

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Z. HAXHI KAMBERI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

TEMA: VLERËSIMI I NJOHURIVE SHËNDETËSORE FUNKSIONALE
MIDIS PACIENTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR DHE
SPITALOR NË KOSOVË

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Bajram HYSA

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Z. HAXHI KAMBERI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: SHËNDET PUBLIK

**TEMA: VLERËSIMI I NJOHURIVE SHËNDETËSORE FUNKSIONALE
MIDIS PACIENTËVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR PARËSOR DHE
SPITALOR NË KOSOVË**

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Bajram HYSA

MBROHET ME DATË...../.....2013 PARA JURISË

1. _____ **KRYETAR**
2. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
3. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
4. _____ **ANËTAR**
5. _____ **ANËTAR**

Përmbajtja

Parathënie.....	IV
Falenderime.....	V
Lista e Akronimeve.....	VI
1. Hyrje	VII
1.1. Konsiderata të Përgjithshme.....	VII
1.2. Përkufizime të Konceptit të Kompetencave Shëndetësore.....	IX
1.3. Një Model Konceptual i Kompetencave Shëndetësore.....	XIV
1.4. Impakti i Kompetencave Shëndetësore në Shëndet	XVI
1.5. Testi TOFHLA	XXI
1.6. Pacienti dhe Mjedisi i Institucioneve Shëndetësore.....	XXIV
1.7. Kompetencat Shëndetësore dhe Rëndësia e Tyre për Shëndetin Publik..	XXV
2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit	1
2.4. Qëllimi i Studimit.....	1
2.1. Objektivat Specifike të Studimit	1
2.2. Hipotezat e Studimit.....	2
3. Metodologjia	3
3.1. Popullata në Studim	3
3.2. Mbledhja e të dhënave.....	3
3.3. Pyetësi për Vlerësimin e Kompetencave Shëndetësore	4
3.4. Analiza statistikore	42
4. Rezultatet	44
4.1. Rezultatet e Pre-Testimit (Validimit) të Instrumentit TOFHLA.....	44
4.2. Kampioni Përfaqësues i Popullatës Adulte Kosovare.....	46
4.3. Rezultatet e Instrumentit TOFHLA: Analiza Bivariate	51
4.4. Rezultatet e Instrumentit TOFHLA: Analiza Multivariate	56
5. Diskutimi.....	62
5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit	62
5.2. Krahasimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës	63
5.3. Përparësitë dhe Kufizimet e Studimit.....	65
6. Përfundime	67
7. Rekomandime	68
8. Referencat	69

Parathënie

Gjatë dekadave të fundit, kompetencat shëndetësore janë bërë një fushë kërkimore që paraqet interes dhe rëndësi të veçantë në shëndet publik. I përdorur për herë të parë në fillim të viteve 1970-të, termi “kompetenca shëndetësore” ka marrë kuptime të ndryshme për audienca të ndryshme ndërsa kjo fushë kërkimore zgjerohej e thellohej, duke u bërë shpesh burim konfuzioni dhe debatesh në literaturën shkencore.

Përkufizimet e hershme të kompetencave shëndetësore përqëndroheshin më tepër në aftësinë e pacientit për të lexuar dhe kuptuar informacionin shëndetësor dhe përputhjen e tij me instruksionet mjekësore. Më vonë, përkufizimet u zgjeruan duke përfshirë edhe aftësinë për të vlerësuar informacionin shëndetësor, bërjen e zgjedhjeve të mbështetura në këtë informacion, zhvillimin individual si dhe rëndësinë e kontekstit.

Sipas Institutit të Mjekësisë në SHBA, kompetencat shëndetësore përkufizohen si: “Shkalla e aftësisë së individëve për të marrë, përpunuar dhe kuptuar informacionin dhe shërbimet shëndetësore bazë që nevojiten për të bërë zgjedhjet e duhura shëndetësore.” Ky përkufizim i konsideron kompetencat shëndetësore si një tërësi aftësish individuale që ndihmojnë individin për të marrë dhe përdorur informacionin e ri. Këto aftësi janë relativisht të qëndrueshme në kohë, megjithëse mund të përmirësohen me anë të programeve të edukimit ose të përkeqësohen nga plakja ose proceset patologjike që dëmtojnë funksionin konjitiv.

Qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i kompetencave shëndetësore në popullatën adulte të Republikës së Kosovës, shtetit më të ri në Europë i cili po kalon një tranzicion tejet të vështirë pas një lufte të gjatë me Serbinë prej më shumë se një dekade. Duhet theksuar se deri tani, informacioni i lidhur me njohuritë dhe kompetencat shëndetësore për popullatën Kosovare ka qenë krejtësisht i pamjaftueshëm. Nga kjo pikëpmaje, ky punim hedh dritë mbi aspekte të rëndësishme dhe shumë pak të studiura në një popullatë e cila po përballlet aktualisht me probleme të mprehta shëndetësore të lidhura këto me një tërësi reformash politike, ekonomike dhe sociale.

Ky studim vlerësoi prevalencën e njohurive dhe kompetencave shëndetësore në popullatën adulte të Kosovës si dhe lidhjen (shoqërimin) e kompetencave shëndetësore me faktorët demografikë dhe social-ekonomikë përfshi moshën, gjininë, vendbanimin, gjendjen e punësimit dhe nivelin ekonomik.

Sipas rezultateve të këtij studimi, niveli i kompetencave shëndetësore të popullatës Kosovare është i pamjaftueshëm dhe kjo gjetje përbën një shqetësim serioz. Në mënyrë të veçantë, individët me nivel të ulët edukimi dhe shtresat e varfëra paraqesin një nivel më të ulët të njohurive dhe kompetencave shëndetësore, fakt ky që duhet të mbahet mirë parasysh nga profesionistët e shëndetit publik dhe politikë-bërësit e sektorit shëndetësor që hartojnë dhe zbatojnë programe dhe aktivitetete për promovimin e shëndetit të popullatës Kosovare.

Në tërësi, ky studim ofron risi të shumta dhe përbën një vlerë të veçantë në fushën kërkimore-shkencore në Kosovë.

Falenderime

Dëshiroj të falenderoj përzemërsisht udhëheqësin tim shkencor, Prof. Dr. Bajram Hysa për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së këtij studimi, shkrimit të artikujve shkencorë dhe hartimit të dizertacionit përfundimtar.

Dëshiroj të falenderoj gjithashtu të gjithë kolegët e Fakultetit të Shëndetit Publik, Universiteti Mejkësor i Tiranës, për bashkëpunimin e ngushtë dhe mbështetjen në punën time kërkimore-shkencore.

Falenderime të përzemërta për të gjithë kolegët e mi në Kosovë që më kanë inkurajuar dhe këshilluar vazhdimisht përgjatë të gjithë etapave të studimit tim duke më ofruar një ndihmesë shumë të madhe dhe të pa kursyer.

Së fundi, falenderimet më të veçanta i'a rezervoj familjes sime, bashkëshortes sime dhe fëmijëve të mi për mbështetjen maksimale gjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

Lista e Akronimeve

NVS:	New Vital Sign
REALM:	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA:	Test of Functional Health Literacy in Adults
WHO:	World Health Organization
WRAT:	Wide Range Achievement Test

1. Hyrje

1.1. Konsiderata të Përgjithshme

Shoqëritë e informacionit në Shekullin e 21-të përballen me një paradoks për sa i përket marrjes së vendimeve në çështjet e shëndetit. Njerëzit duhet të bëjnë zgjedhje gjithnjë e më të vështira për veten dhe familjet e tyre në mjedise dhe sisteme komplekse të kujdesit shëndetësor.

Shoqëritë “moderne” reklamojnë në mënyrë aktive stile jete jo të shëndetshme, sistemet e kujdesit shëndetësor janë gjithnjë e më të vështira për t’u orientuar brenda tyre dhe sistemet e edukimit ose shkollimit shpesh dështojnë në pajisjen e njerëzve me aftësitë e duhura për të marrë, kuptuar, vlerësuar dhe përdorur informacionin me qëllim përmirësimin e shëndetit të tyre. Ky paradoks ka sjellë një krizë në kompetencat shëndetësore në Europë e më gjerë.

Kompetencat shëndetësore jo të përshtatshme është vërtetuar se sjellin si rezultat më pak zgjedhje të shëndetshme, sjellje me risk, shëndet më të dobët, aftësi vetë-menaxhuese më të ulta dhe një numër më të lartë të shtrimeve në spital. Këto shkaktojnë humbje të rëndësishme në burime njerëzore dhe financiare në sistemin shëndetësor.

Këto të dhëna sugjerojnë që koncepti i kompetencave shëndetësore duhet të marrë parasysh si nivelin individual, ashtu edhe kompleksitetin e kontekstit në të cilin njerëzit veprojnë (Figura 1). Prandaj, është e rëndësishme që të dyja këto të maten dhe monitorohen në mënyrë të vazhdueshme.

Figura 1. Paraqitje ndërvepruese e kompetencave shëndetësore



Burimi: Parker R. Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. Measures of health literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 2009:91–98.

Gjatë dekadave të fundit, kompetencat shëndetësore janë bërë një fushë kërkimore që paraqet interes dhe rëndësi të veçantë në shëndet publik (1). I përdorur

për herë të parë në fillim të viteve 1970-të (2), termi “kompetenca shëndetësore” ka marrë kuptime të ndryshme për audienca të ndryshme ndërsa kjo fushë kërkimore zgjerohej e thellohej, duke u bërë shpesh burim konfuzioni dhe debatesh në literaturën shkencore.

Kështu, në vitin 1999, Komiteti Ad Hoc i Shoqatës Mjekësore Amerikane për Kompetencat Shëndetësore [The American Medical Association’s Ad Hoc Committee on Health Literacy] i përkufizoi kompetencat shëndetësore si “tërësinë e zotësive, duke përfshirë aftësinë për të kryer lexim bazë dhe veprime numerike që nevojiten në fushën e kujdesit shëndetësor,” duke përfshirë këtu “aftësinë për të lexuar dhe kuptuar instruksionet e medikamenteve, fletën e takimit me mjekun dhe materiale të tjerë thelbësorë që lidhen me shëndetin.” (3).

Kurse përkufizimet e përdorur nga Healthy People 2010 (4) dhe Instituti i Mjekësisë [Institute of Medicine, IOM] (5) ishin relativisht të ngjashëm: “Shkalla e aftësisë së individëve për të marrë, përpunuar dhe kuptuar informacionin dhe shërbimet shëndetësore bazë që nevojiten për të bërë zgjedhjet e duhura shëndetësore.”

Këto përkufizime i konsiderojnë kompetencat shëndetësore si një tërësi aftësish individuale që ndihmojnë individin për të marrë dhe përdorur informacionin e ri. Këto aftësi janë relativisht të qëndrueshme në kohë, megjithëse mund të përmirësohen me anë të programeve të edukimit ose të përkeqësohen nga plakja ose proceset patologjike që dëmtojnë funksionin konjitiv (6).

Një tjetër argumentim është që nëse kompetencat shëndetësore janë aftësitë për t’u orientuar në fushën e kujdesit shëndetësor, ato duhet të varen si nga karakteristikat individuale, ashtu edhe nga karakteristikat e sistemit të kujdesit shëndetësor.

Nga kjo pikëpamje, kompetencat shëndetësore janë një gjendje dinamike e individit përgjatë eksperiencës së tij të kujdesit shëndetësor. Kompetencat funksionale të një individi mund të varen nga problemi mjekësor që trajtohet, nga ofruesi i shërbimit shëndetësor dhe nga sistemi që ofron kujdesin.

Disa të tjerë i konsiderojnë njohuritë shëndetësore si pjesë të kompetencave shëndetësore. Për shembull, ekspertët e Institutit të Mjekësisë [Institute of Medicine, IOM] e ndanë fushën e kompetencave shëndetësore në a) njohuritë kulturore dhe konceptuale, b) kompetencat orale, që përfshin aftësinë e të folurit dhe të dëgjuarit, c) kompetencat e shkrimit, që përfshin aftësinë e të shkruarit dhe të lexuarit, dhe d) numërimin.

Kohët e fundit, Kolegji Amerikan i Mjekëve [The American College of Physicians Foundation] paraqiti një sërë skedash me informacion, të cilat mjekët mund t’ia jepnin pacientëve për të “rritur nivelin e kompetencave shëndetësore.” (7).

Nga kjo pikëpamje, kompetencat shëndetësore janë një nivel i arritur njohurish që varet nga zotësia dhe motivimi i individëve dhe nga burimet e ofruara nga sistemi i

kujdesit shëndetësor. Të gjitha këto pikëpamje paraqesin ide të argumentuara që mbështeten në qasje të ndryshme ndaj problemit.

Megjithatë, mungesa e një përkufizimi të përbashkët për termin qendror të një fushe është pa dyshim problematik. Për shembull, ka patur konfuzion dhe mosmarrëveshje ndërmjet autorëve të ndryshëm të artikujve shkencorë. Nuk është e habitshme që ekspertët nuk bien dakord për mënyrën e matjes së kompetencave shëndetësore, duke qenë se mund të mos kenë të njëjtin koncept themelor për to.

Nëse kompetencat shëndetësore janë aftësia e një personi, matja e aftësisë në të lexuar dhe e fjalorit të tij duket e saktë. Përndryshe, nëse kompetencat shëndetësore varen nga marrëdhënia ndërmjet aftësive komunikuese të individit, sistemit të kujdesit shëndetësor dhe shoqërisë në përgjithësi, atëherë matjet individuale janë pa dyshim të pasakta.

Në mënyrë të përmbledhur, mund të themi se përkufizimet e hershme të kompetencave shëndetësore përqëndroheshin më tepër në aftësinë e pacientit për të lexuar dhe kuptuar informacionin shëndetësor dhe përputhjen e tij me instruksionet mjekësore.

Më vonë, përkufizimet u zgjeruan duke përfshirë edhe aftësinë për të vlerësuar informacionin shëndetësor, bërjen e zgjedhjeve të mbështetura në këtë informacion, zhvillimin individual si dhe rëndësinë e kontekstit (8).

1.2. Përkufizime të Konceptit të Kompetencave Shëndetësore

Nga 19 publikimet që përqëndrohen në mënyrë të veçantë tek përkufizimi i kompetencave shëndetësore, mund të nxirren 17 përkufizime eksplicite (Tabela 1). Prej këtyre përkufizimeve, ai i Shoqatës Mjekësore Amerikane [American Medical Association] (9) dhe i OBSH-së [WHO] (10) citohen më shpesh në literaturën shkencore.

Një karakteristikë e përbashkët e këtyre përkufizimeve është fokusimi mbi aftësitë individuale për të marrë, përpunuar dhe kuptuar informacionin dhe shërbimin shëndetësor të nevojshëm që ndihmon në marrjen e vendimeve të duhura në çështjet që lidhen me shëndetin.

Megjithatë, diskutimet e fundit mbi rolin e kompetencave shëndetësore theksojnë rëndësinë e kapërcimit të fokusimit tek individi, duke i konsideruar kompetencat shëndetësore si një ndërveprim midis kërkesave të sistemeve shëndetësore dhe aftësive të individëve.

Në fakt, raporti i Institutit të Mjekësisë [Institute of Medicine IoM] ka aluduar se “kompetencat shëndetësore janë një funksion i përbashkët i faktorëve socialë dhe individualë, që lindin nga ndërveprimi i aftësive të individëve dhe kërkesave të sistemeve sociale” (11).

Tabela 1. Përkufizime të Kompetencave Shëndetësore	
1. WHO (1998)	“Aftësitë konjitive dhe sociale që përcaktojnë motivimin dhe zotësinë e individëve për të marrë, kuptuar dhe përdorur informacionin në mënyrë që të promovojnë dhe ruajnë një shëndet të mirë” (10)
2. American Medical Association (1999)	“Tërësia e aftësive, duke përfshirë aftësinë për të kryer lexime bazë dhe veprime me numrat që nevojiten në fushën e kujdesit shëndetësor” (9)
3. Nutbeam (2000)	“Aftësite personale, konjitive dhe sociale që përcaktojnë zotësinë e individëve për të marrë, kuptuar dhe përdorur informacionin që të promovojnë dhe ruajnë një shëndet të mirë” (12)
4. Institute of Medicine (2004)	“Kapaciteti i individëve për të marrë, përpunuar dhe kuptuar informacionin dhe shërbimin shëndetësor bazë për të bërë zgjedhjet e duhura shëndetësore” (11)
5. Kickbusch, Wait & Maag (2005)	“Aftësia për të bërë zgjedhje shëndetësore të mira në kontekstin e jetës së përditshme—në shtëpi, në komunitet, në punë, në sistemin shëndetësor, në treg dhe në arenën politike. Është një strategji kritike e fuqizimit për të rritur kontrollin e njerëzve mbi shëndetin e tyre, për t'i bërë ata më të aftë që të kërkojnë informacion dhe të marrin përgjegjësi” [13]
6. Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	“Tërësia e aftësive dhe kompetencave që zhvillojnë individët për të kërkuar, kuptuar, vlerësuar dhe përdorur informacionin dhe konceptet shëndetësore me qëllim që të bëjnë zgjedhjet e duhura, të pakësojnë risqet shëndetësore dhe të rritin cilësinë e jetës” (14,15,16)
7. Paasche-Orlow & Wolf (2006)	“Zotërimi i aftësive të nevojshme të individit për të bërë zgjedhje që lidhen me shëndetin, që do të thotë se kompetencat shëndetësore duhen shqyrtuar në kontekstin e detyrave specifike që duhen realizuar. Vihet theksi tek rëndësia e vlerësimit kontekstual të kompetencave shëndetësore” (17)

8. EU (2007)	“Aftësia për të lexuar, filtruar dhe kuptuar informacionin shëndetësor në mënyrë që të formohen gjykime të shëndosha” (18)
9. Pavlekovic (2008)	“Kapaciteti për të marrë, interpretuar dhe kuptuar informacionin dhe shërbimet shëndetësore bazë dhe aftësia për ta përdorur këtë informacion për përmirësimin e shëndetit” (19)
10. Rootman & Gordon-Elbihbety (2008)	“Aftësia për të marrë, kuptuar, vlerësuar dhe komunikuar informacionin si një mënyrë për të promovuar, ruajtur dhe përmirësuar shëndetin në një sërë situatash përgjatë jetës” (20)
11. Ishikawa & Yano (2008)	“Njohuritë, aftësitë dhe zotësitë që i përkasin ndërveprimit me sistemin e kujdesit shëndetësor” (21)
12. Mancuso (2008)	“Një proces që evolon gjatë jetës së individit dhe përfshin atributet e kapacitetit, kuptimit dhe komunikimit. Atributet e kompetencave shëndetësore integrohen dhe paraprihen nga aftësitë, strategjitë dhe zotësitë brenda kompetencave që duhen për të arritur kompetencat shëndetësore” (22)
13. Australian Bureau of Statistics (2008)	“Njohuritë dhe aftësitë e fituara për të kuptuar dhe përdorur informacionin që lidhet me probleme shëndetësore si droga dhe alkooli, parandalimi dhe trajtimi i sëmundjeve, siguria dhe parandalimi i aksidenteve, ndihma e shpejtë, emergjencat dhe mbijetesat” (23)
14. Yost et al. (2009)	“Shkalla në të cilën individët kanë kapacitetin për të lexuar dhe kuptuar materialin e shtypur shëndetësor, për të identifikuar dhe interpretuar informacionin e paraqitur grafikisht (diagramet, grafiket dhe tabelat), dhe për të kryer veprime aritmetike me qëllim bërjen e zgjedhjeve të duhura shëndetësore” (24)
15. Adams et al. (2009)	“Aftësia për të kuptuar dhe interpretuar informacionin shëndetësor në formë të shkruar, te folur ose dixhitale dhe se si kjo i motivon njerëzit për të kryer ose shmangur veprime që lidhen me shëndetin” (25)
16. Adkins et al. (2009)	“Aftësia për të përfutur kuptim nga format e ndryshme të komunikimit me anë të një sërë aftësish, për të përmbushur objektivat që lidhen me shëndetin” (26)
17. Freedman et al.	“Shkalla në të cilën individët dhe grupet mund të të marrin,

(2009)	përpunojnë, kuptojnë, vlerësojnë dhe veprojnë me informacionin që nevojitet për vendimmarrjen në shëndet publik në dobi të komunitetit” (27)
--------	--

Më parë, theksi i kompetencave shëndetësore vihej tek aftësia për kuptuar fjalë dhe shifra në kontekstin mjekësor, kurse në vitet e fundit koncepti po zgjerohet, duke i parë kompetencat shëndetësore si një përdorim të njëkohshëm të një sërë aftësish komplekse e të ndërlidhura, si të lexuarit dhe vepruarit nga informacioni shëndetësor i shkruar, komunikimi i nevojave tek mjeku dhe të kuptuarit e udhëzimeve mjekësore (28).

