mbështesë dhe të lejojë një person të ndërtojë dhe të mbajë kontroll mbi jetën e tij [7].

Përkufizimi i qasjes së kujdesit dhe mbështetjes me personin në qendër:

1. Vendosja e personit në qendër të trajtimit, kujdesit dhe mbështetjes së tij / saj;
2. Personi në qendër dhe mendimi i fokusuar në person mund të jetë një filozofi, një mënyrë e të menduarit ose mendësi që përfshin shikimin, dëgjimin dhe mbështetjen e një personi bazuar në pikat e tij të forta, aftësitë, aspiratat dhe preferencat dhe mbështetja e vendimeve të tyre për të patur një jetë të kënaqshme dhe kuptimplotë për ta. Një mendim apo mënyrë e tillë e të menduarit është thelbësore për zhvillimin një plani kujdesi me në qendër personin por edhe mbështetjen e familjarëve;
3. Kur përqafohet kjo qasje mund të çojë në përfitime dhe ndryshime në cilësinë e jetës së personit dhe atë të familjes dhe personave mbështetës. Kjo qasje gjithashtu do të përmirësojë mënyrën në të cilën infermierët ofrojnë kujdesin dhe mbështetjen e tyre dhe të çojë në një kornizë fleksibile dhe të përgjegjshme që i vendos njerëzit në qendër [8].

Triada në qendër të modelit inovativ të kujdesit kronik është e përfaqësuar nga bashkëpunimi midis klientëve dhe familjeve të tyre, profesionistëve të kujdesit dhe komunitetit. Kërkesa për çdo anëtarë të kësaj triade është informimi, motivimi dhe aftësimi me aftësi të nevojshme për menaxhimin e sëmundjeve kronike. Kjo përbën dhe



gurin e themelit të modelit të kujdesit me ndikim në proceset dhe rezultatet e kujdesit. Krijimi i një kulture kujdesi që ka në qënder pacientin/klientin siguron vazhdimësi të kujdesit, bashkë-hartimin e programeve edukative, si dhe promovimin e shëndetit dhe programet e parandalimit me pacientët; sigurimi i një mjedisi mbështetës dhe lehtësues; dhe zhvillimin dhe integrimin e strukturave për të mbështetur teknologjinë e informacionit shëndetësor dhe për të matur dhe monitoruar performancën e modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike [9].

Mikro-Niveli: Problemet e ndërveprimit të pacientëve

Brenda nivelit mikro të kujdesit shëndetësor, problemet janë të dukshme. Sistemet nuk arrijnë të njohin rëndësinë e jashtëzakonshme të sjelljeve të pacientëve dhe vlerën e ndërveprimeve cilësore me punonjësit e kujdesit shëndetësor në ndikimin e rezultateve të kujdesit shëndetësor. Ka dëshmi të shumta shkencore në lidhje me strategjitë efektive për mikro-nivelin (p.sh, ndërhyrjet për ndryshimin e sjelljeve të pacientit, teknikat për rritjen e respektimit apo aderencës ndaj medikamenteve, ose komunikimi nga ana e profesionistëve i metodave të kujdesit për përmirësimin e shëndetit); megjithatë, kjo dëshmi nuk është e integruar në praktikën e përditshme klinike. Dy janë problemet më të zakonshme që janë hasur në mikro-nivel: 1) dështimi për të fuqizuar pacientët që të përmirësojnë rezultatet shëndetësore dhe 2) mungesa e theksit në ndërveprimet cilësore me personelin e kujdesit shëndetësor [10]

- Dështimi për të fuqizuar pacientët

Duke qënë se problemet kronike shëndetësore janë të qëndrueshme, ato kërkojnë një strategji kujdesi që pasqyron një kornizë të zgjatur kohore që u shpjegon pacientëve rolet dhe përgjegjësitë e tyre në menaxhimin e problemeve të tyre shëndetësore. Kujdesi i duhur klinik është i nevojshëm por nuk është e mjaftueshme për rezultate optimale shëndetësore. Pacientët duhet të bëjnë ndryshime në stilin e tyre të jetesës, të zhvillojnë aftësi të reja, dhe duhet të mësojnë të ndërveprojnë me organizatat e kujdesit shëndetësor për të menaxhuar me sukses sëmundjet. Pacientët duhet të marrin pjesë në kujdesin e tyre dhe personeli i kujdesit shëndetësor duhet të mbështesë përpjekjet e tyre. Në fakt, ka dëshmi thelbësore nga më shumë se 400 artikuj të botuar që evidentojnë se ndërhyrjet e dizenuara ndërhyjnë për të promovuar rolet e pacientëve në menaxhimin e sëmundjeve kronike janë të lidhura me rezultate të përmirësuara shëndetësore. Çfarë bëjnë pacientët për veten e tyre në baza ditore (p.sh, respektojnë regjimet e mjekimit, aktiviteti fizik, ushqimi i duhur, gjumi i rregullt, ndërveprimi me organizatat e kujdesit shëndetësor dhe ndalimi i përdorimit të duhanit) ndikon në shëndetin e tyre shumë më tepër sesa vetëm ndërhyrjet mjekësore. Por është venë re se sjelljet e pacientit që mund të parandalojnë shumë gjendje kronike shpesh anashkalohet në kujdesin aktual shëndetësor. Punonjësit e kujdesit shëndetësor raportojnë ndërgjegjësimin për rëndësinë e sjelljes së pacientit, por ata deklarojnë se janë të papërgatitur për të ofruar ndërhyrje në sjellje për të përmirësuar vetë-menaxhimin e pacientëve. Punonjësit e kujdesit shëndetësor gjithashtu tregojnë se ata janë shumë nën presion të kohës dhe kanë adresuar deficite në arsimim dhe në njohuri dhe aftësi që lidhen me nevojat psikosociale të pacientëve dhe familjeve [11].



- Dështimi për të vlerësuar ndërveprimet e pacientëve

Është e domosdoshme që pacientët të zhvillojnë marrëdhënie cilësore me personelin e kujdesit shëndetësor dhe se këto marrëdhënie të kenë vazhdimësi. Punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të sigurojnë që pacientët të kenë informacion dhe aftësi adekuatë për të menaxhuar gjendjet e tyre kronike. Që kjo të ndodhë, pacientët kanë nevojë për një kontekst në të cilin ata mund të bëjnë lirshëm pyetje. Ata kanë nevojë për një mjedis që inicon dhe mbështet sjelljet e tyre të vetë-menaxhimit. Cilësia e komunikimit midis pacientit dhe ofruesit është parë se ndikon në rezultatet shëndetësore në një sërë sëmundjesh kronike, duke përfshirë kancerin, diabetin, hipertensionin, dhimbjet e kokës dhe sëmundjen e ulçerës peptike. Fatkeqësisht, sistemet e kujdesit shëndetësor nuk kanë arritur të krijojnë një mjedis që promovon ndërveprime cilësore dhe partneritete me pacientët, dhe ka dëshmi se profesionistët e kujdesit shëndetësor nuk bashkëpunojnë me pacientët për një larmi temash. Vetë-menaxhimi, respektimi i ilaçeve, aftësitë funksionale, njohuritë ose përgjegjësitë personale diskutohen rrallë në kontekstin klinik [12].

Shembuj të implementimit në praktikë të Nivelit- Mikro: të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike

Mikro-Niveli: Bllloqet e Ndërtimit në Nivelin e Ndërveprimit të Pacientëve. Pacientët dhe familjet e tyre janë asetet më të nënvlerësuara në sistemin e kujdesit shëndetësor. Potenciali i tyre për të ndikuar në rezultatet shëndetësore është i pamohueshëm prandaj aftësitë e tyre duhet të shfrytëzohen plotësisht nga çdo model kujdesi të krijuar për të përmirësuar kujdesin për sëmundjet kronike. Triada në qendër të modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike përbëhet nga pacienti dhe familja, partnerët e komunitetit dhe ekipi i kujdesit shëndetësor. Kjo treshe partneriteti është unike për kujdesin e sëmundjeve kronike, pasi rezultatet pozitive për sëmundjet kronike arrihen vetëm kur pacientët dhe familjet, partnerët e komunitetit dhe ekipet e kujdesit shëndetësor janë të informuar, të motivuar, të përgatitur dhe që punojnë së bashku. Triada funksionon në mënyrë optimale kur pacientët dhe familjet e tyre mohojnë boshllëqet, mospërputhjet dhe tepricat në kujdesin e tyre shëndetësor. Ata raportojnë duke u ndjerë të fuqizuar, të aftë dhe të mbështetur për të vetë-menaxhuar problemet e tyre kronike [10].

- Pacientë dhe familje të përgatitur, të informuar dhe të motivuar

Pacientët dhe familjet përbëjnë një pjesë të treshes. Ata kanë nevojë për tre gjëra themelore për të menaxhuar dhe parandaluar sëmundjet kronike.

- Ata duhet të informohen për gjendjet e tyre kronike, duke përfshirë ecurinë e pritur, komplikimet e pritshme dhe strategjitë efektive për të parandaluar dhe menaxhuar komplikimet dhe simptomat.
- Ata kanë nevojë për motivim për të ndryshuar dhe mbajtur sjelljet e përditshme shëndetësore, për t'iu përmbajtur terapive afatgjata dhe për të vetë-menaxhuar gjendjen e tyre.



- Ata duhet të përgatiten me aftësi të sjelljes për të menaxhuar gjendjen e tyre në shtëpi. Kjo përfshin marrjen e ilaçeve dhe pajisjeve mjekësore të nevojshme, mjetet për vetë-monitorimin dhe aftësitë e vetë-menaxhimit [10].

- **Ekipet e kujdesit shëndetësor të përgatitur, të informuar dhe të motivuar**

Në modelin e kujdesit inovativ për sëmundjet kronike "ekipi" i kujdesit shëndetësor është pjesë e triadës/treshes së partneritetit. Ekipi përfshin kategori të shumta të ofruesve të kujdesit, nga secili nivel i kujdesit (përfshirë specialistët), dhe brenda të gjitha cilësimeve klinike. Anëtarët e ekipit pranojnë rolet dhe përgjegjësitë për detyrat sipas fuqive dhe kapaciteteve të tyre profesionale. Hierarkia tradicionale rrafshohet dhe largohet nga modelet e dominuara nga mjekët sepse secili anëtar i ekipit vlerësohet për aftësitë e tij unike në menaxhimin e gjendjeve kronike. Ekipet formohen sipas burimeve njerëzore dhe realiteteve gjeografike të organizatës së kujdesit shëndetësor [10].

- **Partnerë të komunitetit të përgatitur, të informuar dhe të motivuar**

Partnerët e komunitetit janë pjesa e tretë e treshes së mikro-nivelit. Popullata të mëdha të personave të gatshëm për të ndihmuar mund të shndërrohen në burime të bollshme dhe të përgatitura për ofrimin e gjërave thelbësore të shërbimeve që lidhen me sëmundjet kronike. Partnerët e komunitetit mund të ofrojnë shërbime që përfshijnë të gjitha problemet kronike, nga diabeti dhe hipertensioni, deri tek kujdesi i bazuar në komunitet për çrregullimet e shëndetit mendor. Këto burime të komunitetit mund të zvogëlojnë kërkesat e panevojshme për shërbimet përcjellëse dhe kujdesin terciar të ofruar zakonisht në organizatat formale të kujdesit shëndetësor [10].

Afrika e Jugut- shembull 1

Rritja e vetë-menaxhimit dhe respektimit/pajtushmëria

Blloqet e ndërtimit:

- Mbështetni vetë-menaxhimin dhe parandalimin (organizata e kujdesit shëndetësor)
- Mobilizoni dhe koordinoni burimet (komuniteti)
- Ofroni shërbime plotësuese (komuniteti)

Në Cape Town, Afrika e Jugut, Shërbimi i Pajtueshmërisë është një shërbim i ri, unik që ndërmerr hapa aktiv për të ndihmuar njerëzit të vetë-menaxhojnë sëmundjet e tyre kronike duke u siguruar atyre në kohë email dhe SMS përkujtues për të marrë ilaçet e tyre siç është përshkruar nga mjeku. Ky projekt është veçanërisht i rëndësishëm pasi respektimi i terapive afatgjata është rreth 50% në vendet e zhvilluara dhe deri në 20% në vendet në zhvillim. Thelbi i Shërbimit të Pajtueshmërisë është një sistem që u dërgon pacientëve kujtesë përmes tekstit në telefonat e tyre celular në kohën (et) e duhura të ditës. Gjithashtu, nëpërmjet telefonit u dërgohen mesazhe dhe këshilla për stilin e jetës (p.sh, një recetë me pak kripë për njerëzit me hipertension), ose informacione specifike për gjendjen. Çdo mesazh përfundon me këshilla (p.sh, "merrni [emrin e ilaçit] tani ", ose " është koha për të bërë një takim në [emri i klinikës] tani "). Ekziston një monitorim lehtësues që lejon marrësit të raportojnë problemet e



transmetimit, ose të kontaktojnë një ndihmë 24 –orëshe në një linjë me staf infermierë profesionistë. Telefonat celularë janë të zakonshëm në këtë pjesë të Afrikës së Jugut, duke lejuar që ky shërbim të arrijë edhe popullsitë e nën -shërbyera. Në komunitetet më të varfra që rrethojnë qytetin, 30% e pacientëve kanë celularë; kjo shifër rritet në mbi 70 përqind në pjesët e tjera të rajonit të Cape Town. Kostot e vazhdueshme për drejtimin e shërbimit janë të vogla: afërsisht 1 dollarë amerikanë, për pacient, në muaj. Sistemi duket se po funksionon. Punonjësit e kujdesit shëndetësor, pacientët dhe administratorët e kujdesit shëndetësor janë të kënaqur me shërbimin.

Aftësim praktik:

Aftësi komunikimi

Tabela e mëposhtme jep një përshkrim të aftësive thelbësore të komunikimit dhe ndërtimit të marrëdhënieve infermier/klient:

Aftësi	Përshkrim
Përhëndetje, emri im është...	Prezantimi i qartë i vetvetes, rolit dhe vendosja e skenës për bisedën
Përdorimi i pyetjeve të hapura	Pyetjet e hapura janë pyetje që nuk mund të përgjigjen me një Po ose Jo. Ata ftojnë përgjigje më të gjera gjatë mbledhjes së informacionit dhe lejojnë që personi të ndajë mendimin dhe këndvështrimin e tij më të gjerë. Ato gjithashtu krijojnë një bisedë më të barabartë. 'Më tregoni më shumë për...' 'Si ishte ajo...' 'Çfarë po bën që të duket e dobishme? ...' 'Kur e vëren atë? ...' 'Kush ju mbështet në jetën tuaj të përditshme? ...'
Përdorimi i pyetjeve të hapura dhe kalimi në pyetje të mbyllura (kon)	Njohja se si dhe kur të lëvizim nga pyetjet e hapura hulumtuese tek ato që janë më të përqendruara rreth një teme ose teme të veçantë. Kuptimi i vendit dhe vlerës së pyetjeve të mbyllura
Screening/kontroll	Kontrollimi nëse ka 'diçka tjetër' apo 'ndonjë gjë tjetër'. Ka shumë kontekste kur kontrolli është i dobishëm dhe mund të përdoret, për shembull, eksplorimi i asaj çfarë është e rëndësishme, qendrime, besime të pacientit.
Reflektimi	Përdorimi i fjalëve për ta bërë të ditur personin tjetër që keni dëgjuar atë që kanë thënë. Gjuha joverbale e trupit dhe shenjat lehtësuese asnjëherë nuk janë të mjaftueshme. Përdorimi i



	gjuhës së personit i ndihmon ata të ndjehen, dëgjohen dhe ndërton raport dhe siguron që personi të jetë një partner aktiv në dialog.
Ndjeshmëria/Empatia	Një reflektim i thellë dhe përdorimi i fjalëve për ta njoftuar personin se sa e kuptojnë ose sa po përpiqen të kuptojnë se si ai është për ta emocionalisht. Kjo është një aftësi komplekse megjithatë ekzistojnë disa parime kryesore udhëzuese përfshirë marrjen e perspektivës së personit tjetër, qëndrimin jashtë gjykimit, njohja e emocioneve dhe komunikimi i asaj që vëreni.
Pohimi	Një deklaratë pozitive dhe njohje e përpjekjes ose arritjes që dikush ka bërë, duke ofruar mbështetje ose inkurajim emocional. P.sh. ‘Ju më thatë që jeni përpjekur të ndryshoni më parë, kjo tregon shumë mire vendosmërinë tuaj për..’.
Normalizimi	Një njohje se [për shembull] ndjenja, procesi, simptoma është normale dhe njerëzit e tjerë raportojnë përvoja të ngjashme. Ndhmon që personi të ndihet i vlefshëm, se nuk janë vetëm dhe se infermieri ka përvojën e kujdesit me njerëz të tjerë si ata.
Dëgjim aktiv	Të qenit i pranishëm psikologjikisht, shoqërisht dhe emocionalisht, duke bërë përpjekje të vetëdijshme për të dëgjuar dhe kuptuar atë që njerëzit thonë. Dëgjimi aktiv kërkon që dëgjuesi të ushqejë atë që dëgjon folësi duke ritheksuar ato që kanë dëgjuar. Këto janë aftësi të vlefshme të cilat mund të zhvillohen me praktikë.
Përmbledhja	Hapi i qëllimshëm i sigurimit të një përmbledhjeje verbale të qartë të personit. Ekzistojnë dy lloje të përmbledhjes; 1. Përmbledhje e brendshme e cila përqendrohet në një pjesë specifike të bisedës 2. Përfundoni përmbledhjen e cila përmbledh në mënyrë koncize të gjithë bisedën Të dy llojet janë të dobishëm për të mbledhur informacion së bashku, për të rishikuar çfarë kemi mbledhur, të identifikojnë boshllëqet dhe të lejojmë hapësirë për t'u marrë parasysh më tej hapat



Sqarimi	Konfirmimi dhe kontrolli, duke e bërë atë më të kuptueshëm dhe të saktë [për shembull sqarimi i fjalëve, deklaratave ose situatës].
Shenjëzimi	Prezantimi dhe tërheqja e vëmendjes për ato që ne do të themi. Ndhmon strukturimin në bisedë dhe i mundëson personit të kuptojë drejtimin që po merr biseda. Mund të përdoret gjithashtu për të orientuar njerëzit në drejtim të burimeve të dobishme, shërbimeve të specializuara dhe organizatat mbështetëse. Përmbledhja dhe shënimi i shenjave janë aftësi binjake 'që përdoren shpesh për të ndihmuar strukturën e bisedës.
Përdorimi i gjuhës joverbal / gjuha e trupit	Ky është informacioni që ne përcjellim jo verbalisht, përfshirë këtu • sjellje • afërsia • prekje • lëvizjet e trupit • shprehje fytyre • sjellja e syve • sugjerime vokale • shfrytëzimi i kohës • prania fizike • përdorimi i pauzës dhe heshtjes • sugjerime të buta siç janë dremitjet
Ndërgjegjësimi mjedisor	Si janë rregulluar dhoma, karriget, tavolinat, etj. Kush merr pjesë, ku po zhvillohet biseda, për sa është publike apo private. Kuptimi i ndikimit të mjedisit në një individ duke e përshtatur për këtë.
Pyesni para se të këshilloni	Para se të jepni informacione, kontrolloni se çfarë di personi, çfarë ai/ajo do të dëshironin të dinin, nëse ata do të donin të merrnin informacionin dhe si do të donin ta merrnin [14-15].



Referenca

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions: global report. World Health Organization.
2. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004 Aug;13(4):299-305.
3. Deravin L, Anderson J, eds. *Chronic Care Nursing: A Framework for Practice*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
4. Zangerle CM. Engaging clinical nurses in care coordination. *Nurs Manage*. 2017 Mar;48(3):10-11.
5. Fosbinder D. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *J Adv Nurs*. 1994;20(6):1085–1093.
6. Deravin L, Anderson J, eds. *Chronic Care Nursing: A Framework for Practice*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
7. <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/principles/Pages/person-centred.aspx>
8. National Mental Health Consumer & Carer Forum. *Person Centred Approaches to Care and Support*. Advocacy Brief. May 2016.
9. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*. 2018;21(2):429-440.
10. The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (from Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action, Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002, pp 65).
11. Center for the Advancement of Health. *Indexed Bibliography of Behavioral Interventions of Chronic Disease*. Washington, DC, 1996.
12. Holman, H. & Lorig, K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2000; 320:526–527.
13. Pan American Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions : Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas*. Washington, DC : PAHO, 2013.
14. Health Education England, Skills for Health, and Skills for Care 2017. *Person-Centred Approaches: Empowering people in their lives and communities to enable an upgrade in prevention, wellbeing, health, care and support. A core skills education and training framework*
15. Silverman et al (2005), *Skills for Communicating with Patients*, Third Edition.



17

Nxitja e ndërveprimit bashkëpunues midis infermierit dhe pacientit që kërkon kujdes kronik

Objektivat e mësimi

- Të njohim qasjen e kujdesit me në qendër pacientin si element bazë për nxitjen e ndërveprimit bashkëpunues pacient-infermier
- Të njohim dhe të kuptojmë ndikimin e rolit të pacientit dhe rolit të infermierit në marrëdhënien pacient-infermier
- Të kuptojmë aspekte të kujdesit të qasjes me në qendër pacientin në kontekstin e kujdesit kronik
- Të evidentojmë çështjet dhe barrierat që ndikojnë në nxitjen e ndërveprimit bashkëpunues pacient kronik-infermier
- Hartimi i një plani bashkëpunimi kujdesi pacient-infermier - aftësim praktik

Qasja e kujdesit me në qendër pacientin elementi kryesor për nxitjen e ndërveprimit bashkëpunues midis infermierit dhe pacientit

Kujdesi me në qendër pacientin përcaktohet si qëndrimi i profesionistit gjatë kujdesit shëndetësor që është në harmoni të ngushtë me përgjigjen ndaj dëshirave, nevojave dhe preferencave të pacientit [1]. Megjithatë pacientët ndryshojnë në preferencat dhe stilet e tyre të ndërveprimit, stili i përqendruar tek pacienti është shoqëruar me nivele më të larta të kënaqësisë, aderim më të mirë dhe trajtim më të mirë, veçanërisht në menaxhimin e sëmundjeve kronike. Përveç kësaj, konteksti i menaxhimit të sëmundjeve kronike sjell dimensione të reja të kujdesit me në qendër pacientin, siç është legjitimimi i përvojës së sëmundjes, njohja e ekspertizës së pacientit, ofrimi i shpresës dhe ofrimi i avokimit [2]. Menaxhimi efektiv i sëmundjeve kronike përfshin veprime të vazhdueshme, të koordinuara nga pacienti dhe profesionisti i shëndetit dhe partneritet dinamik me përgjegjësi reciproke [3]. Pavarësisht kësaj, disa studime arrijnë në përfundimin se profesionistët e shëndetit nuk i udhëheqin gjithmonë veprimet e tyre nga orientimi me në qendër pacientin, qoftë nga çështjet personale (p.sh, karakteristikat e personalitetit, zhvillimi i aftësive specifike të komunikimit) ose nga barrierat profesionale dhe/ose institucionale [4]. Pacientët me sëmundje kronike përballen me stresor të rëndësishme në menaxhimin e sëmundjes së tyre që shkojnë përtej dëmtimeve funksionale, Tabela 17-1 [5-6]. Aktualisht, me përpjekje efektive të ndryshimit të sjelljes dhe respektimin e regjimeve të mjekimit, sëmundjet kronike dhe pasojat e tyre shpesh mund të



menaxhohen më mirë [7]. Sot, qëllimi kryesor për sistemin e kujdesit shëndetësor, dhe veçanërisht për profesionistët e shëndetit, është të adresojë nevojat e pacientëve kronikë dhe kujdesin e tyre [8]. Për këtë arsye, implementimi i një qasje sistematike të përqendruar tek pacienti që u mundëson pacientëve kronikë të luajnë një rol aktiv në menaxhimin e gjendjes së tyre dhe në procesin e vendimmarrjes në baza ditore dhe në nxitjen e bashkëveprimit bashkëpunues midis të dyja palëve është domosdoshmëri [7].

Tabela 17-1

Dimensionet	Shembuj
Personale	Mosha, gjinia
Sensoriale	Dhimbja, lodhja, inkontinenca, ënjtje e nyjeve
Emotionale	Ankthi, depresioni, zemërimi, shqetësimi
Njohës	Mendimet negative, që kanë të bëjnë me pasigurinë për të ardhmen, kërkojnë informacion për sëmundjet dhe trajtimet
Të sjelljes	Vështirësitë në aktivitetet e jetës së përditshme, problemet me lëvizshmërinë dhe ekuilibrin, problemet e gjumit, kufizimet funksionale, menaxhimi i ilaçeve
Sociale	Diskriminimi, përshtatja ose përfundimi i karrierës, ndryshimet në marrëdhëniet personale
Vetë/identiteti	Ndryshimet në imazhin për veten dhe vetëvlerësimin
Kujdesi shëndetësor	Më shumë kontakte me profesionistët e shëndetit

Përshtatja e pacientit ndaj sëmundjes është gjetur të jetë e lidhur ngushtë me angazhimin e pacientit në trajtim [9]. Pavarësisht ndryshimeve midis pacientëve, studimet kanë gjetur se shumica e pacientëve dhe familjeve dëshirojnë të jenë më aktivë dhe të përfshirë në vendimet dhe procedurat e trajtimit [10]. Kjo përfshirje, sasia e informacionit dhe zhvillimi i kompetencave që zakonisht vijnë së bashku me të mund të ndihmojnë pacientët të kenë sukses në përballimin e sëmundjeve dhe sfidave të trajtimit [11]

- Roli i pacientit në nxitjen e ndërveprimit bashkëpunues infermier-pacient

Një numër i konsiderueshëm studimesh kanë evidentuar se pacienti zakonisht konsiderohet një subjekt pasiv në lidhje me kujdesin e tij [12]. Edhe pse modeli i kujdesit kronik sugjeron që pacientët kronikë (dhe familjet e tyre) janë, kryesisht, ofruesi i tyre kryesor i kujdesit shëndetësor [3]. Kur një person merr një qëndrim rigorozisht pasiv, i cili nuk pyet apo proteston në lidhje me kujdesin që i ofrohet dhe kush i bindet të gjitha urdhërave konsiderohet si një "pacient i mirë". Ky konceptim vë theks të tepërt në autoritetin e profesionistit shëndetësor në lidhje me pacientin [13]. Autorë të ndryshëm i japin shoqërime të ndryshme rolit pasiv të pacientit në kujdes. Disa autorë e shoqërojnë rolin pasiv si një formë të paternalizmit, ku pacienti shihet si subjekt i cili duhet të kufizohet për të qenë në përputhje me indikacionet terapeutike [14]. Autorë të tjerë e lidhin rolin pasiv me besimin e profesionistëve që shumë pacientë, ose shumica e tyre nuk kanë nivelet e nevojshme arsimore dhe kulturore për t'u angazhuar në një



marrëdhënie të barabartë me profesionistët e shëndetit [15]. Rishikimet e literaturës tregojnë se pacientët e fokusojnë marrëdhënien e tyre me infermierin në besim [16]. Pacienti i beson infermierit dhe i lejon asaj/atij të marrë vendime pasi në këtë rast ndërveprimi pacient – infermier vë një theks të madh në fuqinë, njohuritë dhe virtytet e profesionistit, pa përmendur asgjë në lidhje me autonominë e pacientit [17-18]. Mirëpo, autorë të tjerë vërejnë se ky dominim mbi pacientin shkakton një depersonalizim dhe, si pasojë, një përkeqësim të marrëdhënies midis infermierit dhe pacientit [19-20] që pastaj reflektohet në cilësinë e kujdesit të ofruar dhe në rezultatet shëndetësore [21].

- Roli i infermierit në nxitjen e ndërveprimit bashkëpunues infermier-pacient

Literatura sugjeron dy lloje të roleve që diferencohen mirë nga infermieri: Roli I një Infermieri ekspert, dhe roli mëmësor i një infermiereje. Praktika e infermierisë përshkruhet si empirike ku integrimi i aftësive njohëse dhe të sjelljes, vlerat dhe besimet zbresin në një nivel dytësor [21]. Ndërkohë që, roli i infermierit ekspert është i kufizuar nga një koleksion fragmentesh të informacionit I fokusuar vetëm për aspektet biologjike të pacientit [22]. Autorë të tjerë e konsiderojnë rolin ekspert të infermierit si një profesionist që drejton njohuritë, përvojën profesionale dhe aftësitë e tij klinike drejt objektivave specifike të secilit pacient [23]. Roli mëmësor i infermierit në kujdes i referohet një pozicioni të infermierit që është më intim sesa duhet, ose bazohet në konceptet e aderimit, bashkëpunimit dhe pajtueshmërisë [24-27]. Ndërkohë që, autorë të tjerë identifikojnë rolin e infermierëve si informatorë të thjeshtë të regjimeve të trajtimit bazuar në supozimin se nëse pacientët e kuptojnë, ata përsëri do të jenë në përputhje duke nxjerrë në pah rolin maternalist të infermierit [28-29]. Modeli I kujdesit kronik synon të ndryshoj praktikën e rolit të infermierit në kujdes. Ky ndryshim i praktikës synon të përmirësojë aktivizimin e pacientit, i përshkruar gjithashtu si menaxhim i vetë-kujdesit ka rezultuar si një metodë efektive për të rritur menaxhimin e vetë-kujdesit të pacientit dhe për të përmirësuar rezultatet e përqendruara te pacienti [30].

- Llojet e marrëdhënieve infermier-pacient

Studimet që analizojnë llojin e marrëdhënies infermier-pacient fokusohen në konceptet e pajtueshmërisë, fuqizimit, cilësia e marrëdhënies, pafuqia dhe fuqia. Pajtueshmëria përcaktohet si vullneti për të zhvilluar dhe miratuar dëshirat e një personi tjetër [31]. Studimet i referohen marrëdhënies infermier-pacient si një ndërveprim midis të dyja të bazuara në autonominë e pacientit në marrjen e vendimeve pas dëgjimit të këshillave të profesionistëve [31-32]. Cilësia e marrëdhënies pacient – infermier duket se është një faktor që ndikon te ky i fundit për të promovuar kujdesin me në qendër pacientin. Ndërkohë që, cilësia e marrëdhënies ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e kujdesit të ofruar dhe është vendimtare për efektivitetin e praktikë infermiere [33].

Kujdesi i përqendruar tek pacienti në sëmundjet kronike

Menaxhimi i sëmundjeve kronike për nxitjen e bashkëpunimit dhe ndërveprimin midis infermierit dhe pacientit kërkon përshtatjen e modelit të kujdesit me pacientin në qendër me nevojat në ndryshim të pacientëve. Analiza tematike e bazuar në modelin e kujdesit me në qendër pacientin evidentoi gjashtë tema kryesore që kanë ndikim në marrëdhënien pacient-infermier dhe në përfshirjen e pacientit në aktivitete të vetë-kujdesit si vijon: (a) Duke u nisur nga situata e pacientit, (b) Legjitimimi i përvojës së sëmundjes, (c) Pranimi



i ekspertizës së pacientit, (d) Zhvillimi i një partneriteti të vazhdueshëm, (e) Ofrimi i shpresës realiste, dhe (f) Sigurimi i avokimit të pacientëve në sistemin e kujdesit shëndetësor [2].

Kujdesi i përqendruar tek personi, i referuar gjithashtu si kujdesi me në qendër pacientin, është përkufizuar nga Organizata Botërore e Shëndetësisë si vijon *"duke i fuqizuar njerëzit të marrin përgjegjësinë për shëndetin e tyre në vend që të jenë përfitues pasivë të shërbimeve"*. Kjo strategji e kujdesit bazohet në besimin se pikëpamjet, të dhënat dhe përvojat e pacientëve mund të ndihmojnë në përmirësimin e rezultateve të përgjithshme shëndetësore. Një nga mënyrat kryesore për të përfshirë pacientët në shëndetin e tyre është duke përmirësuar ndërveprimet midis pacientëve dhe ofruesve të kujdesit shëndetësor, duke e bërë kujdesin të ndihet empatik dhe i dhembshur, jo thjesht transaksional. Për ta arritur këtë, mjekët, infermierët dhe stafi tjetër duhet të trajnohen për të dëgjuar, informuar dhe konsultuar pacientët gjatë gjithë vazhdimësisë së kujdesit shëndetësor, si dhe për të marrë parasysh preferencat, nevojat dhe vlerat individuale kur marrin vendime klinike [34]. Tetë parimet kryesore të kujdesit me në qendër pacientin të identifikuar janë të përshkruara më poshtë:

- Respekt për vlerat, preferencat dhe nevojat e pacientit

Preferencat e pacientëve duhet të merren parasysh gjatë vendimeve të kujdesit shëndetësor të përqendruara te pacienti, pasi kjo do të nxisë një marrëdhënie respekti dhe bashkëpunimi.

- Koordinimi dhe integrimi i kujdesit

Përmirësimi i koordinimit dhe integritetit të shërbimeve të kujdesit dhe mbështetjes klinike mund të ndihmojë në zvogëlimin e pasigurisë dhe cenueshmërisë së pacientit.

- Informimi dhe edukimi

Për të marrë vendime më të mira në lidhje me shëndetin e tyre, pacientët kanë nevojë për informacion mbi statusin e tyre klinik, progresin dhe prognozën. Shumë pacientë gjithashtu mund të përfitojnë nga burimet edukative të përshtatura për nivelin e tyre të kulturës shëndetësore.

- Komoditeti fizik

Menaxhimi i simptomave dhe ndihma me nevojat e përditshme janë çelësi për përmirësimin e përvojës së pacientëve me sëmundje kronike.

- Mbështetje emocionale dhe lehtësim i frikës

Pacientëve duhet t'u sigurohen burimet e nevojshme për të minimizuar stresin dhe frikën në lidhje me gjendjen e tyre fizike, trajtimin dhe prognozën, si dhe shqetësimin e shkaktuar nga aspektet financiare të kujdesit kronik.

- Përfshirja e familjes dhe miqve

Mbështetja nga familja dhe miqtë është një aspekt kryesor i kujdesit të përqendruar tek pacienti, kështu që ofruesit duhet të marrin parasysh nevojat e kujdestarëve, familjes dhe miqve. Kjo mund të nënkuptojë sigurimin e akomodimit dhe mbështetjes për këta individë ose përfshirjen e tyre në vendimmarrje.

- Vazhdimësia dhe tranzicioni

Për të minimizuar shqetësimin e pacientit në lidhje me ecurinë e gjëndjes së tyre shëndetësore profesionistët e shëndetit duhet t'i edukojnë pacientët mbi mënyrën e marrjes së medikamenteve, kufizimet fizike, nevojat dietike, etj. Më tej, ata mund të



kenë nevojë të koordinojnë trajtimin e vazhdueshëm ose të ofrojnë informacion mbi qasjen në mbështetje klinike, sociale, fizike dhe financiare.

- Qasja në kujdes

Organizatat e kujdesit shëndetësor që synojnë të ofrojnë kujdes të përqendruar te personat duhet të përpiqen për të thjeshtuar planifikimin e takimeve, për t'i bërë referimet të arritshme dhe për të siguruar informacion mbi opsionet e transportit.