Studime Amerikane në vitet 1990-të u përqëndruan tek kompetencat shëndetësore dhe shëndeti, duke treguar një lidhje ndërmjet kompetencave shëndetësore jo të përshtatshme dhe mjekimit të pakët, njohurive të pakta mbi sëmundjen dhe aftësi të ulët të kujdesit për veten (29).

Një raport nga Instituti i Mjekësisë [Institute of Medicine IoM] tregon se pothuaj gjysma e popullsisë së rritur në SHBA kanë vështirësi në të vepruarit me informacionin shëndetësor (5). Kjo gjetje është quajtur ndryshe “epidemia e kompetencave shëndetësore” (30).

Si kundërpërgjigje, janë marrë masa për të garantuar një komunikim shëndetësor më të mirë me anë të udhëzimeve për kompetencat shëndetësore (31) dhe po aplikohet një qasje ndër-disiplinore për të përmirësuar kompetencat shëndetësore (32).

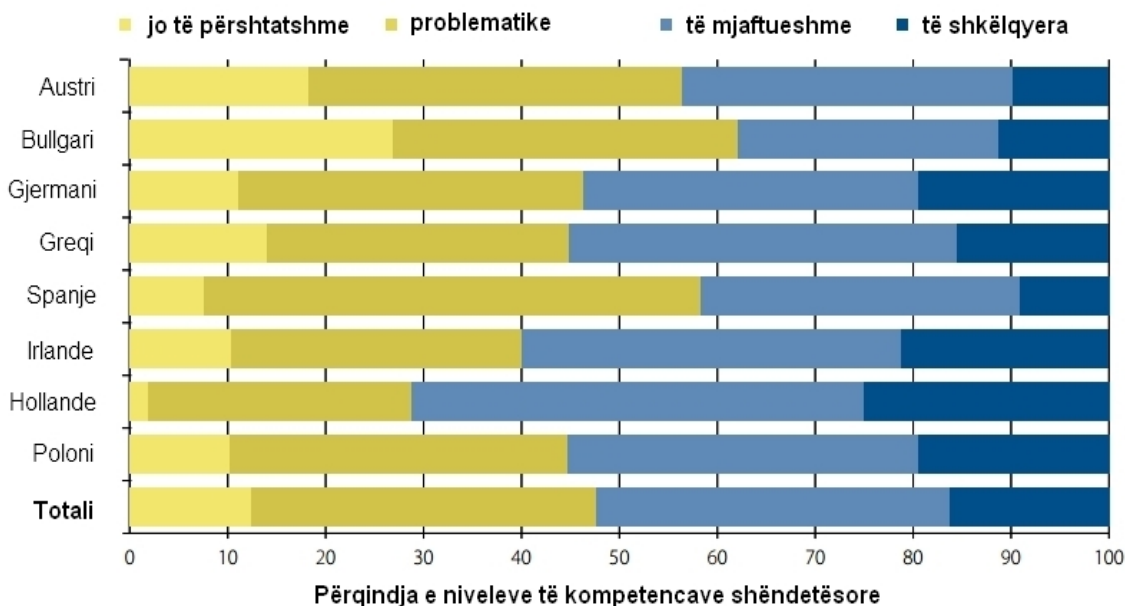
Në mbështetje të kësaj, janë rekomanduar katër fusha kërkimore: ekzaminimi i kompetencave shëndetësore; përmirësimi i komunikimit me pacientët me kompetencat shëndetësore jo të përshtatshme; kostot dhe pasojat e kompetencave shëndetësore jo të përshtatshme; dhe mënyrat se si këto ndikojnë tek shëndeti (33).

Literatura kërkimore mbi kompetencat shëndetësore ka një rritje eksponenciale dhe është e dukshme se kompetencat shëndetësore po studjohen në disiplina të ndryshme dhe duke përdorur qasje të ndryshme, p.sh. roli i edukatorëve të shëndetit në promovimin e kompetencave shëndetësore (34); kompetencat shëndetësore publike tek juristët (35), komunikimi shëndetësor (36), prevalenca e kompetencave shëndetësore të kufizuara (37) dhe kompetencat shëndetësore si një mjet fuqizimi për nënat me të ardhura të ulta (38).

Deri në kohët e fundit, interesi mbi kompetencat shëndetësore ishte i përqëndruar kryesisht në SHBA dhe Kanada, por aktualisht interesi për to është përhapur në të gjithë globin (39). Megjithëse në BE u realizua më pak se një e treta e studimeve globale mbi kompetencat shëndetësore nga vitet 1991 deri 2005 (40,41), rëndësia e kësaj çështjeje po njihet gjithnjë e më shumë në politikat shëndetësore të BE-së.

Në Figurën 2 paraqiten të dhënat e kompetencave shëndetësore në tetë vende europiane sipas një studimi, nga ku mund të vërehet qartë se nivelet jo të përshtatshme dhe problematike të kompetencave shëndetësore përbëjnë një problem alarmant si në vendet e zhvilluara, ashtu edhe në vendet më pak të zhvilluar të Europës.

Figura 2. Shpërndarja e nivelit të kompetencave shëndetësore në përqindje për secilin shtet, ndër 7795 të anketuar



Burimi: përshtatur nga: Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012.

Kompetencat shëndetësore tashmë përmenden në mënyrë eksplicite si një fushë veprimi me prioritet në Strategjinë Shëndetësore të Komisionit European 2008-2013 (18). Ato lidhen me vlerën themelore të fuqizimit të qytetarit, dhe veprimet prioritare që propozohen nga Komisioni European përfshijnë promovimin e programeve të kompetencave shëndetësore për grupmosha të ndryshme.

Megjithatë, me shtimin e kërkimeve dhe masave për kompetencat shëndetësore, bëhet e qartë se nuk ka një përkufizim të pranuar unanimisht të këtij koncepti.

Për më tepër, përmasat e kompetencave shëndetësore mbeten të diskutueshme dhe përpjekjet për të aplikuar konceptin ndryshojnë thellë për nga fusha, metoda dhe cilësia. Si rrjedhim, është mjaft e vështirë për të krahasuar gjetjet mbi kompetencat shëndetësore duke bërë krahasime midis kërkimeve në vende të ndryshme.

Natyrshëm lind pyetja nëse kompetencat shëndetësore janë statike apo dinamike. Konceptimi statik apo dinamik i kompetencave shëndetësore do të ndikojë jo vetëm përkufizimin, por edhe në matjen e tij.

Në përputhje me një përkufizim më të përgjithshëm të kompetencave, kompetencat shëndetësore të një individi mund të konsiderohen relativisht statike. Njerëzit mund të përmirësojnë aftësitë e tyre me anë të ndërhyrjeve intensive si p.sh. klasat e edukimit për të rritur, prandaj përgjithësisht niveli i kompetencave të një individi nuk ndryshon shumë gjatë moshës madhore, nëse këto programe mungojnë.

Sipas këtij konceptimi, niveli i kompetencave shëndetësore të një individi është i nevojshëm të matet vetëm një herë. Megjithatë, disa ekspertë kanë një konceptim dinamik të kompetencave shëndetësore.

Një autor thekson se kompetencat shëndetësore janë “një gamë e gjerë aftësish ... që njerëzit i zhvillojnë për të përdorur informacionin shëndetësor” (42). Kjo nënkupton se kompetencat shëndetësore të individëve mund të ndryshojnë ndërsa ata fitojnë eksperiencë gjatë përballjes me zgjedhje apo rrethana të ndryshme shëndetësore, dhe prandaj, niveli i kompetencave shëndetësore nevojitet që të matet dhe vlerësohet vazhdimisht.

Kohët e fundit, konceptimi dinamik i kompetencave shëndetësore po bëhet i pashmangshëm. Konceptimi statik ishte një artificë që lidhej me aftësinë për të lexuar në prozë dhe kufizimet e mjeteve të matjes që ekzistonin fillimisht. Pritet që në të ardhmen të shkohet drejt pikëpamjes dinamike, duke e pasuruar më tej këtë fushë kërkimore.

1.3. Një Model Konceptual i Kompetencave Shëndetësore

Kompetencat shëndetësore është një koncept shumë-dimensional i përbërë nga elementë të ndryshëm. Ky fakt ka bërë që autorë të ndryshëm të krijojnë modele konceptuale të ndryshme për kompetencat shëndetësore.

Shumë prej këtyre modeleve marrin parasysh jo vetëm elementët kryesorë të kompetencave shëndetësore, por identifikojnë edhe faktorët në nivelin individual dhe në nivelin e sistemit, si edhe lidhjet e mundshme të kompetencave shëndetësore me rezultatet në shëndet.

Pavarësisht numrit të madh të modeleve konceptuale të ofruara nga literatura shkencore, shumë prej tyre nuk arrijnë të harmonizojnë përkufizimet në evolucionin e sipër të kompetencave shëndetësore dhe kompetencave përkatëse (43).

Kjo ndoshta ndodh për faktin se përpjekjet për të konceptualizuar kompetencat shëndetësore kanë dështuar në harmonizimin e njohurive ekzistuese që vijnë nga perspektiva dhe qasje të ndryshme të kompetencave shëndetësore:

- *Së pari*, shumë nga modelet konceptuale ekzistuese nuk janë thelluar sa duhet në teori, në nocionet dhe konceptet e përdorura.
- *Së dyti*, pak modele kanë harmonizuar elementët që përfshihen në modelet “mjekësore” dhe të “shëndetit publik”. Vetëm dy modele janë të vetmit që përpiqen të krijojnë një urë bashkimi midis këtyre pikëpamjeve, modelet konceptuale të autorëve Nutbeam (12) dhe Manganello (44), ku dimensionet e kompetencave funksionale përputhen me aftësitë konjitive të kompetencave shëndetësore.
- *Së treti*, megjithëse e pranojnë se kompetencat shëndetësore përfshijnë shumë dimensione, pjesa dërrmuese e modeleve ekzistues janë relativisht statikë dhe nuk e konsiderojnë në mënyrë eksplicite faktin se kompetencat shëndetësore janë gjithashtu një proces, që përfshin hapat e njëpasnjëshëm të marrjes, kuptimit, përpunimit dhe komunikimit të informacionit.
- *Së katërti*, ndërsa shumë modele konceptuale identifikojnë faktorët që ndikojnë në kompetencat shëndetësore dhe përmendin ndikimin e tij në marrjen e shërbimit mjekësor, kostove dhe rezultateve shëndetësore, lidhjet midis kompetencave shëndetësore dhe këtyre nuk janë shumë të qarta. Kërkuesit mund t’i lidhin më qartë modelet konceptuale të kompetencave shëndetësore me teoritë dhe modelet e promovimit të shëndetit (43).
- *Së fundmi*, shumë pak modele konceptuale të kompetencave shëndetësore kanë qenë të vërtetuara nga ana empirike. Për të shmangur këto probleme, disa autorë kanë propozuar një model të harmonizuar të kompetencave shëndetësore, që prek dimensionet kryesore të modeleve konceptuale ekzistues.

Ky model (Figura 3) kombinon cilësitë e një modeli konceptual që thekson dimensionet kryesore të kompetencave shëndetësore dhe të një modeli logjik që tregon faktorët e tjerë më të largët që ndikojnë tek kompetencat shëndetësore, si dhe lidhjet midis kompetencave shëndetësore dhe rezultateve në shëndet.

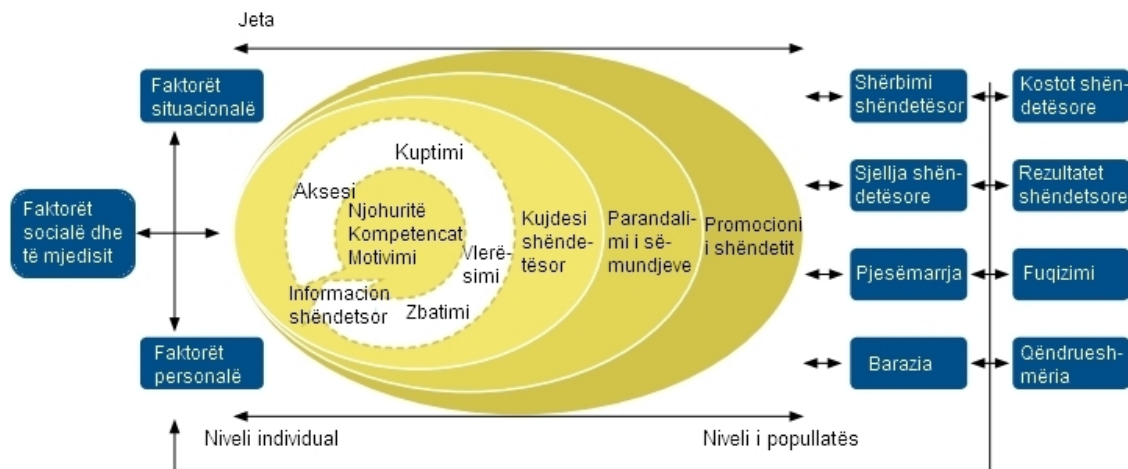
Qendra e modelit tregon kompetencat e lidhura me procesin e marrjes, kuptimit, vlerësimit dhe zbatimit të informacionit me përmbajtje shëndetësore. Ky proces kërkon katër lloje kompetencash:

- a) Aksesimi është aftësia për të kërkuar, gjetur dhe marrë informacion shëndetësor;
- b) Kuptimi është aftësia për të kuptuar informacion shëndetësor që merret;
- c) Vlerësimi përshkruan aftësinë për të interpretuar, filtruar, gjykuar dhe vlerësuar informacionin shëndetësor, dhe;

- d) Zbatimi është aftësia për të komunikuar dhe përdorur informacionin për të bërë zgjedhje që ruajnë dhe përmirësojnë shëndetin.

Secila nga këto kompetenca përfaqëson një dimension të rëndësishëm të kompetencave shëndetësore, ato kërkojnë cilësi konjitive specifike dhe varen nga cilësia e informacionit (45).

Figura 3. Një model konceptual i kompetencave shëndetësore



Burimi: përshtatur nga: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012, 12:80

1.4. Impakti i Kompetencave Shëndetësore në Shëndet

Niveli i kompetencave të një individi mund të ndikojë në shëndet dhe në aftësinë e sistemit të kujdesit shëndetësor për të ofruar një shërbim shëndetësor efektiv dhe me cilësi të lartë.

Studime të ndryshme kanë treguar se njerëzit me kompetenca shëndetësore jo të përshatshme kuptojnë më pak informacionin shëndetësor, marrin më pak kujdes shëndetësor parandalues dhe përdorin më shpesh shërbime mjekësore të kushtueshme (11).

Të tjerë kanë argumentuar që nëse kompetencat shëndetësore janë aftësia për të funksionuar në fushën e kujdesit shëndetësor, kjo duhet të varet si nga karakteristikat e individit ashtu edhe nga karakteristikat e sistemit të kujdesit shëndetësor.

Faktorë të tjerë që lidhen me diferencat në nivelin e kompetencave janë vitet e edukimit, vendndodhja gjeografike, gjinia, dhe të ardhurat.

Pa një nivel të përshatshëm të kompetencave shëndetësore, arritja e objektivave të shëndetit publik për një popullatë të shëndetshme e të begatë do të ishte mjaft e vështirë (46).

Tabela 2. Kompetencat shëndetësore si faktor përcaktues në shëndet

- 1) Kompetencat e larta në grupet e popullatës sjellin përfitime për të gjithë shoqërinë.
- 2) Kompetencat shëndetësore jo të përshatshme ndikojnë thellësisht në shëndet.
- 3) Kompetencat shëndetësore jo të përshatshme mund të rritin edhe më tepër pabarazitë ekzistuese.
- 4) Formimi i aftësive personale në kompetencat shëndetësore është një proces që zgjat gjatë gjithë jetës.
- 5) Kapaciteti dhe aftësitë që lidhen me kompetencat shëndetësore variojnë sipas kontekstit, kulturës dhe mjedisit.
- 6) Kompetencat shëndetësore jo të përshatshme janë të lidhura me kosto më të larta në sistemin shëndetësor.

Burimi: përshtatur nga: Health Literacy. The solid facts. WHO. ISBN 978 92 890 0015 4

Rëndësia e kompetencave shëndetësore nënvizohet nga lidhja e tij me rezultatet shëndetësore. Kompetencat shëndetësore jo të përshtatshme ndikojnë thellësisht tek shëndeti.

Ato janë të lidhura me një pjesëmarrje më të ulët në promocionin e shëndetit dhe diagnostifikimin e sëmundjeve, sjellje shëndetësore më me risk (si p.sh. pirja e duhanit), më tepër aksidente në punë, menaxhim i keq i sëmundjeve kronike (si diabeti, HIV dhe azma), marrje jo e rregullt e medikamenteve, numër më i lartë shtrimesh në spital, sëmundshmëri dhe vdekje të parakohshme.

Kërkimet e deritanishme janë përqëndruar tek lidhja ndërmjet aftësisë në të lexuar dhe rezultateve shëndetësore, kryesisht për shkak se aftësia në të lexuar është më e lehtë për t'u matur se sa koncepti më i gjerë i kompetencave shëndetësore.

Pavarësisht nga kjo, nëse aftësia e mangët në të lexuar përkthehet në rezultate të dobëta shëndetësore—pasi marrim në konsideratë variabla si sigurimi, të ardhurat, raca, etnia dhe graviteti i sëmundjes—atëherë jemi edhe më të bindur se paaftësia për

të kuptuar informacionin shëndetësor është një faktor i rëndësishëm në rezultatet shëndetësore.

Në vitin 2004, agjensia AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] botoi një raport mbi lidhjen ndërmjet kompetencave dhe rezultateve shëndetësore (47,48). Ky raport zbuloi se në sektorë të ndryshëm të shëndetit dhe kujdesit shëndetësor, një nivel i ulët i kompetencave shëndetësore lidhej me prognoza më të rënda se sa nivelet më të larta, edhe pasi u kontrollua për variabla konfundues.

Shumë artikuj të rinj kanë shtuar evidencën duke vlerësuar popullata dhe rezultate të reja. Dy studime kanë dokumentuar se njerëzit me kompetenca shëndetësore të ulëta janë më të prirur të keqkuptojnë instruksionet e recetave të mjekut dhe etiketat paralajmëruese (49,50). Fëmijët e vegjël me azma, prindërit e të cilëve kanë kompetenca shëndetësore të ulëta, mungojnë më shumë ditë në shkollë dhe shtrihen më shumë herë në spital. (51).

Literatura që lidh kompetencat e ulëta me rezultatet e dobëta shëndetësore po bëhet çdo ditë e më voluminoze. Disa studime kanë nisur të shqyrtojnë variabla të tjerë potencialë të ndërmjetëm si vetë-efikasiteti (52,53), njohuritë mjekësore (54,55) dhe komunikimin mjek-pacient (56).

Njerëzit zakonisht nisin një trajtim mjekësor kur e ndjejnë të nevojshme. Megjithatë, njerëzit me kompetenca shëndetësore të kufizuara mund ta vonojnë kërkimin e ndihmës mjekësore për shkak se nuk e kuptojnë parandalimin dhe/ose nuk i njohin shenjat dhe simptomat e sëmundjes.

Veç kësaj, të rriturit me kompetenca shëndetësore të kufizuara mund të ndihen jo mirë me ndërveprimet që ndodhin në mjedisin mjekësor, ata shqetësohen ngaqë kompetencat e tyre të kufizuara mund të dalin në pah dhe shpesh përjetojnë ndjenja turpi (57).

Në mënyrë të ngjashme, kompetencat shëndetësore jo të përshatshme lidhen edhe me mosbesimin ndaj ofruesit të shërbimit mjekësor, pesimizmin rreth trajtimit mjekësor, kënaqësi më të ulët dhe vlerësim jo të saktë të cilësisë së shërbimit (58,59).

Kuptimi më i thellë i këtyre variablave të ndërmjetëm midis kompetencave dhe rezultateve shëndetësore, do të bënte të mundur që ndërhyrjet në shëndet publik të ishin më efektive e të pasura me informacion.

Në Tabelën 3 paraqiten shkurtimisht disa nga problemet kryesore që sjellin kompetencat shëndetësore jo të përshtatshme, kurse në Tabelën 4 përmenden disa nga barrierat që kufizojnë dhe pengojnë kompetencat shëndetësore.

Tabela 3. Disa nga problemet e kompetencave shëndetësore jo të përshtatshme
--

- Përdorim i gabuar i medikamenteve
- Përdorim i gabuar ose mospërdorim i shërbimeve shëndetësore
- Vetë-menaxhim i dobët i gjendjeve kronike
- Reagime jo të përshtatshme në raste emergjence
- Rezultate shëndetësore të dobët
- Mungesë e vetë-efikasitetit dhe e vetë-vlerësimit
- Humbje financiare për individët dhe shoqërinë
- Pabarazi sociale

Burimi: përshatur nga: Health Literacy. The solid facts. WHO. ISBN 978 92 890 0015 4

Tabela 4. Disa nga barrierat për kompetencat shëndetësore

- Komplexiteti i informacionit shëndetësor të shkruar ose në internet
- Mungesa e informacionit shëndetësor në gjuhën shqipe
- Mungesa e përshtatjes së informacionit shëndetësor me kulturën
- Pasaktësia ose mangësia e informacionit në masmedia
- Aftësi e ulët në të lexuar, sidomos tek të pashkolluarit, të moshuarit, dhe disa segmente të minoriteteve etnike
- Mungesa e përmbajtjeve që synojnë ndryshimin e sjelljeve përveç informacionit direkt (strategji të marketingut social)

Burimi: përshatur nga: Health Literacy. The solid facts. WHO. ISBN 978 92 890 0015 4

Prevalenca dhe efektet e kompetencave shëndetësore kanë patur një vëmendje të veçantë gjatë dhjetë viteve të fundit (3). Studimet në popullata të ndryshme tregojnë se pacientët me nivel të ulët të kompetencave shëndetësore që vuajnë nga sëmundje kronike si diabeti, azma ose hipertensioni kanë më pak njohuri për sëmundjen e tyre dhe trajtimin e saj, si dhe aftësi menaxhuese më të pakta krahasuar me pacientët e tjerë (60,61).

Për shembull, pacientët me azma që kanë kompetenca shëndetësore të kufizuara e përdornin më me vështirësi aparatin ndihmës të frymëmarrjes se sa pacientët e tjerë. Madje edhe ndër pacientët që kishin qenë pjesëmarrës në programe edukimi për azmën ose diabetin, ata me kompetenca shëndetësore të kufizuara kishin më pak njohuri dhe aftësi menaxhuese.

Kjo shpjegon se përse pacientët me kompetenca shëndetësore jo të përshtatshme kanë më shumë mundësi për t'u shtruar në spital krahasuar me pacientët e tjerë (62).

Në dekadat e fundit, janë bërë përparime të ndjeshme në trajtimin dhe kurimin e disa sëmundjeve kronike, por nga ana tjetër, medikamentet, dieta, dhe regjimet e aktivitetit fizik janë bërë gjithnjë e më komplekse.

Pacientët, sidomos femrat me pak vite shkolle, kërkojnë më tepër informacion për medikamentet që duhet të marrin (63). Megjithatë, edhe në rastet kur ky informacion u jepet, pacientët ankohen se mjekët nuk japin shpjegime të kuptueshme (64).

Prandaj, stafi mjekësor duhet të bëhet i ndërgjegjshëm për njohuritë e mangëta të pacientëve dhe të përpiqen për një komunikim më efektiv me pacientët. Pacientët që kanë mungesë njohurish dhe që nuk zbatojnë rekomandimet për kujdesin ndaj vetes (p.sh. kufizimi i sasisë ditore të natriumit dhe marrja e medikamenteve në dozën e duhur) përballen me një risk më të lartë të shtrimit në spital sa i përket sëmundjeve kardiovaskulare (65,66).

Si rrjedhim, edukimi i pacientëve është një element themelor në menaxhimin e sëmundjeve kardiovaskulare dhe atakut në zemër.

Njësoj si të mirat që sjell edukimi tek pacientët me sëmundje kardiovaskulare, kërkimet sugjerojnë se edhe programet për edukimin rreth azmës përmirësojnë njohuritë dhe aftësitë vetë-menaxhuese, si dhe ulin sëmundshmërinë (67,68).

Po ashtu, studime tek pacientët me hipertension (69,70) dhe diabet (71,72,73) kanë treguar rëndësinë e shtimit të njohurive të pacientëve me anë të programeve të edukimit. Duke patur parasysh rëndësinë dhe përfitimet nga edukimi i pacientëve, nuk është e habitshme që pacientët me kompetenca shëndetësore të kufizuara, të cilët duket se kanë më pak njohuri rreth sëmundjes së tyre kronike, kanë rezultate më të dobëta në shëndet.

Kompetencat shëndetësore të pacientëve kanë një lidhje direkte me gjendjen shëndetësore (74,75). Gjithashtu, kërkimet kualitative tregojnë se pacientët pranojnë që “konfuzioni” ose “humbja e kujtesës afatshkurtër” pengon komunikimin e suksesshëm me mjekët (76).

Sëmundjet kronike si hipertensioni dhe diabeti kërkojnë që pacienti të ketë njohuri për mbajtjen nën kontroll dhe parandalimin e gjendjeve shëndetësore të padëshiruara. Pacientët me hipertension duhet të kenë informacion se si të përdorin medikamentet e shumta dhe se si të ndryshojnë stilin e tyre të jetës (p.sh. dieta me pak kripë, rënia në peshë ose aktiviteti fizik) për të mbajtur nën kontroll tensionin e gjakut (77).

Çështjet akoma më të komplikuar të dietës tek pacienti me diabet, marrja e insulinës, dhe monitorimi i nivelit të glukozës në kushtet e shtëpisë kërkon njohuri dhe edukim më të hollësishëm (78,79).

Edukimi i pacientëve luan një rol të rëndësishëm edhe në pranimin e diagnozës nga pacienti, si dhe në të kuptuarit e rëndësisë për të bërë ndryshimet e

duhura në sjellje, në mënyrë që pacienti të jetë aktiv gjatë trajtimit dhe kurimit të sëmundjes (80).

Edukimi tradicional i pacientëve mbështetet kryesisht në materiale të shkruara rreth proceseve të sëmundjes, marrjes së medikamenteve, dhe udhëzimet për kujdesin vetjak.

Megjithëse ka shumë materiale të zgjeruara që ndihmojnë edukimin shëndetësor, shumë prej tyre janë shkruar në gjuhë të vështirë për personat që kanë kompetenca shëndetësore të kufizuara (81,82). Si rrjedhim, shumë pacientë mund të mos përfitojnë nga këto programe edukimit, të cilat jo rrallëherë kanë rezultuar të pasuksesshme (83).

Figura 4. Kompetencat shëndetësore parë në aspektet e kujdesit, parandalimit dhe promovimit të shëndetit dhe aftësive përkatëse

Kompetencat shëndetësore	Akresi ose marrja e informacionit shëndetësor	Të kuptuarit e informacionit shëndetësor	Gjyrimi e vlerësi-mi i informacionit shëndetësor	Përdorimi e zbatimi i informacionit shëndetësor
Kujdesi shëndetësor	1)Aftësi për të marrë informacionin mjekësor ose klinik	2)Aftësi për të kuptuar informacionin mjekësor	3)Aftësi për të interpretuar e vlerësuar informacion mjekësor	4)Aftësi për të bërë zgjedhjet e duhura në shëndet
Parandalimi i sëmundjeve	5)Aftësi për të marrë informacion mbi faktorët e riskut	6)Aftësi për të kuptuar informacionin mbi faktorët e riskut	7)Aftësi për të interpretuar e vlerësuar informacionin mbi faktorët e riskut	8)Aftësi për të gjykuar rëndësinë e informacionit mbi faktorët e riskut
Promocioni i shëndetit	9)Aftësi për të marrë informacion shëndetësor të azhornuar	10)Aftësi për të kuptuar informacionin shëndetësor	11)Aftësi për të interpretuar e vlerësuar informacionin shëndetësor	12)Aftësi për të krijuar një opinion të arsyeshëm mbi çështjet shëndetësore

Burimi: përshtatur nga: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012, 12:80.

1.5. Testi TOFHLA

Disa nga testet më të përdorur për matjen e kompetencave shëndetësore janë testi WRAT [Wide Range Achievement Test] (84), testi REALM [the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine] (85), testi TOFHLA [Test of Functional Health Literacy in Adults] (86), dhe kohët e fundit testi NVS [New Vital Sign] (87).

Kohëzgjatja e këtyre testeve varion nga 2-3 minuta për testin REALM, deri në 25 minuta për testin e plotë TOFHLA.

Testet REALM dhe TOFHLA përdorin vetëm fjalë dhe skenare nga fusha e kujdesit shëndetësor, kurse testi WRAT vlerëson njohjen e fjalëve dhe veprimeve aritmetike me anë të materialeve që nuk kanë lidhje me fushën e kujdesit shëndetësor.

Pyetjet e testit NVS kërkojnë nxjerrjen dhe manipulimin e informacionit nutricional, gjë që e bën këtë test të jetë më i saktë në matjen e niveleve më të lartë të kompetencave shëndetësore.

Testi i kompetencave shëndetësore funksionale për të rriturit (TOFHLA) [Test of Functional Health Literacy in Adults] u krijua për të matur aftësinë e pacientëve për të lexuar dhe kuptuar informacionet që ata ndeshin në fushën e kujdesit shëndetësor duke përdorur instruksionet e medikamenteve dhe fletët e takimit të mjekëve (86).

Teste të mëparshme si ai REALM [Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine] matin vetëm aftësinë për të lexuar dhe shqiptuar saktë një listë fjalësh. Testi TOFHLA është një tregues më i saktë i aftësisë së pacientit për të lexuar, pasi ai mat të kuptuarit, përfshi këtu aftësinë për të lexuar dhe kuptuar paragrafe në prozë dhe informacione numerike.

Studime të ndryshme kanë treguar se pacientët me kompetenca shëndetësore funksionale jo të përshtatshme, sipas matjes nga testi TOFHLA, kanë më pak njohuri rreth sëmundjeve kronike dhe vetë-menaxhimit, gjë që nënkupton se strategjitë aktuale të edukimit nuk po rezultojnë të suksesshme për këtë grup.

Ndonëse bënin të njëjtin numër orësh edukimi rreth diabetit, pacientët me kompetenca shëndetësore funksionale jo të përshtatshme ishin më pak të prirur për të njohur faktet bazë rreth sëmundjes së tyre (p.sh. sasia normale e sheqerit në gjak, simptomat e glicemisë) ose elementeve të planit të tyre shëndetësor (p.sh. çfarë duhej të bënin nëse kishin simptomat e hipoglicemisë) (88).

Në mënyrë të ngjashme, pacientët me hipertension dhe kompetenca shëndetësore funksionale jo të përshtatshme ishin më pak të prirur për të njohur informacionet bazë mbi hipertensionin (p.sh. cili është niveli normal i tensionit të gjakut) dhe më pak të prirur për ditur se cilët ushqime kanë përmbajtje të lartë natriumi (88).

Ekzaminimi i pacientëve me sëmundje kronike përpara programeve edukuese mund të identifikojë ata me kompetenca shëndetësore funksionale jo të përshtatshme. Asistenca e veçantë për këta pacientë mund t'i ndihmojë për të përmirësuar aftësinë e tyre të menaxhimit të gjendjes shëndetësore.

Testi TOFHLA është i ndarë në dy seksione: një test për të lexuarit dhe kuptuarit me 50 pyetje dhe një test numerik me 17 pyetje. Testi për të lexuarit dhe kuptuarit përmban tre pasazhe me temë shëndetësore (lexueshmëri Gunning FOG respektivisht 4.3, 10.4 dhe 19.5).

Secili pasazh ka të fshirë nga fjala e pestë tek e shtata; për secilin vend bosh personi duhet të zgjedhë nga një listë prej katër fjalësh atë që plotëson më mirë fjalinë (procedurë Cloze e modifikuar) (89).

Testi numerik vlerëson kompetencat numerik që nevojiten në fushën e kujdesit shëndetësor (p.sh. aftësia për të lexuar e kuptuar informacione numerike si instruksionet e medikamenteve, fletët e takimit dhe materiale të tjera shëndetësore).

Pyetjet numerike kanë një lexueshmëri mesatare prej 9.4 sipas Gunning FOG. 17 pyetjet janë peshuar në mënyrë që të japin një rezultat numerik prej 50 pikësh, që jep një total të TOFHLA prej 100 pikësh të mundshme kur mblidhen me 50 pikët e pyetjeve Cloze.

Në Tabelën 5 paraqiten shkurtimisht karakteristikat e testit TOFHLA, si dhe pikat e forta dhe kufizimet e këtij testi.

Tabela 5. Testi i kompetencave shëndetësore funksionale tek të rriturit (TOFHLA)	
Përshkrimi	• Testi ndahet në dy pjesë: 1) Pjesëmarrësve u jepen informacione ose udhëzime mjekësore (p.sh. udhëzime për etiketën e një medikamenti ose udhëzime për një procedurë diagnostikuese). Pjesëmarrësit shqyrtojnë informacionin dhe pastaj i përgjigjen pyetjeve që testojnë të kuptuarit e tyre. 2) Bazuar në metodën Cloze, pjesëmarrësve u jepen pasazhe teksti me temë mjekësore ku në vend të disa fjalëve vendoset hapësirë boshe. Pjesëmarrësit duhet të plotësojnë hapësirat boshe duke zgjedhur një fjalë prej listës. • Kohëzgjatja e testit: 22-25 minuta.
Matja	• Kompetenca jo të përshtatshme: 0-59 pikë • Kompetenca marxhinale: 60-74 pikë • Kompetenca të përshtatshme: 75-100 pikë
Pikat e forta	• Indikator i aftësisë së pacientit për të lexuar dhe kuptuar pasazhe në prozë me përmbajtje shëndetësore si dhe informacionin

	numerik. • Përdoret në kërkimet mbi kompetencat shëndetësor.
Kufizimet	• Ekzaminon kryesisht aftësinë në të lexuar. • Kohëzgjatja e testit.