Hartimi i një plani bashkëpunimi (të përbashkët) të kujdesit pacient-infermier

Studimet sugjerojnë se zgjidhja e problemeve dhe krijimi i një qëllimi dhe një plani veprimi të realizueshëm përmirëson rezultatet për shumë probleme kronike të tilla si diabeti, rënie në peshë dhe depresionin [35-38]. Këto lloj planesh njihen ndryshe edhe si plane bashkëpunimi të kujdesit. Zgjidhja efektive e problemeve thekson fokusin te pacienti dhe shmang imponimin e synimeve dhe planeve nga pacienti tek profesionisti shëndetësor. "Hartimi i një plani bashkëpunimi të kujdesit" paraqet hapat në përcaktimin e qëllimit dhe zhvillimin e planit të veprimit me këshilla, pyetje të sugjeruara dhe shembuj të përgjigjeve të pacientëve. Çdo ndërveprim nuk kërkon përdorimin e çdo hapi. Nevojitet një qasje fleksibile bazuar në përvojën e infermierit, natyrën e qëllimit dhe aftësitë para-ekzistuese të pacientit për zgjidhjen e problemeve. Miratimi i një qasjeje të përqendruar te pacienti për të rritur vetë-menaxhimin e pacientit përfaqëson një sfidë të madhe në qëndrimin dhe sjelljen e profesionistit shëndetësor (Tabela 17-2 përmbledh dallimet midis qëllimeve të përcaktuara nga ofruesi i kujdesit kundrejt pacientit) [39]. Pasi të jetë hartuar, printuar, plani realist i veprimit i jepet pacientit që kujdesi të mund të organizohet në vazhdimësi. Ndjekja e procesit në vazhdimësi nga ana e infermierit është e lidhur ngushtë me gjasat që pacienti ta përfundojë planin me sukses [40]. Edhe pse përdorimi i planeve bashkëpunuese të kujdesit rekomandohet në udhëzime të ndryshme për sëmundjet kronike, ato nuk janë zbatuar në shkallë të gjerë [41-42]. Për më tepër, duket se ka dallime si në përmbajtjen ashtu edhe në strukturën e këtyre planeve të kujdesit, dhe deri më sot, ato rrallë kanë qenë të përqendruara tek pacientët [42]. Faktorë të ndryshëm të ndërlidhur (si barrierat ashtu edhe lehtësuesit) ndikojnë në zhvillimin e këtyre planeve të kujdesit. Faktorët që janë përmendur si shkaqe të mundshme që pengojnë zhvillimin e planeve të tilla përfshijnë koordinimin e dobët të kujdesit dhe mungesën e kohës në vizitat rutinë [40].

Faktorët që ndikojnë në hartimin e një plani kujdesi janë ndarë në faktorë përcaktues ndërveprues (procese që lidhen me marrëdhëniet ndërnjerëzore), përcaktues organizativë (aspekte të organizatës shëndetësore) dhe përcaktues sistemikë (faktorë të jashtëm) [43]. Zhvillimi i mjeteve dhe përdorimi i teknologjisë së informacionit shëndetësor janë njohur si strategji të mundshme që mbështesin zhvillimin e planeve të përbashkëta të kujdesit dhe nxisin ndërveprimin midis pacientit dhe profesionistit të shëndetit [44]. Për hartimin e një plani sa më efektiv, profesionistët e kujdesit mund të përdorin katër funksione që lidhen me planifikimin e kujdesit bashkëpunues që janë:

- Lehtësimi i komunikimit midis anëtarëve të ekipit dhe pacientëve
- Angazhimi i pacientëve në zgjidhjen e problemeve,
- Trajnimi i anëtarëve të ekipit për të përdorur aftësi të veçanta,
- Përmirësimi i komunikimit midis anëtarëve të ekipit [41]



Më poshtë është paraqitur një shembull i një plani bashkëpunimi kujdesi, Figura 17-1, që një infermier i kujdesit kronik mund të hartoj për pacientët e tij [45].

Tabela 17-1

Hartimi hap pas hapi i një plani bashkëpunimi të kujdesit pacient-infermier
1. Ndhmoni pacientin të përqëndrohet në një qëllim specifik. <u>Këshillë:</u> Bëjeni qëllimin e pacientit më shumë se tuajin. <u>Skenari:</u> "A mund të mendoni për një qëllim për të përmirësuar shëndetin tuaj? Ne duam t'ju ndihmojmë." <u>Shembull:</u> "Kontrolli i peshës".
2. Brainstorm për aktivitetet për të arritur qëllimin. <u>Këshillë:</u> Kërkojini pacientit të listojë disa mënyra të mundshme për të arritur qëllimin. Ndaloni së foluri sugjerimet tuaja dhe lëreni pacientin të identifikojë idetë e para. <u>Skenari:</u> "Cilat janë disa mënyra të ndryshme që mund të arrini qëllimin tuaj? Rendisni gjithçka që ju vjen në mendje." <u>Shembull:</u> "Konsultohuni me një nutricionist; ushtrohuni më shumë; më pak ushqime të gatshme; hani më pak çokollatë; përdorni porcione më të vogla."
3. Zgjidhni një aktivitet. <u>Këshillë:</u> Ndhmoni pacientin të zgjedhë një aktivitet. Shumë zgjedhje mund të jenë dërmuese dhe më pak të realizueshme, duke rritur rrezikun e dështimit. <u>Skenari:</u> "Të gjitha këto janë ide të mira, por unë ju sugjeroj të filloni me një aktivitet." <u>Shembull:</u> "Ushtroni".
4. Përqëndroni aktivitetin. <u>Këshillë:</u> Sa më specifik të jetë aktiviteti, aq më shumë ka gjasa që ai të realizohet. Një raund i dytë i brainstorm mund të ndihmojë në përcaktimin e aktivitetit që ka më shumë gjasa të miratohet. <u>Skenari:</u> "A mund të mendoni për një lloj ushtrimi që ka më shumë gjasa ta realizoni?" <u>Shembull:</u> "Ecja".
5. Identifikoni sa shpesh ose sa kohë do të ndodhë aktiviteti. <u>Këshillë:</u> Ndhmoni pacientin të jetë specifik, por realist. Nëse ai ose ajo është shumë ambicioz, këshillojeni pacientin të vendosë një qëllim më pak ambicioz në fillim dhe pastaj të rrisë frekuencën ose kohëzgjatjen. <u>Skenari:</u> "Sa shpesh do të ushtroheni?" <u>Shembull:</u> "Tre herë në javë për 15 minuta."
6. Identifikoni se kur do të zhvillohet aktiviteti. <u>Këshillë:</u> Pacientit mund t'i duhet pak kohë për të medituar se kur është e realizueshme të bëhet aktiviteti. <u>Skenari:</u> "Kur do të donit të shëtisnit?" <u>Shembull:</u> "Të hënave dhe të martave gjatë orës sime të drekës dhe të shtunave në mëngjes."
7. Konsideroni barrierat. <u>Këshillë:</u> Identifikimi i barrierave ndihmon pacientin të përsosë planin, duke rritur fizibilitetin dhe probabilitetin për sukses. <u>Skenari:</u> "Çfarë barrierash mund të parashikoni që mund t'ju pengojnë të arrini qëllimin tuaj?" <u>Shembull:</u> "Unë nuk mund të eci nëse bie shi ose nëse ndihem i vetmuar dhe dua shoqëri."
8. Vlerësoni besimin në një shkallë prej 1 (të ulët) deri në 10 (të lartë). <u>Këshillë:</u> Vlerësimi i besimit të dikujt ndihmon në identifikimin e barrierave sociale ose psikologjike. Pasi të emërtohen, këto barrierat mund të kenë më pak fuqi. <u>Skenari:</u> "Si do ta vlerësonit besimin tuaj nëse 1 është shansi më i ulët i suksesit dhe 10 është një gjë e sigurt?" <u>Shembull:</u> "Unë mendoj se besimi im është 7".
9. Identifikoni mënyra për të rritur (ose ruajtur) besimin <u>Këshillë:</u> Duke i bërë pacientët të mendojnë për mënyrat për të rritur besimin ndihmon në zvogëlimin e ndikimit të të gjitha barrierave. <u>Skenari:</u> "Çfarë mund të bëni për të rritur besimin tuaj? Si mund t'ju ndihmojmë?" <u>Shembull:</u> "Ndoshta do të ishte e dobishme të flisja për këtë me burrin tim dhe kolegët. Ata ndonjëherë mund të ecnin me mua."

**Figura 17-1****PLANI BASHKËPUNIMI I KUJDESIT**

Studimet sugjerojnë se zgjidhja e problemeve dhe krijimi i një qëllimi dhe një plani veprimi të realizueshëm përmirëson rezultatet. Jini të përgatitur për të diskutuar pyetjet e mëposhtme gjatë vizitës tuaj me mjekun ose ofruesin tjetër të kujdesit shëndetësor.

Mendoni për një qëllim për të përmirësuar shëndetin tuaj? Ne duam t'ju ndihmojmë. Listojeni këtu.
Cilat janë disa nga mënyrat që mund të arrini qëllimin tuaj? Listoni gjithçka që ju vjen në mendje.
Zgjidhni një aktivitet dhe renditeni atë më poshtë. Bëjeni të realizueshme.
Mund të jeni më specifik në lidhje me këtë aktivitet?
Sa shpesh do ta bëni këtë aktivitet?
Kur do ta bëni këtë aktivitet?
Cilat barriera mund t'ju pengojnë të arrini qëllimin tuaj?
Si do ta vlerësonit besimin tuaj ku 1 është shansi më i ulët i suksesit dhe 10 është një gjë e sigurt?
Çfarë mund të bëni për të rritur besimin tuaj? Si mund t'ju ndihmojmë?



Referenca

1. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA*. 1996 Jan 10;275(2):152-6.
2. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras ME. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ Couns*. 2012 Aug;88(2):170-6.
3. Ana Monteiro Grilo, Margarida Custódio dos Santos, Ana Isabel Gomes and Joana Santos Rita (April 12th 2017). Promoting Patient-Centered Care in Chronic Disease, *Patient Centered Medicine*, Omur Sayligil, IntechOpen, DOI: 10.5772/67380. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/54184>
4. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):41-9.
5. Boyd CM, Wolff JL, Giovannetti E, Reider L, Weiss C, Xue QL, Leff B, Boulton C, Hughes T, Rand C. Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity. *Med Care*. 2014 Mar;52 Suppl 3(0 3):S118-25.
6. Reynolds F. Communication and clinical effectiveness in rehabilitation. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann; 2005.
7. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2005.
8. Trehearne B, Fishman P, Lin E. Role of the nurse in chronic illness management: making the medical home more effective. *Nursing Economics*. 2014;32(4):178-84.
9. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*. 2013;32(2):207-14.
10. Coulter A, Parsons S, Askham J. Policy brief: Where are the patients in decision-making about their own care. WHO 2008 and WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008. Denmark: World Health Organisation; 2008.
11. Cahill, J. Patient participation: A review of the literature. *JAN* 1998, 7, 119–128.
12. Truglio-Londrigan, M. The Patient Experience with Shared Decision Making: A Qualitative Descriptive Study. *J. Infus. Nurs*. 2015, 38, 407–418.
13. Arroyo-Arellano, F. La Investigación y la bioética. [Research and Bioethics], 1st ed.; Edimec: Quito, Ecuador, 2014; pp. 34–212.
14. Griffith, R.; Tengnah, C. Shared decision-making: Nurses must respect autonomy over paternalism. *Br. J. Community Nurs*. 2013, 18, 303–306.
15. Kleiman, S.; Frederickson, K.; Lundy, T. Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nurs. Educ. Perspect*. 2004, 25, 249–253.



16. Phillips, G. Nurses are best placed to ensure the ethical application of DNRs. *Nurs. Etand* 2016, 30, 31.
17. Griffith, R. Understanding the Code: Acting in a patient's best interests. *Br. J. Community Nurs.* 2015, 20, 458–461.
18. Fahlberg, B.; Foronda, C.; Baptiste, D. Cultural humility: The key to patient/family partnerships for making difficult decisions. *Nursing* 2016, 46, 14–16.
19. Malaquin-Pavan, É. Is nursing care an intrusion? *Soins* 2015, 794, 21.
20. Cahill, J. Patient participation: A review of the literature. *JAN* 1998, 7, 119–128.
21. Molina-Mula J, Gallo-Estrada J. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan 29;17(3):835.
22. Price, B. Countering the stereotype of the unpopular patient. *Nurs. Older People* 2013, 25, 27–34.
23. Higgs, J.; Titchen, A. Practice Knowledge and Expertise in the Health Professions, 1st ed.; Butterworth-Heinemann: Oxford, UK, 2001; pp. 35–41.
24. Kolovos, P.; Kaitelidou, D.; Lemonidou, C.; Sachlas, A.; Sourtzi, P. Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece—A Comparative Study. *Nurs. Forum* 2015, 50, 147–157.
25. Pearce, L. Introducing the patient's choice. *Nurs. Stand.* 2014, 28, 24.
26. Esposito, L. The effects of medication education in adherence to medication regimens in an elderly population. *JAN* 1995, 21, 935–943.
27. Moore, K.N. Compliance or collaboration? The meaning for the patient. *Nurs. Ethics* 1995, 2, 1.
28. Sharp, S.; McAllister, M.; Broadbent, M. The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemp. Nurse* 2015, 52, 300–312.
29. Fahlberg, B. “No education about me without me”: A shared decision-making approach to patient education. *Nursing* 2015, 45, 15–16.
30. Saude J, Baker ML, Axman LM, Swider SM. Applying the Chronic Care Model to Improve Patient Activation at a Nurse-Managed Student-Run Free Clinic for Medically Underserved People. *SAGE Open Nursing*. January 2020.
31. Truglio-Londrigan M, Slyer JT, Singleton JK, Worral P. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBIR Libr Syst Rev*. 2012;10(58):4633-4646.
32. Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBIR Database System Rev Implement Rep*. 2015 Jan;13(1):76-87.



33. Luker KA, Austin L, Caress A, Hallett CE. The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs*. 2000 Apr;31(4):775-82.
34. What Is Person Centered Care, and How can it Improve Healthcare? Patient Experience, Quality of Care. January 24, 2020. <https://guidewaycare.com/what-is-person-centered-care-and-how-can-it-improve-healthcare/>
35. Schumann K, Sutherland J, Majid H, Hill-Briggs F. Evidence-based behavioral treatments for diabetes: problem-solving therapy. *Diabetes Spectrum*. 2011;24(2):64–69.
36. Murawski ME, Milsom VA, Ross KM, et al. Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity. *Eat Behav*. 2009;10(3):146–151.
37. Arean P, Hegel M, Vannoy S, Fan MY, Unutzer J. Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: results from the IMPACT project. *Gerontologist*. 2008;48(3):311–323.
38. Hegel MT, Dietrich AJ, Seville JL, Jordan CB. Training residents in problem-solving treatment of depression: a pilot feasibility and impact study. *Fam Med*. 2004;36(3):204–208.
39. Larry Mauksch, Bertha Safford. Engaging Patients in Collaborative Care Plans. *Fam Pract Manag*. 2013 May-June;20(3):35-39.
40. Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, et al. Tëelvet evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010;36(12):561–570.
41. Neëbould J, Burt J, Bower P, Blakeman T, Kennedy A, Rogers A, Roland M. Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. *BMC Fam Pract*. 2012;13:71.
42. Dykes PC, Samal L, Donahue M, Greenberg JO, Hurley AC, Hasan O, O'Malley TA, Venkatesh AK, Volk LA, Bates DË. A patient-centered longitudinal care plan: vision versus reality. *J Am Med Inform Assoc*. 2014;21(6):1082–1090.
43. San Martin-Rodriguez L, Beaulieux M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of succesful collaboration: A revieë of theoretical and emperical studies. *J Interprof Care*. 2005;5(1):132–147.
44. van Dongen JJ, van Bokhoven MA, Daniëls R, van der Ëeijden T, Emonts ËË, Beurskens A. Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping revieë. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):137. Published 2016 Sep 21.
45. Larry Mauksch, MEd, and Bertha Safford, MD. Copyright © 2013 American Academy of Family Physi- cians. Physicians may photocopy or adapt for use in their oën practices; all other rights reserved. <http://www.aafp.org/fpm/2013/0500/p35.html>.



18

Zhvillimi i një marrëdhënie të mirë dhe cilësore me klientin. Ndjekja në vazhdimësi.

Objektivat e mësimi

- Të shpjegoj pse vazhdimësia në kujdes është e rëndësishme për të sëmurët kronik
- Të përkufizojmë praktikën më të mirë që lidhet me vazhdimësinë në kujdes
- Të njohim prioritetet kryesore për vazhdimësi dhe koordinim të kujdesit

Rëndësia e vazhdimësisë së kujdesit në pacientët kronik

Krijimi i marrëdhënieve terapeutike pozitive dhe besuese me pacientët është njohur prej kohësh si një komponent thelbësor i praktikës infermiere, shumë i rëndësishëm për kujdes efektiv [1]. Konsultimi me dikë që ka kohë për të dëgjuar dhe ka informacion mbi historinë e mëparshme klinike të pacientit është veçanërisht e rëndësishme për pacientët me sëmundje kronike, të cilët duhet të konsultohen me profesionistët më shpesh dhe për këtë arsye vlerësojnë vazhdimësinë e kujdesit. Njerëzit me nevoja komplekse shëndetësore sic janë të sëmurët kronik i japin më shumë vlerë vazhdimësisë në kujdes sesa shpejtësisë së aksesit në kujdes [2]. Për të ofruar kujdesin më të mirë të mundshëm për pacientët kronik dhe për të ndihmuar pacientin në marrjen e vendimeve në literaturë janë identifikuar dy llojeve të vazhdimësisë së kujdesit:

- vazhdimësia e marrëdhënieve pacient-infermier - një marrëdhënie e vazhdueshme terapeutike me një profesionist shëndeti; dhe
- vazhdimësia e menaxhimit - vazhdimësia dhe konsistenca e menaxhimit klinik , përfshirë sigurimin dhe shkëmbimin e informacionit dhe planifikimin e kujdesit dhe çdo koordinim të nevojshëm të kujdesit të kërkuar nga pacienti [3].

Vazhdimësia e kujdesit - në kuptimin e një pacienti që konsultohet vazhdimisht me të njëjtë profesionist shëndeti (infermier) dhe formimi i një marrëdhënie terapeutike - është përshkruar si një tipar thelbësor i praktikës së përgjithshme në kujdes. Në përgjithësi, vazhdimësia e marrëdhënies vlerësohet shumë nga pacientët dhe ofrusit e kujdesit, dhe bilanci i dëshmitë sugjerojnë se kjo çon në pacientë dhe staf më të kënaqur, reduktim të kostove dhe rezultatet më të mira shëndetësore [4]. Vazhdimësia e kujdesit është e shoqëruar me disa rreziqe dhe disavantazhe. Mënyra në të cilën shërbimet e kujdesit parësor ishin tradicionalisht të organizuara gjeneruan nivele të mira të vazhdimësisë së marrëdhënieve, dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor paraësor nuk e kishin të



nevojshme për të promovuar këtë aspekt të kujdesit. Megjithatë, zhvillimet e fundit, të shoqëruara me rritjen e të sëmurëve kronik në mbarë botën dhe fragmentimit shërbimeve të kujdesit parësor që është i orientuar drejt qsjes së aksesit më të shpejtë të shërbimit, kanë ngritur shqetësimin se vazhdimësia e marrëdhënieve me profesionistët e kujdesit shëndetësor parësor është bërë më e vështirë për t'u arritur. Për këtë arsye, infermierët e kujdesit parësor për ta bërë të mundur vazhdimësinë në kujdes duhet të luajnë një rol më aktiv në këtë proces[5].

Vazhdimësia e menaxhimit është e rëndësishme sa herë që pacienti po merr kujdes nga më shumë se një ofrues kujdes. Ka të bëjë me proceset e përfshira në koordinimin, integrimin dhe personalizimin e kujdesit për të ofruar një shërbim me cilësi të lartë. Përgjegjësia klinike e mjekut të përgjithshëm si koordinator i kujdesit për pacientët përfshin ndihmën e pacientëve për të kuptuar dhe planifikuar trajtimin e tyre, dhe për të qëndruar të angazhuar me pacientët në kujdes. Vazhdimësia e marrëdhënieve të mira mund të kontribuojë ndjeshëm në arritjen e kësaj përgjegjësie. Ndërsa ekipet e kujdesit parësor zgjerohen, klinikat të ndryshme nga mjekët (si p.sh infermierë praktikë ose të komunitetit) po marrin gjithnjë e më shumë role të ngjashme në kujdesin bashkërendues dhe ky kontribut vlerësohet shumë nga pacientët e tyre. Vazhdimësia e menaxhimit ka edhe një dimension organizativ, në sigurimin që ekipi i praktikës dhe sistemet që e mbështesin atë të punojnë në mënyrë efektive dhe në mënyrë efikase, dhe se praktika është e lidhur mirë me profesionistët e tjerë kujdesi dhe organizatat [3].

- Përvojat e pacientëve me vazhdimësinë e kujdesit

Vazhdimësia e kujdesit bëhet gjithnjë e më e rëndësishme për pacientët ndërsa plaken, pasi ata zhvillojnë sëmundje të shumta dhe probleme komplekse, duke i bërë më të prekshëm psikologjikisht dhe nga ana shoqërore. Rezultatet tregojnë se ndërhyrja e vazhdimësisë së kujdesit mund të përmirësojë ndjeshëm funksionin fizik, funksionin e rolit fizik, shëndetin e përgjithshëm, funksionin social dhe vitalitetin për njerëzit e moshuar me sëmundje kronike [6-9].

- Perspektivat e klinikistëve dhe ekipit të praktikës mbi vazhdimësinë e kujdesit

Shumica e profesionistëve të shëndetit mbrojnë rëndësinë e vazhdimësisë së kujdesit, dhe inkurajojnë pacientët të krijojnë një marrëdhënie cilësore kanë nënvizuar se cilësia e konsultave me pacientët (përfshirë kohën e mjaftueshme për t'u marrë me problemet e pacientit) luajnë një rol të rëndësishëm në marrëdhënie dhe në vazhdimësinë e kujdesit. Vazhdimësia e menaxhimit është cilësuar gjithashtu e rëndësishme për praktikantët. Për këtë profesionistët e shëndetit theksojnë ndarjen e informacionit, komunikimin e mirë brenda ekipit të kujdesit dhe krijimin e sistemeve që mbështesin menaxhimin efektiv të pacientit [3].

Përkufizimi i praktikave të mira

Praktikat e mira në lidhje me vazhdimësinë e kujdesit mund të përfshihen në mënyrat e mëposhtme:

- Vazhdimësia e marrëdhënieve

Vazhdimësia e marrëdhënieve përfshin inkurajimin e pacientëve (por jo i detyruar) të krijojnë një marrëdhënie terapeutike me një ose më shumë profesionistë në ekipin kujdesit. Praktika e kulturës dhe organizimit duhet të mbështesë pacientët dhe



profesionistët për të ruajtur këto marrëdhënie dhe për t'i rregulluar ato në mënyrë që të pasqyrojnë ndryshimet në preferencat, nevojat ose rrethanat shoqërore të pacientit. Kjo mundësohet nga praktikatat e qarta në lidhje me rëndësinë e vazhdimësisë së kujdesit dhe si arrihet, që do të thotë:

- sigurimi i informacionit për pacientët në lidhje me profesionistët e kujdesit që operojnë në praktikë dhe disponueshmërinë e tyre për konsultime ballë për ballë, apo kontaktim me telefon ose email; publikimi i politikës së praktikës mbi vazhdimësinë e kujdesit; dhe udhëzime se si të ruhet vazhdimësia me të gjithë ofruesit e kujdesit
- pacientët, mjekët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit e dinë se kush ofrues kujdesi është i preferuar i pacientit
- sigurim i kohës së mjaftueshme për ndërveprim në konsultim/vizita që do nxit formimin e një marrëdhënieje
- aranzhimet e aksesit që u lejojnë pacientëve të ushtrojnë zgjedhjen se kush duhet për t'u konsultuar, shpejtësia e qasjes dhe mënyra e qasjes (përfshirë telefonin, konsultim ballë për ballë, ose ndoshta email)
- kapacitet i mjaftueshëm për takime të së njëjtës ditë dhe paraprake
- stafi ndihmës i pritjes i cili është i trajnuar mirë për të ofruar mundësi të tilla që promovojnë vazhdimësinë, si dhe arritjen e afateve kohore të konsultimit
- ofruesi i kujdesit është përgjegjës për rishikimet e planeve të kujdesit dhe për diskutimin e rezultateve të testeve laboratorike
- aranzhimet e punës për stafin klinik që punojnë me kohë të pjesshme, organizim i punës për maksimizim dhe për mos prishje të vazhdimësisë
- ofrimi i ndihmës shtesë për pacientët që mund të kenë vështirësi në akses - për shembull, për shkak të vështirësive gjuhësore ose të të mësuarit, dallimet kulturore, pa aftësia fizike, problemet e shëndetit mendor ose izolimi social [3].

Menaxhimi i vazhdimësisë së kujdesit

Menaxhimi i vazhdimësisë së kujdesit përfshin pacientët që përfshihen në trajtim, vendimet dhe planifikimin e kujdesit të tyre, duke përfshirë referimet, dhe duke i ndihmuar për të aksesuar në shërbime dhe sisteme jashtë praktikës klinike. Mjeku i përgjithshëm por edhe infermieri i kujdesit shëndetëor parësor merr përgjegjësinë për të siguruar që pacientët me sëmundje afat të gjatë, sëmundshmëri të shumëfishtë ose problemet komplekse marrin kujdes gjithëpërfshirës, kujdes i personalizuar, holistik dhe i koordinuar. Mjeku i përgjithshëm mund të marrë drejtimin e rolit koordinues rol koordinues, ose mund të bashkëpunojë me kolegët në ekipin e praktikës ose nga shërbime të tjera që veprojnë si menaxher ose koordinator i kujdesit. Kujdesi i koordinuar përfshin vazhdimësi ndërpersonale, në mënyrë që pacientët të dinë se cili profesionist është përgjegjës për koordinimin e kujdesit të tyre dhe mënyrën e kontaktimit me ta, dhe mjekët e përgjithshëm/infermierët e familjes e dinë për cilët pacientë janë përgjegjës [3].



Qasja e kujdesit me në qendër pacientin elementi kryesor për zhvillimin e një marrëdhënie të mirë dhe cilësore me klientin

Kujdesi me në qendër pacientin është një cilësi e marrëdhënieve personale, profesionale dhe organizative. Kështu, përpjekjet për të promovuar kujdesin e përqendruar te pacienti duhet të kenë parasysh përqendrimin e pacientëve (dhe familjeve të tyre), (klinikistëve dhe sistemeve shëndetësore) si pjesëmarrës aktivë. Trajnimi i profesionistëve të kujdesit për të qenë më të ndërgjegjshëm, informues dhe empatik transformon rolin e tyre nga ai i karakterizuar nga autoriteti në atë që ka qëllimet e partneritetit, solidaritetit, empatisë dhe bashkëpunimit [10-11].

Elementet e kujdesit me pacientin në qendër ose me në qendër pacientin

Kujdesi i përqendruar tek pacienti dhe familja inkurajon bashkëpunimin aktiv dhe vendimmarrjen e përbashkët midis pacientëve, familjeve dhe ofruesve për të hartuar dhe menaxhuar një plan kujdesi të personalizuar dhe gjithëpërfshirës.

Shumica e përkufizimeve të kujdesit me në qendër pacientin kanë disa elementë të përbashkët që ndikojnë në mënyrën se si sistemet dhe objektet shëndetësore janë projektuar dhe menaxhuar, dhe mënyra se si ofrohet kujdesi:

- Misioni, vizioni, vlerat, udhëheqja dhe përmirësimi i cilësisë së sistemit të kujdesit shëndetësor janë në përputhje me qëllimet e përqendruara te pacienti.
- Kujdesi është bashkëpunues, i koordinuar dhe i arritshëm. Kujdesi i duhur ofrohet në kohën dhe vendin e duhur.
- Kujdesi fokusohet në komoditetin fizik si dhe mirëqenien emocionale.
- Preferencat e pacientit dhe familjes, vlerat, traditat kulturore dhe kushtet socio - ekonomike respektohen.
- Pacientët dhe familjet e tyre janë një pjesë e pritshme e ekipit të kujdesit dhe luajnë një rol në vendimet në nivel pacienti dhe sistemi.
- Prania e anëtarëve të familjes në mjedisin e kujdesit inkurajohet dhe lehtësohet.
- Informacioni ndahet plotësisht dhe në kohën e duhur në mënyrë që pacientët dhe anëtarët e familjes së tyre të mund të marrin vendime të informuara.

Përfitimet e kujdesit të përqendruar te pacienti

Qëllimi dhe përfitimi kryesor i kujdesit të përqendruar te pacienti është përmirësimi i rezultateve individuale të shëndetit, jo vetëm rezultatet e shëndetit të popullatës, edhe pse edhe me këtë qasje edhe këto rezultate përmirësohen. Me këtë qasje përfitojnë jo vetëm pacientët, por edhe ofruesit dhe sistemet e kujdesit shëndetësor, përmes:

- Rezultateve të përmirësuara të kënaqësisë midis pacientëve dhe familjeve të tyre.
- Rritjes së reputacionit të ofruesve në mesin e konsumatorëve të kujdesit shëndetësor.
- Moral dhe produktivitet më i mirë në mesin e profesionsitëve të kujdesit.
- Alokimi i përmirësuar i burimeve.
- Reduktim i shpenzimeve dhe rritje e marzheve financiare gjatë gjithë vazhdimësisë së kujdesit [12]. Qasja e kujdesit me në qendër pacientin, në zemër të vazhdimësisë së kujdesit ka Pacientin ku qëllimet dhe vlerat e pacientit janë përparësia kryesore, Figura 18-1 [13].

Figura 18-1**Kujdesi me pacientin në qendër**

Vazhdimësia dhe koordinimi i kujdesit janë të lidhura ngushtë me njëra -tjetrën. Vazhdimësia mundëson koordinimin e kujdesit duke krijuar kushtet dhe marrëdhëniet për të mbështetur ndërveprimet e qarta midis ofruesve të shumtë brenda ekipeve ndërdisiplinore ose në mjedise ose sektorë të kujdesit. Studimet e fundit tregojnë se një marrëdhënie e vazhdueshme me një profesionist të kujdesit parësor është një platformë solide për bashkëpunim dhe komunikim efektiv të nevojshme për të koordinuar kujdesin dhe për të përmirësuar përvojat dhe rezultatet e pacientit [14-15].

Praktikat prioritare më të mira tregojnë se çfarë duhet bërë për të siguruar vazhdimësi dhe koordinim të kujdesit. Në vijim do të përshkruajmë se si menaxherët dhe praktikuesit mund të ndërmarrin hapa praktike për të zbatuar praktikat prioritare, të përshtatura si kërkohet në kontekstin lokal [16]



Zbatimi i praktikave më të mira për vazhdimësi dhe korrëdhim të kujdesit kërkon një proces të menaxhimit mirë, me përfshirjen e të gjithë aktorëve - pacientët, anëtarët e familjes dhe kujdestarët; profesionistë, menaxherët dhe administratorët; institucionet arsimore dhe politikëbërësit; partnerët e komunitetit dhe vullnetarët - për të siguruar mbështetjen e tyre. Gjithashtu kërkon forcë lidhëse, qeverisje e njëtrajtshme dhe llogaridhënia, arsimimi dhe zhvillimi i fuqisë punëtore, një mundësi infrastruktura teknike dhe një përdorim i matur i financave dhe leva kontraktuale [16].
Më poshtë janë renditur disa veprime praktike që mund të lehtësojnë zbatimin e praktikave prioritare.

Prioriteti 1: Vazhdimësia me një profesionist të kujdesit parësor

- Sigurohuni që pacientët të jenë të regjistruar afër shtëpisë së tyre për praktikën e kujdesit parësor
- Balanconi zgjedhjen e pacientit me nxitjen e vazhdimësisë të një marrëdhënieje me përcaktimin e një profesionisti.
- Siguroni stimuj për takimet me kohëzgjatje fleksibël, të rezervuar paraprakisht, dhe që lejojnë kohë të mjaftueshme që njerëzit të flasin për atë që ka vlerë rëndësi për shëndetin e tyre
- Mbështetja e punës ekipore për infermierët, mjekët e përgjithshëm, farmacistët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit parësor, me kohë të mjaftueshme për të parashikuar dhe adresuar problemet e shumta të individëve.
- Krijimi i praktikave të rekrutimit dhe mbajtjes që minimizon “burn-out” dhe qarkullimin e stafit.

Prioriteti 2: Planifikimi bashkëpunues i kujdesit dhe vendimmarrje të përbashkëta

- Krijoni një kulturë të ndjeshmërisë, dhembshurisë dhe marrëdhënie besimi, shëruese.
- Zhvilloni aftësitë e stafit në kryerjen e konsultimeve me në qendër personin, planifikimin e kujdesit holistik dhe aftësimin.
- Përfshirje fizike, psikologjike, emocionale dhe mirëqenien shpirtërore në planifikimin e kujdesit.
- Mbështetni kërkesat e kulturës shëndetësore të çdo individi.
- Siguroni trajnim në sjelljen shëndetësore për pacientët, familjes dhe kujdestarëve për t'i ndihmuar ata në vetë -menaxhimin dhe në ndërtimin e lidhjeve shoqërore dhe përmirësimin e respektimit të marrjes së ilaçeve të tyre.
- Prezantoni vullnetarë, bashkues të komunitetit për të rritur njohuritë e ofruesve për rrjetet lokale dhe burimet vullnetare.
- Drejtojnë njerëzit drejt mbështetjes së motivimit të përshtatshëm nga ana kulturore në lagjen e tyre.
- Përputhni sfondin kulturor të ndihmësve të kujdesit dhe pacientët dhe ndihmojnë ata të zhvillojnë një aftësi, rol shoqëror, motivues.

Prioriteti 3: Menaxhimi i rasteve për njerëzit me nevojë komplekse

- Integrimi i menaxherëve të rasteve në ekipet e kujdesit parësor.
- Ndërtoni marrëdhënie dhe besim midis profesionistëve.



- Sqaroni rolin dhe ngarkesën optimale të rasteve dhe siguroni mbikëqyrje të rregullt për menaxherët e rasteve.
- Siguroni aftësim në vetë-menaxhim dhe edukoni dhe mbështesi kujdestarët e familjes.
- Mbështetni menaxherët e kujdesit në zhvillimin e aftësive udhëheqëse të ekipi ndërdisiplinor.
- Ofroni trajnim në vlerësim, planifikim të kujdesit dhe rishikimi i njerëzve që janë vulnerabël ose kanë nevoja komplekse të shëndetit fizik dhe mendor.

Prioriteti 4: Përqëndroni shërbimet ose krijoni një pikë të vetme aksesit

- Thjeshtoni qasjen në shërbime duke përdorur shtrirjen, modele të shërbimit të kolokacionit ose të rrjetit virtual.
- Zhvillimi i qendrave dhe qendrave shëndetësore të komunitetit lokal që ofrojnë shërbime të shëndetit dhe mirëqenies.
- Përdorni gjithashtu shtëpitë, bibliotekat dhe objektet e kohës së lirë si objekte konvencionale të kujdesit shëndetësor.
- Mblidhni burimet e komunitetit lokal dhe vullnetar për informacion, këshilla ose mbështetje.
- Optimizoni numrin e shërbimeve që mund të aksesohen nga disa persona pa pagesë.

Prioriteti 5: Kujdesi kalimtar ose i ndërmjetëm

- Futja e kujdesit kalimtar për të siguruar ndjekjen në kohë nga njerëzit me aftësitë e duhura.
- Ofroni ndihmë në pajtimin dhe rishikimin e mjekimit, dhe mbështesin vetë-menaxhimin.
- Siguroni qasje në këshilla urgjente dhe rishikoni jashtë orarit zyrtar.
- Zhvillimi i "spitalit në shtëpi" si alternativa të kujdesit emergjent.
- Siguroni që vlerësimet multi-profesionale, mbështesin dhe inkurajojnë kthimin në punë dhe shoqëri dhe ndërhyrjet janë holistike.

Prioriteti 6: Kujdesi gjithëpërfshirës në vazhdimësi

- Hartoni një sistem për të lidhur ndërhyrje të praktika të shumta përgjatë gjithë rrugës që mundet të aksesohen pa pagesë (ose të paktën minimale) nga pacienti, i cili përfshin:
 - një pikë e qartë, e vetme hyrëse brenda ose të kujdesit parësor;
 - vlerësime të individualizuara, planifikim të kujdesit dhe rishikime;
 - menaxhimin e rastit;
 - mundësimi;
 - koordinimi i shërbimeve të shtëpisë dhe komunitetit;
 - menaxhim efektiv i kalimeve të kujdesit;
- protokolle të qarta, udhëzime dhe llogaridhënie gjatë gjithë nevojës për kujdes ose brenda rrjetit të shërbimeve; dhe
- stimujt financiarë që janë në përputhje me rezultatet e përbashkëta.