1.6. Pacienti dhe Mjedisi i Institucioneve Shëndetësore

Shpesh, informacioni shëndetësor nuk është aksesibël për shkak se niveli i kërkuar i kompetencave nga sistemi shëndetësor është më i lartë se niveli i kompetencave tek një i rritur. Kjo mospërputhje sjell një varg problemesh të rëndësishme që vlejné për t'u përmendur dhe diskutuar:

- 1) Orientimi në mjedisin gjithnjë e më kompleks të sistemeve shëndetësore po kthehet në një sfidë jo të vogël për pacientët dhe familjet e tyre. Institucionet shëndetësore janë struktura komplekse, mjaft të zëna me punë dhe me shumë hyrje, me korridorë të zhurmshëm dhe tabela të ndryshme, dhe ku mbizotëron gjuha mjekësore, e cila zakonisht nuk kuptohet nga pacientët. Institucione të tillë kërkojnë aftësi të mira orientimi.

Disa nga problematikat hasen në tabelat e rrugëve, në numrat e telefonit apo adresat e internetit; hyrje, vendkalime dhe destinacione që nuk janë sinjalizuar qartë; harta komplekse që nuk përputhen me shenjat; formularë që përmbajnë fjalë të vështira të zhargonit mjekësor apo edhe ligjor. Të gjitha këto paraqesin vështirësi jo vetëm për fëmijët e adoleshentët, por edhe për të rriturit.

- 2) Pacientët përballen me kërkesa të shumëllojshme të kompetencave dhe me zgjedhje gjithnjë e më të vështira. Këtu mund të përfshijmë: vlerësimi i besueshmërisë dhe cilësisë së informacionit, analizimi i risqeve dhe përfitimeve, përlllogaritja e dozave, interpretimi i rezultateve të testeve ose gjetjen e informacionit shëndetësor.

Për të përmbushur këto, individit duhet të jetë i aftë: të kuptojë grafikët dhe informacionin vizual, të përdorë kompjuterin, të marrë dhe përdorë informacionin e duhur, të dallojë informacionin e besueshëm nga reklama në media, dhe të kryejë llogaritje me numra.

- 3) Materialet që përmbajnë informacion shëndetësor shpesh nuk janë shkruar mirë dhe pretendojnë njohuri të tepruara. Është e qartë se ekziston një

mospërputhje midis kërkesës së kompetencave shëndetësore të këtyre materialeve me aftësitë mesatare të një të rrituri me shkollë të mesme.

- 4) Komunikimi i shkruar dhe verbal i stafit mjekësor nuk ka qartësinë dhe cilësinë e duhur. Aftësitë komunikuese të stafit mjekësor janë me rëndësi për shëndetin e mëtejshëm të pacientëve. Kjo ndodh sepse pacientët kërkojnë përkufizime të termave, shembuj konkretë, sqarime dhe sugjerime të tjera. Ata kërkojnë ndihmë për zgjidhjen e problemeve dhe duhet të nxiten që të bëjnë pyetje.
- 5) Modelet e reja të “biznesit” mund të krijojnë pengesa të reja. Adaptimi i qasjeve të biznesit në reformat shëndetësore, orientuar nga eficientia e rezultateve, shpesh ka sjellë ndryshim të prioriteteve.

Vlerat ekonomike të qasjes komerciale apo fitimprurëse kanë zëvendësuar përkushtimin dhe kujdesin për njerëzit më vulnerabël, si shtresat në nevojë, të moshuarit dhe të papunët. Për shembull, menaxhimi i kohëzgjatjes së vizitave ka shkaktuar pakësimin e kohës për shkëmbimin e informacionit mes mjekëve dhe pacientëve.

- 6) Kompetencat shëndetësore ndikojnë në marrjen e shërbimeve mjekësore. Sipas European Health Literacy Survey, kompetencat shëndetësore në vendet e Europës janë në korrelacion të lehtë, por statistikisht sinjifikant, me marrjen e shërbimeve mjekësore, si për shembull frekuencën e marrjes së shërbimeve spitalore.

1.7. Kompetencat Shëndetësore dhe Rëndësia e Tyre për Shëndetin Publik

Kompetencat shëndetësore përbëjnë një çështje të rëndësishme për shëndetin publik që mund dhe duhet të merret në konsideratë nga profesionistët e të gjitha fushave të shëndetësisë.

Kërkimet nëpër botë po tregojnë gjithnjë e më tepër rëndësinë dhe potencialin e lartë që ka optimizimi i kompetencave shëndetësore në përmirësimin e shëndetit dhe mirëqenies së popullatës, si dhe në sheshimin e pabarazive në shëndetësi.

Kjo çështje duhet të zgjidhet duke e konsideruar si një problem që përfshin të gjithë institucionet dhe shoqërinë si të tërë, pra ajo nuk i përket vetëm individëve dhe profesionistëve në sektorin shëndetësor.

Të gjitha palët e interesit duhet të jenë të përfshirë në iniciativë të ndryshme për rritjen e kompetencave shëndetësore: publiku i gjerë, institucionet qeveritare, institucionet shëndetësore private apo publike, organizatat joqeveritare, profesionistët e shëndetësisë, mediat, komuniteti akademik dhe komuniteti i biznesit.

Gjithashtu, mjaft me rëndësi është nxitja dhe investimi i matjes dhe kërkimeve në këtë fushë, si hapi i parë i domosdoshëm për njohjen e gjendjes së kompetencave shëndetësore në grupet e ndryshme dhe në popullatën në përgjithësi.

Matja dhe monitorimi i kompetencave shëndetësore në popullatë me anë të studimeve ndihmon për të bërë dhe vlerësuar politikat në fushën e shëndetit publik, si dhe garanton që shërbimet të jenë aksesibël dhe t'i përgjigjen nevojave të individëve me kompetenca shëndetësor të kufizuara.

Ndërhyrjet strategjike që synojnë rritjen e kompetencave shëndetësore në periudhë afatgjatë duhen mbështetur mbi të dhëna empirike të sakta për të gjitha grupmoshat. Vlerësimi i suksesit të këtyre ndërhyrjeve kërkon monitorimin jo vetëm të kompetencave shëndetësore, por edhe të kushteve në të cilat ato fitohen dhe përdoren përgjatë jetës.

Rritja e nivelit të kompetencave shëndetësore ndihmon në zbutjen e pabarazive në shëndetësi. Grupet që i vuajnë më tepër pasojat e kompetencave shëndetësore të kufizuara janë të moshuarit, minoritetet etnike, banorë të zonave rurale, njerëzit me nivel të ulët shkollimi dhe njerëzit me të ardhura të ulëta.

Kompetencat shëndetësore të kufizuara tek këta grupe është në korelacion me një vetë-menaxhim të keq të shëndetit, akses më të ulët në shërbimet shëndetësore, dhe paaftësinë për të përdorur informacionin shëndetësor më qëllim bërjen e zgjedhje të duhura.

Iniciativa që synojnë pikërisht këto shtresa dhe grupe vulnerabël mund të ndihmojnë në zbutjen e pabarazive në shëndetësi. Gjithashtu, duhet theksuar se një rëndësi të veçantë paraqet rritja e nivelit të kompetencave shëndetësore tek fëmijët.

Kompetencat shëndetësore duhen konsideruar si një aset për individin dhe komunitetin në përgjithësi. Investimi për rritjen e kompetencave shëndetësore sjell përfitime në shëndet dhe në mirëqenie, si në nivel individual ashtu edhe në nivel komuniteti.

Njerëzit i fitojnë dhe i përdorin kompetencat shëndetësore në mjedisin social ku jetojnë dhe përmirësimi i tij mund të jetë një aset i rëndësishëm duke i bërë njerëzit më të ndjeshëm e më aktivë kundrejt shëndetit si për shembull: duke zgjedhur një stil jete më të shëndetshëm, kërkimi i të drejtave të tyre si pacientë, si dhe kryerja e veprimeve që përmirësojnë shëndetin në komunitet dhe kontribuojnë për një zhvillim të qëndrueshëm.

Nga një pikëpamje ideale, një person me kompetenca shëndetësore të përshtatshme është i aftë që të kërkojë dhe të vlerësojë informacionin shëndetësor, siç përmbledhet shkurtimisht në Tabelën 6:

Tabela 6. Aftësitë e një personi me kompetenca shëndetësore të përshtatshme
--

- Të kuptojë dhe të zbatojë udhëzimet për kujdesin ndaj vetes, përfshi këtu regjimet komplekse mjekësore;
- Të planifikojë dhe zbatojë ndryshimet e kërkuara në stilin e jetës për të përmirësuar shëndetin e tij;
- Të marrë vendime pozitive duke u mbështetur në një informacion të pasur
- Të dijë si dhe kur të kërkojë ndihmën mjekësore në rast se nevojitet;
- Të marrë pjesë në aktivitete që promovojnë shëndetin dhe të diskutojë çështjet shëndetësore në komunitet e shoqëri.

Burimi: përshtatur nga: Health Literacy. The solid facts. WHO. ISBN 978 92 890 0015 4

Ka shumë pak të dhëna rreth kompetencave shëndetësore në vendet e Ballkanit Perëndimor, duke përfshirë Kosovën, shtetin më të ri të krijuar në Europë pas administrimit 10-vjeçar të Kombeve të Bashkuara.

Në këtë kontekst, paraqet një rëndësi të veçantë vlerësimi i kompetencave shëndetësore me anë të testit TOFHLA tek përdoruesit e kujdesit shëndetësor parësor në Kosovë, vend i cili po kalon një proces të vështirë tranzicioni dhe reformash, pas shpalljes së pavarësisë në vitin 2008.

Këto reforma kanë prekur, ndër të tjera, edhe sektorin shëndetësor. Pasiguria e situatës kërkon që pacientët e shërbimit parësor të përshtaten me mjedisin në ndryshim.

Për më tepër, njohja e nivelit të kompetencave shëndetësore në popullsinë e Kosovës mund të ndihmojë në sheshimin e pabarazive shoqërore në marrjen e shërbimeve mjekësore, si dhe për një kujdes të veçantë për shtresat në nevojë dhe minoritetet etnike që jetojnë në Kosovë.

Kohët e fundit, versioni i gjatë i testit TOFHLA është provuar i vlefshëm në një kampion të kufizuar përdoruesish të kujdesit parësor në Kosovë (90), duke bërë kështu të mundur përdorimin e tij në një shkallë më të gjerë për të vlerësuar kompetencat shëndetësore funksionale.

Në këtë kontekst, qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i kompetencave shëndetësore funksionale në një kampion përfaqësues të përbërë nga pacientë të rritur të kujdesit parësor në Kosovë, duke përdorur instrumentin TOFHLA që është provuar dhe ka rezultuar i vlefshëm.

2. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit

2.4. Qëllimi i Studimit

Qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i prevalencës së njohurive dhe kompetencave shëndetësore dhe lidhjes (shoqërimit) të tyre me karakteristikat demografike dhe social-ekonomike në popullatën adulte Kosovare.

2.1. Objektivat Specifike të Studimit

Objektivat specifike të studimit ishin si më poshtë vijon:

1. Vlerësimi i prevalencës së përgjithshme të kompetencave shëndetësore në popullatën adulte Kosovare.
2. Vlerësimi i shpërndarjes së kompetencave shëndetësore në popullatën adulte Kosovare sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike:
 - a. Mosha;
 - b. Gjinia;
 - c. Gjendja civile;
 - d. Vendbanimi;
 - e. Niveli i edukimit;
 - f. Gjendja e punësimit;
 - g. Niveli ekonomik.
3. Vlerësimi i lidhjes (shoqërimit) të kompetencave shëndetësore me karakteristikat demografike dhe social-ekonomike në popullatën adulte Kosovare:
 - a. Mosha;
 - b. Gjinia;
 - c. Gjendja civile;
 - d. Vendbanimi;
 - e. Niveli i edukimit;
 - f. Gjendja e punësimit;
 - g. Niveli ekonomik.

2.2. Hipotezat e Studimit

Ky studim u parapri nga disa hipoteza të rëndësishme, të cilat radhiten më poshtë:

Hipoteza Nr. 1:

Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes nivelit të kompetencave shëndetësore dhe gjinisë mashkullore në popullatën adulte Kosovare, si pasojë e shkollimit më të mirë të meshkujve (nivelit më të lartë të edukimit) në kontekstin e një shoqërie disi patriarkale ku meshkujt kanë patur më shumë shanse dhe mundësi shkollimi në krahasim me femrat.

Hipoteza Nr. 2:

Ekziston një lidhje (shoqërim) negativ (invers) mes nivelit të kompetencave shëndetësore dhe moshës së individëve të të dyja gjinive, si pasojë e një niveli edukimi më të lartë të subjekteve të rinj në moshë në krahasim me brezin e vjetër të cilët kanë patur shumë më pak shanse shkollimi si rezultat i opresionit Serb në Kosovë.

Hipoteza Nr. 3:

Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes nivelit të kompetencave shëndetësore dhe nivelit të edukimit të individëve të të dyja gjinive, si pasojë e posedimit dhe asimilimit më të lartë të njohurive dhe praktikave shëndetësore tek individët e shkolluar në krahasim me subjektet me nivel të ulët edukimi.

Hipoteza Nr. 4:

Ekziston një lidhje (shoqërim) pozitiv mes nivelit të kompetencave shëndetësore dhe nivelit ekonomik të individëve, si pasojë ndoshta e një niveli më të lartë të edukimit të individëve me një nivel të kënaqshëm ekonomik në krahasim me subjektet ekonomikisht më të varfër.

3. Metodologjia

Tipi i studimit dhe periudha kohore: Ky studim ishte i tipit *transversal* (*kros-seksional*) dhe konsistoi në vlerësimin e prevalencës dhe determinantëve (përcaktorëve) socio-demografikë dhe social-ekonomikë në një kampion të madh dhe përfaqësues të popullatës adulte Kosovare.

Studimi u realizua gjatë periudhës 2011-2013.

3.1. Popullata në Studim

Sipas regjistrimit të popullsisë të kryer në vitin 2011, Kosova (e cila përbëhet nga 37 komuna) ka një popullsi totale prej 1.739.825 banorë.

Tri komunat e përzgjedhura rastësisht për sondazhin/studimin aktual ishin Prishtina, Gjakova dhe Prizreni, të cilat përfaqësojnë rreth 27% të popullsisë së përgjithshme të Kosovës.

Çdo komunë në Kosovë ka një qendër të kujdesit shëndetësor parësor e cila emërtohet: *Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare (QKMF)*. Hulumtimi aktual përfshiu QKMF-të e tri komunave të përzgjedhura në mënyrë rastësore, domethënë Prishtinën, Gjakovën dhe Prizrenin.

Në total, u ftuan për pjesëmarrje në studim 1200 përdorues të njëpasnjëshëm të kujdesit shëndetësor parësor (individë të moshës ≥ 18 vjeç të të dyja gjinive) nga tri rajonet e përzgjedhura të Kosovës, në bazë të llogaritjeve të madhësisë së mostrës që konsistuan në supozime të ndryshme konservative rreth lidhjes së karakteristikave demografike dhe social-ekonomike me kompetencat shëndetësore funksionale.

Nga 1200 individë të targetuar për rekrutim në studim, **1035** ranë dakord për të marrë pjesë në studim dhe ishin në gjendje për të lexuar dhe kuptuar informacionin e dhënë.

Nga ana tjetër, 73 individë u përjashtuan për shkak se ata ishin shumë të sëmurë ose të paaftë për të lexuar dhe/ose kuptuar informacionin e dhënë, ndërsa më tej, 92 individë refuzuan të marrin pjesë në studim.

Prandaj, ***shkalla e përgjithshme e pjesëmarrjes në këtë studim ishte: $1035/1200 = 86.3\%$.***

3.2. Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave konsistoi në administrimin e një pyetësoi të strukturuar standard ndërkombëtar i cili paraprakisht u validua në kontekstin e popullatës Kosovare.

Kontrolli i cilësisë së mbledhjes së të dhënave u realizua nëpërmjet verifikimit herë pas here të procedurave të punës dhe konsistoi në rishikimin e mënyrës së administrimit të pyetësorit.

Në kampionin përfaqësues të popullatës adulte Kosovare, pyetësi përfshiu të dhëna të detajuara mbi njohuritë dhe kompetencat shëndetësore të pjesëmarrësve në studim. Gjithashtu, pyetësi përfshiu edhe të dhëna social-demografike si dhe karakteristika social-ekonomik për të gjithë pjesëmarrësit në studim.

Përkufizimi i karakteristikave socio-demografike dhe social-ekonomike të përfshira në studim paraqitet më poshtë:

- **Mosha:** u vlerësua sipas vetë-raportimit të datës së lindjes të subjekteve dhe datës së intervistimit të tyre. Në analizën e të dhënave, mosha u trajtua si variabël numerik dhe si variabël kategorik (ordinal) në 3 grupe (18-35 vjeç, 36-50 vjeç, dhe ≥ 65 vjeç).
- **Gjinia:** variabël binar/dikotomik (meshkuj vs. femra).
- **Vendbanimi:** sipas raportimit të subjekteve në studim. Variabël binar/dikotomik (zona urbane vs. zona rurale).
- **Gjendja civile:** sipas raportimit të subjekteve në studim. Variabël nominal: beqar(e), i/e martuar, i/e divorcuar, i/e ve. Në analizën e të dhënave, gjendja civile u trajtua si variabël binar/dikotomik (martuar vs. beqar/divorcuar/ve).
- **Edukimi:** vetë-raportimi i viteve të shkollës nga ana e subjekteve në studim. Në analizën e të dhënave, niveli i edukimit u trajtua si variabël numerik (diskret) dhe si variabël kategorik (ordinal): 0-8 vjet (edukim i ulët), 9-12 vjet (edukim i mesëm), dhe >12 vjet (edukim i lartë).
- **Gjendja e punësimit:** sipas vetë-raportimit të gjendjes aktuale të punësimit nga secili pjesëmarrës në studim. Variabël nominal: student, punësuar, papunë, dhe pension.
- **Niveli ekonomik:** sipas vetë-raportimit të subjekteve. Variabël ordinal: nivel ekonomik i ulët, i mesëm, i lartë.

3.3. Pyetësi për Vlerësimin e Kompetencave Shëndetësore

Pyetësi i përdorur për vlerësimin e kompetencave shëndetësore përshkruhet me hollësi në rubrikën e mëposhtme.

TOFHLA
AFTËSITË NUMERIKE

JEPINI PACIENTIT SKENARIN PER ÇDO PYETJE. MË PAS LEXONI SECILËN PYETJE DHE REGJISTRONI PËRGJIGJET. NDERPRITENI INTERVISTEN NË FUND TË 10 MINUTAVE.

PARAPRINI PYETJEN E PARE ME KETE FRAZE:

“Këto janë disa udhëzime që mund t’ju jepen ne spital ju ose dikujt tjetër. Ju lutem lexoni vetë secilin udhëzim. Unë do t’ju bëj disa pyetje lidhur me kuptimin e tyre.”

PARAPRINI PYETJET E TJERA ME FRAZAT:

“Shikoje këtë udhëzim” OSE “Ky është një tjetër udhëzim që mund t’ju jepet.”

SKENARI 1:

N.q.s. ju merrni tabletën tuaj të parë në orën 7:00,
kur duhet ta merrni tabletën tjetër?

N-1

(1) (0)

Dhe më pas, tabletën tjetër pas saj?

N-2

(1) (0)

Po tabletën e fundit për atë ditë, kur duhet t’a merrni?

N-3

(1) (0)

SKENARI 2

A mund t’a marrësh atë medikament me 10 Korrik 2012?

N-4

(1) (0)

SKENARI 3

N.q.s. ju filloni t’a merrni medikamentin të Martën,
kur duhet t’a merrni atë më pas?

N-5

(1) (0)

Në cilën ditë duhet t'a merrni medikamentin më pas?

N-6

(1) (0)

SKENARI 4

N.q.s. ky do të ishte rezultati juaj, a do të ishte normal
niveli i sheqerit në gjakun tuaj sot?

N-7

(1) (0)

SKENARI 5

Kur është vizita tjetër e juaj?

N-8

(1) (0)

Ku duhet të shkoni?

N-9

(1) (0)

SKENARI 6

Sa nga ato pilula (medikamente) duhet të marrësh?

N-10

(1) (0)

SKENARI 7

Sa herë mund t'a merrni të rimbushur (riplotësuar) atë recetë?

N-11

(1) (0)

Kur është data e lëshimit?

N-12

(1) (0)

Kur bëhen gjashtë muaj nga data e lëshimit?

N-13

(1) (0)

SKENARI 8

N.q.s. ju e hani drekën në orën 12:00
dhe ju dëshironi ta merrni medikamentin para drekës,
në cilën orë duhet t'a merrni atë?

N-14

(1) (0)

N.q.s. ju harruat t'a merrni medikamentin përpara drekës,
në cilën orë duhet t'a merrni atë?

N-15

(1) (0)

SKENARI 9

Supozojmë se ju keni shkuar në spital për vizitë mjekësore me një udhëzim nga mjeku i Qendrës së Mjekësisë Familjare ose kujdesit primar.
Sa duhet të paguani për vizitën specialistike?

N-16

(1) (0)

SKENARI 10

Supozojmë se ju jeni anëtar i familjes së ngushtë që shfrytëzon skemat e përgjithshme të përkrahjes sociale. A duhet të paguani për kujdesin tuaj Shëndetësor në institucionet shëndetësore publike?

N-17

(1) (0)

Rezultati i Përgjithshëm Bruto

KOMENTE

TOFHLA
TË KUPTUARIT E MATERIALEVE TË SHKRUARA

JEPINI PACIENTIT PËR TË PLOTËSUAR PASAZHET QË KANË TË BËJNË ME TË KUPTUARIT E ASAJ QË LEXOHEJ. PALOSENË FAQEN PËRBALLË TEKSTIT NË MËNYRË QË PACIENTI TË SHIKOJË VETËM TEKSTIN.

PARAPRINI KËTË USHTRIM ME FRAZAT:

“Këtu janë disa udhëzime mjekësore të tjera që ju apo cilido mund t’i shikojë në ambjentet e spitalit. Këto udhëzime shprehen në fjali, në të cilat disa prej fjalëve mungojë. Aty ku mungon një fjalë, është hequr një vijë, dhe poshtë saj gjenden 4 fjalë të mundshme që mund të vendosen në këtë hapësirë. Unë dëshiroj që ju te gjeni se cila nga këto 4 fjalë duhet shkruar në hapësirën boshe, pra cila fjalë bën që fjalia të ketë kuptim. Kur ju mendoni që e dini fjalën e duhur, rrethoni shkronjën përpara asaj fjale, dhe vazhdoni me fjalinë tjetër. Kur ju të mbaroni këtë faqe, ktheni faqen në anën tjetër dhe vazhdoni përsëri të njëjtën gjë derisa të mbaroni të gjithë faqet.”

NDËPRITENI USHTRIMIN NË FUND TË 12 MINUTAVE

PASAZHI A: PËRGATITJA PËR RADIOGRAFI (RREZE X)

PASAZHI B: PËRGJEGJËSITË DHE TË DREJTAT NGA SIGURIMI SHËNDETËSOR

PASAZHI C: FORMULARI I MIRATIMIT TË INFORMUAR

PASAZHI A

A1	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

A2	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

A3	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

A4	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

A5	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

A6	(1)	(0)	A7	(1)	(0)
a.			a.		
b.			b.		
c.			c.		
d.			d.		

Nën-Totali

PASAZHI A

Doktori ju ka dërguar juve të bëni një radiografi, radioskopi apo rreze X për _____.

- a. stomakun
- b. diabetin
- c. qepjet
- d. mikrobet

Ju duhet t'a keni stomakun _____ kur të vini për _____.

- | | |
|-------------|-----------------|
| a. astmatik | a. është. |
| b. bosh | b. jam. |
| c. inçest | c. në qoftë se. |
| d. anemik | d. këtë. |

Radiografia _____ nga 1 deri në 3 _____ për t'u realizuar.

- | | |
|-----------|------------|
| a. kërkon | a. krevate |
| b. sheh | b. tru |
| c. flet | c. orë |
| d. shikon | d. dieta |

DITA PËRPARA SE TË BËNI RREZET X

Për darkë hani vetëm _____ fruta, _____ dhe reçel,

- | | |
|----------------|-------------------|
| a. pak | a. gishta |
| b. lëng mishi | b. grykë |
| c. sulm | c. bukë të thekur |
| d. të përziera | d. kofshë |

me kafe ose çaj.

A8 (1) (0)	A9 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

A10 (1) (0)	A11 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

A12 (1) (0) a. b. c. d.
--

A13 (1) (0) a. b. c. d.	A14 (1) (0) a. b. c. d.
--	--

A15 (1) (0) a. b. c. d.	A16 (1) (0) a. b. c. d.
--	--

Nën-Totali

Pas _____, ju nuk duhet të _____ ose pini

- | | |
|----------------|-----------|
| a. një minute, | a. lehtë |
| b. mesnate, | b. hëngra |
| c. gjatë, | c. piva |
| d. përpara, | d. hani |

asgjë _____ deri pasi të keni _____ radiografinë.

- | | |
|-------------|----------|
| a. sëmundje | a. janë |
| b. fare | b. kreu |
| c. secilin | c. kryer |
| d. ndonjë | d. ishte |

DITA E RREZEVE X.

Mos hani _____.

- a. vizitë mjekësore.
- b. hyrjen.
- c. mëngjes
- d. klinikë.

Mos _____, madje as _____.

- | | |
|-------------------|------------|
| a. ngisni makinën | a. zemër |
| b. pini | b. frymë |
| c. vishni | c. ujë |
| d. dozoni | d. kancer. |

Në rast se keni ndonjë _____, telefonojini _____ të Radiografisë në 6164500.

- | | |
|--------------|------------------------|
| a. përgjigje | a. Departamentit |
| b. ushtrim | b. Ndrydhjes |
| c. broshurë | c. Farmacisë |
| d. pyetje | d. Dhimbjes së dhëmbit |

B17 (1) (0)

a.

b.

c.

d.

B18 (1) (0)

a.

b.

c.

d.

B19 (1) (0)

a.

b.

c.

d.

B20 (1) (0)

a.

b.

c.

d.

B21 (1) (0)

a.

b.

c.

d.

B22 (1) (0)	B23 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

B24 (1) (0)	B25 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

Nën-Totali

PASAZHI B

Unë jam dakord të jap informacion të saktë për të _____ nëse mund të përfitoj nga

- a. flokë
- b. kripë
- c. marrë vesh
- d. dhimbje

Sigurimet Shëndetësore.

Unë _____ të jap informacion për rrethin ku banoj për të _____ çdo

- | | |
|---------------|--------------|
| a. jam dakord | a. fshehur |
| b. hetoj | b. rrezikuar |
| c. dërgoj | c. shkarkuar |
| d. fitoj | d. vërtetuar |

deklaratë të dhënë në këtë _____ dhe në këtë mënyrë i jap

- a. emfizëmë
- b. aplikim
- c. fshikëz tëmthi
- d. marëdhënie

_____ autorizimin për t'i vërtetuar ato.

- a. inflamacionit tim
- b. fesë sime
- c. hekurit tim
- d. rrethit tim

Unë e _____ që nuk duhet të raportoj tek Instituti i Sigurimeve Shëndetësore çdo

- a. investigoj
- b. argëtoj
- c. kuptoj
- d. krijoj

_____ të gjendjes sime sepse në _____ s'ka _____

- | | | |
|-------------|-------------|-------------------------------------|
| a. ndryshim | a. Kosovë | a. Fakultet Mjekësie |
| b. hormon | b. Shqipëri | b. Institut Shëndeti Publik |
| c. antiacid | c. Rajon | c. Institut Sigurimesh Shëndetësore |

d. përgjegjësi

d. Europë

d. Qendër Klinike Universitare

B26 (1) (0)	B27 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

B28 (1) (0)	B29 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

B30 (1) (0)
a.
b.
c.
d.

B31 (1) (0)	B32 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

B33 (1) (0)	B34 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

B35 (1) (0)	B36 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

Nën-Totali

Unë e kuptoj _____ në qoftë se MUA NUK më pëlqen _____ për rastin e ankesës sime,

- | | |
|-------------------|----------------|
| a. në këtë mënyrë | a. martesa |
| b. kjo | b. punësimi |
| c. që | c. të rriturit |
| d. sesa | d. vendimi |

unë kam _____ për një gjykim të drejtë. Unë mund të _____ një seancë

- | | |
|---------------|------------|
| a. shkëlqimin | a. kërkoj |
| b. të majtën | b. refuzoj |
| c. gabimin | c. dështoj |
| d. të drejtën | d. ndreq |

shqyrtimi duke i shkruar ose _____ institucionit ku unë aplikova.

- a. numëruar
- b. lexuar
- c. kërkuar
- d. nuhatur

N.q.s. ju _____ trajtim jashtë vendit për cilindo _____ të familjes, juve do t'ju duhet

- | | |
|--------------|------------------|
| a. lani | a. anëtar |
| b. dëshironi | b. histori |
| c. mbron | c. peshë |
| d. lidhni | d. rrip sigurimi |

të _____ një formular aplikimi, _____ Ministria do të përdorë

- | | |
|-----------------|---------------|
| a. çlodheni | a. meqënëse |
| b. thyeni | b. nëse |
| c. merrni frymë | c. megjithatë |
| d. firmosni | d. sepse |

këtë _____ për të përcaktuar _____ e kërkesës tuaj.

- | | |
|-------------|-------------------|
| a. mushkëri | a. hipogliceminë |
| b. datë | b. pranueshmërinë |
| c. formular | c. osteoporozën |
| d. legen | d. skizofreninë |

C37 (1) (0)	C38 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

C39 (1) (0)
a.
b.
c.
d.

C40 (1) (0)	C41 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

C42 (1) (0)	C43 (1) (0)
a.	a.
b.	b.
c.	c.
d.	d.

C44	(1)	(0)
a.		
b.		
c.		
d.		

Nën-Totali

PASAZHI C

_____ më është shpjeguar që gjatë kryerjes së procedurës së _____

- | | |
|--------|----------------|
| a. Ime | a. sifilizit |
| b. Mua | b. hepatitit |
| c. Ai | c. kolitit |
| d. Ajo | d. operacionit |

mund të _____ situata të paparashikuara që kërkojnë zgjatjen

- a. shfaqen
- b. dëshpërohen
- c. drejtohen
- d. njoftohen

e procedurës(ave) _____ ose procedura të tjera nga ato _____ në paragrafin e dytë.

- | | |
|---------------|-------------------|
| a. shitesë | a. të marra |
| b. tjetër | b. të përcaktuara |
| c. origjinale | c. të para |
| d. të varur | d. të shkuara |

Prandaj, unë, _____ dhe kërkoj që _____ i mësipërm,

- | | |
|--------------|----------------|
| a. ushtroj | a. infeksioni, |
| b. autorizoj | b. shtatzënia, |
| c. aktivizoj | c. siguruesi, |
| d. shtyj | d. mjeku, |

asistentët e tij apo mjekët ndihmës _____ procedura të tilla pasi

- a. të kryejnë
- b. të njollosin
- c. të fillojnë
- d. të theksojnë

C45 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

C46 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

C47 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

C48 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

C49 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

C50 (1) (0)

- a.
- b.
- c.
- d.

Nën-Totali

REZULTATI I PAPËRPUNUAR I KUPTIMIT TË LEXIMIT

--

janë të domosdoshme dhe _____ në gjykimin profesional.

- a. të padëshirueshme
- b. urgjencë
- c. të dëshirueshme
- d. diagnozë

Autoriteti _____ në Paragrafin 3 do të _____ trajtimin e

- | | |
|---------------------------|---------------|
| a. i dhënë | a. pretendojë |
| b. i mjekuar | b. mbulojë |
| c. i testuar | c. tërheqë |
| d. i rrezatuar me rreze-X | d. veprojë |

e të gjitha situatave që _____ mjekim

- a. arsyetojnë
- b. referojnë
- c. kërkojnë
- d. lidhen

dhe që nuk njihen _____ momentin e fillimit të operacionit ose _____.

- | | |
|---------|-----------------|
| a. neve | a. kolesterolit |
| b. jam | b. menopauzes |
| c. ose | c. gonorresë |
| d. në | d. procedurës |

TOFHLA është një njësi matëse e aftësisë së pacientit për të lexuar dhe kuptuar informacionin shëndetësor, KSh funksionale të tyre. TOFHLA për Aftësitë Numerike vlerëson të nivelin sesi pacientët kuptojnë recetat, oraret e vizitave mjekësore dhe monitorimin e glukozës. TOFHLA e Të Kuptuarit të Materialeve të Shkruara vlerëson të kuptuarit e teksteve shëndetësore të tilla si përgatitja për një procedurë diagnostikimi dhe të drejtat dhe përgjegjësitë e Sigurimeve Shëndetësore.

Data ____/____/____

Emri _____

Gjinia: Mashkull ☐ Femër ☐

Datëlindja: ____/____/____ Mosha ____ Nr. ID _____

Spitali apo Qendra e Mjekësisë Familjare: _____

Komuna/Vendbanimi: _____

Zona e vendbanimit: Rurale ☐ Urbane ☐

Statusi aktual martesor:

Beqar/e ☐

I/e martuar/duke bashkëjetuar ☐

I/e ndarë/divorcuar ☐

E ve/vejan ☐

Vitet e arsimimit formal:

Profesioni:

Statusi i punësimit :

I/e punësuar ☐

I/e papunësuar ☐

Amvise/shtëpiake ☐

Pensionist/e ☐

Student/e ☐

Si e konsideroni gjendjen tuaj ekonomike?

Të keqe ☐

Mesatare ☐

Të mirë ☐

Formulari i administruar: _____ Shqip print – i rregullt

_____ Shqip print – i madh

TOFHLA – Score

Rezultati numerik i papërpunuar (0-17)

Rezultati numerik i peshuar (0-50)

Rezultati i papërpunuar i kutpimit te leximit (0-50)

TOFHLA rezultati total (0-100)

Niveli i Kompetenca Shëndetësore Funksionale:

0 – 59 -- Kompetenca Shëndetësore Funksionale të Papërshtatshme

60 – 74 -- Kompetenca Shëndetësore Funksionale Marxhinale (ne kufij)

75 – 100 -- Kompetenca Shëndetësore Funksionale të Përshtatshme



TOFHLA Aftësitë Numerike

Etiketat e Recetave të Shisheve dhe Skenaret

- 1.** Pacienti: Filan Fisteku, 16 Prill 2012
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

PENICILIN VK

250MG 40 tableta

Merr një tabletë nga goja katër herë në ditë

- 2.** Pacienti: Filan Fisteku, 16 Prill 2012
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

AMOKSICILIN LIQ

125MG/5ML 150ML 1 shishe

Ruajeni ne frigorifer – tundeni mirë para përdorimit; hidheni
pas datës 15 Mars 2012

- 3.** Pacienti: Filan Fisteku, 16 Prill 2012
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

METOTREKSAT

2,5 MG 10 copë

Merreni çdo tre ditë

6. Pacienti: Filan Fisteku, 16 Prill 2012
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

TETRACIKLINË

250 MG 40 copë

E rëndësishme: mbaroni të gjithë mjekimin
përveç rasteve kur thuhet ndryshe nga mjeku.

7. Pacienti: Filan Fisteku, 28 Dhjetor 2010
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

FENOBARBITAL

30 MG 2 pako x 90 tableta = 180 tableta

Mbas dy herësh që keni marrë barin në barnatore me këtë recetë,
ose gjashtë muaj nga data e lëshimit, kjo recetë duhet të përshkruhet
përsëri vetëm nga mjeku. (2 përshkrime)

8. Pacienti: Filan Fisteku, 16 Prill 2012
Dr. Arben Kalaja, Nr. Liçencës 456723

DOKSICIKLINË

100 MG 20 tableta

Merreni mjekimin me stomakun bosh
një orë përpara ose dy deri në tre orë
mbas ushqimit, përveç rasteve kur
udhëzohet nga mjeku.