Prioriteti 7: Teknologjia për të mbështetur vazhdimësinë dhe koordinimin e kujdesit



- Futja e sistemeve të teknologjisë së informacionit ndërvepruese ose një regjistër të vetëm të kujdesit, me gjetjen e rasteve dhe mjetet për mbështetjen e vendimeve për profesionistët dhe pacientë, dhe kapacitet të mjaftueshëm administrativ.
- Shtresimi i rrezikut të popullsisë për të identifikuar njerëzit me nevoja komplekse për kujdes dhe mbështetje që janë në një rrezik më të lartë të rezultateve të pafavorshme, dhe përshtatjen e intensitetit të koordinimit të kujdesit në nivelin e rrezikut.
- Përdorni teknologjinë për monitorimin në distancë dhe konsultimet.

Prioriteti 8: Rritje e aftësive të fuqisë punëtore

- Sigurohuni që rolet dhe përgjegjësitë janë të qarta.
- Sigurohuni që i gjithë stafi, kujdestarët, familjet dhe vullnetarët të ketë aftësitë dhe kompetencën e duhur.

Veprim në të gjitha nivelet

Praktikat prioritare dhe veprimet mundësuese janë zbatuar në nivele të ndryshme të shëndetit dhe sitemit të kujdesit shëndetësor. "Modeli ylber" (Figura 18-2), është një kuadër konceptual për kujdesin e integruar që mund të përdoret për të identifikuar pika ose nivele në të cilin veprojnë praktikatat specifike dhe veprimet [17].

Figura 18-1**Kujdesi I integruar “Modeli ylber”**



Referenca

1. Feo R, Rasmussen P, Wiechula R, Conroy T, Kitson A. Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nurs Stand*. 2017 Mar 8;31(28):54-63.
2. Cowie L, Morgan M, White P, Gulliford M. Experience of continuity of care of patients with multiple long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy*. 2009;14(2):82–7.
3. George Freeman Jane Hughes .Continuity of care and the patient experience. The King's Fund 2010.
4. Health Quality Ontario. Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(6):1-41. Published 2013 Sep 1.
5. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med*. 2014;174(5):742-748.
6. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clin Nurs Res*. 2017 Jun;26(3):266-284
7. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219–1221.
8. Saultz JW, Abedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004;2:445–451.
9. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005; 3:159–166.
10. Epstein RM, Street RL Jr. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH; 2007.
11. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29 (8):1489–1495.
12. NEJM Catalyst. What Is Patient-Centered Care? Innovations in Care Delivery. January 1, 2017.
13. NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org). Massachusetts Medical Society.
14. Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract*. 2003; 20: 623–7.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *Br Med J*. 2003; 327(7425):1219–21.
16. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services, 2018. ISBN 978-92-4-151403-3.
17. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels, MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013; 13: e010.



19

Vetë-menaxhimi i sëmundjes nga pacienti kronik. Aspekti psikosocial i kujdesit infermieror. Natyra shpirtërore, vuajtjet, shpresa, faktorët kulturor dhe stili i jetesës.

Objektivat e mësimi

- Të kuptojmë rëndësinë e aspektit psikosocial të kujdesit për pacientin me sëmundje kronike
- Të përshkruaj se si natyra shpirtërore, vuajtjet, shpresa, kultura dhe stili i jetesës ndikojnë në vetë-menaxhimin e sëmundjes kronike
- Diskutimi i shembujve praktikë të spiritualiteti dhe kujdesit

Aspekte psikosociale të kujdesit

Evidencat shkencore tashmë kanë gjetur një lidhje të ngushtë midis shëndetit psikosocial dhe shëndetit fizik. Kjo lidhje karakterizohet nga disa aspekte: shëndeti i dobët psikosocial rrit gjasat e një individi për sëmundje kronike, vonon procesin e zbulimit të sëmundjeve kronike dhe karakterizohet nga vetë-menaxhim i dobët i sëmundjeve kronike, ndërkohë që vetë sëmundjet kronike nga ana e tyre sjellin përkeqësim të shëndetit psikosocial [1]. Ndërkohë që, te të moshuarit me sëmundje kronike shqetësimi psikologjik i shoqëruar me simptoma depresive dhe ankthit është më i dukshëm në prani të më shumë sëmundjeve dhe varet nga karakteristikat e sëmundjeve, të tilla si si paaftësia funksionale dhe kontrollueshmëria e sëmundjes. Ankthi psikologjik më së shpeshti përjetohet nga pacientët me osteoartrit, artritis reumatoid dhe goditje në tru, ndërsa pacientët diabetikë dhe kardiakë duket se janë më pak të shqetësuar psikologjikisht [2]. Aspektet psikosociale të kujdesit i atribuohen kujdesit infermieror holistik, i cili adreson probleme shëndetësore të mendjes, trupit dhe shiritit të pacientit. Këto probleme kanë të njëjtën shkallë rëndësie dhe kur neglizohet njëri mund të krijoj probleme te tjetri [3]. Kujdesi holistik rrit thellësinë e të kuptuarit të ofruesve të kujdesit për pacientët dhe nevojat e tyre. Edukimi i pacientëve për kujdesin ndaj vetes dhe ndihma e tyre për të kryer aktivitetet e tyre të përditshme në mënyrë të pavarur është pjesë e kujdesit holistik. Kujdesi paliativ është pjesë e kujdesit holistik i cili përmirëson cilësinë e jetës së pacientit dhe mirëqenien e tyre emocionale dhe fizike. Kujdesi holistik rrit vetëdijen dhe vetëbesimin tek pacientët dhe bën që infermierët të kuptojnë më mirë efektet e një sëmundjeje në tërë jetën e një personi dhe nevojat e tij/saj të vërteta[4-5]. Gjithashtu përmirëson harmoninë midis mendjes, trupit, emocioneve dhe shpirtit në një



mjedis gjithnjë e në ndryshim [6]. Aspekti psikosocial i kujdesit është i lidhur ngushtë me familjen e pacientit dhe komunitetin, të dyja të inseruara në nivelin mikro të modelit të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike, Figura 16-1 dhe Figura 16-2 [7].

Figura 16-1

OBSH - Modeli i Kujdesit Inovativ për Sëmundjet Kronike



Figura 16-2





Asistenca që mund të ofrojnë organizatat e komunitetit dhe anëtarët e komunitet për pacientët me sëmundje kronike është shumë e cmuar. Kjo pasi disa shërbime mund të jenë më shumë të orientuara nga aspektet fizike si mbështetja financiare, aksesit në shërbime dhe paisje; shërbime të tjera mund të jenë të orientuara më shumë ndaj rrjeteve sociale. Këto shërbime, të gjitha sëbashku mund të reduktojnë ndjesinë e izolimit, braktisjes dhe diskriminimit që shumë njerëz me sëmundje kronike mund të ndjejnë në një moment të caktuar. Për të përballuar aspektin psikosocial të kujdesit pacientët me sëmundje kronike, mund të kenë nevojë për asistencë në menaxhimin e stresit apo për zhvillimin e strategjive për sjellje të reja me impakt në shëndet dhe në cilësinë e jetës [8]. Kjo mund të kërkojë dhe adopimin e modeleve efektive të kujdesit nga ana e infermierëve të cilët kujdesen për sëmundje kronike, pasi është vënë re se statusi funksional i pacientëve kronik ishte i lidhur ngushtë me ndihmën e vetë-kujdesit [9]. Edhe pse Shoqata Amerikane e Infermierëve Holistikë e mbështet këtë besim dhe thekson se infermiera holistike përfshin të gjitha praktikat e infermierisë që shërojnë të gjithë një person [10], studimet tregojnë se vëmendje e pamjaftueshme i është kushtuar shqetësimit psikologjik, social dhe shpirtëror të lidhura me sëmundjen [11-13]. Termi psikosocial nënkupton aspektet psikologjike, shpirtërore dhe shoqërore të jetës së një personi dhe mund të përshkruajë mënyrën se si njerëzit e kuptojnë botën. Karakteristikat psikologjike përfshijnë emocionet, mendimet, qëndrimet, motivimin dhe sjelljen, ndërsa aspektet shoqërore tregojnë mënyrën në të cilën një person lidhet dhe ndërvepron me mjedisin e tij [14].

Përkufizimi i kujdesit shpirtëror

'Kujdesi që njeh dhe i përgjigjet nevojave të shpirtit njerëzor kur përballen me trauma, shëndet i keq ose trishtim dhe mund të përfshijë nevojën për kuptimin, për vlerën e vetes, për të shprehur veten, për mbështetjen e besimit, ndoshta për ritet ose lutjen ose sakramentin, ose thjesht për një dëgjues të ndjeshëm. Kujdesi shpirtëror fillon me inkurajimin e njeriut për kontakt në marrëdhënie të dhembshur dhe lëviz në çfarëdo drejtimi që kërkon nevoja' [15]. Ndërkohë që te përkufizimi i OBSH për shëndetin, ana shpirtërore ka pjesën e saj në shëndet "Shëndeti nuk është vetëm mungesa e sëmundjes, është një gjendje fizike, psikologjike, sociale dhe mirëqenie shpirtërore" (ËHO, 1948). Në kontekstin e nivelit mikro të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike, infermierët duhet të marrin në konsideratë çfarë nënkupton mirëqenia shpirtërore për personin si individ dhe ndërveprimin e personit me familjen dhe komunitetin. Natyra shpirtërore është një koncept kompleks dhe muntidimensional që është i lidhur ngushtë me besimin fetar dhe besimet në përgjithësi të një individi. Në kontekstin e kujdesit kronik, infermierët duhet të kuptojnë spiritualitetin e tyre para se të mund të përfshijnë spiritualitetin në kujdesin e tyre ndaj pacientit [16]. Promovimi dhe aplikimi i kujdesit shpirtëror është i lidhur me vlerat e profesionit infermieror si:

- Etike - sepse është gjëja e duhur për të bërë, për t'i trajtuar njerëzit mirë dhe në mënyrë të përshtatshme pavarësisht besimit fetar, besimeve, gjinisë, moshës, aftësive / pa aftësive, orientimit seksual ose qendriveve që një individ ka ne jetë.
- Ligjore - sepse ekziston një kornizë rregullatore e cila ndalon diskriminimin dhe për këtë arsye inkurajon barazi dhe trajtim të drejtë i të gjithëve nga çdo kulturë ose prejardhje..
- Financiare - sepse do të ketë kënaqësi dhe rezultate më të mira mes pacientëve dhe më pak stres dhe mungesa mes stafit.



- Klinike - sepse ekziston evidenca se kur njerëzit kanë kujdes të mirë ata kanë një shans më të madh për shëndet më të mirë, për shembull, sistemi i tyre imunitar duket se punon më me efikasitet [17].

Një shembull kujdesi që nuk është aspak shpirtëror

E pyeta psikiatrin me të cilin punoja: "Çfarë nuk shkon me mua?" Ai tha: "Ti ke një sëmundje të quajtur skizofreni kronike. Është një sëmundje e ngjashme me diabetin. Nëse ju merrni ilaçet në mënyrë të rregulltë gjatë gjithë jetës tuaj dhe shmangni stresin, atëherë ndoshta mundeni ta përballoni gjendjen." Dhe ndërsa fliste këto fjalë unë mund të ndieja peshën e tyre që më shtypnin shpresat dhe ëndrrat dhe aspiratat tashmë të brishta për jetën time. Sot e kuptoj pse kjo përvojë ishte aq e dëmshme për mua. Në thelb psikiatri ishte duke më thënë se jeta ime, për shkak të etiketimit me skizofreni, ishte tashmë një libër i mbyllur. Ai nuk më pa mua. Ai pa një sëmundje. Ne duhet t'i nxisim infermierët e kujdesit kronik që të jenë të mençur, për të shkuar përtej njohjes së thjeshtë të sëmundjes dhe ta njohin me gjithë zemër qenien njerëzore që kërkon ndihmë [18].

Çfarë përfshihet në shërbimin e pacientëve dhe ofrimin e kujdesit të dhembshur? Profesionistët e kujdesit mund të fillojnë me sa vijon:

- Praktikimi i pranisë së dhembshur - domethënë, të qenit plotësisht i pranishëm dhe i vëmendshëm ndaj pacientëve të tyre dhe duke qenë mbështetës ndaj tyre në të gjitha vuajtjet e tyre: fizike, emocionale dhe shpirtërore
- Dëgjimi i frikës, shpresave, dhimbjeve dhe ëndrrave të pacientëve
- Marrja e një anamneze shpirtërore
- Duke qenë të vëmendshëm ndaj të gjitha dimensioneve të pacientëve dhe familjeve të tyre: trupit, mendjes dhe shpirtit
- Përfshirja e praktikave shpirtërore sipas rastit
- Përfshirja e komuniteteve fetare si anëtarë të ekipit ndërdisiplinor të kujdesit shëndetësor [19].

Të kuptuarit e spiritualitetit të pacientëve nga pikëpamja e një infermieri, është mjaft e vlefshme pasi:

- Spiritualiteti mund të jetë një dinamikë në të kuptuarit e sëmundjes nga pacienti.
- Bindjet fetare mund të ndikojnë në vendimmarrjen e kujdesit shëndetësor.
- Spiritualiteti mund të jetë një nevojë e pacientit dhe mund të jetë e rëndësishme në përballimin e sëmundjes nga pacienti.
- Kuptimi i gjendjes shpirtërore të pacientit është pjesë përbërëse e kujdesit të plotë të pacientit.

Shumë profesionistë shëndeti nuk janë shumë të familjarizuar me kujdesin shpirtëror. Pyetjet "FICA" u vijnë në ndihmë profesionistëve të shëndetit se si të bëjnë një vlerësim shpirtëror, (Tabela 16-1). Anamneza shpirtërore i ndihmon profesionistët të kuptojnë kur rastet kanë nevojë për referim. Krijon mundësinë për biseda rreth vlerave dhe besimeve, zbulon mekanizmat e përballimit dhe sistemet mbështetëse, zbulon përballimin pozitiv dhe negativ shpirtëror dhe ofron një mundësi për kujdes të dhembshur [19].



Tabela 16-1

Metoda FICA për vlerësimin shpirtëror të pacientit

F	<i>Feja dhe besimi.</i> Pyesni: A ka besime shpirtërore që ju ndihmojnë të përballoni stresin ose periudhat e vështira? Çfarë i jep kuptim jetës tuaj?
I	<i>Importance/ Rëndësia dhe ndikimi.</i> Pyesni: A është spiritualiteti i rëndësishëm në jetën tuaj? Çfarë ndikimi ka në mënyrën se si kujdeseni për veten? A ka ndonjë vendim të veçantë në lidhje me shëndetin tuaj që mund të ndikohet nga këto besime?
C	<i>Komuniteti.</i> Pyetni: A jeni pjesë e një bashkësie shpirtërore apo fetare?
A	<i>Adresim/veprim.</i> Mendoni për atë që ju si ofrues i kujdesit shëndetësor duhet të bëni me informacionin që pacienti ndau - p.sh., referoni në klasa të meditimit ose jogës, ose një burimi tjetër shpirtëror.

Vuajtja

Konflikti i brendshëm që zakonisht krijohet te njerëzit nga sëmundjet kronike mund të rezultoj në gjetjen e mënyrave për të kuptuar rrethanat dhe pasojat për veten e tyre. Një nga mënyrat se si mund të përjetohet kjo është përmes vuajtjes. Vuajtja është një përvojë njerzore e thellë. Vuajtja përkufizohet si "gjendja e shqetësimit të rëndë të shoqëruar me ngjarje që kërcënojnë paprekshmërinë e personit" [20]. Vuajtja lidhet me shëndetin kur shoqërohet me sëmundje ose lëndime të çdo lloji. Vuajtja është serioze kur nuk mund të lehtësohet pa ndërhyrje profesionale dhe kur kompromenton funksionimin fizik, shoqëror, shpirtëror dhe/ose emocional. 20 gjendje shëndetësore që më së shpeshti rezultojnë në vuajtje aq të rënda sa të kërkojnë ndërhyrje të kujdesit paliativ për njerëzit e çdo moshe janë: ateroskleroza; sëmundje cerebrovaskulare; sëmundjet kronike ishemike të zemrës; keqformime të lindura; degjenerimi i SNQ; demenca; sëmundjet e mëlçisë; ethet hemorragjike; Sëmundja HIV; sëmundje inflamatore e SNQ; dëmtimi, helmimi dhe shkaqet e jashtme; leucemia; sëmundjet e mushkërive; neoplazite malinje (kanceret); çrregullime të sistemit musculoskeletal; sëmundjet jo-ishemike të zemrës; lindja e parakohshme dhe traumat e lindjes; kequshqyerja e energjisë proteinike; infuficiencia renale; dhe tuberkulozi. Simptomat më të zakonshme dhe të rënda ose llojet e vuajtjeve të krijuara nga këto gjendje shëndetësore përfshijnë:

- Vuajtje fizike (dhimbje të moderuara ose të forta, dhimbje të lehta, dobësi, lodhje, gulçim, nauze dhe të vjella, kapsllëk, diarre, gojë të thatë, kruajtje, plagë dhe gjakderdhje)

- Vuajtjet psikologjike (ankthi dhe shqetësimi, gjendja depresive, deliri ose konfuzioni, dhe demenca që i referohet çorientimit, agjitacionit ose humbjes së kujtesës).

Treguesit e kohëzgjatjes së vuajtjes të lidhura me sëmundjet janë:

1: numri i përgjithshëm i ditëve me çdo lloj vuajtjeje; vlerësohet duke përmbledhur kohëzgjatjen në ditë të secilës simptomë.

2: numri i ditëve me simptomën e kohëzgjatjes më të gjatë [21].



Shpresa

Ka një njohje në rritje se funksionimi pozitiv psikologjik (i cili përfshin konstrukte të tilla si optimizmi dhe shpresa) ndikon në shëndetin e një individi. Individent me optimizëm dhe shpresë më të madhe kërkojnë të përfshihen në sjellje më të shëndetshme, pavarësisht nga statusi i tyre klinik, dhe kjo kontribuon në trajtimin e sëmundjeve kronike [22]. Shpresa është përkufizuar si gjendje e motivimit pozitiv bazuar në tre komponentë: objektivat (qëllimet që duhen arritur), rrugët (planifikimi për arritjen e këtyre qëllimeve) dhe agjencia (motivimi i drejtuar drejt këtyre objektiveve) [23]. Autorë të tjerë ishtuan përkufizit të shpresës edhe ndjenjën e vendosmërisë së pacientit për të arritur objektivat e tij/saj [24]. Ekziston një lidhje e ngushtë midis konstrukteve të optimizmit dhe shpresës dhe një reduktim në efektet e sëmundjeve kronike. Sidoqoftë, është e rëndësishme të theksohet se lidhja midis optimizmit ose shpresës dhe shëndetit fizik ndryshon në varësi të kontekstit të sëmundjes dhe subjekteve [22].

Faktorët kulturor dhe stili i jetesës

Në nivelin mikro të kujdesit inovativ për sëmundjet kronike, te kujdesi për njerëzit me sëmundje kronike është e rëndësishme që të merren parasysh faktorët kulturorë dhe të stilit të jetesës. Predispozita për sëmundje kronike mund të ndikohet nga mënyra e jetesës. Faktorët e stilit të jetesës janë rreze të ndryshueshme në sëmundjet kronike dhe këta faktorë duhet të merren parasysh gjatë planifikimit të kujdesit. Faktorët kulturorë gjithashtu luajnë një rol të rëndësishëm në komunikim, mënyrën e ushqyerjes zakonet, nivelin e aktivitetit fizik dhe, për disa, për predispozita për sëmundje kronike. Disa grupe etnike janë më të prirur ndaj llojeve të veçanta të sëmundjeve kronike sesa të tjerët. Në disa kultura, sa më i pasur financiarisht të jetë një person, aq më të larta janë gjasat që të konsumojnë ushqime me përmbajtje të lartë në sheqerna dhe yndyrë, pasi konsiderohet që konsumi i këtyre ushqimeve është në përputhje me statusin e tyre shoqëror. Në kulturat e tjera, të kesh më shumë para lejon një person për të blerë ushqime më të shëndetshme. Anasjelltas, njerëzit që jetojnë në kushte të ulëta shoqërore mund të kenë zakone të dobëta dietike dhe të konsumojnë ushqime më pak të shëndetshme [25]. Stilet e komunikimit ndryshojnë në kultura të ndryshme, prandaj është thelbësore që infermierët të aplikojnë parimet e komunikimit efektiv që janë të ndjeshëm ndaj kulturës së pacientit për të cilin kujdesen. Për shembull, rëndësia e komunikimit jo-verbal dhe gjuha e trupit mund të ketë një kuptim të ndryshëm në varësi të prejardhjes kulturore të dikujt [26]. Aty ku ekzistojnë barrierat gjuhësore, vështirësitë në komunikimin efektiv mund të nënkuptojnë nevojën për kohë shtesë për të ofruar ose komunikuar nevojat e kujdesit ndaj pacientit [27]. Një qasje e sigurt kulturore ndaj kujdesit infermior kërkon që infermiera të jetë e kujdesshme ndaj qëndrimeve, vlerave dhe besimet e veta në lidhje me gjininë, racën, fenë dhe seksualitetin. Në vitet e fundit, shtyja për të edukuar stafin shëndetësor lidhur me ndërgjegjësimin kulturor dhe ndjeshmërisë është rritur. Vetëdija kulturore është njohja dhe respektimi i dallimeve kulturore. Brenda sistemeve shëndetësore, kompetenca kulturore përfshin diversitetin kulturor, dhe siguron që politika dhe shërbimet janë të përgjegjshme ndaj nevojave të kulturave të ndryshme. Promovimi i respektit të përbashkët për individët pavarësisht prejardhjes kulturore; dhe duke pranuar se kultura të ndryshme mund të sjellin në procesin e kujdesit një pasuri të madhe njohurish, kuptim dhe përvojë; është praktikë e mirë. Shfaqja e respektit kulturor lejon zhvendosjen e fokusit drejt barazisë shëndetësore dhe përmirësimit të rezultateve shëndetësore [26].



Shembuj praktik të kujdesit shpirtëror

Spiritualiteti mund të jetë një dinamikë në të kuptuarit e sëmundjes nga pacienti.

Për shembull, kur isha duke ecur në lagjen time, pashë një grua 28-vjeçare, burri i së cilës sapo e kishte lënë. Ajo zbuloi se burri i saj kishte SIDA dhe ajo kërkoi që të testohej. Kur u takova me të për t'i thënë se rezultati i testit doli pozitiv, u përpoqa të shpjegoj se sëmundja e saj u diagnostikua herët dhe se kishte pasur përparime të fundit në trajtimin e HIV -it që po i lejonin njerëzit të jetonin më gjatë me sëmundjen e tyre. Ajo vazhonte t'i referohej Zotit dhe pse Zoti ja kishte rezervuar këtë gjë. E kuptova që nuk po kuptoheshim, kështu që e pyeta për komentet e saj. Ajo vazhdoi të më tregonte për përdhunimin si adoleshente dhe abortin. Në sistemin e saj të besimit, kjo ishte e gabuar. Mbaj mend fjalët e saj të sakta: "Unë kam qenë duke pritur për ndëshkimin, dhe ky është ndëshkimi." Ajo nuk donte të diskutonte trajtimin ose kujdesin parandalues siç është imunizimi. Unë e inkurajova që të shihte një anëtarë të komunitetit fetar të besimit të saj, gjë që ajo e bënte rregullisht. Ndërkohë, unë vazhdoja ta shihja dhe folta me të për çështjet e saj të fajit dhe ndëshkimit, si dhe disa edukime rreth HIV. Por vetëm 1 vit më vonë ajo ishte e gatshme të kërkonte trajtim. Ajo kishte nevojë për kohë për të zgjidhur çështjet e saj të fajit para se të ishte në gjendje të pranonte sëmundjen e saj dhe të merrej me të. Tani, ajo më thotë se po të mos i kisha trajtuar çështjet e saj shpirtërore në atë vizitë të parë, ajo kurrë nuk do të kthehej për të më parë mua ose ndonjë profesionist tjetër kujdesi. Në jetën e shumë pacientëve, besimet shpirtërore ose fetare mund të ndikojnë në vendimet që ata marrin në lidhje me shëndetin dhe sëmundjen e tyre dhe zgjedhjet e trajtimit që ata bëjnë. Është kritike që ne si ofrues të kujdesit shëndetësor të dëgjojmë të gjitha aspektet e jetës së pacientëve që mund të ndikojnë në vendimmarrjen dhe aftësitë e tyre përballuese [28].

Kuptimi i gjendjes shpirtërore të pacientit është pjesë përbërëse e kujdesit të plotë të pacientit.

Një nga pacientet e mia, një grua 42-vjeçare me sindromën e zorrës së irrituar, kishte disa shenja depresioni, duke përfshirë pagjumësinë, shqetësimin e tepërt, uljen e oreksit dhe lodhje. Për shkak të gjendjes së saj, ajo ndjeu se nuk kishte më kuptime dhe qëllime në jetë. Ajo nuk iu përgjigj trajtimit me ilaçe dhe ndryshimeve të dietës ushqimore. Kësaj paciente si shtesë të trajtimit dhe këshillimit mjekësor i mësova përgjigjen e relaksimit. Ajo u përmirësua kur meditimi dhe këshillimi iu shtuan regjimit të trajtimit. Siç tregohet në shembullin e parë të gruas që ishte HIV pozitive, disa qëndrime shpirtërore mund të çojnë në përballimin negativ: më shumë depresion, cilësi më të dobët të jetës dhe ngulmim ndaj të tjerëve. Kjo shihet kur pacientët e shohin një krizë si një ndëshkim nga Zoti, kanë faj të tepruar, ose kanë besim absolut në lutje dhe një kurë dhe pastaj nuk mund ta zgjidhin zemërimin e tyre kur kurimi nuk ndodh. Në përgjithësi, spiritualiteti çon në përballimin pozitiv. Pacientët kërkojnë kontroll përmes një partneriteti me Perëndinë, kërkojnë faljen e Zotit dhe përpiqen të falin të tjerët, marrin forcë dhe ngushëllim nga besimet e tyre shpirtërore dhe gjejnë mbështetje nga një komunitet shpirtëror ose fetar. Këto veprime çojnë në më pak shqetësime psikologjike [28].



Parandalimi i zhvillimit të sëmundjeve kronike-faktorë të lidhur me stilin e jetesës

- **Ndaloni pirjen e duhanit:** Një nga faktorët më të mëdhenj të rrezikut të lidhur me sëmundjet kronike është pirja e duhanit. Duhanpirja rrit rrezikun e zhvillimit të sëmundjeve të zemrës me 2 deri në 4 herë dhe rrit 25 herë rrezikun për kancerin e mushkërive.
- **Pini me masë:** Konsumimi i tepërt i alkoolit mund të ketë një ndikim të madh në trup, duke shkaktuar dëme në mëlçi dhe veshka dhe duke rritur presionin e gjakut. Është gjithashtu një faktor rreziku për kancerin e gojës, fytit dhe stomakut, si dhe sëmundjet e zemrës dhe goditjet në tru.
- **Mbani një dietë të shëndetshme:** Një nga ndryshimet më të mëdha të stilit të jetës që njerëzit mund të bëjnë për të zvogëluar rrezikun e sëmundjeve kronike është një dietë e shëndetshme dhe ruajtja optimale e peshës.
- **Ushtrohuni rregullisht:** Së bashku me një dietë të shëndetshme, stërvitja e rregullt është një mënyrë më shumë për të zvogëluar rrezikun. Ne duhet të synojmë që të bëjmë të paktën 150 minuta stërvitje të moderuar çdo javë dhe të shmangim stilin sedentar të jetesës.
- **Kontrollet/depistimet:** Një mënyrë tjetër për të zvogëluar rrezikun e sëmundjeve kronike është të bëni kontrolle të rregullta. Kur sëmundjet si sëmundjet e zemrës dhe kanceri zbulohen herët, ato kanë tendencë të jenë më të lehta për tu menaxhuar dhe trajtuar.

Trajtimi i sëmundjeve kronike është një nga sfidat më të mëdha me të cilën përballet sistemi i kujdesit shëndetësor. Një qasje e kujdesit shëndetësor funksional fokusohet në atë që mund të bëhet për të zvogëluar potencialin për zhvillimin e një sëmundjeje të veçantë në radhë të parë ose menaxhimin e saj pasi të diagnostikohet. Një nga parimet kryesore të kujdesit kronik është nocioni se çdo individ është i ndryshëm dhe një qasje me pacientin në qendër ndaj trajtimit është thelbësore. Kujdesi funksional merr një qasje tërësore dhe pika fillestare është shpesh dieta e individit. Profesionistët e shëndetit nuk shikojnë vetëm t'i japin individit një dozë ilaçi. Ata do ta trajtojnë gjendjen shëndetësore nga këndvështrime të ndryshme duke përfshirë stilin e jetës, mjedisin, gjendjen shirtërore, vuajtjet, faktorët social dhe gjenetikën.

Shkaqet kryesore të vdekshmërisë dhe paafësisë





Referenca

1. Verhoof, E.J., Maurice-Stam, H., Heymans, H.S. *et al.* Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the role of illness cognitions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **8**, 12 (2014).
2. Penninx BW, Beekman AT, Ormel J, Kriegsman DM, Boeke AJ, van Eijk JT, Deeg DJ. Psychological status among elderly people with chronic diseases: does type of disease play a part? *J Psychosom Res.* 1996 May;40(5):521-34.
3. Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J.* 2011 Apr;93(4):482-7; quiz 488-90.
4. Fahy K, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women Birth.* 2010;23:146–52.
5. Randolph P, Greak M. Consistent application of gate control theory in the screening and selection of patients for implantable therapy. *Curr Pain Headache Rep.* 1999;3:48–60.
6. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Educ Pract.* 2008;8:412–9.
7. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report, 2002.
8. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. *Nurs Open.* 2019 May 16;6(3):685-697.
9. Doran, D., Lefebvre, N., O'Brien-Pallas, L., Estabrook, C. A., White, P., Carryer, J., Li, M. (2014). The relationship among evidence-based practice and client dyspnea, pain, falls and pressure ulcer outcomes in the community setting. *Worldviews Evid Based Nurs*, **11**(5), 274–283.
10. Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice. (2007). C. Mariano., primary contributor. Printed with permission of the American Holistic Nurses Association (AHNA) AND American Nurses Association (ANA).
11. Kamal AH, Gradison M, Maguire JM, Taylor D, Abernethy AP. Quality measures for palliative care in patients with cancer: a systematic review. *J Oncol Pract.* 2014 Jul;10(4):281-7.
12. Butow P, Price MA, Shaë JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology.* 2015 Sep;24(9):987-1001.
13. Cagle JG, Bunting M, Kelemen A, Lee J, Terry D, Harris R. Psychosocial needs and interventions for heart failure patients and families receiving palliative care support: a systematic review. *Heart Fail Rev.* 2017 Sep;22(5):565-580.



14. Bern-Klug, Mercedes PhD, MSË Psychosocial Concerns in the Context of Geriatric Palliative Care in Nursing Homes, Topics in Geriatric Rehabilitation: January/March 2011 - Volume 27 - Issue 1 - p 62-70.
15. NHS Education for Scotland (2009) Spiritual care matters: an introductory resource for all NHS Scotland staff, Edinburgh: NES.
16. Lopez V, Fischer I, Leigh MC, Larkin D, Webster S. Spirituality, Religiosity, and Personal Beliefs of Australian Undergraduate Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014;25(4):395-402.
17. <https://ëëë.coe.int/en/ëëb/compass/religion-and-belief>
18. Deegan, P.(1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3),91-97.
19. Puchalski CM. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001;14(4):352-357.
20. Cassel EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2004.
21. Serious health-related suffering (SHS). IAHPC Pallipedia. <https://pallipedia.org/serious-health-related-suffering-shs/>. Accessed September 22, 2021.
22. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold CT. Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017;7:2022. Published 2017 Jan 4.
23. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The ëill and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Apr;60(4):570-85.
24. Kortte KB, Stevenson JE, Hosey MM, Castillo R, Wegener ST. Hope predicts positive functional role outcomes in acute rehabilitation populations. *Rehabil Psychol*. 2012 Aug;57(3):248-255.
25. Bittner JV, Kulesz MM. Health promotion messages: the role of social presence for food choices. *Appetite*. 2015 Apr;87:336-43.
26. Gallagher RW, Polanin JR. A meta-analysis of educational interventions designed to enhance cultural competence in professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today*. 2015 Feb;35(2):333-40.
27. Paterson GA, Nayda RJ, Paterson JA. Chronic condition self-management: working in partnership toward appropriate models for age and culturally diverse clients. *Contemp Nurse*. 2012 Feb;40(2):169-78.
28. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1998;37:710-724.



Aspektet e kujdesit infermieror gjithëpërfshirës për pacientin që kërkon kujdes kronik

Objektivat e mësimi

- Të njohim origjinën e kujdesit infermieror holistik /gjithpërfshirës
- Të kuptojmë aspekte të kujdesit Infermieror dhe Kujdesit holistik
- Të njohim dhe përshkruajmë aspekte të kujdesit infermieror gjithëpërfshirës për pacientin me sëmundje kronike

Origjina e kujdesit infermieror gjithëpërfshirës/ holistik

Kujdesi shëndetësor gjithëpërfshirës është kujdes i plotë ose i tërësor i pacientit që merr parasysh nevojat fizike, emocionale, sociale, ekonomike dhe shpirtërore të personit, përgjigjen e tij / saj ndaj sëmundjes dhe efektin e sëmundjes në aftësinë për të përmbushur nevojat e vetë-kujdesit [1]. Koncepti i infermierisë gjithëpërfshirëse shpesh i atribuohet punës së Florence Nightingale, një infermiere e shekullit të 19 -të, e cila u siguroi kujdes pacientëve në një spital britanik gjatë Luftës së Krimesë. Ajo kishte një besim të fortë se marrëdhëniet dhe rrethanat e një pacienti ndikojnë shumë në shëndetin dhe mirëqenien e tyre të përgjithshme. Ajo u bë një nga avokatët më të hershëm të kujdesit shëndetësor dhe shumë e konsiderojnë atë si infermieret e para holistike. Në 2006, infermiera holistike fitoi njohjen zyrtare si një specialitet infermierie nga Shoqata Amerikane e Infermierëve (ANA). Statusi i specialitetit nënkuptonte krijimin e një fushe dhe standarde të praktikës specifike për infermierinë holistike. Sot, Shoqata Amerikane e Infermierëve Holistikë (AHNA) e përkufizon infermierinë holistike si “e gjithë praktika infermirore që ka si qëllim shërimin e të gjithë personit. Kjo praktikë njeh tërësinë e qenies njerëzore - ndërlidhjen e trupit, mendjes, emocionit, shpirtit, shoqërisë/kulturës, marrëdhënies, kontekstit dhe mjedisit” [2]. Në infermierinë holistike, infermierët nxisin marrëdhëniet me pacientët e tyre për të promovuar shërimin dhe mirëqenien. Infermiera holistike bazohet në parimin që aspektet biologjike, sociale, psikologjike dhe shpirtërore të një pacienti janë të ndërlidhura. Këto aspekte përshtaten së bashku për të formuar një person unik. Kështu, infermiera gjithëpërfshirëse fokusohet në kujdesin e individualizuar duke kuptuar nevojat e ndryshme të secilit pacient [2]. Përgjatë dekadave mbetet një konsensus i qartë se infermiera gjithëpërfshirëse ka të bëjë me "kujdesin për të gjithë personat", duke bërë dallime midis kujdesit holistik dhe kujdesit ose trajtimit që trajton vetëm trupin fizik. Infermiera gjithëpërfshirëse merr parasysh kompleksitetin e përvojës njerëzore. Dhe më e rëndësishmja, infermiera gjithëpërfshirëse nuk është ekskluzivisht një koncept i Amerikës së Veriut. Në një artikull rishikim literature mbi termat holizëm dhe



infirmierinë holistike, Sarkis dhe Skoner (1987) vunë në dukje se holizmi ishte trajtuar në psikologji dhe literaturën filozofike para se të shfaqej në një kontekst infermieror [3]. Këta autorë arritën në përfundimin se gjithëpërfshirja në Infermieri kërkon një kuptim që intuita, subjektiviteti, vlera e individit, kujdesi, ngrohtësia dhe dhembshuria duhet ruajtur në atë që më pas u bë "infirmieria e bazuar në kërkime". Në vitet 1990 dhe më gjerë, autorët kërkuar të sqaronin se çfarë është infirmieria gjithëpërfshirëse dhe konceptet e lidhura me të, dhe çfarë ato nënkuptonin për infermierët praktikantë dhe studiuesit. Periudha gjatë viteve 1990 dhe në fillim të viteve 2000 u shënua me punë teorike, analiza konceptesh, dhe diskutimet e zbatimit në praktikë të infermierisë gjithëpërfshirëse. Gjatë periudhës kohore deri në 2010, autorët jashtë Shteteve të Bashkuara studiuar kuptimin e përkufizimit ose përshkrimit të infermierisë holistike. Kohët e fundit, në vitin 2017, një analizë koncepti e infermierisë gjithëpërfshirëse konfirmon cilësitë e qëndrueshme të infermierisë holistike [4]. Shkrimet shitesë aktuale rrisin vetëdijen për natyrën multidisiplinare të praktikës gjithëpërfshirëse të infermierisë dhe të kushteve të pashmangshme ekonomike/politike të nevojshme për të miratuar kujdesin infermieror holistik. Përkufizimet ose përshkrimet aktuale të "infirmierisë holistike" përputhen mirë me përkufizimin AHNA. Aktualisht koncepti ka evoluar nga përshkrimi se çfarë është infirmieria holistike drejt konsideratave të tjera. Këto përfshijnë atributet e nevojshme që infermierët duhet të kenë për të ofruar kujdes (p.sh., ndjeshmëria, dhembshuria, vetëdija), duke zbuluar sesi konceptohet infirmieria holistike (përmes teorisë ose identifikimit të koncepteve të tjera), si dhe të kuptuarit e kulturës së mjediseve të kujdesit që shërbejnë për të mundur ose penguar praktikën holistike të infermierisë [5].

Aspekte të kujdesit Infermieror dhe kujdesit holistik

Kujdesi holistik është një model gjithëpërfshirës i kujdesit i cili besohet të jetë zemra e shkencës së infermierisë [6]. Infermierët holistikë kryejnë shumë nga të njëjtat detyra themelore si infermierët e tjerë, me shtimin e fokusimit të plotë në bërjen e një pacienti të ndjehet i qetë, i rehatshëm dhe pjesë e procesit të shërimit. Infermierët kur është e mundur duhet të mësojnë emrin e një pacienti, të mbajnë kontakt me sy, të tregojnë dhembshuri dhe të përdorin teknika të imazhit dhe relaksimit për kontrollin e dhimbjes në vend që të administrojnë ilaçe. Roli i infermierit holistik është si më poshtë:

- Identifikon secilin pacient si një individ
- Pranon të gjithë pacientin
- Ndërvepron me të gjithë pacientët dhe kolegët me kujdes dhe respekt
- Vlerëson pacientët në mënyrë holistike përmes komunikimit të hapur
- Përcakton faktorët e mundshëm të stresit që ndikojnë në shëndetin e pacientit

Një infermiere holistike njihet gjithashtu si një infermiere shëndetësore plotësuese. Infermierët holistikë përdorin mjekim alternativ për të trajtuar pacientët. Ndonjëherë ata kombinojnë teknikat e tyre holistike të shërimit me mjekësinë tradicionale. Llojet e trajtimeve holistike mund të përfshijnë sa vijon:

- Akupunkturë
- Aromaterapi
- Mjekësi lindore
- Hidroterapi dhe balneoterapi



- Hipnozë
- Masazh
- Trajnim për Mirëqënien [7].

Aspektet e kujdesit infermieror holistik, përfshijnë edhe aspektin psikosocial për personin me sëmundje kronike. Kultivimi i komunikimit dhe empatisë, angazhimi dhe integrimi i pacientëve në menaxhimin e kujdesit të tyre janë bazat për hartimin e një plani kujdesi holistik i cili duhet të përfshijë nevojat psikosociale dhe nevojat fizike dhe shpirtërore në çdo fazë të sëmundjes. Infermiera mbështet vazhdimisht njerëzit në procesin e tyre të përshtatjes ndaj sëmundjeve kronike, qasje nga e cila është thelbësore të përfshihen elementë holistikë në mbështetje dhe kujdes, në mënyrë që të përqëndrohen në tërësinë dhe integritetin e personit dhe mjedisit të tyre. Është parë se përfshirja e një qasje gjithëpërfshirëse dhe humaniste në kujdesin infermieror dhe mbështetjen për njerëzit me sëmundje kronike mund të bëhet një strategji kryesore e vetë-menaxhimit duke përmirësuar nivelet e mirëqënies dhe kontrollin e këtyre sëmundjeve [8]. Po cili është ndryshimi midis infermierisë holistike dhe mjekësisë tradicionale? Infermiera holistike dhe mjekësia tradicionale perëndimore zbatojnë filozofi, procedura diagnostikuese dhe mundësi trajtimi të ndryshme. Ndërsa perspektiva e infermierisë holistike është t'i atribuojë sëmundjen ose dëmtimin e një pacienti përvojave dhe mjedisit të tyre, mjekësia tradicionale përqendrohet në gjenetikë, baktere dhe viruse. Infermierët holistikë dëgjojnë preferencat dhe sugjerimet e pacientëve se si të vazhdojnë me opsionet e trajtimit. Nëse një pacient diagnostikohet me një sëmundje specifike, infermierët mund të preferojnë të përqëndrohen në shërimin sesa vetë gjendjen. Rekomandimet e trajtimit mund të përfshijnë sa vijon:

- Biofeedback
- Ndryshimet në dietën ushqimore
- Aktivitetin fizik
- Imazhe të drejtuara
- Përdorimin e bimëve medicinale
- Homeopati
- Meditim
- Refleksologjia

Kurse, mjekësia perëndimore kërkon të përputhë simptomat me një paradigmë të përcaktuar të sëmundjeve dhe kushteve shëndetësore për të përcaktuar një diagnozë. Ofruesit përdorin mjete diagnostikuese për të gjetur shkakun e sëmundjes dhe për të përcaktuar një prognozë. Këto sëmundje shpesh trajtohen me pajisje mjekësore dhe terapi me ilaçe. Infermiera holistike mund të përmirësojë kujdesin ndaj pacientit sepse praktika thellohet në atë se si një pacient mund të zvogëlojë shanset e tij për t'u goditur nga një sëmundje ose dëmtim, dhe kjo rrit gjasat për një rezultat pozitiv. Kujdesi i individualizuar i lejon pacientit të shërohet duke ndryshuar zgjedhjet e tyre të jetesës dhe duke zbatuar bindjet e tyre në trajtimin e tyre. Infermierët janë plotësisht të vetëdijshëm për përpjekjet dhe pikat e forta të pacientit, të cilat mund të përdoren për të ndihmuar pacientin të përballojë, përshtatet dhe shërohet. Ndërkohë që, kombinimi i infermierisë holistike dhe mjekësisë bashkëkohore perëndimore zgjeron aftësinë e një infermiere për të ofruar opsionet më të mira të trajtimit për secilin pacient. Për të trajtuar me sukses pacientët, infermierët duhet të kenë njohuritë e nevojshme për sëmundjet dhe një kuptim të ndikimeve fizike dhe emocionale që sëmundja mund të ketë tek një person.



Infermieria holistike largohet nga një protokoll i shkëputur në mjekësi dhe në vend të kësaj inkurajon kujdesin e personalizuar. Ndërsa infermieria holistike bëhet më e zakonshme në mjediset e kujdesit shëndetësor, infermierët kanë mundësinë të kombinojnë metoda alternative me qasjet tradicionale për të rritur kujdesin ndaj pacientit [7].

Infermieria dhe Kujdesi Gjithëpërfshirës

Infermierët holistikë përpiqen të krijojnë një lidhje dhe partneritet më të thellë me pacientët e tyre. Ata dëgjojnë me kujdes ndjenjat dhe përvojat e pacientit dhe nderojnë vlerat dhe besimet e tyre. Ata kërkojnë të mësojnë të gjitha aspektet e situatës së një pacienti në vend që të përqëndrohen thjesht në sëmundjen ose sëmundjet e tyre. Duke vepruar kështu, infermierët në këtë specialitet kanë më shumë gjasa të përfshijnë parimet mjekësisë bazë dhe modaliteteve plotësuese dhe alternative - me trajtimet tradicionale të zakonshme. Modalitetet shpesh klasifikohen në katër fusha, duke përfshirë:

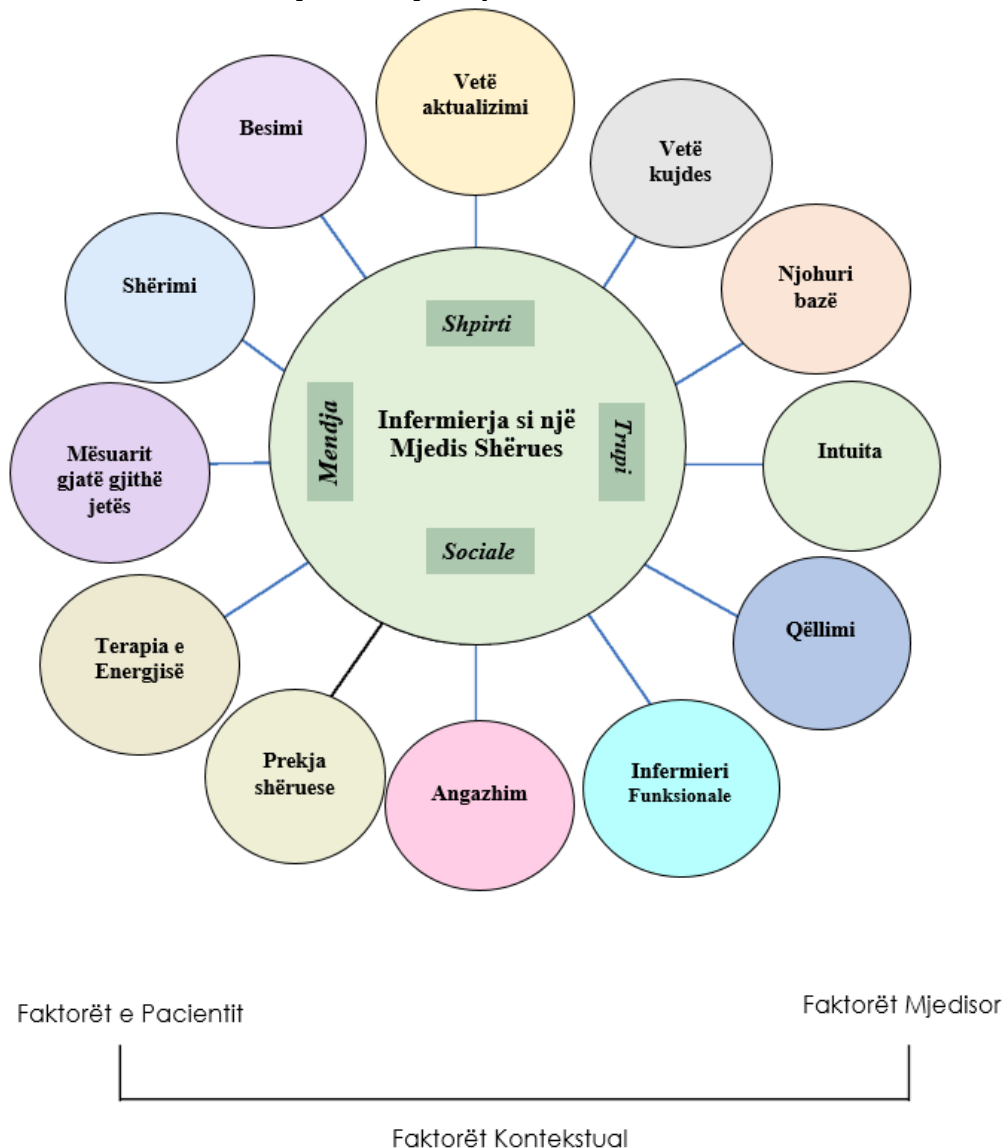
- Praktika manipuluese dhe të bazuara në trup të tilla si akupunkturë, terapi vallëzimi, masazh, qi gong dhe aromaterapi.
- Mjekimi i trupit mendor siç është terapia e artit, imazhet e drejtuara, meditimi dhe programimi neuro-gjuhësor.
- Praktika të bazuara në biologji të tilla si biofeedback, hidroterapi dhe këshillim ushqyes.
- Mjekimi energjetik si lutja, reiki dhe prekja terapeutike.
- Një kategori e pestë - sisteme të tëra mjekësore - zbatohet në të katër fushat dhe përfshin homeopatinë dhe mjekimin osteopatik.

Duke kombinuar filozofitë tradicionale dhe mjekësinë bazë, infermierët holistikë shpresojnë të arrijnë nivelin më të lartë të shërimit për sëmundjet fizike, psikologjike dhe shpirtërore të pacientëve të tyre. Infermierët ofrojnë këtë lloj kujdesi në një numër mjedisesh të kujdesit shëndetësor si spitale ose klinika, në praktikë private, në një mjedis akademik dhe në kujdesin në shtëpi. Kujdesi holistik përfshin një gamë të gjerë qasjesh, duke përfshirë mjekimin, edukimin, komunikimin, vetë-kujdesin dhe trajtimin plotësues [9]. Në infermierinë gjithëpërfshirëse merren parasysh, të gjitha aspektet e pacientëve dhe efektet e tyre në procesin e trajtimit. Këto aspekte përfshijnë mendimet, emocionet, kulturat, opinionet dhe qëndrimet e pacientëve pasi konsiderohen si kontribues në shërimin, lumturinë dhe kënaqësinë e pacientit [10]. Kujdesi gjithëpërfshirës respekton dinjitetin njerëzor pasi marrëdhënia midis ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe pacientëve bazohet në respektin, hapjen relative, barazinë dhe reciprocitetin ndërkohë që pacientët marrin pjesë në vendimmarrje në lidhje me kujdesin e tyre [11-12]. Ofruesit e kujdesit holistik e konsiderojnë një pacient në tërësi brenda mjedisit të tij / saj dhe kuptojnë se një pacient përbëhet nga një trup, mendje dhe shpirt. Respektimi i rolit të pacientit në procesin e trajtimit, marrja e tij / saj pjesë në proces dhe inkurajimi i vetë-kujdesit është një aspekt tjetër i kujdesit holistik i cili çon në konsultime terapeutike, shpresë, dinjitet, vetë-disiplinë, rritje shoqërore, ndjenjë të autonomisë, energji dhe vitalitet [13]. Kujdesi holistik rrit thellësinë e të kuptuarit të ofruesve të kujdesit për pacientët dhe nevojat e tyre. Edukimi i pacientëve për kujdesin ndaj vetes dhe ndihma e tyre për të kryer aktivitetet e tyre të përditshme në mënyrë të pavarur është pjesë e kujdesit holistik. Kujdesi holistik rrit vetëdijen dhe vetëbesimin tek pacientët dhe bën që infermierët të kuptojnë më mirë efektet e një sëmundjeje tek një person gjatë gjithë jetës

dhe nevojat e tij / saj të vërteta [14-15]. Kujdesi gjithpërfshirës përmirëson harmoninë midis mendjes, trupit, emocioneve dhe shpirtit në një mjedis gjithnjë e në ndryshim [16].

Figura 20-1.

Modeli Infermieror i Kujdesit Gjithpërfshirës



Nga studimet është parë se përdorimi vetëm i modelit të zakonshëm mjekësor për trajtim i ekspozon pacientët ndaj kërcënimeve serioze, zgjat ditë-qëndrimin në spital dhe rrit kostot e trajtimit [12]. Duke qënë se personat me sëmundje kronike shpesh mund të kenë më shumë se një sëmundje të tillë, është parë se modeli i kujdesit me një qasje gjithpërfshirëse që mbulon të gjitha nevojat e pacientit kronik të jetë më efektiv [17]. Sëmundjet kronike mund të pengojnë pavarësinë dhe shëndetin e njerëzve pasi mund të krijojnë kufizime shtesë të aktivitetit të përditëshëm jetësor [18]. Në këtë aspekt parimet e kujdesit infermieror gjithpërfshirës nga ana teorike janë konsistente me modelin e OBSH-së për paaftësinë dhe shëndetin , Figura 20-1 [19].



Karakteristikat të vlerësimit infermieror gjithëpërfshirës

Vlerësimi infermieror gjithëpërfshirës (rasti i diabetit mellitus):

- Përfshin të dhënat demografike (mosha, gjinia, gjendja sociale).
- Mbledh informacion në lidhje me shëndetin e kaluar dhe aktual të individit dhe familjes dhe marrëdhëniet familjare dhe shoqërore (shih Figurën 22-2) për të lejuar që planet e kujdesit individual të formulohen duke marrë parasysh qëllimet dhe pritshmëritë e pacientit.
 - Merr informacion bazë për gjendjen fizike dhe mendore të personit para dhe pas dhe parashtrimit të ankesës.
 - Mbledh informacion në lidhje me shëndetin e përgjithshëm të personit dhe bindjet dhe qëndrimet e lidhura me sëmundjen, psh. Diabetin, kuptimin dhe rëndësinë që u japin simptomave.
- Duhet të jetë konciz për të mundësuar mbledhjen e informacionit në një kohë të shkurtër.
- Duhet të fokusohet në ruajtjen e pavarësisë së personit ndërsa është në spital (p.sh. duke i lejuar ata të kryejnë testet e tyre të glukozës në gjak).

Gjetjet duhet të dokumentohen në regjistrin e pacientit dhe t'i komunikohen kujdestarëve të tyre. Ekziston një tendencë në rritje drejt mbledhjes dhe procesit të menaxhimit të të dhënave elektronike që mundësojnë transferimin e lehtë dhe të shpejtë të informacionit në mesin e profesionistëve të shëndetit. Disa sisteme u mundësojnë pacientëve të kenë qasje në informacionin e tyre shëndetësor. Për shembull, shumica e matësve elektronikë të glukozës në gjak kanë një pajisje për të gjeneruar një regjistër të rezultatit të testit të glukozës në gjak që mund të shkarkohet në programet kompjuterike. Këto sisteme kanë kapacitetin për të përmirësuar ndjeshëm kujdesin shëndetësor. Megjithatë, duhet të merret parasysh privatësia dhe konfidencialiteti i të gjitha informacioneve personale dhe mekanizmat e përshtatshëm të sigurisë të aksesit dhe ruajtjes të të dhënave personale, të cilat duhet të mbahen sipas ligjeve të vendit përkatës.

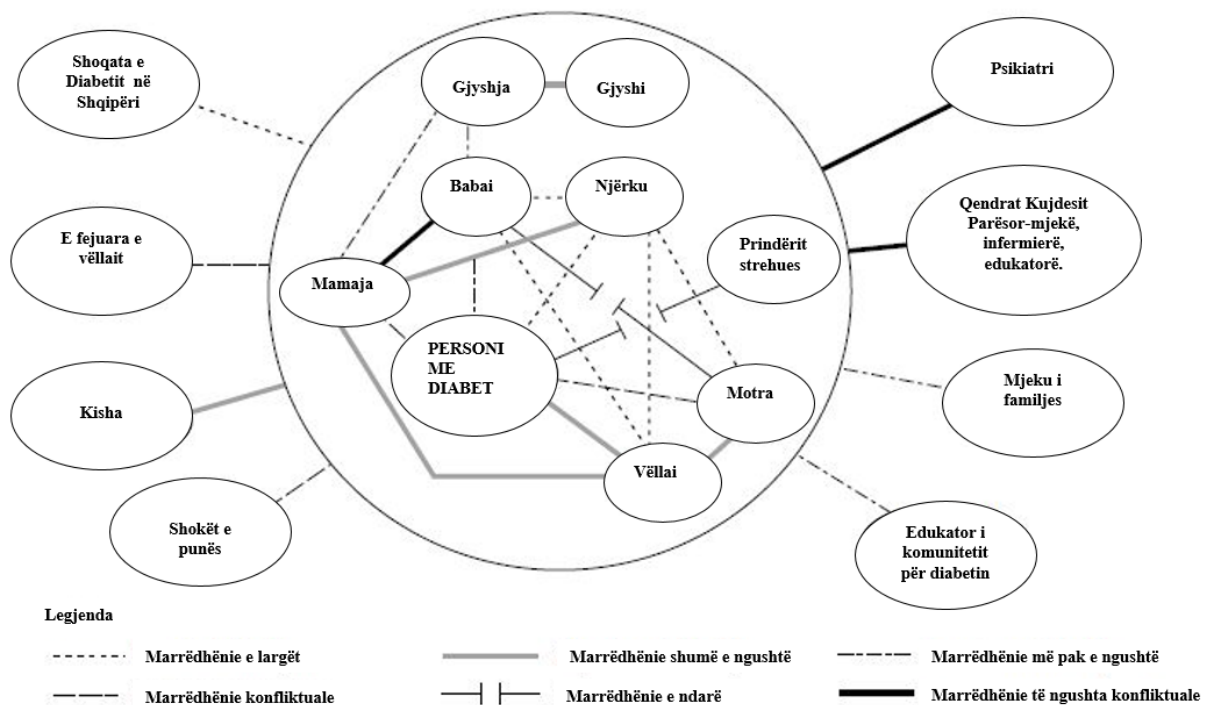
Shumica e informacioneve janë të natyrës së përgjithshme, por disa do të jenë veçanërisht të rëndësishme për diabetin (p.sh. testimi i glukozës në gjak dhe modelet e të ngrënit). Vlerësimi klinik në këtë shembull ka për qëllim veçanërisht marrjen e informacionit në lidhje me gjendjen metabolike. Vlerësimi i personit me diabet nuk ndryshon nga vlerësimi i kryer për ndonjë sëmundje tjetër kronike. Vlerësimi duhet të marrë parasysh faktorët social, fizik dhe psikologjik në mënyrë që të përgatisë një plan të përshtatshëm të kujdesit infermieror, duke përfshirë një plan për edukimin e diabetit dhe daljen nga spitali apo shmangien e rihospitalizimit.

Çdo paaftësi fizike që patienti ka do të ndikojë në aftësinë e tyre për të vetë-menaxhuar diabetin e tyre (injektimi i insulinës, inspektimi i këmbëve, testimi i glukozës në gjak). Dëgjimi i dëmtuar dhe shqetësimet psikologjike dhe sëmundjet mendore mund të përjashtojnë njerëzit me diabet që të ndjekin programet e edukimit në grup. Në këto raste, menaxhimi dhe pritshmëritë e një programi edukativ për diabetin mund të kenë nevojë të modifikohen për të marrë parasysh çdo paaftësi të individëve me diabet kronik. Nëse personi ka diabet, ai mund të shfaqë çrregullime metabolike për të cilat nevojitet vlerësimi i kujdesshëm infermieror. Kjo mundëson identifikimin e problemeve të mundshme, zhvillimin e një plani të koordinuar të kujdesit bashkëpunues dhe referimin e duhur tek profesionistët e tjerë të shëndetit (specialist mjekësor, pediatër, specialist i infermierisë së diabetit/edukator i diabetit, dietolog, psikolog). Një "listë problemesh"

shëndetësore prioritare, mund të ndihmojë në planifikimin e kujdesit të individualizuar që adreson qëllimet e menjëhershme dhe të ardhshme të menaxhimit. Hapi i parë në vlerësimin e pacientit është dokumentimi i një historie të plotë shëndetësore [20].

Figura 20-2.

Shembull i një kombinimi të një gjenome (informacion brenda rrethit) dhe një ecote (informacion jashtë rrethit) të një gruaje 50-vjeçare me diabet të tipit 2 dhe një histori të ngacmimit dhe abuzimit seksual të fëmijërisë. Ajo tregon një konflikt të madh brenda dhe jashtë familjes dhe identifikon se ku është baza e saj mbështetëse.



Shembuj të aplikimit të kujdesit infermior gjithëpërfshirës në kujdesin kronik

Studimet kanë treguar se aplikimi i një qasje gjithëpërfshirëse në kujdesin kronik ndihmon në fuqizimin e pacientit në lidhje me vetë-menaxhimin e sëmundjes dhe në përmirësimin e rezultateve shëndetësore [4,17, 21]. Më poshtë po paraqesim 4 sëmundje kronike ku kujdesi infermior gjithëpërfshirës mund të ndihmojë në menaxhimin e tyre.

1. Dhimbja kronike

Dhimbja kronike mund të ketë shumë shkaqe të ndryshme, duke përfshirë artritin, fibromialgjinë, dëmtimin e nervave dhe më shumë. Dhimbja mund të jetë rezultat i një aksidenti ose dëmtimi, ose mund të jetë një simptomë e një sëmundjeje ose gjendjeje tjetër. Shpesh ka pasoja afatgjata të dhimbjes kronike, duke përfshirë pagjumësinë, ankthin/depresionin dhe lodhjen. Kujdesi holistik mund të përfshijë përdorimin e një



sërë teknikash për të ndihmuar pacientët të merren me shkakun rrënjësor të dhimbjes, si dhe ta vetë-menaxhojnë atë në jetën e përditshme. Disa nga terapitë plotësuese dhe alternative që mund të ndihmojnë pacientët të vetë-menaxhojnë sëmundjet kronike përfshijnë:

- Yoga dhe meditimi. Shtrirja fizike dhe meditimi mund ta bëjnë trupin dhe mendjen të ndihen mirë. Yoga shpesh njihet si një mënyrë e sigurt dhe efektive për të trajtuar dhimbjet kronike.
- Akupunkturë. Kur kryhet nga një praktikues i licencuar, akupunktura është treguar se zvogëlon dhimbjen kronike deri në 50%. Shumë institucione mjekësore madje mund të kenë akupunkturistë në staf ose mund t'ju referojnë tek një.
- Terapi masazhi. Masazhi i rregullt mund të ndihmojë në zvogëlimin e dhimbjes dhe tensionit në muskuj.
- Aromaterapi. Kur përdoret me psikoterapi ose këshillim, aromaterapia mund të ndihmojë pacientët të përballen me stresin e shkaktuar nga dhimbja kronike.
- Duke parë një kiropraktor. Kiropraktorët mund të ndihmojnë në përmirësimin e qëndrimit tuaj, riorganizimin e shtyllës kurrizore dhe trajtimin e problemeve muskuloskeletale që mund të kontribuojnë në dhimbje kronike.

2. Sëmundjet Kardiovaskulare dhe Hipertension

Ka shumë forma të ndryshme të sëmundjeve kardiovaskulare (të zemrës). Ato zakonisht përfshijnë ngushtimin ose bllokimin e enëve të gjakut, të cilat më pas mund të çojnë në sulme në zemër ose goditje në tru. Presioni i lartë i gjakut (hipertensioni) është shpesh pjesë e sëmundjeve kardiovaskulare që me kalimin e kohës mund të shkaktojë dëme në enët e gjakut. Marrja e ilaçeve mund të ndihmojë në trajtimin e sëmundjeve kardiovaskulare dhe hipertensionit, por pacientët në planet e tyre të menaxhimit, duhet të përfshijnë edhe stërvitjen, ushqimin e shëndetshëm dhe lehtësimin e stresit. Më poshtë janë disa trajtime të kujdesit holistik që mund të ndihmojnë.

- Yoga dhe meditim. Yoga mund të jetë pjesë e një plani ushtrimesh për të forcuar zemrën. Për më tepër, praktikat e mendjes-trupit si yoga mund t'i ndihmojnë pacientët të lënë duhanin, gjë që mund të shkaktojë probleme të mëtejshme të zemrës.
- Këshillimi i të ushqyerit. Është e rëndësishme të ndërmerren zakone të shëndetshme të ushqyerjes për zemrën për të parandaluar që sëmundjet kardiovaskulare të përkeqësohen.
- Shtesa bimore. Disa suplemente janë duke u hetuar për përdorimin e tyre në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve kardiovaskulare, përfshirë acidet yndyrore omega-3 dhe vitaminën D. Para fillimit të përdorimit të tyre duhet konsultuar me mjekun pasi disa mund të ndërhyjnë në medikamentet e zakonshme që merren për sëmundjet e zemrës.

3. Diabeti

Diabeti i tipit 2 është një nga sëmundjet kronike më të zakonshme në të gjithë botën. Shpesh shkaktohet nga një kombinim i faktorëve gjenetikë dhe zakoneve të jetesës. Diabeti nuk mund të shërohet, por mund të menaxhohet përmes një kombinimi të ilaçeve të përshkruara nga një mjek dhe trajtimeve të kujdesit gjithëpërfshirës që synojnë rritjen e aftësisë fizike dhe ngrënien e ushqimeve më të shëndetshme. Disa nga këto trajtime përfshijnë:



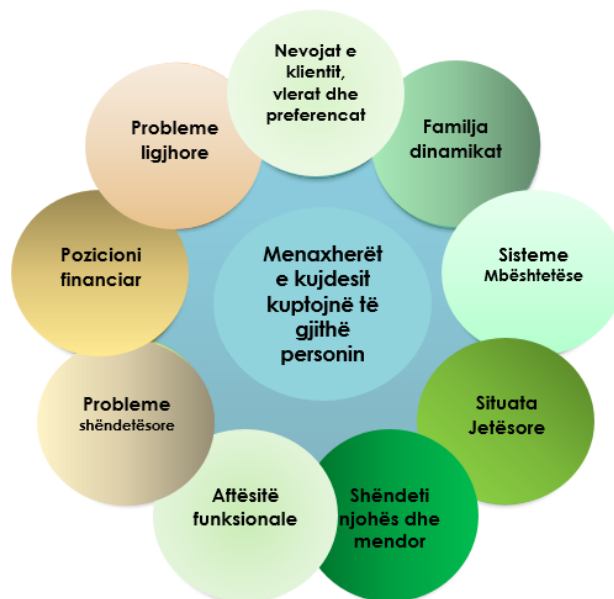
- Këshillimi për mënyrën e të ushqyerit. Ofrusi juaj i kujdesit shëndetësor mund t'ju ndihmojë të zhvilloni një plan diete të shëndetshme që i përshtatet më së miri stilit tuaj të jetesës.
- Suplemente. Një studim ka treguar se disa shtesa, si kromi, mund të ndihmojnë në rritjen e ndjeshmërisë ndaj insulinës kur përdoren në kombinim me ilaçe konvencionale.
- Yoga. Yoga mund të ndihmojë në zbutjen e stresit dhe të jetë një pjesë e rëndësishme e përfshirjes së ushtrimit dhe lëvizjes në një jetë sedentare.

4. Kanceri

Kanceri mund të ndikojë në të gjitha aspektet e jetës së një pacienti, dhe shumë trajtime të kancerit kanë efekte të rënda anësore, si nauze ose lodhje, që mund ta bëjnë jetën e përditshme të vështirë. Ndërsa asnjë praktikë mjekësore plotësuese dhe alternative nuk mund të shkatërrojë qelizat e kancerit, ato mund të jenë jetike për pacientët që kanë nevojë për dhimbje dhe lehtësim stresi-veçanërisht në rastet afatgjata të kancerit. Disa shembuj të trajtimeve të mundshme përfshijnë:

- Akupunkturë. Akupunktura mund të jetë e dobishme për pacientët me kancer të cilët po luftojnë me dhimbje, nauze, ankth dhe simptoma të tjera dhe efekte anësore.
- Yoga. Yoga mund të jetë një mënyrë e shkëlqyeshme për pacientët që të relaksohen dhe të bëjnë lëvizje të lehta fizike kur ushtrimet më intensive janë shumë të vështira.
- Aromaterapi. Aromaterapia mund të qetësojë ose energjizojë pacientët me ankth ose depresion. Kur përdoret me terapi bisedash ose terapi njohëse të sjelljes, aromaterapia mund të jetë një mjet i dobishëm për zvogëlimin e stresit

Qasja Gjithëpërfshirëse e Kujdesit





Referenca

29. Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice. (2007). C. Mariano., primary contributor. Printed with permission of the American Holistic Nurses Association (AHNA) AND American Nurses Association (ANA).
30. <https://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing>
31. Sarkis, J., & Skoner, M. Analysis of the concept of holism in nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, (1987). 2, 61-70.
32. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2015;21(2):214-224.
33. Noreen Cavan Frisch, David Rabinoëitsch. What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative. Report of an Integrated Literature Review. *Nursing Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association*, Volume 37, Number 3, September 2019; 260–272.
34. Strandberg E, Ingvar O, Borgquist L, Eilhelmsson S. The perceived meaning of a (w) holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:8.
35. <https://nursingonline.nsuok.edu/articles/rnbsn/what-is-holistic-nursing.aspx>
36. Veliz-Rojas, Lizet and Bianchetti Saavedra, Andrés. Support and holistic nursing care in people with chronic diseases nonadherent to treatment. *Enfermería Actual de Costa Rica* [online]. 2017, n.32, pp.186-196. ISSN 1409-4568.
37. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*. 2012;30:6–15.
38. Selimen D, Andsoy II. The importance of a holistic approach during the perioperative period. *AORN J*. 2011;93:482–90.
39. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75(Suppl 1):S5–23.
40. Olive P. The holistic nursing care of patients with minor injuries attending the A and E department. *Accid Emerg Nurs*. 2003;11:27–32.
41. Thompson EA, Quinn Q, Paterson C, Cooke H, McQuigan D, Butters G. Outcome measures for holistic, complex interventions within the palliative care setting. *Complement Ther Clin Pract*. 2008;14:25–32.
42. Fahy K, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women Birth*. 2010;23:146–52.
43. Randolph P, Greak M. Consistent application of gate control theory in the screening and selection of patients for implantable therapy. *Curr Pain Headach Rep*. 1999;3:48–60.



44. McEvoy L, Duffy A. Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Educ Pract.* 2008;8:412–9.
45. Romeo JH. Comprehensive versus Holistic Care: Case Studies of Chronic Disease. *Journal of Holistic Nursing.* 2000;18(4):352-361.
46. Gulley SP, Rasch EK, Bethell CD, et al. At the intersection of chronic disease, disability and health services research: A scoping literature review. *Disabil Health J.* 2018;11(2):192-203.
47. Nathenson, P.. “Application of Holistic Nursing in the Rehabilitation Setting.” *Rehabilitation Nursing Journal* 37 (2012): 114–118.
48. https://oncohemakey.com/holistic-assessment-nursing-diagnosis-and-documentation/#Tab2_1
49. Akon Emmanuel Ndiok, Emilia Oyira and Busisiëe Ncama (August 3rd 2020). Holistic/Palliative Management of Patient’s Health Care and Home Situation in a Depressed Economy, Suggestions for Addressing Clinical and Non-Clinical Issues in Palliative Care, Marco Cascella and Michael John Stones, IntechOpen, DOI: 10.5772/intechopen.92736. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/72585>
50. Lakshmi Menezes. Hoë Holistic Care Helps with Chronic Disease Management. Oct 6, 2020.



21

Rëndësia e rolit të infermierit për individët me sëmundje kronike. Zbatimi i praktikave më të mira shëndetësore.

Objektivat e mësimi

- Të përshkruaj rolin e infermierit në menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Të njohim dhe të përshkruajmë praktikat më të mira për sëmundjet kronike

Roli i infermierit në menaxhimin e sëmundjeve kronike

Një nga rolet më të rëndësishme të kujdesit infermieror është edukimi i pacientëve. Tashmë kujdesi shëndetësor gjendet në një epokë ku pacienti luan një rol jetësor në ekipin e kujdesit shëndetësor. Mjekët mund të përshkruajnë medikamente, dhe infermierët mund t'i administrojnë ato dhe t'i edukojnë pacientët e tyre se çfarë të bëjnë pas daljes nga spitali. Por nëse pacientët nuk janë pjesëmarrës aktivë në planin e tyre të kujdesit rezultatet në shëndet do të jenë të dobta. Edukimi i pacientëve është veçanërisht i rëndësishëm në rastin e menaxhimit të sëmundjeve kronike. Sëmundjet kronike kërkojnë trajtim të qëndrueshëm afatë-gjatë, dhe pacientët kanë nevojë për kontrolle për të parandaluar që sëmundjet të bëhen kërcënuese për jetën. Që pacientët të menaxhojnë me sukses sëmundjet kronike dhe të jenë efektiv në këtë proces, ata duhet të mësojnë për sëmundjet e tyre dhe të praktikojnë mjaftueshëm trajtimet. Për shembull, njerëzit që janë diagnostikuar rishtaz me diabet duhet të mësojnë të administrojnë insulinën dhe të kontrollojnë nivelet e sheqerit në gjak [1].