4. Niveli normal i sheqerit në gjak është 5 – 6.
Niveli i sheqerit në gjakun tuaj sot është 7.

5.

ORARI I VIZITËS MJEKËSORE					
KLINKA:	E Diabetit	VENDI:	Kati i tretë		
DITA:	E Enjte	DATË:	2 Prill	ORA:	10:20

9. Vizita mjekësore në spital bëhet në bazë të udhëzimit të mjekut nga institucioni i mjekësisë familjare (parësore) dhe institucionet shëndetësore të kujdesit privat në komunat e regjionit të Prishtinës. Për vizitë mjekësore në spital te specialisti me udhëzim nga mjeku familjar duhet paguar 3 euro, ndërsa nëse nuk keni udhëzim do të paguani 15 euro.

10. Disa nga grupet e popullatës të liruara nga bashkëpagesat për shërbimet shëndetësore janë:
- a) fëmijët dhe të rinjtë deri në moshën 15 vjeçare
 - b) qytetarë mbi moshën 65 vjeçare
 - c) shfrytëzuesit e skemave të përgjithshme të përkrahjes sociale dhe anëtarët e familjeve të ngushta të tyre
 - d) invalidët e luftës dhe familjet e tyre
 - e) personat me aftësi të kufizuar

Udhezime per Administrimin dhe Pikesimin

I. Hyrje

A. Sfondi

Rishikimi i instrumenteve ekzistuese qe vleresojne kompetencat shendetesore (KSh) tregon qe pjesa me e madhe e tyre perqendrohen ne aftesite per te kuptuar tekstet narrative. Per t'ju pergjigjur nevojës per nje vleresim me gjithëperfshires te KSh, dhe nje sfondi te ndryshem konceptual per te kuptuar impaktin e KSh te uleta mbi gjendjen shendetesore dhe /ose shperndarjen e kujdesit shendetesore, Projekti “The Literacy in Health Care” zhvilloi Testin e Kompetencave Shendetesore Funksionale ne Adultet (TOFHLA). TOFHLA eshte nje instrument vleresues i KSh funksionale i projektuar te vleresoje KSh midis adulteve ne ambjentet e ofrimit te kujdesit shendetesor. Instrumenti mat KSh funksionale duke u mbështetur mbi supozimin qe “more than classroom reading ability” jane te nevojshme per te kuptuar dhe negociuar sistemin shendetesor ne menyre te pershtatshme. TOFHLA eshte e orientuar vecanerisht per te vleresuar aftesite e tipit numerik dhe te kuptuarit e asaj qe lexohet ne nivelet e mesme dhe te uleta te aftesive te KSh.

B. Konsiderata te vecanta per te Testuar Pacientet me Nivel te Ulet te KSh

Nje pjese e rendesishme e KSh k ate beje me aftesite personale. Ata qe kane pak ose aftesi te reduktuara shpesh mund te ndjehen ne siklet kur kjo paaftesi sillet ne vemendjen e tyre ose te atyre qe i rrethojne. Forca e ketij sikleti rritet nga presioni i kolegeve dhe presioni social. Si pasoje, personat me nivel te ulet te KSh aplikojne mekanizma te sofistikuar per te fshehur nivelin e tyre te ulet te KSh dhe per te parandaluar zbulimin ose shqetesimin e tyre, per te mos permendur zemerimin e tyre.

Ka shume te ngjare qe te hasni disa prej sjelljeve te meposhtme qe deshmojne nivel te ulet te KSh:

- Tregimin me gisht te tekstit, ndersa lexojne
- Afrimin e tekstit prane fytyres per te lexuar
- Pretendime qe “drita nuk eshte e mire”
- Ankesa per “probleme me shikimin”
- Shrehje te lodhjes
- Shpjegime se nuk kane kohe
- Pohime qe sipas tyre materiali nuk eshte interesant.

Kur ju hasni ne nivele te uleta te KSh, duhet qe ta zbusni impaktin e zbulimit te ketij detaji duke pohuar me mirekuptim, “Une nuk kam ndermend qe t’ju ve ne siklet, t’ju

inatos, apo t'ju bej te ndjeheni keq. Une mund te ndaloj nese ju deshironi kete, por informacioni qe mund te me jepni eshte shume i rendesishem dhe do te vleresohet nga te gjitha ne. (PAUZE) A mund te vazhdoj?" Duhet respektuar dinjiteti i cdo qenieje njerezore.

II. Procedurat paraprake

A. Miratimi i Informuar

Spitali apo qendra shendetesore mund te kerkoje sigurimin e formatit te Miratimit te Informuar nga pacienti perpara se te filloje testi. Institucioni juaj mund te kete nje format standard per kete. Teksti i miratimit te informuar duhet te lexohet gojarisht sic eshte i shkruar. Lejohet perifrazimi, por jo si zevendesues i leximit tekstualisht. Kur subjekti e firmos formatin, ne fakt ai/ajo ju jep juve lejen qe ju t'u drejtoni pyetje atyre, por ata nuk angazhohen qe t'i pergjigjen ketyre pyetjeve. Eshte pra normale, sidoqofte, qe subjektet t'i pergjigjen te gjitha pyetjeve. Zakonisht, miratimi i informuar i pajis subjektet me informacion rreth procedurave, rreziqeve dhe shqetesimeve, perfitimeve te pritshme, ceshtjeve te privatesise etj. Procedura e marrjes se miratimit te informuar duhet menaxhuar me te njejtin perkushtim si ai qe i dedikohet kryerjes se testit.

B. Mprehtesia vizive

Zakonisht, personat me KSh te uleta i maskojne problemet qe kane me te lexuarit duke thene se ata nuk jane ne gjendje t'i shohin materialet qe ju jepen. Ky test synon te mase bazen e ketyre pretendimeve. Ne supozojme se subjekti ka mprehtesi vizive te pershtatshme nese testi i shikimit rezulton te pakten 20/50. Kjo jo vetem bazohet ne studime te meparshme, por eshte dhe kufiri i pranueshem i shikimit per personat qe marrin lejen e drejtimit te mjeteve motorike. Nese subjektet mbajne size, kerkojini qe t'i vendosin per kete test. Nese nuk mbajne size, aplikoni testin e mprehtesise vizive duke ndjekur udhezimet me poshte.

Duke perdorur nje vizore qe eshte e gjate te pakten 36 cm, eshte me mire qe te uleni apo te qendroni prane subjektit dhe te masni 36 cm pergjate vijes se tyre te shikimit nga kornea. Mund te jete e pershtatshme qe ta mbeshtesni vizoren mbi mollezen (kocken e faqes) se subjektit. Vendosni nje table vizive Snellen apo nje karte vizive Rosenbaum qe mbahet me dore ne piken qe eshte larg 36 cm pingul me planin e fytyres se subjektit, fiksojeni me dore karten dhe hiqeni vizoren (ndoshat mund ta vendosni vizoren nje vije me poshte kufirit 20/50 te karaktereve te testit per te reduktuar hutimin vizual). Kerkojini subjektit qe te lexoje grupin e pare te numrave ne te majte te kartes, mbi vizore. Pas kesaj, thuajini subjektit qe karakteret ne krah tregojne tre E qe shohin ne drejtime te ndryshme. Se fundmi, kerkojini subjektit qe te lexoje 3 shkronjat e fundit te atij rrjeshti. Nje shumice e thjeshte e pergjigjeve korrekte ne kete vleresim nenkupton mprehtesi shikimi te pershtatshme. Nese nuk ka shumice te thjeshte te pergjigjeve korrekte ne kete rrjesht,

vazhdoni me rreshtat me madhesi me te madhe shkrimi derisa te arrihet shumica e pergjigjeve korrekte. Nese subjekti nuk eshte ne gjendje te lexoje ne menyre korrekte shumicen e termave ne vijen 20/100, atehere jepini atij versionin me shkrim te madh te TOFHLA.

III. TOFHLA: Aftesite Numerike

A. Pershkrimi

Nje madhesi domethenese e KSh funksionale eshte dhe aftesia e pacientit per te kuptuar dhe vepruar bazuar mbi udhezimet numerike qe jepen nga mjeku apo farmacisti. Keto skenare te testit riprodhojne situata te jetes se vertete ne marrjen, ndjekjen dhe pagesat per medikamentet apo trajtimet mjekesore. Ato jane te renditura ne rend rrites veshetiresie.

B. Udhezime per Administrimin

TOFHLA: Seksioni “Aftesite numerike” perdor nje seri skenaresh per te cilat pacientet japin pergjigje. Keto skenare perbehen nga: etiketa pershkruese ne shishet e ilaceve, nje orar takimi per viziten mjekesore, nje liste qe pershkruan kriteret per marrjen e ndihmes financiare, dhe nje shembull rezultatesh se nje testi mjekesore. Duke qene se ky ehste nje vleresim 10-minutesh, i kronometruar, duhet t’i rendisni skenaret sipas radhes perpara se te filloni.

Jepini pacientit skenarin per secilen pyetje, me pas lexoni secilen pyetje, dhe regjistroni pergjigjet. Filloni prezantimin e pyetjeve duke ndjekur kete hyrje te strukturuar:

“Keto jane disa udhezime te cilat mund tu jepen juve apo te tjereve ne spital. Ju lutemi lexoni cdo udhezim. Me pas une do t’ju drejtoj disa pyetje rreth kuptimit te ketyre udhezimeve.”

Ndiqni paratheniet sic jane printuar. Jepen vetem dy opsione pergjigje nga pacientet. Nuk lejohen opsione te tjera pergjigjeje. Po kaq e rendesishme, mos perseritni “Ky eshte nje shembull i...”. Sic ndodh zakonisht me vleresimet e ketij lloji, mund ta pasoni cdo pergjigje me nje “Faleminderit”, “Mire” ose “Shume mire”. Pyetjet e subjekteve lidhur me performancen e tyre duhet t’i pergjigjeni me “Ju po veproni shume mire”.

C. Udhezime Specifike per Administrim te Standardizuar

- Skenari 1. Sigurohuni te lexoni 7:00 p.d. dhe jo “ne mengjes”. Pjese e testit per kete skenar eshte synimi per te percaktuar nese pacienti e kupton qe “p.d.” do te thote “paradite ose mengjes”.
- Skenari 2. Disa subjekte kane veshtiresi te vecojne udhezimet per mjekimin e tyre nga informacioni qe paraqitet ne etiketen e shisheve te ilaceve. Ne kete rast, perseritni fjaline e pare nga hyrja e pergjithshme, por mos i thoni subjektit qe ky eshte vetem nje shembull.
- Skenari 4. Disa paciente do ju tregojne per nivelin e tyre te sheqerit ne gjak. Ajo qe mund te beni eshte te perseritni pyetjen. Subjekti duhet ta gjeje vete ne menyre te pavarur nese te dhenat sigurojne nje baze per pergjigjen.
- Skenari 5. Disa subjekte ne menyre te gabuar do te raportojne daten e takimit te tyre te ardhshem per viziten mjekesore.
- Skenari 10. Pyetjet per financimin e kujdesit shendetesor do te zbulojne disa informacione anektodike nga pacientet.

D. Udhezime per Pikesimin e TOFHLA: Aftesite Numerike

Disa pyetje kane disa aspekte te vecanta qe kerkojne vemendje specifike per te percaktuar nese nje pergjigje eshte korrekte. Keto shpjegohen me poshte:

- Skenari 1. Variacionet ne stilin e jeteses, rezultateve terapeutike te mjekimeve, dhe preferencat e mjekeve bejne te nevojshme pranimin e nje spektri pergjigjesh si korrekte. Cdo interval kohor qe eshte ≥ 3 ore ose ≤ 6 ore eshte i pranueshem per te tre pyetjet e ketij skenari. Kjo merr parasysh llogaritjen e intervaleve te dozes sipas sistemit 12 apo 24 oresh gjate dites.
- Skenari 2. “Jo” eshte pergjigja e vetme e sakte ndaj kesaj pyetjeje.
- Skenari 3. E premte eshte pergjigja korrekte per pyetjen e pare, dhe E Hene per te dyten. Duke qene se synimi i pyetjes eshte te percaktohet aftesia per te llogaritur ditën e trete ne menyre korrekte, sidoqofte, ka mundesi te gabohet ne pyetjen e pare dhe te pergjigjen sakte per te dyten. Per shembull, pergjigjet e “Enjte” dhe “Diel” do to

konsideroheshin si jo korrekte per pergjigjen e pare dhe korrekte per pergjigjen e dyte.

- Skenari 4. “Jo” eshte pergjigja e vetme korrekte ndaj kesaj pyetjeje. Disa subjekte nuk do jene ne gjendje te vecojne gjendjen e tyre vetjake nga kjo pyetje. Disa te tjere do te pretendojne se nuk jane ne gjendje te lexojne rezultatet e testit mjekesor ose qe nuk kane dijeni per sheqerin ne gjak. Eshte e domosdoshme qe pacientet te mos drejtohen apo udhehiqen lidhur me kete ceshtje, pra aty nuk duhet te shtyhen drejt ndonje pergjigje te caktuar.
- Skenari 5. E para, per shkak se pacientet do te kujtohen se kane nje takim me mjekun gjate javes por jo domosdoshmerisht do mbajne mend ditën e sakte, pergjigja e vetme korrekte eshte “2 Prill”. Ata mundet, sigurisht, te thone “E Enjte, 2 Prill” por pergjigja duhet te jete specifike lidhur me datën (2 Prill). E dyta, duke qene se ky eshte nje test funksional, eshte e pranueshme te lejohen pergjigjet e tipit “Kati i trete” ose “Klinika e diabetit” ose te dyja per pyetjen e dyte.
- Skenari 6. Ka dy pergjigje te pranueshme: “Te gjithë” ose “40”.
- Skenari 7. Pergjigjet korrekte jane: 2, 12/28/92, dhe Qershor. Ky skenar eshte i ngjashme me skenarin 3 ne kuptimin qe ceshtjet konsiderohen si korrekte nese ato perfaqesojne nje interval kohor te sakte nisur nga nje pergjigje e meparshme, edhe nese kjo pergjigje e meparshme eshte e gabuar. Me specifikisht, nese pergjigja ndaj pjeses se trete te ceshtjes 7 eshte gjashte muaj nga data e dhene si pergjigje, atehere pjesa e trete konsiderohet korrekte pavaresisht pergjigjes ndaj pyetjes se dyte. Cdo kohe e muajit apo dhe vetem emri i muajit do konsiderohet si korrekte. Nese ata japin nje vit per Qershorin, sidoqofte, viti duhet te jete i sakte, ose perndryshe pergjigja do konsiderohet e gabuar.
- Skenari 8. Vetem nje kohe eshte korrekte per pyetjen e pare: 11:00. Pyetja e dyte mund te konsiderohet korrekte me 2-3:00.
- Skenari 9. Janari eshte pergjigja e vetme korrekte. Viti eshte opsional, por nese jepet ai duhet te jete i sakte ose perndryshe pergjigja do konsiderohet e gabuar.
- Skenari 10. “Jo” eshte pergjigja e vetme e sakte ndaj kesaj pyetjeje.

E. Udhezime per Pikesimin Total Bruto dhe te Peshuar

Rezultati Bruto per Aftesite Numerike: Per secilen ceshtje rrethoni numrin (1) per nje pergjigje te sakte dhe numrin zero (0) per nje pergjigje te gabuar. Cdo subjekt akumulon nje shume te thjeshte pergjigjesh te sakta per te dhene nje rezultat bruto. Beni shumen e pergjigjeve korrekte (1) per te marre rezultatin bruto qe varion nga 0-17. Regjistroni kete rezultat ne pjesen e pasme te broshures se testit.

Rezultati i Peshuar per Aftesite Numerike: Perdorni Tabelen 1 ne faqen tjeter per te gjetur rezultatin e peshuar. Gjeni rezultatin bruto te pacientit ne kolonen e majte dhe regjistroni rezultatin e peshuar korrespondues ne kutine perkatese ne pjesen e pasme te broshures se testit. Per shembull, nje pacient me nje rezultat bruto 10 do te kete nje rezultat te peshuar 30.

Rezultatet Bruto/Rezultatet e Peshuara Ekuivalente per Aftesite Numerike

Rezultatet Bruto	Rezultatet e Peshuara
0	0
1	3
2	5
3	9
4	12
5	15
6	18
7	21
8	24
9	27
10	30
11	33
12	36
13	39
14	42
15	45
16	48
17	50

IV. TOFHLA: Te kuptuarit e materialit te lexuar

A. Pershkrimi

TOFHLA: Te kuptuarit e materialit te lexuar teston aftesine per te lexuar pasazhe te ndryshme duke perdorur materiale reale nga mjediset ku ofrohet kujdesi shendetesor.

Testi prej 50 ceshtjesh perdor nje procedure Cloze te modifikuar. Pasazhet jane zgjedhur nga udhezimet per pergatitjen e nje serie testimesh per traktin e siperm Gastro-Intestinal, seksioni i te drejtave dhe pergjegjesive te pacienteve nga formati i aplikimit te Medicaid, dhe nga nje formular standard spitalor i miratimit te informuar. Nivelet e lexueshmerise bazuar ne indeksin Gunning Fog jane klasat 4.3, 10.4 dhe 19.5, perkatesisht. Te tre pasazhet jane renditur ne shkalle rritese veshtiresie.

B. Udhezime per Administrimin

Eshte e rendesishme qe seksion “Te kuptuarit e materialit te lexuar” te paraqitet fjale per fjale sipas hyrjes se strukturuar. Pasi behet kjo hyrje sipas udhezimeve, palosini faqet pasuese te testit ne menyre qe subjekti te shohe vetem pasazhet. Ktheni nje ose dy faqe per t’i treguar subjektit se cfare doni te thoni, dhe me pasi kthejini ne menyre qe ata te shohin vetem pasazhet. Nese subjekti pyet per te pare kolonat me rezultatet, i thoni qe keto kuti jane te nevojshme per punen ne zyre. Mos i tregoni atyre qe keto kollona kane rezultatet. Ky eshte nje test i kronometruar dhe duhet te nderpritet ne fund te 12 minutave. Mos i lajmeroni paraprakisht pacientet lidhur me faktin qe ky test kerkon nje kohe te caktuar. Pasi te kalojne 12 minutat, thuajin subjektit qe “Kjo besoj se mjafton per te na dhene ate qe po kerkonim. Faleminderit per bashkepunimin tuaj.” dhe merrjani materialet e testit.