Dhjetë sëmundjet kronike më të zakonshme që kërkojnë kujdes të vazhdueshëm janë:

1. Hipertensioni (presioni i lartë i gjakut)
2. Kolesterol i lartë
3. Artriti
4. Sëmundjet ishemike të zemrës
5. Diabeti mellitus
6. Sëmundjet kronike të veshkave
7. Infarkti
8. Depresioni
9. Sëmundja Alzheimer dhe demenca të tjera



10. Sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) [2].

Ndërkohë që në Shqipëri vdekjet e parakohshme i atribuohen sëmundjeve kardiovaskulare, respiratore, goditjeve në tru, kancerit, diabetit, përdorimit të duhanit, alkoolit, pasiviteti fizik, dhe dietës ushqimore të varfër me fruta dhe perime [3]. Për disa nga këto sëmundje kronike, dieta dhe aktiviteti fizik janë mënyra të arsyeshme për menaxhim më të mirë të sëmundjes. Për SPOK dhe sëmundjet e zemrës, lënia e duhanit është një masë e qartë (edhe pse jo gjithmonë e lehtë), që rekomandohet edhe për trajtimin e kolesterolit të lartë. Por për disa sëmundje kronike, njohuritë e një infermieri do t'i ndihmojnë pacientët të dalin përtej të kuptuarit bazë dhe të arsyeshëm të sëmundjes së tyre. Duke qënë se çdo pacient ka nivel njohurish të caktuar dhe kërkon plane individuale kujdesi për mjekët dhe infermierët është vendimtare që të jenë të përditësuar me trajtimet e rekomanduara dhe të inkurajojnë pacientët e tyre që të ushtrohen, të ushqehen dhe të marrin mjekimet në mënyrë të përshtatshme. Për shkak se shumica e pacientëve kanë më shumë se një sëmundje kronike, për edukimin e tyre dhe për t'i ndihmuar që të menaxhojnë sëmundjet e tyre kronike është e dobishme zbatimi i një qasje ekipore. Dhe infermierët në vecanti janë anëtarë të rëndësishëm të këtij ekipi kujdesi [1]. Studime të shumta tregojnë rolin qendror të infermierëve në zbatimin e komponentëve të modelit të kujdesit kronik, më e rëndësishmja në vizitat e planifikuara të pacientëve kronik. Në këtë aspekt një studim eksperimental në lidhje me vizitat e planifikuara nga grupet e njerëzve me diabet të udhëhequr nga një edukator infermier, u evidentua se grupi i pjesëmarrësive në këto grupe kishin nivele dukshëm më të ulëta të hemoglobinës së glukozuar dhe përdorim më të ulët të shërbimit spitalor krahasuar me pacientët që nuk ishin pjesë e këtyre grupeve [4]. Studime të tjera kanë treguar se pacientët që merrnin pjesë në një klinikë për vizita të planifikuara të drejtuara nga infermierët kishin përmirësuar nivelet e hemoglobinës së glukozuar që ishin gjithashtu më të ulëta se ato të pacientëve që morën kujdesin e zakonshëm [5-6]. Në një studim tjetër akoma, u pa se pacientët që marrin kujdes në një klinikë diabeti me një infermiere, në krahasim me ata që merrnin kujdesin e zakonshëm, kishin vdekshmëri më të ulët dhe një incidencë më të ulët të ngjarjeve klinike negative (infarkt miokardi, anginë, procedura revaskularizimi, sëmundje renale të fazës përfundimtare) pas një ndjekjeje mesatare prej shtatë vjetësh [7]. Ndërkohë që, studimi rishikim i literaturës zbuloi se vizitat e planifikuara të infermierëve mund të përmirësojnë sjelljet e shëndetshme dhe rezultatet e pacientëve në diabet duke konkluduar në faktin se infermierët “madje mund të zëvendësojnë mjekët në dhënien e shumë aspekteve të kujdesit për diabetin, nëse janë të disponueshëm protokolle të hollësishme të menaxhimit, ose nëse ata marrin trajnim [8]. Shumë nga rezultatet pozitive të vërejtura në vizitat e planifikuara të kujdesit me infermierët mund të jenë për shkak të komunikimit më të mirë mes infermierit dhe pacientit [9]. Studimet kanë treguar se pacientët kanë më shumë gjasa të merrnin drejtimin në diskutimin e ndryshimit të sjelljes me infermierët sesa me mjekët. Pra, infermierët luajnë një rol thelbësor në kujdesin afatgjatë. Ata mund dhe duhet të bëjnë më shumë për të krijuar llojin e shërbimeve dhe mbështetjeve që njerëzit kërkojnë për veten dhe familjet e tyre. Për këtë infermierët e angazhuar në shërbimin kronik duhet të:

- Sigurojnë kujdes shëndetësor me pacientin në qendër nëpërmjet integritetit të vlerësimit infermior dhe planeve të kujdesit infermior që ofrojnë informacion, edukim, këshillim dhe mbështetje.



- Rehabilitim në komunitet dhe mbështetje, duke theksuar se rehabilitimi në shtëpi është kosto-efektiv, redukton kufizimet e lidhura me aktivitetin e përditshëm jetësor dhe përmirëson mirëqënien individuale.
- Sigurojnë kujdes dhe mbështetje të personalizuar, me njerëz të aftë të bëjnë zgjedhje të dëshiruara në lidhje me mënyrën e tyre të jetesës.
- Ofrojnë kujdes palativ, një rol tashmë i konsoliduar i infermierit në kujdesin kronik [10].

Parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve kronike janë strategji efektive në zvogëlimin e faktorëve të rrezikut. Infermierët profesionistë në nivelin e kujdesit shëndetësor parësor janë personel i rëndësishëm shëndetësor që menaxhon qëllimet për arritjen e objektivave në këtë drejtim. Korniza e Kujdesit Inovativ të OBSH -së për Sëmundjet Kronike është një model kujdesi që Organizata Botërore e Shëndetësisë krijoi për t'iu përshtatur kontekstit të vendeve të ndryshme dhe për të arritur rezultate më të mira shëndetësore për pacientët me sëmundje kronike. Në kontekstin e rolit të kujdesit infermior për sëmundjet kronike, zbatimi i kornizës së kujdesit inovativ të OBSH-së për sëmundjet kronike në funksion të rezultateve më të mira në menaxhimin e sëmundjeve kronike nga infermierët profesionistë janë: 1) promovimi i vetë-kujdesit për pacientët me pjesëmarrje të familjes, 2) organizimi i sistemit të shërbimit të sëmundjeve kronike në spital dhe komunitet, dhe 3) duke u drejtuar nga politikat shëndetësore [11].

Shembuj të praktikave më të mira të menaxhimit të sëmundjeve kronike

Integrimi i infermierit të familjes dhe ofrimit të kujdesit shëndetësor në shtëpi për pacientët me sëmundje kronike mundëson që praktikat infermierore të kenë fleksibilitet më të madh për të ofruar kujdes gjithëpërfshirës, të koordinuar, me në qendër pacientin. Shembuj praktikë që do të paraqiten në vijim do të paraqesin se si klinika të ndryshme zbatojnë praktikat më të mira të menaxhimit të sëmundjeve kronike duke përfshirë:

- koordinimin e kujdesit
- përdorimin një qasje multidisiplinare të ekipit të kujdesit
- duke siguruar që anëtarët e ekipit të punojnë për arritjen e plotë të qëllimit dhe
- sigurimi i aksesit të shtuar të pacientit në cdo kohë

- Zbatimi i një modeli të koordinuar të kujdesit

Praktika 1.

Sistemi i fortë i kujtesës dhe ri-kujtesës: praktikë me shtatë mjekë familje, dy infermierë, dhe tre profesionistë shëndetësorë aleatë

"Ne kemi shumë pacientë të moshuar që vuajnë nga sëmundje të shumta. Kemi gjetur se mënyra më e mirë për të menaxhuar gjërat ishte krijimi i një procesi shumë të mirë të kujtesës. Ne dërgonim rregullisht mesazhe kujtimi pacientëve për t'u siguruar që infermierët janë duke krijuar dhe rishikuar vazhdimisht planet e tyre të sëmundjeve kronike".

"Është e mrekullueshme kur pacientët inicojnë këtë proces, pavarësisht se shumicën e kohës, është e nxitur kryesisht nga infermierët tanë. Infermierët rishikojnë planet e kujdesit, kontrollojnë kur pacientët kanë marrë shërbime të specialiteteve të tjerë për



shëmbull për osteoporozën apo kontrollojnë nëse ata kanë qënë te fizioterapisti ose te profesionistë të tjerë të lidhur me shëndetin”

"Nëse ofruesit e tjerë janë të përfshirë, infermierët do t'i thërrasin për të diskutuar rekomandime të reja ose për të kontrolluar përparimin ose trajtimet.

"Infermierët tanë janë gjithashtu në kërkim të vazhdueshëm të shërbimeve të reja që mund të jenë të përshtatshme për pacientët tanë. Për shembull, ka disa programe sociale të drejtuara nga grupe të ndryshme të komunitetit. Infermierët mund të bëjnë telefonatat dhe referimet e duhura për të integruar pacientët e izoluar në disa nga ato programe. "

Planifikimi i kujdesit dhe kontakti i rregullt: praktikë me pesë mjekë familje, dy infermierë, dy profesionistë aleatë shëndetësor

"Ne i planifikojmë vizitat me pacientët paraprakisht. Ne printojmë një listë të të gjitha telefonatave ose kontakteve që do të na duhet të bëjmë me pacientët tanë kronik për vitin e ardhshëm. Pastaj ne ndjekim atë listë për t'u siguruar që ne prekim bazën me ata pacientë çdo tre deri në katër javë.

"Për konsultën fillestare, infermierja zakonisht do të bëjë një vlerësim në shtëpi, veçanërisht nëse pacienti është i moshuar. Kjo na jep një pamje të mirë se në çfarë niveli është gjendja e tyre shëndetësore. Gjithashtu kjo mundëson instalimin e një marrëdhënie me pacientin. Nëse ata kanë një kujdestar, ne do të lidhemi edhe me ta. Pas kësaj, ne i kontaktojmë çdo tre javë në telefon ose i marrim për konsultë në klinikë.

"Kur infermierja bën një telefonatë rutinë çdo tre javë, ato do të diskutojnë skriptet, do të kontrollojnë nëse gjërat janë të përditësuara, kontrollojnë se si po menaxhohet situata në përgjithësi dhe nëse ka ndonjë çështje apo ndryshim.

"Përmes këtyre thirrjeve infermierët zbulojnë shumë. Për shembull, një pacient nuk i kishte thënë askujt se ishte rëzuar. Ajo thirrje rutinë çoi në punë të tjera koordinuese dhe diskutime me mjekun e tyre, vlerësoi dëmtimin dhe mundësoi zbatimin e strategjive për të parandaluar rënie të mëtejshme. Nëpërmjet kësaj praktike ne po mundohemi që të parandalojmë shtrimet në spital dhe në të të njëjtën kohë t'i mbajmë pacientët mirë në gjendje të mirë shëndetësore në kushtet e shtëpisë.

"Ne nuk e zbulojmë gjithmonë kur pacientët kanë qënë në spital sepse përmbledhjet e e daljes nga spitali nuk vijnë gjithmonë. Kjo është një arsye tjetër për të cilën është mirë që takimet me pacientët të bëhen rregullisht. Kur infermierja i telefonoi një pacienti tjetër, ai tha: "2 javët e kaluara unë kam qënë i shtruar në spital".

Lidhja me menaxherët e rasteve: qendra shëndetësore e komunitetit me tre mjekë që ofrojnë shërbim në vend

"Ne kemi disa pacientë me nevoja komplekse, përfshirë shëndetin mendor. Ata pacientë nganjëherë janë më e vështirë për t'u angazhuar, pajtohen më pak me trajtimin dhe kanë vështirësi në përballimin e situatës.



"Ne gjithashtu shohim pacientë që mund të kenë diabet, sëmundje të zemrës, janë të moshua, kanë sëmundje të tjera fizike dhe shumica e tyre nuk janë proaktive në lidhje me shëndetin e tyre.

"Në shërbimin tonë, ne kemi gjetur se çelësi për koordinimin e mirë të kujdesit ka qenë angazhimi me menaxherët e rasteve. Ato ndihmojnë pacientët të vijnë në takime të rregullta dhe mund të ndihmojnë për ndjekjen gjendjes së tyre. Për klientët me të vështirë, nevoja e menaxherit të rastit ër të ndihmuar në menaxhimin e situatës shpesh herë është domosdoshmëri.

"Ne gjithashtu kemi infermierët tanë që së bashku me mjekët e përgjithshëm bëjnë shumë punë administrative dhe klinike duke krijuar një sistem shumë të mirë të kujtesës. Ne kemi bërë shumë përpjekje për të ndjekur pacientët dhe ne mbështetemi në stafin tonë administrativ për të na ndihmuar në ndjekjen e vazhdueshme të pacientëve kronik në mënyrë që ata të vijnë për rikontrollet e tyre dhe të marrin kujdes" [12].

- Qasja me Ekip Kujdesi multidisciplinar

Pacientët me gjendje komplekse dhe kronike shpesh kërkojnë një sërë shërbimesh dhe përfshirjen e ofruesve të shërbimit nga disiplina të ndryshme. Një qasje ekipore lejon ofruesit të bashkëpunojnë, duke parandaluar dyfishimin e shërbimeve dhe duke rezultuar në koordinim më të mirë të kujdesit. Përfitimet e tjera të kësaj qasje përfshijnë:

- marrëdhënie më të forta profesionale
- përmirësimi i komunikimit në të gjithë disiplinat
- dhe shumëfishim të tërthortë të aftësive, ku ofruesit mësojnë dhe përfitojnë nga aftësitë dhe ekspertiza e të tjerëve.

Më poshtë janë disa shembuj të qasjeve të ekipit multidisciplinar.

Praktika 2.

Bashkëpunimi me ofruesit e jashtëm: praktikë me 15 mjekë të përgjithshëm dhe gjashtë infermierë

"Ne nuk kemi profesionistë shëndetësor aleat në terren, kështu që ne duhet të punojmë ngushtë me ofruesit tanë të jashtëm të kujdesit.

"Infermierët kanë marrëdhënie shumë të forta me ta. Ne e dimë se mund ti marrim në telefon ose tu dërgojmë email dhe ata do të na përgjigjen sa më shpejtë që të jetë e mundur.

"Kur i referojmë pacientët në shërbimet e jashtme, ne i japim pacientit dokumentet dhe detajet e kontaktit në mënyrë që ata të mund të kontaktojnë me ato shërbime ose ofrues. Ndërkohë, me pëlqimin e pacientit ofruesve u jepen gjithashtu detajet e kontaktit të pacientit.



"Sipas sistemit tonë, nëse shërbimi shëndetësor aleat nuk ka pasur vizita nga pacienti jo më vonë se dy javë, atëherë ata do të telefonojnë pacientit që të paraqitet për shërbim. Shumë nga pacientët e moshuar ikin në shtëpi dhe harrojnë të lënë takime.

"Ne punojmë me një nga dietologët dhe një kujdestar local për këmbën diabetike. Ata na dërgojnë një listë çdo tre muaj me pacientët që kemi referuar, por që nuk kanë vajtur në vizita ose nuk kanë qenë në gjendje të lidhen me ta.

"Atëherë ne mund të shtojmë këtë në sistemin kujtesë për ta diskutuar problemin kur pacientët do të vijnë vijnë për të parë mjekët".

Një infermiere praktike flet për ofrimin e kujdesit bashkëpunues me një kujdestar për këmbën diabetike

"Shumë nga pacientët diabetic të moshuar kanë nevojë për shërbime si podiatria. Kohët e fundit kishim një pacient me një lezion dhe ishte e paqartë nëse ishte flluskë apo ulçerë.

"Në bashkëpunim me podiatristin dhe lidhjen me ekipin e infermierisë, ne kemi punuar për mjekimin javor të plagës për rreth tre muaj.

"Në sajë të komunikimit të bashkëpunimit të të dyja palëve ne arritëm të vendosnim më të mirë për mjekimin e plagës dhe si rrjedhojë dhe shërimin e saj.

"Ne gjithashtu komunikojmë shumë me farmacistë. Mund të na duhet të diskutojmë skriptet ose të shikojmë fillimin e terapisë së trajtimit me medikamente. Ne zakonisht pacientë kompleksë kronik që mjekohen në shtëpi të shqyrtojnë mjekimin e tyre, me qëllim që të jenë në gjendje ta kuptojnë atë që po bëjnë dhe për të rritur pajtueshmërinë.

Konferenca rasti: praktikë me shtatë mjekë të përgjithshëm dhe dy infermierë

"Me ekipin tonë, ose infermierja ose mjeku së pari do të shohin pacientin dhe pastaj diskutojmë se çfarë duhet të bëjmë.

"Infermierët do të priren të bëjnë shumë punë administrative për të organizuar gjëra dhe pastaj lidhjen e pacientit me mjekun e përgjithshëm.

"Të kesh fonde më fleksibël do të thotë që mund të bësh gjëra të tilla si konferenca rastesh me ofrues të shumtë shëndetësor.

"Ne e dimë se cilët janë rastet tona të ndërlikuara dhe kjo mënyrë e punës me kolegët shkurton burokracitë dhe çon në një komunikim më të mirë. Lidhja me punonjësit socialë për shembull - të kesh atë lidhje profesionale do të thotë që ata mund të ndihmojnë me procesin e kalimit të pacientëve nga shtëpia në spitale apo institucione të tjera kujdesi, së bashku me zgjidhjen e çdo çështje sociale që është rrjedhojë e atij procesi".



"Kjo është e paçmueshme - vetëm për të pasur ata profesionistë, thjesht mund të marrësh telefonin dhe të telefononi për këshilla në lidhje me shëndetin dhe kujdesin" [12].

Udhëzimet për praktikat më të mira klinike për menaxhimin e sëmundjeve kronike

Praktikoni Rekomandimet e mëposhtme:

Qasja e 5A-ve		Lloji i Evidencave*
1.0	Infermierët përdorin qasjen e ndryshimit të sjelljes "5 A" për të vlerësuar, këshilluar, pajtuar, ndihmuar dhe rregulluar, përfshirjen në strategji të shumta të vetë-menaxhimit kur mbështesin klientët me një sëmundje kronike për të ndihmuar në përmirësimin e rezultateve shëndetësore.	Ia
ASSESS - VLERËSO		
1.1.a	Infermierët krijojnë raport me klientët dhe familjet	III
1.1.b	Infermierët kontrollojnë depresionin në vlerësimin fillestar, në intervale të rregullta dhe avokojnë për trajtimin pasues të depresionit.	Ib
1.1.c	Infermierët krijojnë një axhendë të shkruar për takime në bashkëpunim me klientin dhe familjen, të cilat mund të përfshijnë: • Rishikimi i të dhënave klinike • Diskutimi i përvojave të klientit me vetë-menaxhimin • Administrimi i ilaçeve • Barrierat/stresuesit • Krijimi i planeve të veprimit • Edukimi i klientit	IIb
1.1.d	Infermierët vazhdimisht vlerësojnë gatishmërinë e klientit për ndryshim për të ndihmuar në përcaktimin e strategjive për të ndihmuar gatishmërinë e klientit për ndryshim dhe për të ndihmuar në përcaktimin e strategjive për të ndihmuar klientin me sjellje specifike.	III
1.1.e	Infermierët inkurajojnë klientët të përdorin instrumente të vlerësimit të rrezikut për shëndetin; modelin e përdorimit të mjeteve të tilla, dhe diskutoni mbi rezultatet e vlerësimit të rrezikut me ta në ndjekje të rregullt.	Ib
ADVISE- KËSHILLIM		
1.2.a	Infermierët kombinojnë strategji efektive të sjelljes, psikosociale dhe procese edukimi të vetë-menaxhimit si pjesë e dhënies së mbështetjes për vetë-menaxhim.	Ia



1.2.b	Infermierët përdorin teknikën e komunikimit "kërko-thuaj-pyet" (e njohur edhe si "Nxjerr- Siguro-Nxjerr") për të siguruar që klienti merr informacionin e kërkuar ose të nevojshëm.	III
1.2.c	Infermierët përdorin teknikën e komunikimit "Mbyllja e lakut" G (e njohur edhe si "mëso prapa") për të vlerësuar kuptimin e informacionit nga klienti.	III
1.2.d	Infermierët ndihmojnë klientët në përdorimin e informacionit nga teknikat e vetë-monitorimit (p.sh., monitorimi i glukozës, në shtëpi monitorimi i presionit të gjakut) për të menaxhuar gjendjen e tyre.	Ib
1.2.e	Infermierët inkurajojnë klientët të përdorin metoda monitorimi (p.sh., ditarë, regjistra, shënime personale shëndetësore) për të monitoruar dhe gjurmuar gjendjen e tyre shëndetësore.	III
AGREE - PAJTOHEM		
1.3	Infermierët bashkëpunojnë me klientët për: • Vendosni qëllime; • Zhvillimi i planeve të veprimit që mundësojnë arritjen e qëllimeve; dhe • Monitoroni përparimin drejt qëllimeve.	Ia
ASSIST-ASISTO		
1.4.a	Infermierët të cilët janë të trajnuar në mënyrë të përshtatshme përdorin intervista motivuese me klientët e tyre për t'i lejuar klientët të marrin pjesë në identifikimin e ndryshimeve të tyre të dëshiruara të sjelljes.	Ia
1.4.b	Infermierët mësojnë dhe ndihmojnë klientët të përdorin teknika të zgjidhjes së problemeve.	Ia
1.4.c	Infermierët janë të vetëdijshëm për programet e vetë-menaxhimit të komunitetit në një sërë cilësish dhe i lidhin klientët me këto programe përmes ofrimit të informacionit të saktë dhe burimeve përkatëse.	Ib
ARRANGE-PËRSHTAT/ORGANIZO		
1.5	Infermierët organizojnë ndjekje të rregullta dhe të qëndrueshme për klientët bazuar në preferencat dhe disponueshmërinë e klientit (p.sh, telefon, email, takime të rregullta). Infermierët dhe klientët diskutojnë dhe kundërshtojnë të dhënat/informacionin që do të rishikohen në çdo takim.	Ia
INNOVATIVE DELIVERY MODELS - MODELE INOVATIVE TË DHËNIES SË KUJDESIT		
2.0	Infermierët përdorin një sërë modalitetesh inovative, krijuese dhe fleksibël me klientët kur ofrojnë mbështetje për vetëmenaxhim, siç janë: a) Sistemet elektronike të mbështetjes	IIb



	b) Materialet e shtypura c) Kontakt telefonik d) Ndërveprimi ballë për ballë e) Modalitete të reja emergjente	
2.1	Infermierët përshtatin ofrimin e strategjive mbështetëse të vetë-menaxhimit në kulturën, kontekstin social dhe ekonomik të klientëve.	Ila
2.2	Infermierët lehtësojnë një qasje të ekipit të praktikës bashkëpunuese për mbështetje efektive të vetë-menaxhimit.	Ib

Rekomandimet për Edukimin

Rekomandimi		Lloji i Evidencave*
3.0	Programet akademike të infermierisë integrojnë në kurrikula dhe në edukimin e vazhdueshëm parimet e edukimit mbështetës të vetë-menaxhimit.	IV
3.1	Organizatrat ofrojnë edukim mbështetës të vetë-menaxhimit përmes një larmie aktiviteteve të edukimit në vazhdim me mundësi zhvillimi për të mbështetur infermierët në zhvillimin efektiv të aftësive në mbështetjen e vetë-menaxhimit.	IV

*Interpretimi i evidencave

Llojet e evidencave

Ia	Evidencat e marra nga meta-analiza ose rishikimi sistematik i provave të kontrolluara të rastësishme.
Ib	Evidencat e marra nga të paktën një gjykim i kontrolluar i rastit
Ila	Evidencat e marra nga të paktën një studim i kontrolluar i projektuar mirë pa rastësim.
Ilb	Evidencat e marra nga të paktën një lloj tjetër studimi kuazi-eksperimental i hartuar mirë, pa rastësi.
III	Evidencat e marra nga studime përshkruese të dizajnuara mirë, jo eksperimentale, të tilla si studimet krahasuese, studimet e korrelacionit dhe studimet e rastit.
IV	Evidencat e marra nga raportet ose komentet e komitetit të ekspertëve dhe/ose përvojat klinike të autoriteteve respektive.



Referenca

1. The Nurse's Role in Chronic Disease Management. August 22, 2018. <https://online.emich.edu/articles/rnbsn/nurses-role-chronic-disease-management.aspx>
2. The Top 10 Most Common Chronic Conditions in Older Adults. Apr 23, 2021. <https://www.ncoa.org/article/the-top-10-most-common-chronic-conditions-in-older-adults>
3. ISHP. Plan of Monitoring NCD and the Progress in Their Control in Albania Framework of Indicators and Their Metadata. Tirana May 2015. <http://ishp.gov.al/docs/DESiSH/Monitorimi%20i%20NCD%20ne%20shqiperi%2030%20maj%20eng%20+alb.pdf>
4. Sadur CN, Moline N, Costa M, Michalik D, Mendloëitz D, Roller S, et al. Diabetes management in a health maintenance organization. Efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care* 1999;22: 2011-7.
5. Peters AL, Davidson MB. Application of a diabetes managed care program. *Diabetes Care* 1998;21: 1037-43.
6. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moore E, Sutton D, Peterson BL, et al. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization. *Ann Intern Med* 1998;129: 605-12.
7. So EY, Tong PC, Ko GT, Leung WY, Chow CC, Yeung VT, et al. Effects of protocol-driven care versus usual outpatient clinic care on survival rates in patients with type 2 diabetes. *Am J Manag Care* 2003;9: 606-15.
8. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Eäagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1): CD001481.
9. Bodenheimer T, MacGregor K, Stothart N. Nurses as leaders in chronic care. *BMJ*. 2005;330(7492):612-613.
10. Reinhard SC, Young HM. The nursing workforce in long-term care. *Nurs Clin North Am*. 2009 Jun;44(2):161-8.
11. Oba, N. (2019). Application of The WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework According to The Role of Professional Nurses in Primary Health Care Level. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(2), 1-10. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/170978>
12. Best-practice examples of chronic disease management in Australia. Australian Government. Department of Health. <http://www.health.gov.au/healthcarehomes>
13. Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients. Clinical Best Practice Guidelines. ISBN-13: 978-0-920166-99-4. ISBN-10: 0-920166-99-7. RNAO, September 2010.



Parimet dhe përkufizimet e Vetë-menaxhimit dhe fuqizimit. Zgjidhja e problemeve, Vendimmarrja.

Objektivat e mësimi

- Të njohim parimet dhe përkufizimet e vetë-menaxhimit dhe fuqizimit në kontekstin e kujdesit për sëmundjet kronike
- Të kuptojmë aspekte të mbështetjes për zgjidhjen e problemeve dhe vendimmarrjen te pacientët me sëmundje kronike
- Të kuptojmë pse mbështetja e fuqizimit te pacientët me sëmundje kronike duhet të ndodhë në të gjitha nivelet

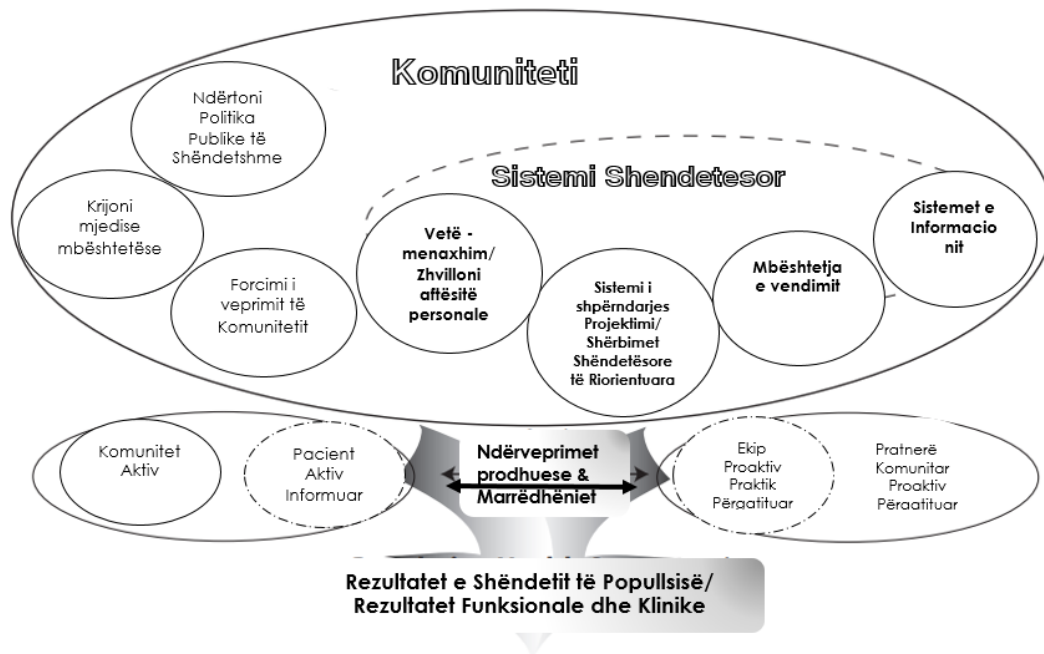
Parimet dhe përkufizimet e Vetë-menaxhimit dhe Fuqizimit

Fuqizimi i qytetarëve dhe pacientëve është një detyrë e cila përfshin dhe inkurajon ndërveprimin e komuniteteve, profesionistëve të kujdesit shëndetësor, hartuesve të politikave shëndetësore dhe të gjithë aktorëve të tjerë të shoqërisë civile që kanë lidhje. Fuqizimi i pacientëve do të thotë t'u sigurosh atyre mundësi dhe mjedis për të zhvilluar aftësitë, besimin dhe njohuritë për të lëvizur nga të qenit një marrës pasiv i kujdesit ndaj një partneri aktiv në kujdesin e tyre shëndetësor. Ka shumë përkufizime në lidhje me vetë-menaxhimin, por përkufizimi më i përshtatshëm në kontekstin e këtij leksioni është si vijon: *Vetë-menaxhimi lidhet me detyrat që një individ duhet të ndërmarrë për të jetuar më mirë me sëmundjen e tij kronike. Këto detyra përfshijnë fitimin e besimit për t'u marrë me menaxhimin mjekësor, menaxhimi i roleve dhe menaxhimi emocional* [1]. Ky përkufizim parashikon vetë-menaxhimin si sjellje, por përfshin nocionin e "besimit" dhe përfshin menaxhimin mjekësor (një shqetësim kryesor i ofruesve të kujdesit shëndetësor) si dhe rolin dhe menaxhimin emocional nga individ. Ai siguron qartësi më të madhe në atë që fokusohet në përkufizimin te personi me gjendje kronike duke shtuar dhe konceptin e "mbështetjes së vetë-menaxhimit", i cili specifikon se çfarë mund të bëjnë ofruesit e kujdesit shëndetësor që të nxisin vetë-menaxhimin. "Mbështetja për vetë-menaxhim përcaktohet si ofrim sistematik i edukimit dhe mbështetjes me ndërhyrje nga personeli i kujdesit shëndetësor për të rritur aftësitë dhe besimin e pacientëve në menaxhimin e problemeve të shëndetit të tyre, duke përfshirë vlerësimin e rregullt të progresit dhe problemeve, vendosjen e qëllimeve dhe mbështetje për zgjidhjen e problemeve". Një faktor tjetër që mbështet vendimin për të përdorur këtë përkufizim të vetë-menaxhimit është se është në përputhje me konceptin e "mbështetjes së vetë-menaxhimit" të përfshirë në Modelin e Kujdesit Kronik. Modeli është zbatuar në një sërë

sëmundjesh kronike [2], model që më pas është modifikuar dhe riemërtuar Modeli i Zgjeruar i Kujdesit Kronik, Figura 22-1.

Figura 22-1.

Modeli i Zgjeruar i Kujdesit Kronik: Integrimi i Promovimit të Shëndetit të Popullsisë



Modeli përfshin dy sfera të mbivendosura, komunitetin dhe sistemin e kujdesit shëndetësor, me mbështetjen e vetë-menaxhimit si një nga katër komponentët thelbësorë brenda sistemit të kujdesit shëndetësor. "Vetë-Menaxhimi / Zhvillimi i Aftësive Personale" i referohet "mbështetjes së vetë-menaxhimit në përballimin e një sëmundje, por edhe në zhvillimin e aftësive personale për shëndetin dhe mirëqenien" [3]. Modeli thekson se kur "Pacientët Aktiv të Informuar" ndërveprojnë me një "Ekip Proaktiv, Praktik dhe të Përgatitur,"rezultati është përmirësuar "Rezultatet Funksionale dhe Klinike". Për të inkurajuar këto rezultate, autoritetet shëndetësore japin të dhëna për të forcuar dhe maksimizuar efikasitetin e secilit komponent të përfshirë në Mbështetjen e Vetë-Menaxhimit. Përveç institucioneve shëndetësore lokale dhe provinciale, Mbështetje për Vetë-Menaxhim ofrohet edhe nga komponentë të tjerë. Figura 22-2 vendos përkufizimin e vetë-menaxhimit në qendër dhe rreth perimetrit lokalizon disa organe me përgjegjësi për mbështetjen e vetë-menaxhimit. Egzistojnë edhe katër terma të tjerë të përdorur në lidhje me vetë-menaxhimin por që kanë paqartësi dhe kontribuojnë në konfuzion, veçanërisht: në faktin nëse vetë-menaxhimi është proces ose rezultat; ngjashmëritë dhe ndryshimet midis edukimit të pacientëve dhe edukimit të vetë-menaxhimit; angazhimi i vetë-menaxhimit të pacientit; dhe teknika efektive të trajnimit.

- Vetë - menaxhimi - proces ose rezultat

Vetë-menaxhimi mund të jetë ose një proces ose një rezultat. Si proces, termi përdoret për të përshkruar llojin e trajnimit (p.sh, edukimi i vetë-menaxhimit, përgatitja e vetë-

menaxhimit) që ofrohet te njerëzit me sëmundje kronike. Elementet thelbësore të trajnimit duhet të përfshijnë Mjeshtërinë e të Mësuarit dhe zgjidhjen e problemeve [4].

Figura 22-2.



Kur vetë-menaxhimi referohet si një rezultat, ai zakonisht nënkupton momentin kur njerëzit me sëmundje kronike kanë arritur njohuritë, aftësitë dhe besimin për të menaxhuar shëndetin e tyre dhe angazhimin e tyre në sjellje të veçanta që lidhen me menaxhimin mjekësor, të rolit dhe emocional. Këto "rezultate" sjelljet dhe besimi krijohen përmes procesit të trajnimit [5].