C. Udhezime per Pikesimin e TOFHLA: Te Kuptuarit e Materialeve te Lexuara

Vendosni rezultatin menjehere ne vendin e intervistes, pasi subjekti te jete larguar. Duhet te beni 6 gjera per te konfirmuar dhe transkriptuar te dhenat e subjektit ne kutite e duhura ne kolonen e kutive qe shfaqet ne faqen e kundert me faqen ku eshte teksti:

1. Per cdo vend bosh, rrethoni ne kuti germen qe korrespondon me germen e zgjedhur nga subjekti.
2. Krahasoni pergjigjet sipas faqes dhe emrit te variabelit me celesin e pergjigjeve qe jepet me poshte.
3. Ne kutite e rezultateve, shenoni “1” per pergjigje te sakte dhe “0” per pergjigje te gabuar per cdo hapshire bosh.
4. Beni shumen e pergjigjeve korrekte per cdo faqe, dhe regjistroni totalin ne fund te faqes.
5. Beni shumen e subtotaleve te te gjitha faqeve dhe regjistroni totalin ne faqen e fundit ku regjistrohen rezultatet ne vendin qe i korrespondon kutise “Rezultati Bruto i Te Kuptuarit te Materialeve te Lexuara”.
6. Beni shumen e Rezultatit te Peshuar per Aftesie Numerike me Rezultat Bruto te Te Kuptuarit te Materialeve te Lexuara per te llogarituar rezultatin Total te testi TOFHLA. Regjistroni kete rezultat total ne kutine perkates ne pjesen e pasme te brochures se testit.

TOFHLA: Celesi i Pergjigjeve per te Kuptuarit e Materialeve te Lexuara

Pasazhi A	Pasazhi A	Pasazhi B	Pasazhi B	Pasazhi C	Pasazhi C
A1 a	A8 b	B17 c	B26 c	C37 b	C45 c
A2 b	A9 d	B18 a	B27 d	C38 d	C46 a
A3 d	A10 b	B19 d	B28 d	C39 a	C47 b
A4 a	A11 c	B20 b	B29 a	C40 c	C48 c
A5 c	A12 c	B21 d	B30 c	C41 b	C49 d
A6 a	A13 b	B22 c	B31 b	C42 b	C50 d
A7 c	A14 c	B23 a	B32 a	C43 d	
	A15 d	B24 d	B33 d	C44 a	
	A16 a	B25 b	B34 c		
			B35 b		
			B36 b		

V. Kompetencat Shendetesore Funksionale

A. Korrelacioni Funksional i Rezultatit te Testit TOFHLA

Krahasoni Rezultatit Total te testit TOFHLA me Tabelen me poshte. Regjistroni Nivelin e Kompetencave Shendetesore Funksionale te pacientit ne pjesen e pasme te broshures se testit.

Niveli	Rezultati TOFHLA	Pershkrimi i Kompetencave Shendetesore Funksionale
Kompetenca Shendetesore Funksionale te Papershtatshme	0-59	Nuk eshte ne gjendje te lexoje dhe te kuptoje tekstet shendetesore.
Kompetenca Shendetesore Funksionale Marxhinale (ne kufij)	60-74	Ka veshtiresi per te lexuar dhe interpretuar tekstet shendetesore.
Kompetenca Shendetesore Funksionale te Pershtatshme	75-100	Mund te lexoje dhe interpretoj pjesen me te madhe te teksteve shendetesore.

B. Interpretimi FunkSIONAL i Rezultateve te Testit TOFHILA

1. Pacientet qe kane **Nivel te Pershtatshem te Kompetencave Shendetesore Funksionale** duhet te jene ne gjendje te lexojne, kuptojne, dhe interpretojne pjesen me te madhe te teksteve shendetesore.

2. Pacientet qe kane **Nivel Marxhinal ose te Papershtatshem te Kompetencave Shendetesore Funksionale** do te kene veshtiresi per te lexuar, kuptuar dhe interpretuar pjesen me te madhe te materialeve shendetesore.

Keta ka shume mundesi qe te mos jene ne gjendje te lexojne dhe te kuptojne udhezimet qe kane te bejne me kujdesin shendetesor te tyre. Ata kane te ngjare t'i marrin ne menyre te gabuar mjekimet e tyre ose te deshtojne ne ndjekjen sic duhet te dietave apo regjimeve te rekomanduara te mjekimit. Duhet te behen ndryshimet e pershtatshme ne qendren shendetesore ne menyre qe t'u sherbehet sic duhet ketyre pacienteve. Rekomandimet perfshijne si me poshte:

- Sugjeroni qe keta persona te shoqerohen nga dikush ne menyre qe te lexojne dhe interpretojne tekstet shendetesore.
- Sugjeroni qe keta persona te kerkojne ndihmen e dikujt ne shtepi ne menyre qe te lexojne dhe interpretojne tekstet shendetesore.
- Ri-shkruani materialet shendetesore, duke perfshire etiket pershkruese te shisheve te ilaceve per t'ju pershtatur nje nivel me te ulet shkrimi dhe kendimi (nivel lexueshmerie me pak se klasa e 5-te).
- Perdorini fotografite, pikturat, udhezime grafike, simbole per te treguar drejtimet, informacione apo procedura.
- Mbani staf ne dispozicion per te asistuar keta paciente me nivel te ulet e KSh funksionale.
- Shperndani informacione te rendesishme ne formen e mesazheve zanore dhe/ose vizuale.

Mbani parasysh qe personat ne nivel te ulet te kompetencave shendetesore funksionale shpesh ndjehen te turperuar per nivelin e tyre te ulet. Ka shume pak te ngjare qe ata te tregojne vullnetarisht se nuk mund te lexojne ose te kerkojne asistencë. Niveli i ulet i aftesive per te shkruar dhe lexuar nuk nenkupton nivel te ulet inteligjence. Keta persona duhet te trajtohen me dinjitet dhe respekt, duke i ofruar ndihme lidhur me shkrimin dhe kendimin por jo duke i folur sikur ata te jene inferiore apo injorante.

3.4. Analiza statistikore

Të gjitha të dhënat u koduan dhe u hodhën në kompjuter, nga ku ato u bënë gati për analizën statistikore.

Në studim rezultoi një numër i vogël rastesh me mungesë të pjesëshme informacioni lidhur me një ose disa ndryshore (variable), sidomos për disa pyetje që kishin të bënin me dimensione të caktuara të njohurive dhe kompetencave shëndetësore të disa pjesëmarrësve. Këto raste në analizën statistikore janë konsideruar si vlera të panjohura (*missing values*).

Procedurat statistikore të përdorura në analizën e të dhënave përshkruhen me hollësi më poshtë:

- Për variablet kategorike (nominale dhe/ose ordinale), u raportuan frekuencat (numrat absolutë) dhe përqindjet përkatëse.
- Për variablet numerike, u raportuan mesataret aritmetike $\pm$ deviacionet standarte përkatëse (për të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale), si dhe mediana dhe largësia interkuartile (në rastet kur shpërndarja e të dhënave nuk ishte normale).
- Testi i Kronbahut (*Cronbach's alpha*) u përdor për llogaritjen e besueshmërisë (konsistencës së brendshme) të pyetësorit TOFHLA në fazën e pre-testimit (validimit) si dhe në administrimin e plotë të instrumentit në kampionin përfaqësues të popullatës adulte Kosovare.
- Pë vlerësimin e lidhjeve (shoqërimeve) lineare mes variableve u përdorën koeficientët e korrelacionit Pearson (për të dhëna numerike) dhe Spearman (për të dhëna jo parametrike – ordinale).
- Nëpërmjet Modelit Linear të Përgjithshëm (*General Linear Model*) u llogaritën vlerat mesatare (si dhe intervalet e besimit 95% dhe vlerat përkatëse të sinjifikancës/përfillshmërisë statistikore) të rezultatit të përgjithshëm të kompetencave shëndetësore sipas vlerësimit të bërë nëpërmjet pyetësorit TOFHLA. Modelet fillestare mundësuan llogaritjen e vlerave mesatare bruto (të pa axhustuara) të kompetencave shëndetësore të pjesëmarrësve në studim. Më pas, nëpërmjet modeleve multivariate (shumë-ndryshorëshe) u llogaritën vlerat mesatare të kompetencave shëndetësore të kontrolluara (axhustuara) për karakteristikat socio-demografike (mosha, gjinia, gjendja civile, vendbanimi) dhe faktorët social-ekonomikë (niveli i edukimit, gjendja e punësimit, dhe niveli ekonomik).

Procedurat e modelit linear të përgjithshëm mundësojnë analizë regresioni linear për një ndryshor të varur (numerik) sipas një ose më shumë faktorëve/ndryshorëve

numerikë dhe/ose kategorikë (nominalë ose ordinalë). Përdorimi i procedurës së modelit të përgjithshëm linear mund të testojë hipotezën e zeros mbi efektet e ndryshorëve të tjerë në mesataret e kategorive të ndryshme të një ndryshori të vetëm (numerik) të varur.

Kjo karakteristikë e modelit të përgjithshëm linear u përdor në këtë studim për të krahasuar vlerat mesatare të kompetencave shëndetësore të kontrolluara (axhustuara) për një seri variablesh (faktorësh) të tilla si karakteristikat demografike dhe social-ekonomike të pjesëmarrësve në studim.

- Regresioni logjistik binar (*binary logistic regression*) u përdor për vlerësimin e lidhjes (shoqërimit) mes kompetencave shëndetësore dhe karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të pjesëmarrësve në studim.

Raporti i gjasave (OR), intervalet e besimit 95% (95%CI) dhe vlerat e sinjifikancës statistikore (*P-value*) u llogaritën në modele *bivariate* (pa kontrolluar për efektin e ndryshorëve të tjerë) të regresionit logjistik, si dhe në modele *multivariate* (duke kontrolluar/axhustuar për efektin e ndryshorëve të tjerë në studim).

- Në të gjitha rastet, u konsideruan si statistikisht sinjifikante (të përfillshme) vlerat e $P \leq 0.05$.

E gjithë analiza statistikore u krye nëpërmjet Paketës Statistikore për Shkencat Sociale, versioni 19.0 (*SPSS – Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, IL, USA*).

4. Rezultatet

4.1. Rezultatet e Pre-Testimit (Validimit) të Instrumentit TOFHLA

Një studim transversal (kros-seksional) u krye në një qendër të kujdesit shëndetësor parësor në zonën urbane të Prishtinës, kryeqyteti i Kosovës, në Tetor 2011. Ky ishte një studim pilot me synim që të pre-testonte (validonte) instrumentin TOFHLA në popullsinë e rritur të Kosovës.

Një mostër kuotë prej 60 pjesëmarrësish ishte në shënjestër për rekrutim në procedurat e validimit të pyetësorit TOFHLA. Nga 60 përdorues të njëpasnjëshëm në shënjestër për përfshirje në pre-testim, gjashtë pjesëmarrës u përjashtuan nga studimi për shkak të moshës së tyre (<18 vjeç), apo aftësive të pamjaftueshme vizuale për të lexuar dhe/ose të qenit tepër të sëmurë për të marrë pjesë në studim.

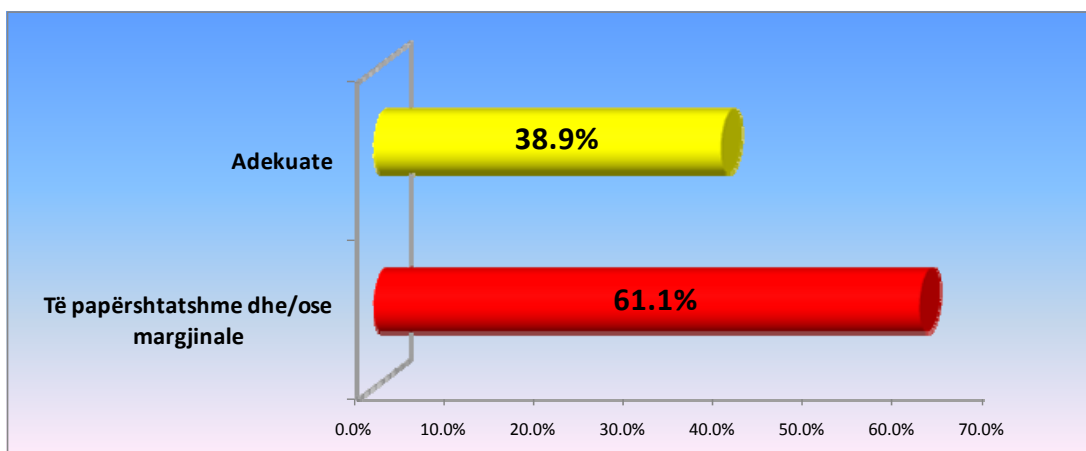
Në total, 54 përdorues të njëpasnjëshëm të kujdesit shëndetësor parësor u rekrutuan në këtë studim validimi të instrumentit TOFHLA (29 meshkuj dhe 25 femra, moshë mesatare: 58 ± 11 vjeç).

Versioni Shqip i TOFHLA-s tregoi qëndrueshmëri/konsistencë të mirë të brendshme (Cronbach's alfa = 0.93). Konsistenca e brendshme ishte e ngjashme mes burrave dhe grave (0.93 dhe 0.94, respektivisht).

Anasjelltas, konsistenca e brendshme ishte pak më e lartë në mesin e individëve të rinj (18-50 vjeç) në krahasim me homologët e tyre më të vjetër (>50 vjeç), pjesëmarrësit me arsim të lartë (diplomë universitare), dhe ata të cilët raportuan një nivel më të lartë të të ardhurave materiale (niveli ekonomik).

Në total, kompetencat shëndetësore të papërshtatshme dhe/ose marginale ishin evidente në 33 pjesëmarrës (61.1%), ndërsa kompetencat shëndetësore adekuate ishin të pranishme në 21 individë (38.9%) [Figura 5].

Figura 5. Rezultati i përgjithshëm i kompetencave shëndetësore në kampionin konvenient të pre-testimit (validimit) të instrumentit TOFHLA



Shpërndarja e rezultateve të kompetencave shëndetësore sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike është paraqitur në Tabelën 7.

Nivelet e kompetencave adekuate shëndetësore ishin disi më të larta, por jo në mënyrë të konsiderueshme, në gratë në krahasim me burrat (34.5% kundrejt 44.0% respektivisht, $P=0.784$).

Nga ana tjetër, pjesëmarrësit e vjetër kishin nivele shumë më të larta të kompetencave shëndetësore jo-adekuate dhe/ose marginale në krahasim me homologët e tyre më të rinj ($P=0.028$).

Individët me një diplomë universitare kishin nivele më të larta të kompetencave shëndetësore adekuate në krahasim me pjesëmarrësit me arsim të ulët ($P=0.003$).

Nga ana tjetër, nuk kishte asnjë evidencë për dallime statistikisht të rëndësishme mes grupeve në lidhje me të ardhurat ekonomike, apo me gjendjen e punësimit të individëve që morën pjesë në procedurat e validimit të instrumentit TOFHLA (Tabela 7).

Tabela 7. Niveli i kompetencave shëndetësore sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike në kampionin konvenient të validimit të instrumentit TOFLA në Prishtinë, Kosovë, në vitin 2011

Karakteristikat demografike dhe social-ekonomike	Papërshtatshme (0-59)	Margjinale (60-74)	Përshtatshme (75-100)	P [†]
Gjinia:				
Meshkuj	11 (37.9) [*]	8 (27.6)	10 (34.5)	0.784
Femra	9 (36.0)	5 (20.0)	11 (44.0)	
Grup-mosha:				
“Të rinj” (18-50 vjeç)	6 (22.2)	6 (22.2)	15 (55.6)	0.028

“Të moshuar” (>50 vjeç)	14 (51.9)	7 (25.9)	6 (22.2)	
Niveli i edukimit:				
I ulët/i mesëm	15 (53.6)	8 (28.6)	5 (17.8)	0.003
I lartë	5 (19.2)	5 (19.2)	16 (61.6)	
Gjendja e punësimit:				
Papunë	12 (44.5)	7 (25.9)	8 (29.6)	0.412
Tjetër	8 (29.6)	6 (22.2)	13 (48.2)	
Niveli ekonomik:				
Nën mesatare	11 (39.3)	8 (28.6)	9 (32.1)	0.612
Mbi mesatare	9 (34.6)	5 (19.2)	12 (46.2)	
Statusi social:				
Nën mesatare	12 (41.4)	7 (24.1)	10 (34.5)	0.782
Mbi mesatare	8 (32.0)	6 (24.0)	11 (44.0)	

* Numrat absolutë dhe përqindjet sipas rreshtave (në kllapa).

† Vlerat e sinjifikancës statistikore (*P-values*) sipas testit ekzakt të Fisherit.

4.2. Kampioni Përfaqësues i Popullatës Adulte Kosovare

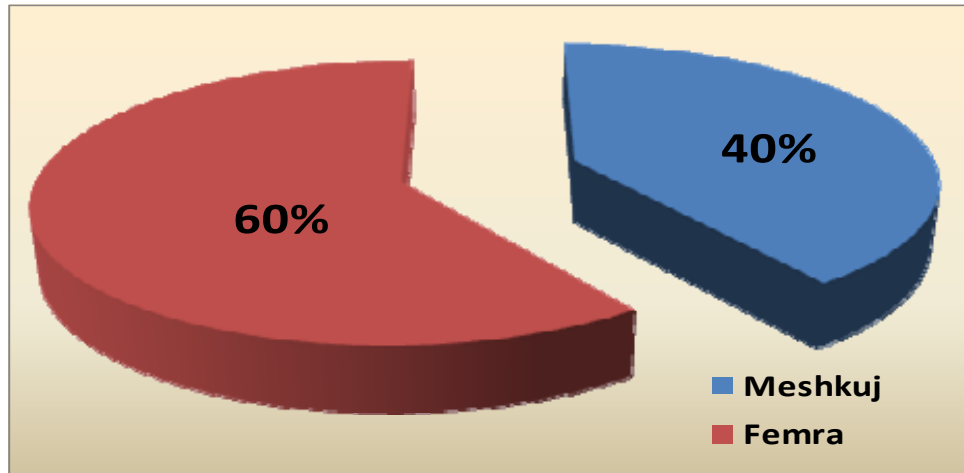
Një studim transversal (kros-seksional) u krye në tre rajone të Kosovës (Prishtinë – kryeqyteti i Kosovës, Gjakovë dhe Prizren) gjatë periudhës 2012-2013.