- Edukimi i pacientëve dhe edukimi i vetë-menaxhimit

Një aspekt i "Mbështetjes së Vetë-Menaxhimit" fokusohet në strategjitë edukative dhe teknikat e përdorura nga profesionistët e shëndetit dhe personat kujdestar. Brenda kësaj zone, dallimi midis llojit të edukimit të pacientëve të ofruar nga profesionistët e shëndetit dhe edukatorët është megjegulluar ndonjëherë me llojin e edukimit të njohur si edukim vetë-menaxhues. Të dy llojet e edukimit janë thelbësore për të ndihmuar individin të arrijë cilësinë më të mirë të jetës dhe pavarësinë; qëllimi është që të krahasohen atributet e tyre. Në disa raste, edukimi i vetë-menaxhimit është përcaktuar si kuptim i njëjtë me edukimin e pacientit. Për shembull, në rastin e diabetit "termi edukim i vetë-menaxhimit thekson nevojën që njerëzit me diabet të menaxhojnë diabetin e tyre çdo ditë [6]. Për këtë arsye termit edukim për diabetin dhe edukim për vetë-menaxhim do t'i referohen të njëjtave procese". Për këto arsye u konsiderua që "sjelljet e trajtimit", të cilat janë fokusi kryesor i edukimit tradicional të pacientëve, të jetë sinonim i sjelljeve të vetë-menaxhimit sepse ishte individi (d.m.th., vetja) që do t'i praktikonte ato. Sjelljet e trajtimit të diabetit përfshijnë: vetë-injektivim i insulinës; vetë-monitorimi i niveleve të glukozës; të hahet siç duhet; ndërprerja e duhanit; ushtrimi dhe marrja sic duhet e



medikamenteve. Duke praktikuar këto sjellje ekziston një pritje që të arrihen qëllimet e ndërmjetme (d.m.th., kontrolli metabolik, nivelet optimale të glukozës në gjak, kontrollin e lipideve të gjakut, dhe arritjen dhe mbajtjen e një peshe të shëndetshme). Dhe, nëse këto objektiva të ndërmjetme janë arritur, duhet të ketë rezultate më të mira të diabetit: një ulje e sëmundshmërisë (retinopati, neuropati, nefropati), më pak shtrime në spital, një ulje e kostove të kujdesit shëndetësor të lidhur me diabetin, dhe ulje të vdekshmërisë.

Më poshtë janë paraqitur dallimet kryesore tashmë të përcaktuara midis edukimit të pacientëve dhe edukimit të vetë-menaxhimit:

- Edukimi tradicional i pacientëve siguron informacion dhe mëson aftësitë teknike të lidhura me sëmundjet kurse edukimi i vetë-menaxhimit mëson aftësi se si të veprohet në lidhje me problemet.
- Problemet e mbuluara në edukimin tradicional të pacientëve reflektojnë probleme të përhapura të zakonshme të lidhura me një sëmundje specifike, ndërsa problemet e mbuluara në edukimin e vetë-menaxhimit janë ato që identifikohen nga pacienti.
- Edukimi tradicional i pacientëve është specifik për sëmundjen dhe ofron informacion dhe aftësi teknike lidhur me sëmundjen. Në krahasim, edukimi i vetë-menaxhimit siguron zgjidhjen e problemeve dhe aftësitë që janë të rëndësishme për pasojat e sëmundjeve kronike në përgjithësi.
- Edukimi tradicional i pacientëve bazohet në teorinë themelore që është specifike për njohuritë për sëmundjen duke krijuar ndryshime në sjellje, të cilat nga ana tjetër prodhojnë rezultate më të mira. Edukimi i vetë -menaxhimit, në të kundërt, bazohet në teorinë në të cilën besimi i pacientit është më i madh te kapaciteti i tij/saj për të bërë ndryshime që përmirësojnë jetën dhe jepin rezultate më të mira klinike.
- Qëllimi i edukimit tradicional të pacientëve është "pajtueshmëria" ndërsa qëllimi në edukimin e vetë-menaxhimit është rritja e vetë-efikasitetit dhe përmirësimi i rezultateve klinike.
- Në edukimin tradicional të pacientëve, profesionisti shëndetësor është edukatori, por në edukimin e vetë - menaxhimit edukatorët mund të jenë profesionistë të shëndetit, udhëheqës të kolegëve ose pacientë të tjerë [7].
- Angazhimi i vetë-menaxhimit të pacientit

Ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe personat me sëmundje kronike mund të angazhohen në vetë-menaxhim. Ofruesit e kujdesit shëndetësor angazhohen duke mësuar dhe më pas duke praktikuar strategji dhe teknika që janë efektive në promovimin e vetë-menaxhimit. Personat me sëmundje kronike angazhohen nga pjesëmarrja në programet e vetë-menaxhimit të komunitetit dhe duke punuar në bashkëpunim me ofruesit e kujdesit shëndetësor. Kjo sjell që shanset për të çuar personat me sëmundje kronike në situata ku ata angazhohen në sjellje të shëndetshme dhe kanë besim për të menaxhuar aspektet mjekësore, rolin dhe emocionet e gjendjes së tyre. Nëse kemi përfshirje të dy partnerëve atëherë keni maksimizim të rezultateve në shëndet dhe si rrjedhojë dhe përmbushjen e objektivit përfundimtar të trajnimit të vetë-menaxhimit.



- Teknika efektive të trajnimit

Qëllimi i trajnimit/edukimit të vetë -menaxhimit është që njerëzit të kenë besimin të merren me menaxhimin mjekësor, menaxhimin e roleve dhe menaxhimin emocional të gjendjes së tyre. Për të arritur këtë qëllim, trajnimi duhet t'u mësojë njerëzve:

- mënyra për të hyrë në informacionin që ata kërkojnë;
- mënyra për të siguruar që ata janë të aftë në kryerjen e sjelljeve të lidhura me kujdesin (p.sh., injektimi i insulinës, përdorimi i një inhalatori) dhe sjelljet jo të lidhura me kujdesin (p.sh., ndërveprimi me mjekun, ushtrimi);
- mënyra për të rritur nivelet e tyre të besimit (d.m.th., vetë-efikasitetin e perceptuar) në aftësinë e tyre për t'u angazhuar në këto sjellje; dhe
- mënyra për të siguruar që ata janë të aftë në zgjidhjen e problemeve.

Trajnimi i vetë-menaxhimit mund të zhvillohet në baza një për një midis individit dhe ofruesit të tij të kujdesit shëndetësor, ose në mjedise grupore të udhëhequra nga ofruesit e shëndetësisë. Ky trajnim duhet të inkurajojë njerëzit që: të identifikojnë problemet, të gjejnë barrierat dhe mbështetjet e tyre, të gjenerojnë një zgjidhje dhe të zhvillojnë një qëllim afatgjatë dhe afatshkurtër (d.m.th., një plan veprimi). Trajnimi synon zhvillimin e arritjeve për mënyrat për të monitoruar dhe vlerësuar përparimin (p.sh. kontakti personal, telefoni, posta, e-mail), dhe nëse personi nuk është i suksesshëm, procesi i zgjidhjes së problemeve mund të përsëritet ose ri-përshtatet. Albert Bandura ka dhënë një kontribut të rëndësishëm në fushën e vetë-menaxhimit, veçanërisht duke artikuluar strategji dhe teknika që ndikojnë në besimet dhe në aftësitë e njerëzve për t'u angazhuar në sjellje. Bandura e përkufizoi vetë-efikasitetin si *"grykimet e njerëzve për aftësitë e tyre për të organizuar dhe ekzekutuar kurse veprimi të kërkuara për të arritur llojet e përcaktuara të sjelljeve"* [8]. Konfliktet kryesore në lidhje me rolin e besimeve të vetë-efikasitetit, të përcaktuara në funksionimin njerëzor, janë se *"niveli i motivimit, gjendjet afektive dhe veprimet e njerëzve bazohen më shumë në atë që ata besojnë sesa në atë që është objektivisht e vërtetë"* [9]. Procesi i zhvillimit të qëllimeve afatgjata dhe afatshkurtra njihet si përvoja "Udhëheqja e drejtuar" dhe shërben si mjeti kryesor për zhvillimin dhe zgjerimin e kompetencave të sjelljes dhe është një teknikë efektive për ngritjen e vetë-efikasitetit të individëve [8]. Gjetjet zbulojnë se vetë-efikasiteti i perceptuar ndikon në çdo fazë të ndryshimit të sjelljes shëndetësore, pavarësisht nëse njerëzit mendojnë të ndryshojnë sjelljet e tyre shëndetësore, sa përfitojnë nga programet e trajtimit, sa mirë i mbajnë ndryshimet që kanë arritur dhe cënueshmërinë e tyre për t'u rikthyer [10]. Ekzistojnë gjithashtu dëshmi se vetë-efikasiteti ndërmjetëson efektet e programeve psikosociale në gjendjen shëndetësore [11-12].

Koncepti i fuqizimit të pacientit me sëmundje kronike

Në kontekstin e menxhimit të sëmundjeve kronike për të krijuar një sistem shëndetësor që i përgjigjet nevojave të kohës u përfshinë shumë komponentë qendrorë, përfshirë dhe fuqizimin e pacientit, Figura 22-1. Koncepti i fuqizimit është një koncept i cili u shfaq për herë të parë si ideologji në punën sociale gjatë viteve 1960, ku fokusi ishte më shumë te të drejtat dhe kompetencat e individëve dhe komuniteteve sesa nevojat dhe mungesat e tyre [13]. Në fushën specifike të shëndetit, Karta e Otavës e OBSH-së për Promovimin e Shëndetit në 1986 (Figura 10-2) e bëri fuqizimin një gur themeli të promovimit të shëndetit; duke promovuar një përkufizim pozitiv të shëndetit që nuk është i kufizuar në



parandalimin e problemeve shëndetësore, por thekson rrethanat shoqërore dhe përmirësim të tyre. Në këtë kontekst, promovimi i shëndetit u pa si "*procesi i aftësisimit të njerëzve për të rritur kontrollin dhe përmirësuar shëndetin e tyre*" [14]. Në ditët e sotme, fuqizimi shpesh konsiderohet të jetë një "*term ombrellë*", që do të thotë se ekzistojnë shumë interpretime të këtij koncepti. Fuqizimi mund të përkufizohet njëkohësisht si një proces, një strategji edukimi apo rezultat [15]. Terma të tjerë përdoren ndonjëherë në vend të fuqizimit por thelbi i këtij koncepti është ideja e ndihmës dhe mbështetjes që u jepet pacientëve që të bëhen më përgjegjës për shëndetin e tyre, duke u dhënë individëve dhe komunitetit më shumë pushtet mbi përkufizimin dhe natyrën e ndryshimeve që i prekin ato [16].

- Karakteristikat e një pacienti të fuqizuar

Një person i fuqizuar është në gjendje të marrë pjesë aktive në menaxhimin e shëndetit të tij. Një pacient i aktiv i fuqizuar ka karakteristikat e mëposhtme:

- Kupton gjendjen e tij shëndetësore dhe efektin e tij në trup.
- Ndjehet në gjendje të marrin pjesë në vendimmarrje me profesionistët e tyre të kujdesit shëndetësor
- Ndjehet në gjendje të bëjë zgjedhje të informuara në lidhje me trajtimin.
- Kupton nevojën për të bërë ndryshimet e nevojshme në stilin e tyre të jetesës për menaxhimin e gjendjes së tyre.
- Në gjendje të sfidojë dhe të bëjë pyetje nga profesionistët e kujdesit shëndetësor që ofrojnë kujdes.
- Merr përgjegjësi për shëndetin e tij dhe kërkon në mënyrë aktive kujdes vetëm kur është e nevojshme
- Kërkon në mënyrë aktive, vlerëson dhe përdor informacionin [17].

Promovimi i fuqizimit dhe vetë-menaxhimit të pacientit "duhet të konsiderohet si një nga karakteristikat thelbësore të praktikës së kujdesit shëndetësor parësor dhe duhet të përfshihet edhe në përkufizimin e saj [18].

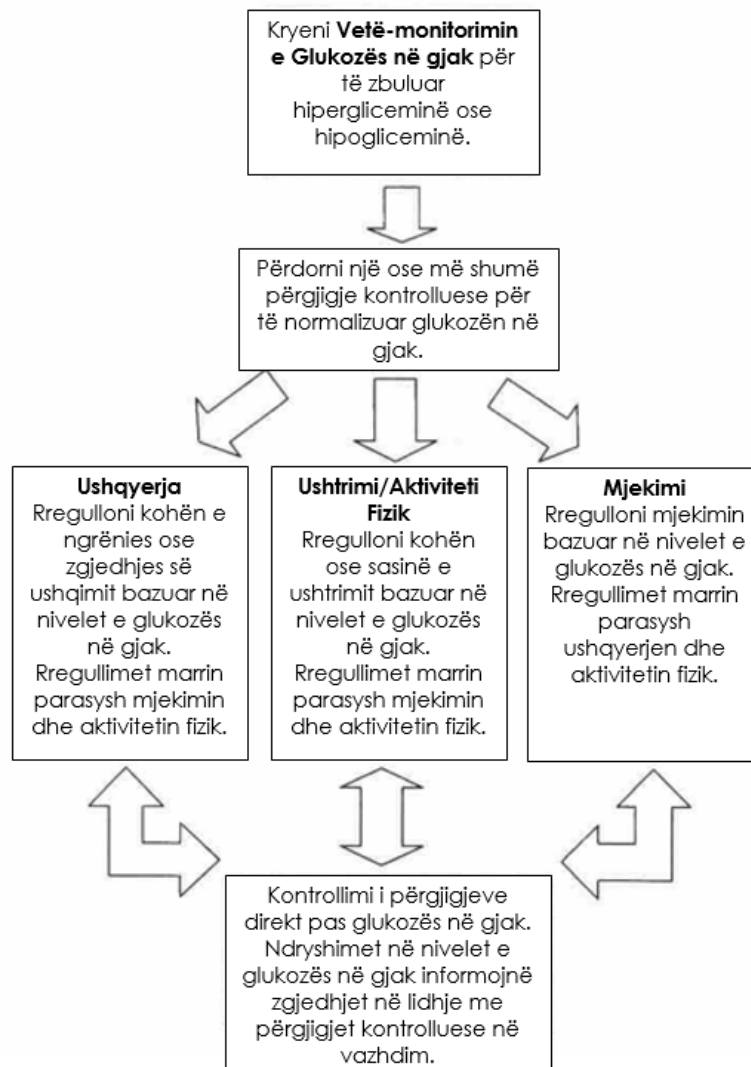
Koncepti i mbështetjes për zgjidhje të problemeve të pacientët me sëmundje kronike

Problemi i zgjidhjes së problemeve në teorinë e vetë-menaxhimit të shëndetit është identifikuar si procesi nëpërmjet të cilit një individ përkthen teknika të vetë-menaxhimit të një sëmundje në menaxhimin vetjak të shëndetit. Nëpërmjet aplikimit të hapave të zgjidhjes së problemeve në lidhje me një problem specifik vetë-menaxhimi shëndetësor, një individ është në gjendje të fitoj dhe të ruaj ndryshime në sjellje që mundësojnë arritjen e përmbytjes së objektivit për vetë-menaxhim të shëndetit [19]. Edhe pse zgjidhja e problemeve ka objektiv të njëjtë si mbështetja me menaxhimin e sëmundjeve kronike, në rastin e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike nuk ka përdorim të gjerë. Evidencat e para se zgjidhja e problemeve ka lidhje me aderencën ndaj trajtimit dhe rezultatet në shëndet është parë në shumë sëmundje kronike si në menaxhimin e obezitetit dhe strotut [20-21]. Por sëmundja kronike ku koncepti i zgjidhjes së problemeve ka gjetur zbatim të gjerë është diabeti melitus [22]. Modeli i propozuar i zgjidhjes së problemeve në rastin e diabetit mellitus është një model i zgjidhjes së problemeve të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike, i cili rrjedh nga teoritë e



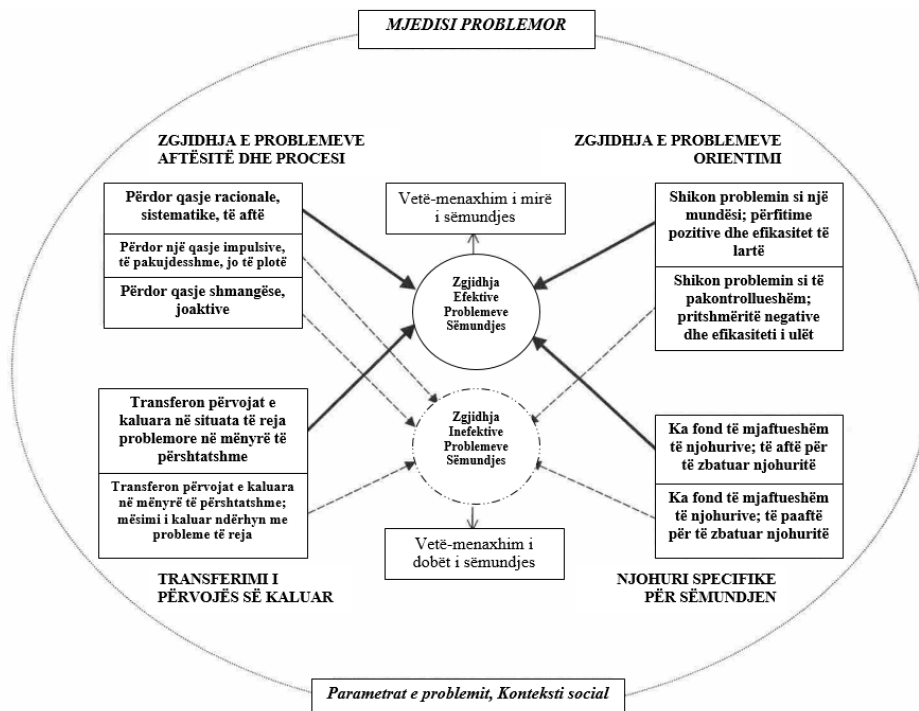
zgjidhjes së problemeve në psikologjinë njohëse, teorinë edukative/mësimore dhe zgjidhjen e problemeve sociale. Janë identifikuar katër komponentë thelbësorë të zgjidhjes së problemeve në vetë-menaxhimin e sëmundjes: (1). aftësi për zgjidhjen e problemeve, (2). orientimi për zgjidhjen e problemeve, (3). njohuri specifike për sëmundjen, dhe (4). transferimi i përvojës së kaluar. Në rastin e vetë-menaxhimit të diabetit, zgjidhja e problemeve është propozuar si një konstrukt i dobishëm për të konceptualizuar dhe kuptuar natyrën komplekse të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike [23]. Ruajtja e një trajtimi intensiv të sëmundjes në rastin e diabetit, është një sfidë për pacientin. Për të mbajtur nën kontroll nivelet e glukozës në gjak, vetë-menaxhimi i diabetit përfshin katër sjellje kryesore: 1) vetë-monitorimin e glicemisë, 2) ushqyerjen, 3) ushtrimin/aktivitetin fizik, dhe 4) medikamentet. Lidhja e këtyre katër sjelljeve është ilustruar në Figurën 22-3.

Figura 22-3.



Katër komponentët e zgjidhjes së problemeve me orgjinë nga teoritë psikologjike janë përkthyer në një model të aplikuar të zgjidhjes së problemeve në vetë-menaxhimin e sëmundjeve kronike, Figura 22-4. Ky model, i cili është i orientuar në zgjidhjen e problemeve dhe njohurive mbi sëmundjen specifike mund të karakterizohet si një gjendje e brendshme që përfshin komponentë të tillë si besimet, qendrimet, motivimet dhe nivelin e njohurive të individit. Nga ana tjetër, aftësitë në zgjidhjen e problemeve dhe transferimi i përvojave të kaluara mund të karakterizohen si komponentë aktiv të kapacitetit të zgjidhjes së problemeve. Këto përfshijnë aftësitë për të kryer një proces të zgjidhjes së problemeve dhe aftësinë për të grumbulluar dhe aksesuar programe efektive të sjelljes në lidhje me zgjidhje të problemeve specifike të bazuara në njohuritë dhe përvojat e mëparshme. Zgjidhja efektive e problemeve është pasojë e përdorimit të një qasje racionale të zgjidhjes së problemeve, orientim pozitiv për zgjidhjen e problemeve dhe përvojën e situatave të reja të lidhura me problemet e sëmundjes, kontekstin social brenda të cilit ndodhin problemet, përfshirë dhe marrëdhëniet ndërpersonale dhe faktorët social që kanë potencialin të ndikojnë pozitivisht apo negativisht në procesin e marrjes së vendimeve. Mjedisi problemor mund të ndikoj në strategjinë e zgjidhjes së problemeve ose mund të kërkoj ndryshim të kësaj strategjie. Edhe pse komponentët individual të modelit të propozuar për zgjidhjen e problemeve janë të mirë-konsoliduara, fuqia e këtij modeli qendron në integrimin e komponentëve që reflekton një problem konceptual holistik të zgjidhjes së problemeve në kontekstin e të jetuarit dhe menaxhimit të sëmundjeve kronike [23]. Nga ana tjetër, problemi i zgjidhjes së problemeve mbetet një aftësim i rëndësishëm për pacientin për shumë probleme kyc të menaxhimit të sëmundjeve kronike pavarësisht nga karakteristikat socio-demografike të popullatës së pacientëve kronikë [24].

Figura 22-4.



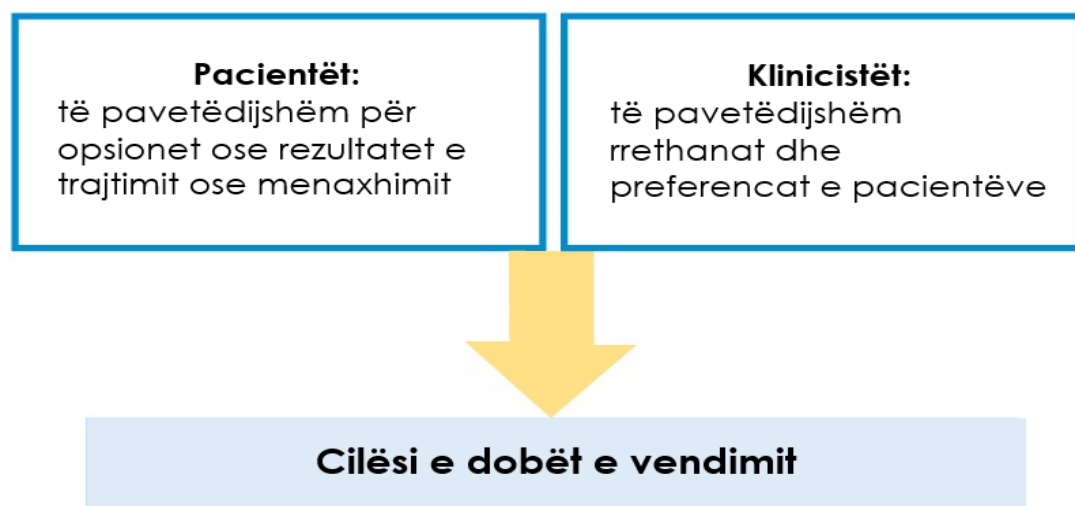


Koncepti i mbështetjeje për vendimarrje te pacientët me sëmundje kronike

Vetëm rreth gjysma e pacientëve si në kujdesin parësor ashtu edhe në mjediset spitalore raportojnë se ndihen të përfshirë ashtu siç duan në vendimet dhe planet për kujdesin e tyre [25-27] ndërkohë që 80% e klinikistëve mendojnë se i përfshijnë njerëzit në kujdesin e tyre [28]. Në këtë aspekt, Figura 22-5 ilustron dilemën me të cilën përballen shumë profesionistë të shëndetit (mjekë/infermierë) dhe pacientë. Klinikistët nuk janë në dijeni të vlerave, preferencave, faktorëve personalë dhe përparësive të pacientëve, ndërsa pacientët nuk janë në dijeni të opsioneve dhe dëshmimeve që mund të ndikojnë në rezultatet e tyre shëndetësore. Rezultati janë vendimet dhe planet që janë më pak të suksesshme sesa mund të jenë kur krahasohen me dëshmitë, dhe nivelet e kënaqësisë që janë të copëtuara në rastin më të mirë, duke rezultuar në humbje të kohës, burimeve dhe mundësive [29].

Figura 22-5.

Problemi i vendimit klinik. Përshtatur nga Informed Medical Decisions Foundation (Fondacioni i Informuar i Vendimeve Mjekësore)



Në zemër të të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike dhe marrjes së vendimeve është besimi se njerëzit kanë interes të jetojnë mirë kur kanë një problem shëndetësor nëse ata përfshihen si partnerë:

- merren vendime dhe plane më të mira që kanë pranueshmëri më të lartë për pacientin dhe klinikistin [30].
- vendimet dhe planet janë më të përshtatshme për pacientin si individ dhe kanë më shumë gjasa të miratohen prej tij [31].
- çdo mbështetje që nevojitet ka më shumë gjasa të identifikohet dhe ofrohet
- pacienti ka më shumë gjasa të arrijë rezultate që duan pacienti dhe klinikisti [31]
- mund të ketë përdorim më të mirë të burimeve, më pak humbje dhe siguri më të madhe [32-33].



Që kjo qasje të zbatohet, kërkohen një numër komponentësh kryesorë. Nga perspektiva e pacientit, kujdesi duhet të personalizohet, koordinohet dhe mundësohet, në të njëjtën kohë me trajtimin e personit me dinjitet, dhembshuri dhe respekt. Nga perspektiva e klinikistëve dhe ofrimit të shërbimeve, që kjo të bëhet realitet duhet që këto tre fusha kryesore të adresohen [34-35]. Faktorët që ndikojnë në vendimmarrje të pacientët me sëmundje kronike janë qëndrimet dhe rolet, aftësitë, mjetet dhe sistemet organizative, sistemi më i gjerë shëndetësor, proceset lokale dhe këshillimi [29].

- Qëndrimet dhe rolet

Ofrimi i kujdesit shëndetësor është bërë më kompleks. Kjo ka kontribuar në një marrëdhënie të pabarabartë të fuqisë midis pacientëve dhe mjekëve, bazuar në njohuritë e klinikistëve për sëmundjet dhe qasjen në trajtime. Që pacientët të përfshihen vërtet në kujdesin e tyre, nuk duhet vetëm të pranohet se ndërveprimet klinike aktuale, të cilat ruajnë status quo-në, janë nën-optimale, por nevojitet edhe një dëshirë për ndryshim. Një mënyrë për të menduar për këtë është të pranohet se, jashtë mjedisve shëndetësore, të gjithë ne marrim vendime dhe plane domethënëse, të tilla si të shkojmë me pushime ose të blejmë një makinë. Kjo në përgjithësi bëhet duke përdorur një kombinim të burimeve të informacionit dhe përvojës, duke kërkuar këshilla dhe duke marrë parasysh preferencat personale. Ekspertiza teknike është pjesë, dhe jo gjithmonë pjesa më kritike, e këtij procesi. Si rezultat, njerëz të ndryshëm marrin vendime të ndryshme në situata me sa duket të ngjashme. Në të njëjtën mënyrë, pacientët kanë pikëpamje individuale në lidhje me vendimet shëndetësore. Këto mund të ndikohen nga njohuritë, përvoja, situata personale, preferencat, aftësitë, vlerat ose besimet; mjekët nuk mund të parashikojnë se cilat janë këto ndikime. Pra, për t'i kuptuar ato, ata duhet të kërkojnë në mënyrë aktive. Dështimi për ta bërë këtë çon në pranimin më të dobët të vendimeve, si dhe vështirësi, moskryerje ose pakënaqësi në miratimin e tyre. Për personelin shëndetësor, kjo kërkon ftesë aktive për pacientët që të bëhen partnerë të barabartë bazuar në njohjen e asaj që ata vetë sjellin në ndërveprimet klinike. Pacientët gjithashtu duhet të përshtaten me qëllimin në ndryshim, përmbajtjen dhe dinamikën e konsultimeve. Ata duhet të presin përfshirjen si një pjesë normale e kujdesit.

- Aftësitë

Ndryshimet në qëndrimet dhe rolet kërkojnë që klinikistët të përdorin dhe zhvillojnë aftësitë klinike në mënyrë që konsultimet të bëhen vërtet bashkëpunuese. Disa nga këto kanë të bëjnë me vetë konsultimin (aftësitë kryesore të komunikimit, intervistat motivuese dhe aftësitë stërvitore), ndërsa të tjerat kanë të bëjnë me punën në grup, udhëheqjen dhe koordinimin e shërbimeve për të përmbushur nevojat e individëve dhe për të trajtuar fragmentimin e kujdesit.

- Mjetet dhe sistemet organizative

Mund të bëhet një marrëveshje e mirë për të mbështetur qëndrimet, kulturën dhe aftësitë e punës së partneritetit. Për këtë është e dobishme të mendosh dhe të pranosh që ka disa aspekte që kanë të bëjnë me sistemin më të gjerë shëndetësor, disa që lidhen me procesin që njerëzit kanë nevojë për ndërveprimeve shëndetësore, dhe disa që kanë të bëjnë me vetë konsultimin.



- Sistemi më i gjerë shëndetësor

Modeli i Kujdesit Kronik identifikon se për ofrimin e suksesshëm të kujdesit shëndetësor nevojitet një sistem më i gjerë shëndetësor ku përfshihen: politika dhe planifikimi shëndetësor, standardet kombëtare (të tilla si standardet profesionale), fuqia punëtore dhe shpërndarja e tyre në sistemin shëndetësor, shpërndarja e financimit dhe planifikimi i ofrimit të kujdesit shëndetësor lokal dhe rajonal.

- Proceset lokale

Brenda komuniteteve shëndetësore lokale, për të rritur partneritetin duke punuar me pacientët mund të bëhet një punë e madhe.

- Këshillimi

Në mbështetje të këshillimit për vetë-menaxhim të sëmundjeve kronike janë hartuar një sërë mjetësh mbështetëse të vendimit të pacientit dhe nxitjen e planifikimit të kujdesit [36]. Një aspekt kryesor i këtyre është njohja se njerëzit përfitojnë, kudo që të jetë e mundur, nga informacioni paraprak i ndërveprimeve klinike për t'i ndihmuar ata të mendojnë përmes qëllimit, përmbajtjes dhe rezultateve të mundshme. Kjo mund të kursejë kohë brenda konsultimeve dhe mundëson një qëndrueshmëri të qasjes midis profesionistëve të shëndetit që merren me të njëjtat çështje.

Puna në partneritet me pacientët ka kuptim në çdo nivel. Për këtë kërkohet një ndryshim në qëndrimet, aftësitë dhe sistemet për t'u bërë pjesë e praktikës normale klinike [37].

Studimet kanë evidentuar se pacientët me barrë më të mëdhe të sëmundjeve kronike dhe sëmundje që kërkojnë vetë-menaxhim kanë më shumë gjasa të përfshirjes në sjellje të vetë-menaxhimit të sëmundjes (psh, ndarjen e informacionit dhe vendimmarrjen) sesa pacientët pa sëmundje kronike ose me sëmundje që nuk kërkojnë vetë-menaxhim. Gjithashtu, pacientët sëmundjet e të cilëve kërkojnë vetë-kujdes në shtëpi janë më aktivë me profesionistët e tyre shëndetësor gjatë takimeve klinike. Mendohet se, njohuritë dhe vetë-efikasiteti i pacientit mund të ndërmjetësojnë këto marrëdhënie [38]. Pacientët që menaxhojnë sëmundjet e tyre në shtëpi mund të jenë më të ditur për kushtet e tyre dhe të ndihen më të sigurt në marrjen e vendimeve klinike në lidhje me kujdesin e tyre. Këta pacientë, nga ana tjetër, mund të jenë në gjendje t'i përkthejnë këto aftësi në mjedise klinike kur bashkëveprojnë me ofrusit e tyre të kujdesit [39].

Studimet kanë evidentuar se profesionistët e kujdesit parësor kishin më pak gjasa të përfshinin pacientët në procesin e vetë-menaxhimit të sëmundjes. Gratë kanë më shumë gjasa të angazhojnë profesionistët e tyre të kujdesit në vetë-menaxhim, ndërsa profesionistët shfaqën më shumë gjasa të angazhonin persona me të ardhura më të larta në këtë proces [37].



Referenca

1. Adams, K., Greiner, A.C., & Corrigan, J.M. (Eds). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: National Academies Press, 2004.
2. Wagner, E., Austin, B., & Von Korff, M. Organizing care for patients with chronic illness. *Millbank Quarterly*, 1996, 74(4), 511-544.
3. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 2003; 7(1), 73-81.
4. National Health Service. The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. London, UK: Department of Health, 2001.
5. Patrick McGoëan. Self-Management: A Background Paper. *New Perspectives: International Conference on Patient Self-Management*.
6. Clement, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18(8), 1204-1214.
7. Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 2002, 288(19), 2469-2475.
8. Bandura, A., & National Inst of Mental Health. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, Inc.
9. Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.
10. Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-243). Hemisphere Publishing Corp.
11. Bandura A. Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*. 2000;9(3):75-78.
12. Bandura, A. (2000). Self-efficacy: The foundation of agency. In E. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 17-33). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
13. Caroline Tilkin, Mélanie De Winter, Frédéric Ketterer, Anne-Marie Etienne, Marc Vanmeerbeek, Frédéric Schoenaers. Considering Patients' Empowerment in Chronic Care Management: A Cross-Level Approach. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 2020, 10, 134-142.



14. WHO. Regional Office for Europe, Health Promotion. 1986. Available online: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/OttaEa_Charter.pdf
15. Funnell, M.M. Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Educ. Couns.* 2016, 99, 1921–1922.
16. Rappaport, J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am. J. Community Psychol.* 1987, 15, 121–145.
17. Patient Empowerment – Living with Chronic Disease. A series of short discussion topics on different aspects of self management and patient empowerment for the 1st European conference on patient empowerment. http://www.enope.eu/media/14615/a_series_of_short_discussion_topics_on_diferent.pdf
18. Mola E, De Bonis JA, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract.* 2008;14(2):89-94.
19. Yates BT: *Self-Management: The Science And Art of Helping Yourself*. Belmont, Ca: Eadsöorth, 1985.
20. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Renjilian DA, Viegner BJ. Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol.* 2001 Aug;69(4):722-6.
21. Evans RL, Matlock AL, Bishop DS, Stranahan S, Pederson C. Family intervention after stroke: does counseling or education help? *Stroke.* 1988 Oct;19(10):1243-9.
22. Fitzpatrick SL, Schumann KP, Hill-Briggs F. Problem solving interventions for diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013 May;100(2):145-61.
23. Hill-Briggs F. Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behavior. *Ann Behav Med.* 2003 Summer;25(3):182-93.
24. Glasgoë RE, Fisher L, Skaff M, Mullan J, Toobert DJ. Problem solving and diabetes self-management: investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care.* 2007 Jan;30(1):33-7.
25. Commission Healthcare. *Managing Diabetes: improving services for people with diabetes*. London: Healthcare Commission, 2007.
26. Ipsos MORI. *The GP Patient Survey 2015*. London: Ipsos MORI, 2015. Available at <https://gp-patient.co.uk/surveys-and-reports>
27. Care Quality Commission Adult inpatient survey 2014. Newcastle: CQC, 2014. Available at www.cqc.org.uk/content/inpatient-survey-2014.



28. Coulter A. Engaging patients in healthcare. Maidenhead: Open University Press, 2011.
29. Lewis-Barned N. Shared decision making and support for self-management: a rationale for change. *Future Hosp J*. 2016;3(2):117-120.
30. Hacking B, Wallace L, Scott S, et al. Testing the feasibility, acceptability and effectiveness of a 'decision navigation' intervention for early end stage prostate cancer patients in Scotland – a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology* 2013;22:1017–24.
31. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff* 2013;32:207–14.
32. Nesta The business case for people powered health. London: Nesta, 2013.
33. York Health Economics Consortium. Evaluation of the Scale, Causes and Costs of Waste Medicines. York: York Health Economics Consortium, 2010.
34. The Health Foundation Person-centred care made simple. London: The Health Foundation, 2014. Available at www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple.
35. Year of Care Available at <http://www.yearofcare.co.uk>.
36. BMJ Group *NHS right care decision aids*. London: BMJ Group, 2012. Available at <http://sdm.rightcare.nhs.uk/pda>
37. Peek ME, Drum M, Cooper LA. The Association of Patient Chronic Disease Burden and Self-Management Requirements With Shared Decision Making in Primary Care Visits. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*. January 2014.
38. Heisler, M, Bouknight, RR, Hayward, RA, Smith, DM, Kerr, EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*. 2002;17(4):243–252.
39. Peek, ME, Wilson, SC, Goraëara-Bhat, R, Odoms-Young, A, Quinn, MT, Chin, MH. Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *J Gen Intern Med*. 2009;24 (10):1135–1139.



23

Përdorimi i burimeve (gjendja sociale dhe financiare). Ndërmarrja e veprimeve për vetë-menaxhim shëndetësor.

Objektivat e mësimi

- Të shpjegoj se si ndikojnë gjendja sociale dhe financiare në vetë-menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Të njohim dhe të përshkruajmë determinantët social të shëndetit dhe rolin e tyre në vetë-menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Të njohim dhe të përshkruajmë gjininë si përcaktues social i shëndetit dhe rolin e saj në vetë-menaxhimin e sëmundjeve kronike
- Ndërmarrja e veprimeve për vetë-menaxhim shëndetësor

Vetë-menaxhimi-ndikimi i gjendjes sociale dhe financiare

Termi vetë-menaxhim, si koncept, ka më shumë se 40 vjet që përdoret për të sugjeruar që pacientët janë pjesëmarrës aktivë në trajtimet e tyre [1]. Aktualisht, vetë-menaxhimi përcaktohet si menaxhimi i përditshëm i sëmundjeve kronike nga individët [1-2]. Kohët e fundit, studiuesit kanë zgjeruar përshkrimet aktuale të proceseve të vetë-menaxhimit nga perspektiva e individëve që jetojnë me sëmundje kronike. Këto përfshijnë (1) përqëndrimin në nevojat e sëmundjes, (2) aktivizimin e burimeve dhe (3) jetesën me sëmundje kronike [3]. Vetë-menaxhimi i sëmundjeve kronike nuk ekziston në vakum, por brenda kontekstit të njerëzve dhe ndikimeve të tjera [4]. Faktorët e zakonshëm që mund të ndikojnë në vetë-menaxhimin të identifikuar përfshijnë faktorë demografikë të tillë si statusi dhe kultura socio -ekonomike, faktorët klinikë si komorbiditetet dhe kompleksiteti i regjimit të trajtimit, dhe faktorët e sistemit si cilësia e marrëdhënieve dhe komunikimi me ofruesit e kujdesit shëndetësor [5].

Këta faktorë ndikojnë në aftësinë dhe motivimin e individëve dhe familjeve për të vetë-menaxhuar sëmundjet kronike dhe, si të tillë, mund të jenë objektiva të mundshëm të ndërhyrjes për vetë-menaxhim [6]. Aftësia për të vetë-menaxhuar sëmundjet kronike ndikohet drejtpërdrejt nga faktorët që lidhen me komunitetin dhe mjedisin e shtëpisë dhe burimet financiare [7]. Edhe pabarazitë demografike kontribuojnë në formimin e barrierave të caktuara mjedisore që mund të rezultojnë në gjendje kronike. Pabarazitë tregojnë nevojën për konsiderata mjedisore kur dikush po zhvillon ndërhyrje për të mbështetur një mënyrë jetese të shëndetshme në këto popullata [8]. Shërbime të bazuara



në gjendjen sociale dhe financiare luajnë një rol kritik në aftësimin e individëve me sëmundje kronike për të jetuar dhe punuar me sukses [9].

Determinantët/Përcaktuesit shoqërorë të sëmundjeve kronike

Sipas OBSH -së, përcaktuesit shoqërorë të shëndetit janë "kushtet në të cilat njerëzit lindin, rriten, punojnë, jetojnë dhe plaken, dhe grupi i forcave dhe sistemeve që formojnë kushtet e jetës së përditshme [10]. OBSH konstaton se përcaktuesit shoqërorë të shëndetit përfshijnë një gamë të gjerë subjektsh që përfshijnë jo vetëm sjelljen shoqërore, por edhe tema që përfshijnë barazinë shëndetësore, ekologjinë globale, ekonominë globale dhe fusha të ngjashme të përcaktuara gjerësisht [11]. Në kontekstin e sëmundjeve kronike përcaktuesit shoqërorë të shëndetit i referohen variablave të përcaktuesve shoqërorë të shëndetit që lidhen drejtpërdrejt me sëmundjet kronike. Në këtë kontekst përcaktuesit shoqërorë të shëndetpërfshijnë praktikën dhe kushtet shoqërore (të tilla si mënyra e jetesës, situatat e jetesës dhe punës, karakteristikat e lagjeve, varfëria, ndotja e mjedisit, etj.); të ardhurat, arsimi dhe profesioni; rrethana stresuese; dhe diskriminimi racor, së bashku me faktorët ekonomikë (p.sh., papunësia, recesionet e biznesit), politikë (p.sh. politikë qeveritare, programet dhe përfitimet e sigurimit publik) dhe ato fetare (p.sh. devotshmëria, ndalimet kundër pirjes së duhanit dhe alkoolit) që ndikojnë pozitivisht ose negativisht në shëndetin e individëve, grupeve dhe bashkësive [12]. Përcaktuesit shoqërorë mund të kenë një rol shkakësor në nxitjen e sëmundjeve dhe aftësisë së kufizuar, por anasjelltas mund të promovojnë perspektivat për parandalimin e sëmundjeve dhe ruajtjen e shëndetit. Pasi u injoruan ose u konsideruan vetëm si ndikime të largëta ose dytësore në shëndetin dhe sëmundjet, përcaktuesit shoqërorë janë pranuar gjithnjë e më shumë si shkaqe themelore të sëmundjeve shëndetësore, të faktorëve përkatës në patogjenezën dhe përparimin e një sëmundjeje, veçanërisht në lidhje me sjelljet dhe kushtet shoqërore që shkaktojnë që personi të përvetësojë sëmundjen [13]. Është gjetur tashmë se faktorët social mund të shënojnë fillimin e problemeve shëndetësore dhe në këtë mënyrë shërbejnë si një shkak i drejtpërdrejtë për një sërë sëmundjesh. Efekti i përcaktuesve shoqërorë shtrihet edhe në sëmundjet kronike, duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare, diabetin e tipit 2, goditjen në tru, kancerin, sëmundjet pulmonare, sëmundjet e veshkave dhe shumë sëmundje të tjera [14]. Disa studime kanë gjetur se konteksti shoqëror i jetës së një personi përcakton rrezikun e ekspozimit, shkallën e ndjeshmërisë dhe rrjedhën dhe rezultatin e një sëmundjeje - pavarësisht nëse është infektive, gjenetike, metabolike, malinje ose degjeneruese [15]. Faktorët socialë mund të inicojnë shfaqjen e patologjisë dhe në këtë mënyrë të shërbejnë si një shkak i drejtpërdrejtë për një sërë sëmundjesh kronike. Pirja e duhanit, për shembull, shoqërohet me më shumë sëmundje sesa çdo sjellje tjetër e lidhur me shëndetin, siç shihet në lidhjen e tij me më shumë se 21 sëmundje kronike, duke përfshirë të paktën 12 lloje të kancerit, gjashtë lloje të sëmundjeve kardiovaskulare, diabet, sëmundje pulmonare obstruktive kronike, pneumonia përfshirë gripin, dhe të tjerët [16]. Mund të duket se faktorët shkaktarë janë të gjithë biologjikë pasi është katrani në tymin e duhanit që shkakton kancer, dëmton qarkullimin e gjakut dhe nxit probleme të tjera shëndetësore. Megjithatë, pirja e cigareve dhe thithja e katranit është një përvojë e mësuar që zakonisht fillon shoqërisht në shoqërinë e dikujt tjetër që udhëzon rishtarin [17]. Edhe pse ndoshta, jo të gjithë duhanpirësit fillojnë të pinë duhan nën kujdestarinë e një personi tjetër, duket se

pothuajse të gjithë e bëjnë. Të rriturit në një familje ku një ose të dy prindërit pinë duhan, të kesh një bashkëshort që pi duhan dhe të shoqërohesh rregullisht me duhanpirësit janë të gjitha situata shoqërore që krijojnë një mjedis që promovon pirjen e duhanit nga ana e një individi. Kështu, përmes ndërveprimit shoqëror krijohen mjedise shoqërore të prirura për pirjen e duhanit që fillojnë rrugën drejt kancerit të mushkërive dhe sëmundjeve të ndryshme të tjera të lidhura me duhanin. Duhanpirësit gjithashtu tregojnë një model shoqëror karakteristik që tregon se përdorimi i duhanit nuk është një vendim i rastësishëm, individual plotësisht i pavarur nga ndikimet shoqërore. Përkundrazi, disa njerëz, veçanërisht ata nga rrethanat e pafavorizuara shoqërore, në mënyrë kolektive shprehin zakone të dobëta shëndetësore si pirja e duhanit dhe kanë ekspozim më të madh ndaj llojeve të situatave shoqërore që nxisin këtë sjellje. Modelet e pirjes së duhanit, megjithatë, nuk kanë të bëjnë vetëm me situatat shoqërore që çojnë në pirjen e duhanit; ato kanë të bëjnë edhe me faktorët socio -ekonomikë që punojnë kundër ndërprerjes (p.sh, borxhi, stresi, papunësia). Rezultati është se pirja e duhanit sot është e pazakontë në mesin e njerëzve në nivelet më të larta dhe të mesme të shoqërisë dhe është e përqendruar në mesin e atyre që janë në fund të shkallës shoqërore. Individët në grupet më të larta socio-ekonomike ishin të parët që miratuan pirjen e duhanit në fillim të shekullit të 20-të dhe klasa të tjera shoqërore u pasuan, por publiciteti në rritje për efektet e dëmshme të cigareve në vitet 1960 çoi në një ndryshim në modelet e pirjes së duhanit me kalimin e kohës, grupet shoqërore më të pasura dhe me nivel të lartë ekonomik e braktisën këtë praktikë [18]. Faktorët më të rëndësishëm shoqërorë që përcaktojnë shëndetin të identifikuar janë të ardhurat, pasuria e grumbulluar, arsimi, karakteristikat e punës dhe pabarazia sociale bazuar në anëtarësinë e racës dhe grupit etnik. Këto variabla kanë efekte të drejtpërdrejta si në stilin e jetës jo të shëndetshme ashtu edhe në atë të shëndetshme, në sjelljet shëndetësore me rrezik të lartë ose të ulët, dhe mbi kushtet e jetesës, sigurinë ushqimore, nivelet e streseve dhe tendosjeve, disavantazhet sociale gjatë rrjedhës së jetës, faktorët mjedisorë që ndikojnë në rezultatet biologjike përmes shprehjes së gjeneve dhe lidhjet e tjera me sëmundjet kronike [19]. Ka shumë shembuj të tjerë të faktorëve shoqërorë që veprojnë si një përcaktues i fuqishëm i rezultateve të shëndetit, siç shihet në studimet e sëmundjet renale, kancerit të gjirit, obezitetit të fëmijërisë, sëmundjeve koronare të zemrës, dhe shëndetit kardiometabolik [20-24]. Menaxhimi kuptimplotë i sëmundjeve kronike është një aspekt kryesor i kujdesit shëndetësor të bazuar në vlera. Ndërkohë që menaxhimi i kujdesit është më shumë se vetëm praktikë mjekësore; është një pranim që përcaktuesit shoqërorë të shëndetit ndikojnë në sëmundjet kronike. Këta faktorë që përcaktojnë aftësinë e një pacienti për të patur mirëqenie mund t'i pengojnë pacientët të përfshihen në sjellje të shëndetshme, të kenë qasje në kujdesin shëndetësor dhe të mbajnë nën kontroll gjendjen e simptomave të sëmundjes së tyre. Më poshtë, do të përshkruajmë përcaktuesit kryesorë socialë të shëndetit që ndikojnë në menaxhimin e sëmundjeve kronike dhe se si industria e kujdesit shëndetësor ka filluar t'i trajtojë ato.

- POZITA GJEOGRAFIKE

Vendi se ku një pacient jeton, jo përbërja e saj gjenetike, është shfaqur si një përcaktues qendror shoqëror i shëndetit. Gjeografia mund të luajë një rol në arritjen arsimore të një pacienti, sigurinë e strehimit, sigurinë publike ose ekspozimin ndaj dhunës, dhe në shumë raste te të ardhurat. Ndoshta më e rëndësishmja për menaxhimin e sëmundjeve kronike, gjeografia mund të kufizojë aksesin e pacientit në kujdes, i cili përfundimisht

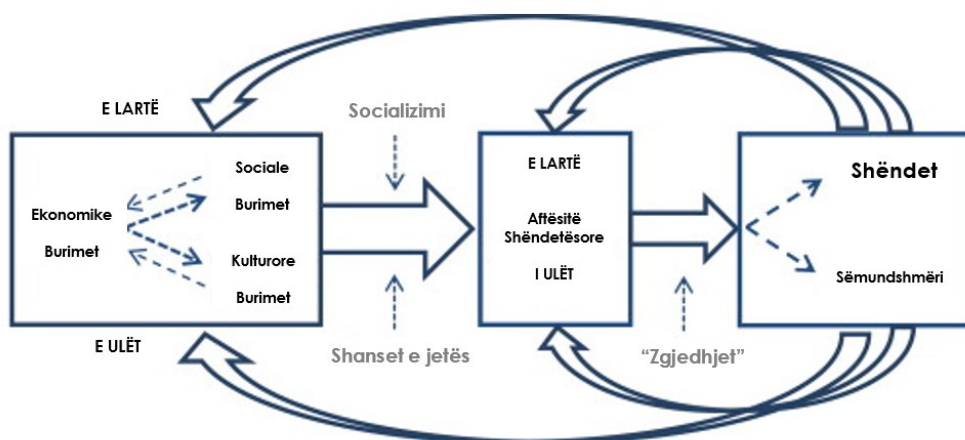


mund të përcaktojë sa i shëndetshëm është një pacient. Për shembull, individët që jetojnë në rajonet rurale përballen me sfida kur kanë qasje në kujdes thjesht sepse një strukturë mjekësore ndodhet shumë larg shtëpive të tyre. Në të njëjtën kohë, pacientët që jetojnë në fshat kanë më shumë gjasa të raportojnë shëndet më të dobët dhe sëmundje kronike.

- STATUSI SOCIO-EKONOMIK

Të ardhurat janë një përcaktues kritik shoqëror i shëndetit që ka ndikime të gjera në mirëqenien e pacientit. Ndërsa statusi socio - ekonomik ka një numër ndikimesh dytësore në vendndodhjen gjeografike, arritjet arsimore, sigurimin e strehimit dhe sigurinë ushqimore, - ai gjithashtu ka një ndikim të drejtpërdrejtë në shëndetin e pacientit dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike. Kjo është për shkak se statusi socio -ekonomik mund të përcaktojë nëse një pacient mund të përballojë të angazhohet me kujdesin e tij shëndetësor. Kujdesi i shmangur tenton të bjerë në dy hendeqe: kapërcimi i qasjes së trajtimit bazë, si vizita në kujdesin parësor, dhe kapërcimi ose racionimi i dozave të barnave me recetë. Respektimi i dobët i ilaçeve dhe anashkalimi i planeve të kujdesit kronik të sëmundjeve përfundimisht me efekte katastrofike në shëndetin e pacientit. Të dhënat e publikuara në lidhje me këtë determinant social kanë treguar se shumë pacientë kanë anashkaluar vizitat te mjeku për shkak të përgjegjësisë së lartë financiare. Ndërkohë, ka raportime se pacientë kanë vonuar trajtimin mjekësor për shkak të kostove financiare. Vonesat në trajtimin mjekësor, qoftë për lëndime, sëmundje apo gjendje kronike, mund të kenë implikime të rëndësishme jo vetëm për ekonominë dhe sistemin e kujdesit shëndetësor, por edhe për klimën politike. Studimet sugjerojnë që burimet ekonomike mund të shndërrohen në burime shoqërore dhe kulturore, dhe, nga ana tjetër, burimet shoqërore dhe kulturore mund të përkthehen ose të përforcojnë burimet ekonomike. Me kalimin e kohës, tre llojet e burimeve bashkohen në një klasë të veçantë shoqërore dhe "stile jetese" të shoqëruara që riprodhohen me kalimin e kohës në jetën e individëve përmes procesit të shoqërizimit. Ky grup burimesh varion nga i ulët në i lartë dhe formon aftësitë shëndetësore të një personi, Figura 23-1.

Figura 23-1*.





*Burimi: Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. Soc Sci Med. 2014 Feb; 102:58-68.

- ARSIMIMI, KULTURA SHËNDETËSORE

Niveli arsimor i një pacienti ka një lidhje të dukshme me nivelin e tij të mirëqenies. Në mënyrë tipike, pacientët me arsim të lartë kanë tendencë të jetojnë më të shëndetshëm dhe për këtë arsye të jetojnë më gjatë. Pacientët me njohuri të ulëta shëndetësore mund të mos i kuptojnë planet e tyre të menaxhimit të kujdesit kronik, dhe mund të mos ndihen të fuqizuar ose aktivizuar për të bërë pyetje në lidhje me sëmundjen e tyre kronike. Si rezultat, pacientët mund të mos përfshihen aq thellë me planet e tyre të menaxhimit të kujdesit kronik.

- SIGURIA E STREHIMIT

Siguria e strehimit - ose qasja në një shtëpi të përhershme, të sigurt dhe të qëndrueshme - ka një ndikim të rëndësishëm në shëndetin dhe mirëqenien e pacientit. Siguria e strehimit është e lidhur ngushtë me përcaktuesit e tjerë kryesorë socialë të shëndetit. Gjeografia, të ardhurat dhe niveli arsimor, të gjitha së bashku mund të ndikojnë në aftësinë e një pacienti për të gjetur një shtëpi të sigurt dhe të qëndrueshme sepse ato ndikojnë në aftësinë e saj për ta mbajtur atë shtëpi dhe nëse ajo shtëpi është në një lagje të sigurt. Në kontekstin e kujdesit kronik, për një pacient është e vështirë që të menaxhojë sëmundjen e tij kronike nëse ai/ajo nuk ka një vend për të jetuar. Studimet tregojnë se rreth 70 përqind e të pastrehëve kronikë kanë një çrregullim neurokognitiv. Ndërkohë që sëmundje të tjera kronike si sëmundjet pulmonare obstruktive kronike, artriti dhe çrregullime të tjera muskuloskeletale, hipertensioni, diabeti dhe anemia kanë një ecuri më të rëndë në të pastrehët ose në popullata të pasigurta. Secili nga këta përcaktues individualë të shëndetit shoqëror, ose një kombinim i dy ose më shumë, mund të jetë një bazë e mirë nisëse për një qasje të synuar të shëndetit të komunitetit për përmirësimin e shëndetit të popullatës [25].

Gjinia si një Përcaktues Social i Shëndetit

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. Vajzat dhe gratë preken më shumë nga varfëria dhe kjo është një ndër arsytet 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 rreziqet 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 i mënyrës sesi gjinia ndikon në shëndet i referohet faktorëve në tre nivele: strukturorë, të ndërmjetëm dhe më pas në rezultatet shëndetësore dhe ekonomike të burrave dhe të grave. Më konkretisht, këta faktorë janë përshkruar më poshtë:

1. Faktorët strukturorë
2. Faktorët e ndërmjetëm
 - a) Vlera, norma, praktika dhe sjellje diskriminuese brenda familjes dhe në komunitet
 - b) Ekspozime të ndryshme ndaj rreziqeve dhe vulnerabilitete që ndikojnë në shfaqjen e sëmundjeve, në nivelin e aftësisë së kufizuar dhe në lëndime/trauma
 - c) paragjykime në sistemet shëndetësore
 - d) paragjykime në kërkimet shëndetësore
3. Rezultate:
 - a) Rezultate shëndetësore të pabarabarta
 - b) Pasoja ekonomike dhe sociale për vajzat dhe djemtë, burrat dhe gratë, familjet e tyre dhe vendet e tyre.

- Faktorët strukturorë

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 patur 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. 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 vendimarrje (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.

Faktorët strukturorë që lidhen me gjininë dhe ndikojnë në shëndetin e burrave dhe grave janë të ndryshëm. Këta faktorë përfshijnë: arsimimin, ndryshimet demografike dhe ngarkesa e grave dhe globalizimi [26]. Diferencimet gjinore janë vënë re në shumë studime në lidhje me vetë-menaxhimin e sëmundjeve. U vu re se efikasiteti i përdorimit të teknologjisë në menaxhimin e diabetit ishte i ndikuar nga gjinia. Më specifikisht, burrat dhe gratë dallonin në vetë-efikasitetin në lidhje me mënyrën e ushqyerjes (mungesa e aftësive në gatim nga ana e burrave), burimet e informacionit (burrat merrin informacion mbi sëmundjen nga mjeku i familjes kurse gratë ishin më të prirura për të përdorur internetin dhe rrjetet sociale) dhe tematikat në lidhje me ndërhyrje të kujdesit shëndetësor digjital (burrat kërkonin tematike specifike të lidhura me gjininë, edhe gratë

ndërrhyrje për menopauzën) [27]. Një studim tjetër në lidhje me vetë-menaxhimin e diabetit mellitus evidentoi se burrat ishin të përqëndruar më shumë në aspektet praktike të menaxhimit të sëmundjes për të zvogëluar mbështetjen në ilaçe, ndërsa gratë ishin më të përqëndruara në komponentët afektivë të vetë-menaxhimit. Gratë i kufizonin ushqimet nga dietat e tyre të perceptuara si të ndaluara ndërsa shumë burra moderonin marrjen e ushqimeve të perceptuara jo të shëndetshme. Gratë përdornin burime ndërvepruese shoqërore, si klasat e edukimit dhe grupet mbështetëse, ndërsa burrat mbështeteshin më shumë në mësimin e drejtuar nga vetja, por gjithashtu përshkruan dëshirën për më shumë udhëzime shëndetësore. Së fundi, burrat dhe gratë raportuan se donin mbështetje nga mjeku për aspektet afektive dhe praktike të vetë-menaxhimit [28].

-Faktorët e ndërmjetëm

Në këta faktorë bëjnë pjesë: vlera, norma, praktika dhe sjellje diskriminuese; ekspozime në rreziqe shëndetësore dhe shkalla e vulnerabilitetit; sisteme shëndetësore diskriminuese; dhe kërkim shkencor me bias (anësi). 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, praktikën për shëndetin, aksesin në shërbime shëndetësore etj. Ndërkohë që, 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 jeta e tyre është me pranimë 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 pasojë shëndetësore për gratë dhe për burrat. Shumë probleme shëndetësore janë pasojë e kombinimit të ndryshimeve biologjike dhe gjinore [26]. Nga ana tjetër, gjinia është një strukturë dinamike dhe e përcaktuar shoqërisht që përfshin miratimin e roleve, vlerave dhe besimeve të burrave dhe grave. Rolet me bazë gjinore, miratimi dhe rezultatet shëndetësore formohen edhe nga faktorët socialë, ekonomikë, politikë dhe kulturorë që përcaktojnë shëndetin dhe mirëqenien. Këta përcaktues, siç janë nivelet e ulëta të arsimimit dhe varfëria, mund të përcaktojnë një kurs për një jetë të vështirë dhe paaftësie. Përveç roleve sociale dhe ekonomike, kapaciteti i grave për t'u përfshirë në mënyrë aktive në vendimmarrje dhe qasje në burime mund të ndikojë në shëndetin dhe mirëqenien e tyre [29]. Gratë vazhdojnë të përjetojnë rezultate inferiore shëndetësore në një sërë sëmundjesh kronike, pavarësisht përparimeve të të drejtave të njeriut dhe jetëgjatësisë mesatare në shumë vende të zhvilluara që tejkalon burrat për disa vjet [30]. Përshtatja dhe synimi i shërbimeve të kujdesit shëndetësor për grupe të veçanta socio-demografike dhe kulturore është kritik në promovimin e aksesit në shërbimet e kujdesit shëndetësor. Tendencat unike epidemiologjike, midis tyre dhe plakja e grave që shoqërohet me një sërë sëmundjesh kronike kërkojnë vëmendje të veçantë [31]. Edhe aksesin 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. Roli i grave brenda sistemit shëndetësor është lidhur më shumë me pjesën e kujdesit. Ato janë kryesisht infermiere, infermieret në poste ambulatorë dhe kujdestare në banesë, të cilat kompensojnë për shumë probleme të sistemeve shëndetësore. 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 [26]. Edhe konteksti i sëmundjeve kronike mund të preket nga disbalancat gjinore në kërkimin shëndetësor. Disa prej tyre mund të jenë:

- Njohje më e ngadaltë në historikun e sëmundjeve të problemeve shëndetësore që prekin veçanërisht gratë;
- Përqasje të keqdrejtura 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 ndryshme 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 shkencëtarëve gra [26].

- Rezultatet shëndetësore

Të gjithë faktorët strukturorë të përmendur më sipër, por edhe faktorët e ndërmjetëm kanë një ndikim të drejtpërdrejtë ose të tërthortë në shëndetin e vajzave dhe grave. Në këtë aspekt, literatura sugjeron se gratë me sëmundje kronike kanë tendencën të raportojnë cilësi jetese më të ulët krahasuar me burrat [32]. Për rezultate më të mira shëndetësore për vetë-menaxhimin e sëmundjeve kronike rekomandohen ndërhyrje me një qasje të bazuar në gjini [30].

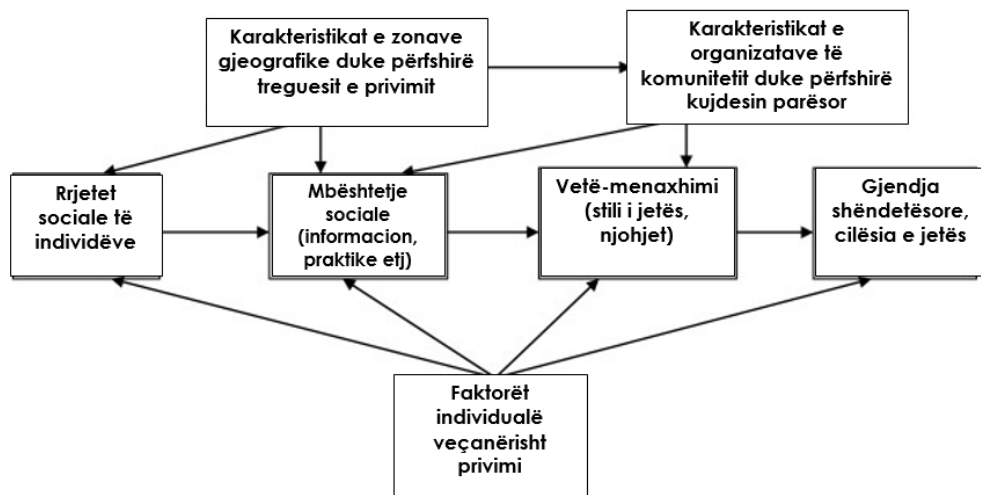
Ndërmarrja e veprimeve për vetë-menaxhim shëndetësor

Optimizimi i vetë-menaxhimit të njerëzve me sëmundje kronike është një strategji e rëndësishme për të përmirësuar cilësinë e jetës, rezultatet shëndetësore, përvojat e pacientëve në kujdesin shëndetësor dhe qëndrueshmërinë e sistemeve të kujdesit shëndetësor. Shumë kërkime mbi vetë-menaxhimin fokusohen në kompetencat individuale, ndërsa sistemet sociale të mbështetjes që lehtësojnë vetë-menaxhimin janë ende të paeksploruara. Shëmbulli i mëposhtëm i ndërhyrjes për vetë-menaxhim synonte të eksploronte rolin mbështetës të sistemeve sociale për vetë-menaxhimin dhe cilësinë e jetës, duke u fokusuar në rrjetet sociale të njerëzve me diabet dhe organizatat e komunitetit që u shërbejnë atyre [32]. Ndërhyrja e synuar ishte një studim i tërthortë në 18 zona gjeografike në gjashtë vende evropiane, duke përfshirë një total prej 1800 individësh me diabet dhe 900 përfaqësues të organizatave të komunitetit, Figura 23-1. Vetë -menaxhimi shihet si një mënyrë e mundshme për të ulur kostot shëndetësore, duke e detyruar pacientin të marrë drejtimin në shëndetin e tij/saj dhe duke zhvendosur

mbështetjen sociale drejt familjes dhe organizatave të komunitetit. Kjo nënkupton që mbështetja sociale pritët të ofrohet më shpesh nga anëtarët e familjes dhe organizatat e komunitetit duke i stimuluar ata të marrin përsipër fusha të reja të tilla si mbështetja për vetë-menaxhimin [32].

Ndërhyrjet të tjera sugjerojnë që qasjet e përqendruara në komunitet dhe rrjet mund të jenë veçanërisht të rëndësishme për angazhimin e njerëzve në kushte të privuara nga shoqëria dhe ekonomia [33].

Figura 23-1.



Kuadri konceptual i studimit. Legjenda: Blloqet i referohen grupit të ndryshoreve dhe shigjetat i referohen efekteve të pritura shkakësore.



Referenca

1. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1–7.
2. Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *J Aging Health.* 1991;3(1):3–27.
3. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(2):136–144.
4. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav.* 2003;30(2):170–195.
5. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44(2):136–144. Grey M, Knafl K, McCorkle R. A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook.* 2006;54(5):278–286.
6. Living well with chronic illness. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012. a call for public health action.
7. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health.* 2014;104(8):e25–e31.
8. Multiple chronic conditions—a strategic framework. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2010. Optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions.
9. WHO. Brazil: Rio de Janeiro; 2011. Oct, Rio Political Declaration at the World Conference on Social Determinants of Health; pp. 19–21
10. Solar O, Irwin A. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* Geneva: WHO; 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health.
11. Cockerham WC. *Medical Sociology.* 13th. New York: Routledge; 2016.
12. Cockerham WC. *Social Causes of Health and Disease.* 2nd. Cambridge, UK: Polity; 2013.
13. Solar O, Irwin A. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* Geneva: WHO; 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health.
14. Yang YC, McClintock MK, Kozloski M, Li T. Social isolation and adult mortality: the role of chronic inflammation and sex differences. *J Health Soc Behav.* 2013 Jun; 54(2):183–203.

15. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Leëis CE, Ockene JK, Prentice RL, Speizer FE, Thun MJ, Jacobs EJ. Smoking and mortality--beyond established causes. *N Engl J Med*. 2015 Feb 12; 372(7):631-40.
16. Hughes J. *Learning to Smoke: Tobacco Use in the Ėest*. Chicago: University of Chicago Press; 2003.
17. Pampel FC. The persistence of educational differences in smoking. *Soc Prob*. 2009;56(3):526–542.
18. Woolf SH, Laudan A, editors. *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. Washington, DC: National Academies Press; 2013.
19. Hill KE, Gleadle JM, Pulvirenti M, et al. The social determinants of health for people ėith type 1 diabetes that progress to end-stage renal disease. *Health Expect*. 2015;18(6):2513–2521.
20. Shariff-Marco S, Yang J, John EM, et al. Intersection of race/ethnicity and socioeconomic status in mortality after breast cancer. *J Community Health*. 2015;40(6):1287–1299.
21. Tomayko EJ, Flood TL, Tandis A, Hanrahan LP. Linking electronic health records ėith community-level data to understand childhood obesity risk. *Pediatr Obes*. 2015;10(6):436–441.
22. Kim D. The associations between U.S. state and local social spending, income inequality, and individual all-cause and cause-specific mortality. *Prev Med*. 2015;84:62–68.
23. Puckrein GA, Egan BM, Hoëard G. Social and medical determinants of cardiometabolic health. *Ethn Dis*. 2015;25(4):521–524.
24. Sara Heath. 4 Key SDOH Impeding Chronic Disease Management. Geography, income, educational attainment, and housing security are key SDOH that affect chronic disease management and engagement. June 23, 2020.
25. Burner E, Menchine M, Taylor E, Arora S. Gender differences in diabetes self-management: a mixed-methods analysis of a mobile health intervention for inner-city Latino patients. *J Diabetes Sci Technol*. 2013;7(1):111-118.
26. Elona Dhëmbo & Veronika Duci. Përkatësia Gjimore dhe Shëndeti: Integrimi i Perspektivës Gjimore në Kurrikulat dhe Praktikën e Infermierisë në Familje” Tiranë, 14-16 Prill, 2021.
27. Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M. *et al*. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* **13**, 122 (2012).
28. Beal C. Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(7):795–813.



29. UN Women. UN Women Celebrates Launch as Poëerful Driver of Women's Equality. 2011.
30. DiGiacomo, M., Green, A., Rodrigues, E. *et al.* Developing a gender-based approach to chronic conditions and women's health: a qualitative investigation of community-dwelling women and service provider perspectives. *BMC Women's Health* **15**, 105 (2015).
31. Yu T, Enkh-Amgalan N, Zorigt G, Hsu YJ, Chen HJ, Yang HY. Gender differences and burden of chronic conditions: impact on quality of life among the elderly in Taiwan. *Aging Clin Exp Res.* 2019 Nov;31(11):1625-1633.
32. Koetsenruijter J, van Lieshout J, Vassilev I, et al. Social support systems as determinants of self-management and quality of life of people with diabetes across Europe: study protocol for an observational study. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:29. Published 2014 Mar 4.
33. Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, Boëer P, Kirk S, Chew-Graham C, Morris R. Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illn.* 2011;7(1):60–86.



Modelet dhe programet e vetëmenaxhimit në sëmundjet kronike (kujdesi në banesë)

Objektivat e mësimi

- Të përshkruaj modelet dhe programet e vetë-menaxhimit duke krahasuar ngjashmëritë dhe ndryshimet midis tyre
- Njohja me Modelin e Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin
- Të eksploroj ndërhyrjet, lehtësuesit dhe barrierat e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Modelet dhe programet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Një nga elementët bazë të shumë modeleve të kujdesit për sëmundjet kronike është edhe mbështetja e individëve në vetë-menaxhimin e sëmundjes [1]. Në konceptin e vetë-menaxhimit pacientët janë pjesëmarrës aktivë në trajtimet e tyre [2]. Në një nivel të gjerë, vetë-menaxhimi përcaktohet si menaxhimi i përditshëm i sëmundjeve kronike nga individët gjatë kohëzgjatjes së një sëmundje [3]. Modelet dhe programet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike janë përshtatur për individët dhe qëllimet e tyre. Gjithashtu, duhet të dihet që jo të gjithë individët me sëmundje kronike janë në gjendje për vetë-menaxhim dhe për të arritur qëllimet është i nevojshëm adoptimi i modeleve të ndryshme të kujdesit [4]. Programet e vetë-menaxhimit mund të jenë individuale sic është Programi Flinders i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike [5] apo të bazuara në grup sic është Programi Stanford për Vetë-Menaxhimin e Sëmundjeve Kronike [6] apo Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në qendër pacientin që përdoret më gjerësisht në kujdesin shëndetësor parësor duke siguruar koordinimin dhe integrimin e kujdesit [7-8]. Përshkrimet aktuale të proceseve të vetë-menaxhimit nga perspektiva e individëve që jetojnë me sëmundje kronike përfshijnë (1) përqëndrimin në nevojat e sëmundjes, (2) aktivizimin e burimeve dhe (3) jetesën me sëmundjet kronike [9]. Vetë-menaxhimi është gjithashtu një nga 6 elementët thelbësorë të identifikuar në Modelin e Kujdesit Kronik [10]. Ekzistojnë dëshmi premtuese për efektivitetin e programeve të ndërhyrjes vetë-menaxhuese që trajtojnë sëmundje specifike, si dhe programe që tregojnë sukses në shumë sëmundje kronike [11-12-13]. Vetë-menaxhimi i sëmundjeve kronike është efikas brenda kontekstit të njerëzve dhe ndikimeve të tjera [14]. Themelore për suksesin e tij janë marrëdhëniet midis pacientëve dhe ofruesve të tyre të kujdesit shëndetësor (kryesisht infermierëve), miqve dhe komunitetit, si dhe anëtarëve të familjes [15-16].



Programi Flinders i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike

Programi Flinders i Vetë-Menaxhimit të Sëmundjeve Kronike apo thjesht Programi Flinders është një grup i përgjithshëm mjetesh dhe procesesh që u mundësojnë profesionistëve të shëndetit t'i mbështesin pacientët për të vetë-menaxhuar në mënyrë më efektive gjendjen (et) e tyre kronike. Programi Flinders është një partneritet i vetë - menaxhimit i bazuar në terapinë njohëse të sjelljes, zgjidhjen e problemeve dhe teknikat e intervistimit motivues. Pacientët marrin pjesë në mënyrë aktive në marrjen e vendimeve për mirëqënien e tyre fizike, emocionale dhe sociale. Në këtë program kujdesi, profesionistët e shëndetit punojnë individualisht me pacientët duke përdorur mjetet e Programit për të vlerësuar sjelljet e vetë-menaxhimit, barrierat, çështjet psikosociale dhe preferencat, duke hartuar një Plan të individualizuar të Kujdesit që përfshin problemin dhe qëllimin, deklarata, ndërhyrje, hapa dhe përgjegjësi që përputhen me vlerat, prioritetet e pacientit dhe besimet. Programi bazohet në kërkime të gjera që identifikojnë rëndësinë e vetë-menaxhimit dhe mbështetje për vetë-menaxhim në menaxhimin e sëmundjeve kronike.

Qëllimet e Programit Flinders

Mjetet dhe proceset e Programit Flinders ofrojnë një kornizë për profesionistët e shëndetit dhe klientët/pacientët që:

- a) Ndërmerr një vlerësim të strukturuar të vetë-menaxhimit
- b) Bashkëpunon në identifikimin e problemeve dhe qëllimeve, duke çuar në
- c) Zhvillimin e një plani individual të kujdesit

Procesi është i përgjithshëm dhe jo specifik për sëmundjen. Ai shikon se si kryhen dhe cfarë rezultatësh japin detyrat që lidhen me vetë-menaxhimin si p.sh., menaxhimi i ndikimit të sëmundjes në cilësinë e jetës, monitorimin dhe menaxhimin e simptomave, adoptimin e stileve të shëndetshme të jetesës, etj [5].

Mjetet e Planifikimit të Kujdesit të Programit Flinders

Programi Flinders përbëhet nga një grup mjetesh që plotësohen si nga klienti ashtu edhe nga profesionisti/punonjësi i kujdesit shëndetësor, duke punuar së bashku si një ekip. Mjetet e Planifikimit të Kujdesit të Programit Flinders ofrojnë një qasje formale, sistematike për vlerësimin e kapacitetit të vetë-menaxhimit dhe planifikimin e kujdesit. Mjetet e përdorura për të vlerësuar kapacitetin e vetë-menaxhimit janë:

- Partnerët në Shkallën e Shëndetit
- Intervista Sugjerime dhe Përgjigje
- Vlerësimi i problemeve dhe qëllimeve

Mjeti i planifikimit të kujdesit është:

- Plani i kujdesit për menaxhimin e gjendjes kronike

Përdorimi i këtyre mjeteve i mundëson profesionistit të shëndetit dhe klientit të identifikojnë çështjet, të formojnë një Plan të individualizuar të Kujdesit dhe të sigurojnë një sistem për monitorimin dhe rishikimin e progresit.

• Partnerët në Shkallën e Shëndetit

Është një pyetësor i vërtetuar i bazuar në parimet e vetë-menaxhimit. Klienti e plotëson pyetësorin duke shënuar përgjigjen e tyre ndaj secilës prej dymbëdhjetë pyetjeve në një shkallë prej nëntë pikësh (zero është përgjigja më e ulët, duke reflektuar kapacitet të ulët



të vetë-menaxhimit dhe tetë duke qenë më e larta, duke pasqyruar aftësinë e mirë të vetë-menaxhimit). Pyetjet mbulojnë fushat e mëposhtme:

- 1) Njohja e gjendjes
- 2) Njohuri për trajtimin
- 3) Aftësia për të marrë ilaçe
- 4) Aftësia për të marrë pjesë në vendime
- 5) Aftësia për t'u marrë me profesionistët e shëndetit
- 6) Aftësia për të marrë pjesë në takime
- 7) Aftësia për të monitoruar dhe regjistruar
- 8) Aftësia për të menaxhuar simptomat
- 9) Aftësia për të menaxhuar ndikimin fizik
- 10) Aftësia për të menaxhuar ndikimin emocional
- 11) Aftësia për të menaxhuar ndikimin social
- 12) Përparimi drejt një jetese të shëndetshme

Plotësimi i pyetësorit kërkon 5-10 minuta dhe mund të përdoret për të dokumentuar ndryshimet me kalimin e kohës [17].

• Intervista Sugjerime dhe Përgjigje

Është një shtesë e pyetësorit Partnerët në Shkallën e Shëndetit. Procesi Sugjerime dhe Përgjigje përdor një seri pyetjesh (sinjale) të hapura për të eksploruar në mënyrë më të thellë përgjigjet e klientit ndaj pyetësorit Partnerët në Shkallën e Shëndetit. Ai mundëson që të eksplorojnë barrierat për vetë-menaxhimin dhe kontrollon supozimet që mund të ketë profesionisti shëndetësor ose klienti. Profesionisti shëndetësor mund të shënojë përgjigjet dhe të krahasojë rezultatin e tyre me rezultatet e klientit. Intervista është provuar të jetë një mjet klinik i dobishëm në të drejtën e klientit për të eksploruar vetë menaxhimin.

Disa shembuj të pyetjeve sugjeruese janë renditur në tabelën më poshtë. Pyetjet sugjeruese nuk janë përshkruese dhe shërbejnë si shembuj të llojeve të pyetjeve që mund të bëhen.

Parimi i vetë-menaxhimit	Shembull pyetjesh në intervistën Sugjerime dhe Përgjigje
Njohuri për trajtimin	– Çfarë mund të më thoni për trajtimin tuaj? – Cilat opsione të tjera trajtimi përfshirë terapitë alternative dini? – Çfarë kupton familja/kujdestari juaj për trajtimin tuaj?
Ndarja në marrjen e vendimeve	– A ju dëgjon mjeku/infermieri juaj? – Sa i përfshirë ndiheni në marrjen e vendimeve për shëndetin tuaj me mjekun / infermierin tuaj?
Mënyrë jetese e shëndetshme	– Çfarë po bëni për të qenë sa më të shëndetshëm? – Cilat gjëra bëni që mund ta përkeqësojnë shëndetin tuaj?



-
- Cilat aspekte të stilit tuaj të jetesës dëshironi të ndryshoni?
-

Pyetësi Partnerët në Shkallën e Shëndetit dhe Intervista Sugjerime dhe Përgjigje mund të përdoren bashkë ose individualisht. Intervista Cue and Response është një proces motivues për klientin dhe një nxitje për ndryshimin e sjelljes. Ajo i mundëson individit për të parë efektin e gjendjes së tyre shëndetësore. Pikët e vlerësuara në skajin e poshtëm si nga klienti, profesionisti i shëndetit ose të dyja, shënojnë çështje për diskutim të mëtejshëm. Rezultatet e vlerësuara në skajin më të lartë të shkallës i lejojnë profesionistit shëndetësor të njohë fushat ku klienti po menaxhon mirë. Diskutimi i rezultateve më të ulëta, ose pikëve kur ka një mospërputhje në vlerësim midis klientit dhe profesionistit të shëndetit, lejon sqarimin e çështjeve dhe identifikimin e një grupi të përbashkët problemesh [18].

• Vlerësimi i problemeve dhe qëllimeve

Është një mjet tjetër që mund të përdoret si një shtesë për pyetësin e Partnerët në Shkallën e Shëndetit dhe mjetin Intervista Sugjerime dhe Përgjigje ose si një vlerësim më vete. Dy mjetet e para i mundësojnë profesionistit të shëndetit dhe klientit të identifikojnë një sërë çështjesh ose problemesh që po prekin klientin. Profesionisti shëndetësor mund ta shohë një nga këto çështje si problemin kryesor ose më të madh për klientin. Klienti mund ta shohë të njëjtën gjë si problemin e tyre më të madh, por mund të shohë diçka tjetër që ka një ndikim shumë më të madh. Për shembull, profesionisti shëndetësor mund të mendojë se mënyra se si klienti përdor ilaçet e tij është problemi më i madh; sidoqoftë klienti mund të mendojë se problemi i tyre më i madh janë kërkesat që familja u bën atyre - ndoshta ata kujdesen për nipërit dhe mbesat çdo ditë dhe kanë pak kohë për veten e tyre.

Përveç përkufizimit të problemit nga perspektiva e klientit, ky vlerësim gjithashtu identifikon qartë një qëllim ose qëllime që klienti mund të vendos drejt vetes.

Vlerësimi i problemit

Vlerësimi i problemit të klientit bazohet në tre pyetje të hapura:

- 1) Cilin shihni si problemin tuaj kryesor?
- 2) Çfarë ndodh për shkak të problemit?
- 3) Si ju bën të ndiheni ky problem?

Vlerësimi i problemit duhet të përfshijë Problemin, Ndikimin dhe Ndjenjat dhe mund të vlerësohet qartë dhe thjesht duke përdorur një shkallë nga 0 (aspak) në 8 (shumë) duke matur 'Sa problem është ky për mua?'

Shembull:

"Mungesa e mbështetjes nga familja ime do të thotë se jam e mbingarkuar nga punët e shtëpisë dhe nuk dal dhe ndihem në depresion".

Qëllimi duhet të jetë një qëllim SMART:

- S - Specifik (i përcaktuar qartë)
- M - I matshëm (i vëzhgueshëm)
- A - Bazuar në veprim (në sjellje)
- R - Realiste (jo shumë e varur nga të tjerët)
- T - Me kohë (sa kohë/sa shpesh?)



Shembull:

'Do të marr pjesë në grupin e komunitetit një pasdite në javë për 2 orë'.

- **Plani i kujdesit për menaxhimin e gjendjes kronike**

Informacioni i mbledhur nga pyetësi Partnerët në Shkallën e Shëndetit, Intervista Sugjerime dhe Përgjigje dhe Vlerësimi i problemeve dhe qëllimeve duhet të përmbledhet në planin e kujdesit. Plani i kujdesit dokumenton hetimet mjekësore, detyrat e vetë-menaxhimit, edukimin e vetë-menaxhimit dhe shërbimet e lidhura me shëndetin dhe komunitetin ku personi do të ketë qasje gjatë dymbëdhjetë muajve në vijim.

Informacioni mbi një Plan Kujdesi duhet të përfshijë:

- Çështjet e identifikuara / përfshirë problemin kryesor
- Qëllimet e dakorduara - Ajo që dua të arrij
- Ndërhyrjet e dakorduara - Hapat për të arritur atje
- Një nënshkrim si nga pacienti ashtu edhe nga profesionisti i shëndetit
- Rishikimin e të dhënave [18].

Programi Stanford për Vetë-Menaxhimin e Sëmundjeve Kronike

Programi Stanford për Vetë-Menaxhimin e Sëmundjeve Kronike [19] u hartua nga një ekip studiuesish në Universitetin Stanford. Ai është një seminar edukimi i vetë-menaxhimit ku marrin pjesë njerëz me një sërë sëmundjesh kronike. Programi synon të nxisi te pjesëmarrësit besimin në menaxhimin e shëndetit të tyre dhe mbajtjen e tyre aktivë dhe të angazhuar në jetën e tyre.

Pjesëmarrësit ndjekin një seminar interaktiv 2-orësh një herë në javë për 6 javë për të mësuar zgjidhjen e problemeve, vendimmarrjen, dhe teknika të tjera për menaxhimin e problemeve të zakonshme për njerëzit me sëmundje kronike. Në një seminar tipik, pjesëmarrësit vendosin një qëllim realist për javën e ardhshme dhe zhvillojnë një plan veprimi për arritjen e këtij qëllimi. Ata raportojnë mbi përparimin e tyre në seminarin vijues dhe kërkojnë reagime nga grupi për të ndihmuar në adresimin e çdo sfide. Pjesëmarrësit zbatojnë teknikat për shqetësime të tilla si:

- Trajtimi i efekteve fizike dhe psikologjike të sëmundjeve kronike (përfshirë lodhjen, dhimbjen, depresioni dhe zhgënjimi)
- Ushtrimi, marrja e ushqimit të duhur dhe përdorimi i duhur i ilaçeve
- Komunikimi efektiv me familjen, miqtë dhe profesionistët e shëndetit

Seminaret mundësohen në mjediset e komunitetit, siç janë qendrat e të moshuarve, kishat dhe spitalet. Ata ndihmohen nga dy udhëheqës të trajnuar, njëri ose të dy prej të cilëve janë profesionistë jo -shëndetësorë me sëmundje kronike. Programi Stanford për Vetë-Menaxhimin e Sëmundjeve Kronike është i përshtatshëm për të rriturit me sëmundje kronike të tilla si artriti, diabeti, sëmundjet e zemrës, sëmundjet e mushkërive, dhe probleme të tjera të vazhdueshme shëndetësore. Programi mund të jetë veçanërisht i dobishëm për njerëzit që kanë më shumë se një gjendje shëndetësore, të cilëve problemet shëndetësore kanë filluar të ndërhyjnë në aktivitetet e tyre të përditshme jetësore. Ka dëshmi të forta shkencore që tregojnë se pjesëmarrja në këto seminare trajnuese mund të përmirësojnë rezultatet fizike dhe psikosociale dhe cilësinë e jetës për njerëzit me sëmundje kronike. Përfitimet përfshijnë:



- Ulja e dhimbjes dhe shqetësimi shëndetësor
- Rritja e energjisë dhe më pak lodhje
- Rritja e aktivitetit fizik
- Ulja e depresionit
- Komunikim më i mirë me mjekët
- Zvogëlimi i kufizimeve të roleve shoqërore
- Rritja e besimit në menaxhimin e sëmundjeve kronike

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin (Figura 24.1) përfshin një qasje për ofrimin e kujdesit shëndetësor që është:

- me qendër pacientin
- të arritshme
- gjithëpërfshirëse
- i koordinuar
- të vazhdueshme
- të përkushtuar ndaj cilësisë dhe sigurisë.

Ky model kujdesi është në zemër të një sistemi të integruar shëndetësor që mbështillet rreth pacientit duke përdorur veçoritë e mësipërme. Për të përmbushur kujdesin e kërkuar të individit përdoret një qasje e bazuar në ekip. Anëtarët e ekipit të kujdesit përfshijnë pacientin dhe mjekun e përgjithshëm (familjes). Në varësi të praktikës dhe nevojave të pacientit, ekipi mund të përfshijë gjithashtu stafin e administratës së praktikës, infermierët e praktikës dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor aleat si fizioterapistët, podiatristët, dietologët, edukatorët e diabetit dhe psikologët.

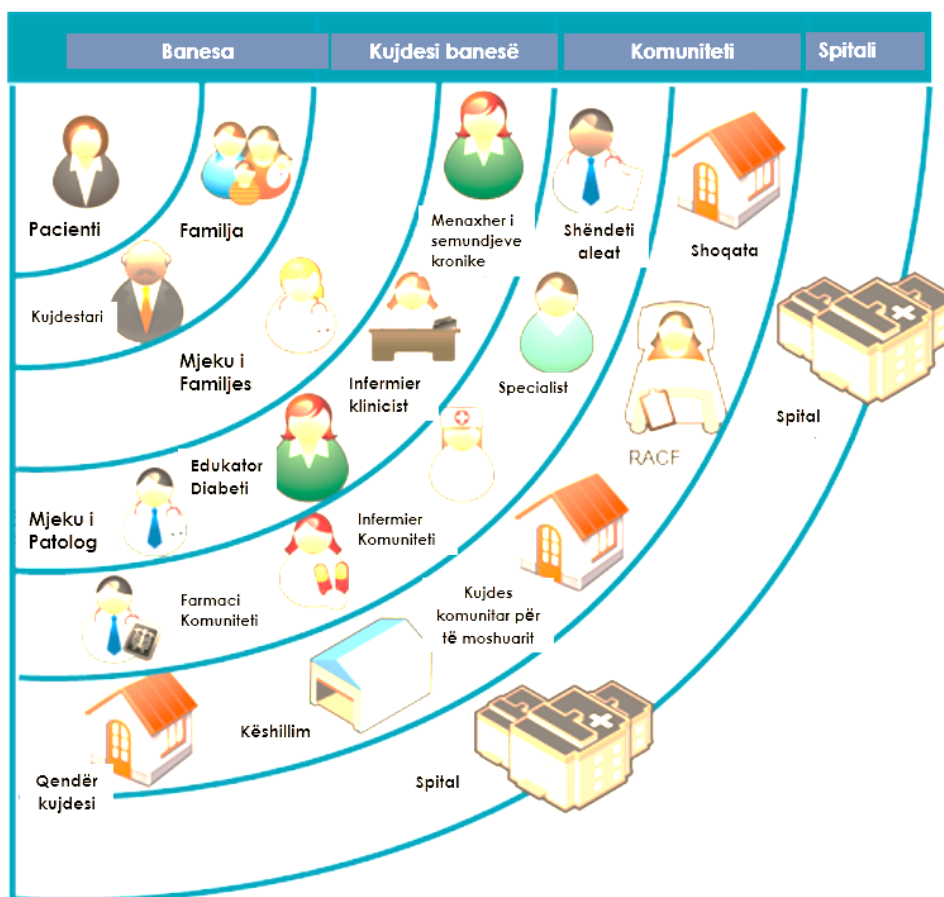
Ndonjëherë një pacient kërkon kujdes nga shërbimet e tjera, të tilla si infermiera në komunitet, specialistët, një spital, organizatat mbështetëse joqeveritare ose shërbimet e kujdesit social. Këto shërbime janë pjesë e qendrës së kujdesit shëndetësor. Pacienti dhe banesa mbeten në qendër të kësaj qendre të kujdesit shëndetësor. Në përputhje me parimin e kujdesit të koordinuar, qendra mbështet banesën dhe mbetet e lidhur me të.

Qendra e kujdesit shëndetësor kërkon të ndërtojë dhe mbështesë kujdesin, për të qenë sa më afër pacientit. Shërbimet specialistike dhe spitalore luajnë një rol për të forcuar kapacitetin e shërbimeve të bazuara në komunitet, kështu që ato mund të mbështesin në mënyrë adekuate pacientin. Shërbimet e referimit të bazuara në komunitet ndihmojnë **Modelin e Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin** të mbështesë pacientin dhe kujdestarin. Modeli mbështet mirëqenien e pacientit dhe të kujdestarit. Të gjitha shërbimet kanë një rol në ofrimin e kujdesit ndaj pacientit, edukimin për kujdesin ndaj pacientit dhe ndihmën banesës mjekësore me qendër pacientin që të kryejë rolin e saj. Për të funksionuar si një sistem shëndetësor i integruar, secili grup ofrues shërbimesh merr një rol mundësues, duke ndihmuar ofruesit e tjerë të japin rolet e tyre sa më mirë që të jetë e mundur. Për shembull, një ofrues do të sigurojë që informacioni i saktë shëndetësor për një pacient është i disponueshëm në kohën e duhur dhe do të kontribuojë në kujdesin e bazuar në ekip në të gjitha organizatat dhe sektorët. Përbërja e **Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin**

dhe qendrës së kujdesit shëndetësor varet nga rolet ose shërbimet e nevojshme ose të disponueshme në një zonë gjeografike. Për shembull, një **Kujdesi Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin** në një vend mund të ketë vetëm një mjek të përgjithshëm dhe një receptionist ose menaxher praktikash. Megjithatë, kjo mund të lehtësojë akoma kujdesin e bazuar në ekip, duke u lidhur me shërbime të ndryshme brenda komunitetit përmes marrëdhënieve të forta të punës. Ky model kujdesi mund të ketë një numër të vogël pacientësh dhe kapacitet për të ofruar kujdes gjithëpërfshirës dhe të koordinuar [20].

Figura 24.1

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin



Parimet kryesore të Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin

1. Kujdes gjithëpërfshirës

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin është përgjegjës për plotësimin e shumicës së nevojave të kujdesit fizik dhe mendor të secilit pacient. Kjo përfshin parandalimin dhe mirëqenien, dhe kujdesin akut dhe kronik. Kujdesi gjithëpërfshirës i këtij modeli kërkon një ekip ofruesish të kujdesit shëndetësor. Ekipi mund të përfshijë mjekë të përgjithshëm (mjekë të familjes), infermierë, farmacistë, dietologë, punonjës socialë, edukatorë dhe koordinatorë të kujdesit. Disa praktika



mjekësore në shtëpi mbledhin ekipe të mëdha dhe të larmishme të ofruesve të kujdesit për të përmbushur nevojat e pacientëve të tyre. Megjithatë, shumë të tjerë, përfshijnë praktika më të vogla, dhe krijojnë ekipe virtuale për të lidhur veten dhe pacientët e tyre me ofruesit dhe shërbimet në komunitetet e tyre [20].

Strategjitë e mëposhtme të kujdesit gjithëpërfshirës janë identifikuar.

- Ekipi i kujdesit fokusohet në të gjithë shëndetin e personit dhe popullatës.
- Kujdesi parësor mund të bashkë-lokalizohet me shëndetin e sjelljes ose shëndetin oral, vizionin, obstetrikën dhe gjinekologjinë dhe farmacinë.
- Ekipi i kujdesit u kushton vëmendje të veçantë njerëzve me sëmundje kronike dhe nevoja komplekse të kujdesit shëndetësor [21].

2. Pacienti në qendër

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin siguron kujdes shëndetësor të bazuar në marrëdhënie dhe të orientuar për të gjithë personin. Partneriteti me pacientët dhe familjet e tyre kërkon mirëkuptim dhe respekt për nevojat, kulturën, vlerat dhe preferencat unike të secilit pacient. Ky model mbështet në mënyrë aktive pacientët ndërsa mësojnë të menaxhojnë dhe organizojnë kujdesin e tyre në një nivel të zgjedhur prej tyre. Modeli i njeh pacientët dhe familjet si anëtarë kryesorë të ekipit të kujdesit dhe sigurojnë që ata janë partnerë plotësisht të informuar në krijimin e planeve të kujdesit [20].

Strategjitë e mëposhtme me në qendër pacientin janë identifikuar.

- Staf i përkushtuar i ndihmon pacientët të lundrojnë në sistem dhe të krijojnë plane kujdesi.
- Fokusi është në marrëdhënie të forta, besuese me mjekët dhe ekipin e kujdesit, me komunikim të hapur rreth vendimeve dhe gjendjes shëndetësore.
- Kujdesi është empatik dhe i ndjeshëm nga pikëpamja kulturore [21].

3. Kujdesi i koordinuar

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin koordinon kujdesin në të gjithë elementët e sistemit të kujdesit shëndetësor (qendra e lagjes së kujdesit shëndetësor). Kjo përfshin kujdes specialiteti, spitale, ofrues të kujdesit për të moshuarit, kujdesin shëndetësor në shtëpi dhe shërbimet dhe mbështetjet e komunitetit. Ky koordinim është veçanërisht kritik gjatë kalimeve midis vendeve të kujdesit, si kur pacientët dalin nga spitali [20].

Strategjitë e mëposhtme të kujdesit të koordinuar janë identifikuar.

- Kujdesi dokumentohet dhe komunikohet në mënyrë efektive në mesin e ofruesve dhe institucioneve, përfshirë pacientët, kujdesin parësor, specialistët, spitalet, shëndetin në shtëpi etj.
- Komunikimi dhe lidhshmëria shtohet nga teknologjia e informacionit shëndetësor [21].

4. Vazhdimësia e kujdesit

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin lehtëson vazhdimësinë e kujdesit përmes një qasjeje të bazuar në ekip ndaj kujdesit shëndetësor, me mjekun si udhëheqës të ekipit. Pacientët dhe ekipi i tyre i kujdesit bashkëpunojnë në menaxhimin e vazhdueshëm të kujdesit shëndetësor, drejt qëllimit të përbashkët të kujdesit shëndetësor me cilësi të lartë. Vazhdimësia e kujdesit ndihmon mjekët e familjes të fitojnë besimin e pacientëve të tyre dhe të bëhen avokatë më efektivë të



pacientëve. Vazhdimësia e kujdesit është e rrënjësuar në një partneritet afatgjatë pacient-mjek. Mjeku i familjes e njeh historinë e pacientit nga përvoja dhe mund të integrojë informacione dhe vendime të reja nga perspektiva e një personi të tërë në mënyrë efikase, pa hetime të gjera ose rishikime të të dhënave [22].

Strategjitë e mëposhtme të vazhdimësisë të kujdesit të koordinuar janë identifikuar.

- Zbatimi i parimeve të këtij modeli kujdesi është treguar të rrisë vazhdimësinë e kujdesit [23].
- Qasja e përmirësuar e bën më të lehtë për pacientët të lidhen me ofruesin e tyre të preferuar të kujdesit.

5. Shërbime të arritshme

Modeli i Kujdesit Mjekësor në Shtëpi (banesë) me në Qendër Pacientin ofron shërbime të arritshme, me kohë më të shkurtër pritjeje për nevoja urgjente, orare të zgjatura, telefon gjatë gjithë kohës ose qasje elektronike tek një anëtar i ekipit të kujdesit dhe metoda alternative të komunikimit të kujdesit siç janë emaili dhe telefoni. Praktika e kujdesit në banesë i përgjigjet preferencave të pacientëve në lidhje me aksesin [20].

Strategjitë e mëposhtme për shërbimet e arritshme janë identifikuar.

- Sistemet më efikase të takimeve ofrojnë qasje të njëjtë ose 24-orëshe, 7-ditore në ekipin e kujdesit.
- Komunikimi elektronik dhe telemjekësia ofrojnë alternativa për vizitat ballë për ballë dhe lejojnë kujdes pas orarit [21].

6. Cilësia dhe siguria

Ky model kujdesi demonstroi përkushtim për përmirësimin e cilësisë së kujdesit të ofruar. Ai e arrin këtë përmes angazhimit të vazhdueshëm në aktivitete të tilla si: kujdesi shëndetësor i bazuar në dëshmi dhe mjetet mbështetëse të vendimeve klinike për të udhëhequr vendimmarrjen e përbashkët me pacientët dhe familjet; angazhimi në matjen dhe përmirësimin e performancës; matjen dhe përgjigjen ndaj përvojave të pacientëve dhe kënaqësinë e pacientit; dhe praktikimin e menaxhimit të shëndetit të popullatës [20]. Strategjitë e mëposhtme të cilësisë dhe sigurisë janë identifikuar.

- Të dhënat elektronike të shëndetit, mbështetja e vendimeve klinike dhe menaxhimi i ilaçeve përmirësojnë trajtimin dhe diagnozën.
- Klinikistët ose stafi monitorojnë qëllimet e përmirësimit të cilësisë dhe përdorin të dhëna për të ndjekur popullatat dhe cilësinë dhe rezultatet e tyre të kostos [21].

Ndërhyrjet, lehtësuesit dhe barrierat e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike

Dy perspektiva teorike nga psikologjia kanë dominuar ndërhyrjen vetë-menaxhuese të sëmundjeve kronike: teoria e vetë-rregullimit dhe teoria njohëse shoqërore.

- **Teoria e vetë-rregullimit.** Në teorinë e vetë-rregullimit, një person është i motivuar të vetë-rregullohet nga një qëllim i dëshiruar ose objektivi përfundimtar i sjelljes. Fuqia e qëllimit shoqërohet me një vlerë që qëllimi përfaqëson për individin. Sa më i spikatur të jetë qëllimi, aq më shumë personi do të angazhohet në sjellje vetë-rregulluese. Modeli gjithashtu supozon se përfshirja në çdo veprim për menaxhimin e sëmundjes (p.sh., ndryshimi i një sjelljeje të tillë si marrja e ilaçeve, dieta ose aktiviteti fizik) do të ndikohet nga faktorë të brendshëm dhe të jashtëm. Teoria e vetë-rregullimit të menaxhimit të



sëmundjes e sheh vetë-rregullimin individual të sjelljes së lidhur me shëndetin si qendrore për arritjen e rezultateve të dëshiruara të trajtimit [24]. Një nga modelet e para të bazuara në teori të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike ishte përdorimi i teorisë së vetë-rregullimit të Clark & Starr-Schneidkraut në kontrollin e astmës [25].

-Teoria njohëse shoqërore. Teoria njohëse sociale është një gur themeli i ndërhyrjeve efektive të vetë-menaxhimit të sëmundjes. Kjo teori paraqet një strukturë kauzale të shumëanshme në të cilën besimet e vetë-efikasitetit veprojnë së bashku me qëllimet, pritjet e rezultateve dhe pengesat dhe lehtësuesit e perceptuar mjedisorë në rregullimin e motivimit, sjelljes dhe mirëqenies njerëzore"[26].

Tre metoda kryesore të ofrimit të ndërhyrjes karakterizojnë programet e vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike: takime në grupe të vogla, teknologji të bazuara në internet dhe eShëndeti, dhe materiale të shtypura.

1) Takimet e grupeve të vogla. Takimet e drejtuara nga kolegët, të grupeve të vogla përfshijnë metodën bazë të ndërhyrjes të programeve të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike dhe janë përdorur me sukses në një spektër të gjerë të gjendjeve kronike [27]. Ky format siguron angazhim ballë për ballë midis pjesëmarrësve, si dhe vëmendje individuale, dhe lehtëson ndërveprimin, diskutimin dhe mbështetjen shoqërore të bashkëmoshatarëve, si dhe një kosto efikasitet në ofrimin e programeve educative shëndetësore. Pjesëmarrjet në program prirën të jenë të larta, dhe takimet e grupeve të vogla janë vlerësuar gjerësisht për realizueshmërinë, pranueshmërinë dhe ndikimin në rezultatet e kujdesit shëndetësor; megjithatë, normat e pjesëmarrjes dhe përfundimi mund të vuajnë për shkak të nevojës së pjesëmarrjes së në seancat e planifikuara të grupit [24].

2) Teknologjitë e bazuara në internet dhe e-Shëndet. Teknologjitë e reja të informacionit dhe komunikimit mund të arrijnë një numër të madh të popullatës me programe të vetë-menaxhimit të sëmundjeve dhe të lejojnë standardizimin dhe përshtatjen e mesazheve të lidhura me shëndetin. Për më tepër, teknologjia është e lëvizshme, ajo ofron intimitet dhe anonimitet, dhe ndërfaqja e përdoruesit mund të bëhet tërheqëse grafiki [28].

3) Materialet e shtypura. Jo të gjithë pacientët janë në gjendje ose të gatshëm të marrin pjesë në takime të grupeve të vogla ose programe të vetë-menaxhimit të sëmundjeve kronike të bazuara në internet, dhe kështu materialet e shtypura që shpërndahen ose me postë ose personalisht paraqesin një metodë alternative të mundshme të ndërhyrjes. Kur postohen, materiale të tilla ofrojnë disa nga të njëjtat avantazhe në shpërndarjen dhe përdorimin si formatet e bazuara në internet dhe kanë demonstruar premtime në përmirësimin e treguesve të shëndetit duke zvogëluar vizitat e mjekëve në mesin e pacientëve me sëmundje kronike [29]. Për më tepër, materiale të tilla ofrojnë përforcim ose sqarim të informacionit të vlefshëm shëndetësor.

Menaxhimi i sëmundjeve kronike për të tejkaluar barrierat dhe për të mbështetur lehtësuesit e vetë-menaxhimit kërkon qasje gjithëpërfshirëse kujdesi [30]. Disa nga lehtësuesit dhe barrierat e vetë-menaxhimit janë paraqitur në tabelën e mëposhtme:



Lehtësuesit	Barrierat
Personi me sëmundje kronike (niveli mikro) • gadishmëria për ndryshim • përfshirja • njohuri dhe të kuptuarit e sëmundjes kronike • vetë-efikasitet	Personi me sëmundje kronike (niveli mikro) • gadishmëria për ndryshim • përfshirja • sëmundjet bashkëshoqëruese • pranimi i sëmundjes • kutura shëndetësore
Profesionisti i kujdesit shëndetësor (niveli meso) • modelet e vetë-menaxhimit • praktika reflektuese • njohuri dhe aftësi • ndërgjegjësimi kulturor • komunikimi	Profesionisti i kujdesit shëndetësor (niveli meso) • modele rigide të kujdesit • burimet • ndërgjegjësimi kulturor • të kuptuarit e roleve në mbështetjen e vetë-menaxhimit • kujdesi tradicional ndaj atij holistic (besimet e pacientit kundrejt besimeve të profesionistit të shëndetit)
Sistemi shëndetësor (niveli makro) • modelet e vetë-menaxhimit të kujdesit • financimi/burimet/ praktikë e bazuar në evidencë • trajnimi i duhur i profesionistëve të kujdesit shëndetësor	Sistemi shëndetësor (niveli makro) • modele rigide të kujdesit, financimi/burimet • implementimi i praktikës së bazuar në evidencë

Kujdesi në banesë në Shqipëri- Çështje për diskutim.



Referenca

1. Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK; HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions. Managing multiple chronic conditions: a strategic frameWork for improving health outcomes and quality of life. *Public Health Rep.* 2011 Jul-Aug; 126(4):460-71.
2. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1–7.
3. Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *J Aging Health.* 1991;3(1):3–27.
4. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health.* 2014;104(8):e25-e31.
5. <https://www.flindersprogram.com.au/Wp-content/uploads/Flinders-Program-Information-Paper.pdf>
6. Stanford University ‘Chronic Disease Self-Management Program’, Chronic Disease Self-Management 2012.
7. O'Dell ML. What is a Patient-Centered Medical Home?. *Mo Med.* 2016;113(4):301-304.
8. <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>
9. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012 Jun;44(2):136-44.
10. Wagner EH. Chronic disease management: What Will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2–4.
11. Lee MC, Wu SV, Lu KC, Liu CY, Liang SY, Chuang YH. Effectiveness of a self-management program in enhancing quality of life, self-care, and self-efficacy in patients With hemodialysis: A quasi-experimental design. *Semin Dial.* 2021 Jul;34(4):292-299.
12. McGoWan P. The relative effectiveness of self-management programs for type 2 diabetes. *Can J Diabetes.* 2015 Oct;39(5):411-9.
13. Franek J. Self-management support interventions for persons With chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013 Sep 1;13(9):1-60.
14. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav.* 2003;30(2):170–195.
15. Geden E, Isaramalai SA, Taylor S. Influences of partners’ vieWs of asthma self-management and family environment on asthmatic adults’ asthma quality of life. *Appl Nurs Res.* 2002;15(4):217–226.



16. Rosland AM, Kieffer E, Israel B et al. When is social support important? The association of family support and professional support With specific diabetes self-management behaviors. *J Gen Intern Med.* 2008;23(12):1992–1999.
17. W Battersby Malcolm , Ask Alex , M Reece Marion , J Markwick Mignon P Collins James (2003) The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* 9, 41-52.
18. <https://www.flindersprogram.com.au/about/information-paper/the-flinders-program-tools/>
19. Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Prevention.Division of Population Health.
20. Agency for Healthcare Research and Quality. Defining the PCMH [Internet].Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2017.
21. Patient Centred Primary Care Collaborative. Why the medical home works: a framework. 2015
22. American Academy of Family Physicians. Continuity of care, definition of Leawood: American Academy of Family Physicians; 2015 [cited March 2017].
23. Perry RJ, McCall N, Wensky SG et al. Care continuity in a patient-centered medical home setting. Research Triangle Park: RTI Press; 2008.
24. John P. Allegrante, Martin T. Wells, Janey C. Peterson. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health* 2019 40:1, 127-146.
25. Clark NM, Starr-Schneidkraut NJ. Management of asthma by patients and families. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994. 149: S54–66.
26. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. 1986. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
27. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 2003. 26: 1–7.
28. Oldenburg B, Taylor CB, O'Neil A, Cocker F, Cameron LD. Using new technologies to improve the prevention and management of chronic conditions in populations. *Annu. Rev. Public Health* 2015. 36: 483–505.
29. Lorig K, Ritter PL, Moreland C, Laurent DD. Can a box of mailed materials achieve the triple aims of health care? The Mailed Chronic Disease Self-Management Tool Kit Study. *Health Promot. Pract.* 2015. 16: 765–74.
30. Russell S, Ogunbayo OJ, Newham JJ, Heslop-Marshall K, Netts P, Hanratty B, Beyer F, Kaner E. Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2018 Jan 17;28(1):2.