Në total, në këtë studim u intervistuan 1035 individë me moshë mbi 18 vjeç të të dyja gjinive me një shkallë të përgjithshme pjesëmarrjeje në studim prej 86.3% (1035/1200).

Mesatarja e moshës së pjesëmarrësve të sondazhit ishte 44.3 ± 17.0 vjeç (rangu: 18-92 vjeç).

Në total, 60% e pjesëmarrësve ishin femra, ndërsa 40% ishin meshkuj (Figura 6):

Figura 6. Shpërndarja gjinore e individëve në studim (N=1035)



Shpërndarja e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të kampionit përfaqësues të përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore në popullatën adulte të Kosovës paraqitet në Tabelën 8:

Tabela 8. Shpërndarja e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike në një kampion të madh përfaqësues përdoruesish të shërbimeve shëndetësore parësore në Kosovë (N=1035) në periudhën 2012-2013

Variabli	Numri*	Përqindja sipas kolonave
Gjinia:		
Meshkuj	621	60.0
Femra	414	40.0
Grup-mosha:		
18-35 vjeç	341	32.9
36-50 vjeç	307	29.7
>50 vjeç	387	37.4
Vendbanimi:		
Zona rurale	427	41.3
Zona urbane	587	58.7
Gjendja civile:		
Beqar/divorcuar/ve	316	30.5
Martuar	688	66.5
Niveli i edukimit:		
0-8 vjet	300	29.0
9-12 vjet	327	31.6

>12 vjet	334	32.3
Gjendja e punësimit:		
Student	154	14.9
Punësuar	333	32.2
Papunë	433	41.8
Pension	81	7.8
Niveli ekonomik:		
I ulët	144	13.9
I mesëm	800	77.3
I lartë	83	8.0

* Mos-përputhjet në vlerat totale janë si pasojë e vlerave që mungojnë (*missing values*).

- Rreth 41% e subjekteve banonin në zonat rurale (Figura 7);
- Rreth 66% individëve ishin të martuar aktualisht (Figura 8);
- Rreth 29% kishin një nivel të ulët arsimor (Figura 9);
- Rreth 42% e subjekteve ishin të papunë (Figura 10), dhe;
- Rreth 14% e individëve raportuan një nivel të ulët të të ardhurave materiale (Figura 11).

Figura 7. Shpërndarja e individëve në studim sipas vendbanimit (N=1035)

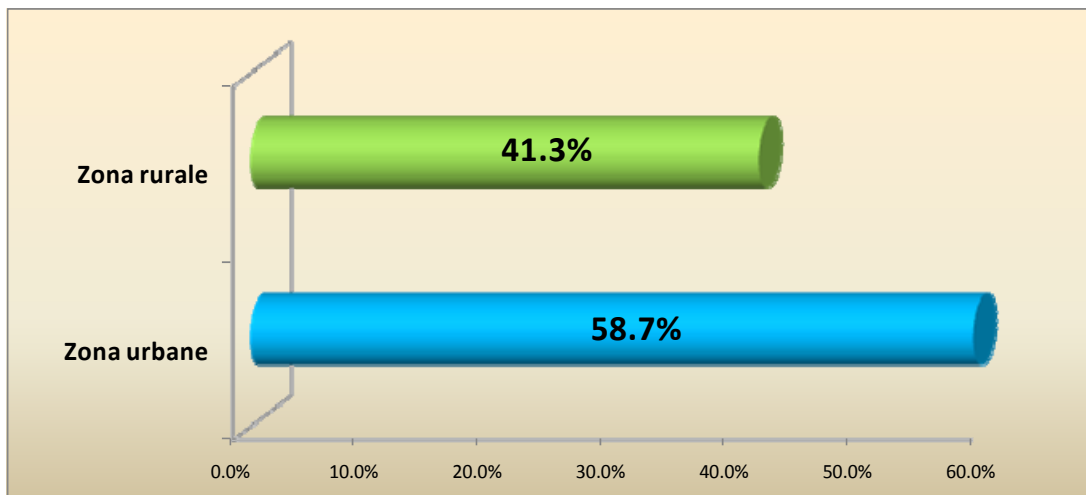


Figura 8. Shpërndarja e individëve në studim sipas gjendjes civile (N=1035)

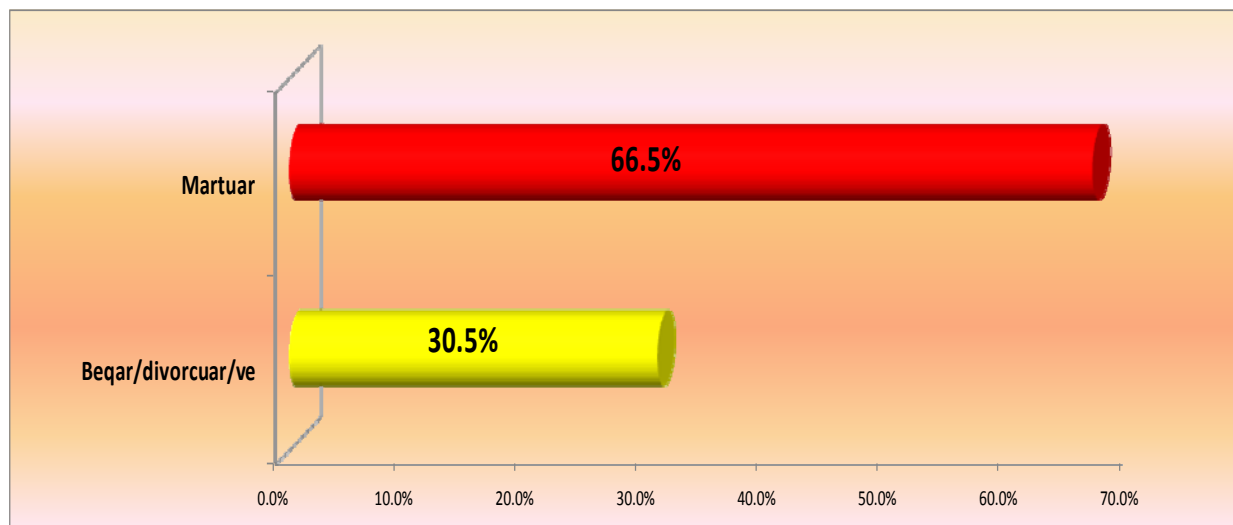


Figura 9. Shpërndarja e individëve në studim sipas nivelit të edukimit (N=1035)

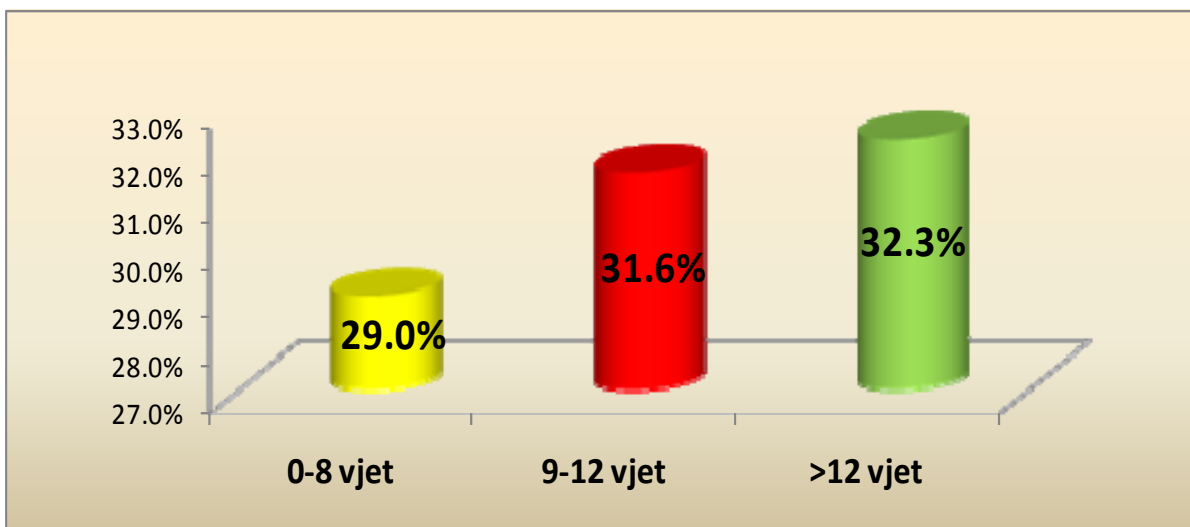


Figura 10. Shpërndarja e individëve në studim sipas gjendjes së punësimit (N=1035)

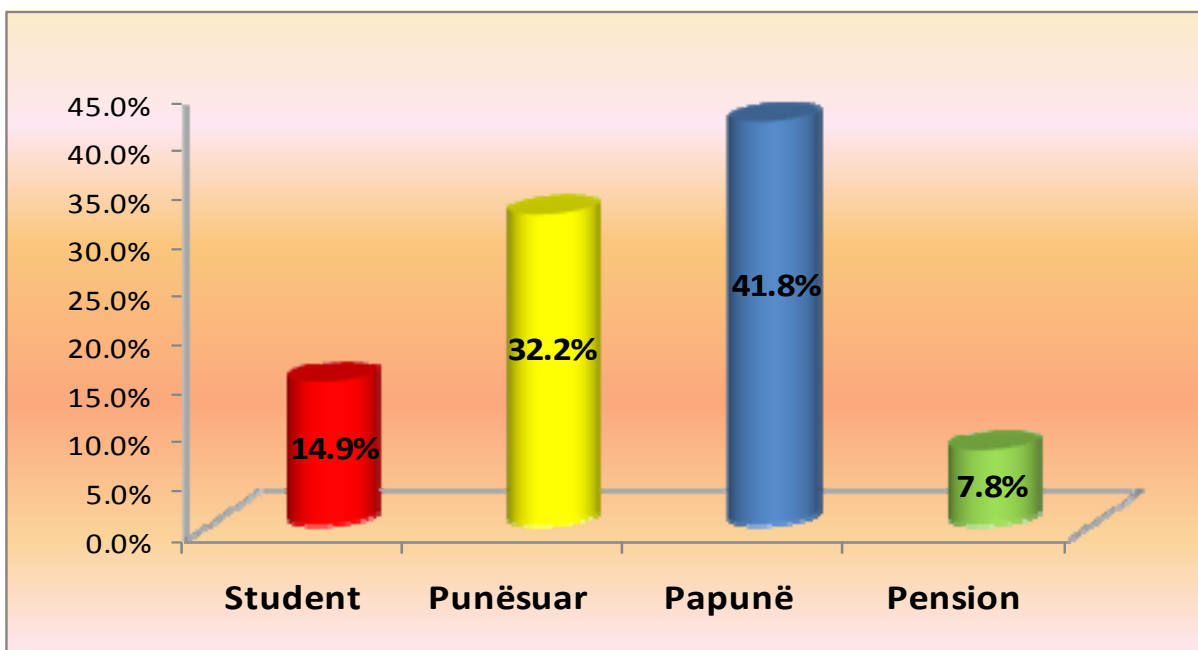
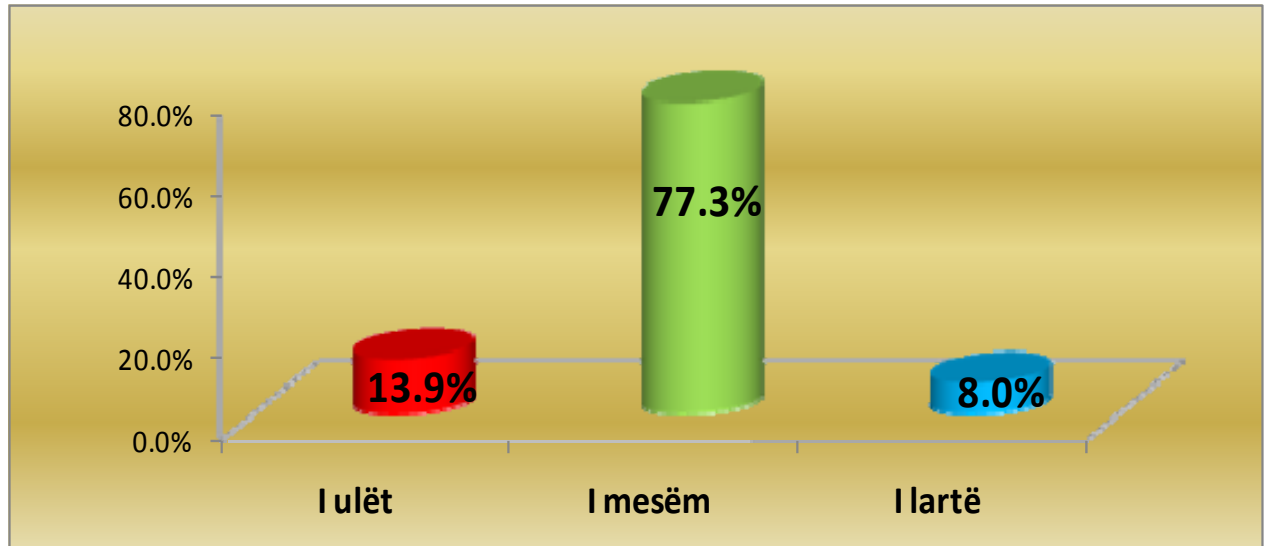


Figura 11. Shpërndarja e individëve në studim sipas nivelit ekonomik (N=1035)



4.3. Rezultatet e Instrumentit TOFHLA: Analiza Bivariate

Rezultati mesatar *bruto* (d.m.th. i pa axhustuar) i TOFHLA-s në këtë mostër përfaqësuese e individëve të rritur në Kosovë ishte 61.8 ± 14.8 .

Tabela 9 paraqet shpërndarjen e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të pjesëmarrësve të studimit:

Tabela 9. Vlerat mesatare të rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të individëve (N=1035)

Variabli	Mesatarja $\pm$ SD	95%CI	P*
Gjinia:			
Meshkuj	64.06 ± 14.98	62.61-65.51	<0.001
Femra	60.31 ± 14.53	59.16-61.45	
Grup-mosha:			<0.001 (2) [†]
18-35 vjeç	68.11 ± 12.59	66.77-69.46	referencë
36-50 vjeç	62.09 ± 14.61	60.45-63.73	<0.001
>50 vjeç	56.02 ± 14.52	54.57-57.47	<0.001
Vendbanimi:			
Zona rurale	60.57 ± 16.06	59.05-62.10	0.022

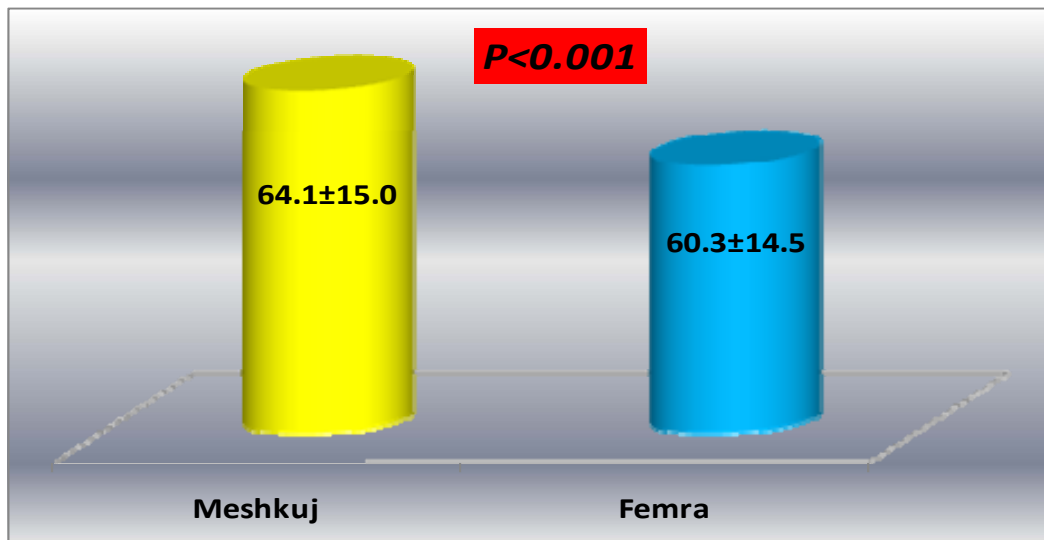
Zona urbane	62.75±13.91	61.62-63.88	
Gjendja civile:			
Beqar/divorcuar/ve	63.90±15.06	62.23-65.57	0.002
Martuar	60.78±14.71	59.68-61.88	
Niveli i edukimit:			<0.001 (2)
0-8 vjet	51.52±10.98	50.28-52.77	referencë
9-12 vjet	62.25±11.88	60.96-63.55	<0.001
>12 vjet	73.50±10.75	72.35-74.66	<0.001
Gjendja e punësimit:			<0.001 (3)
Student	69.56±10.44	67.90-71.22	referencë
Punësuar	68.60±13.87	67.11-70.10	0.879
Papunë	56.43±13.06	55.19-57.66	<0.001
Pension	49.16±15.66	45.70-52.62	<0.001
Niveli ekonomik:			<0.001 (2)
I ulët	55.26±12.20	53.25-57.27	referencë
I mesëm	62.80±14.86	61.77-63.83	<0.001
I lartë	63.48±16.19	59.95-67.02	<0.001

* Vlerat e sinjifikancës statistikore (*P-values*) sipas Modelit Linear të Përgjithshëm.

† Vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore (*overall p-value*) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

Rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte dukshëm më i lartë në meshkuj sesa në femra dhe ky ndryshim ishte statistikisht sinjifikativ (64.06±14.98 vs. 60.31±14.53, respektivisht; $P<0.001$) [Figura 12]:

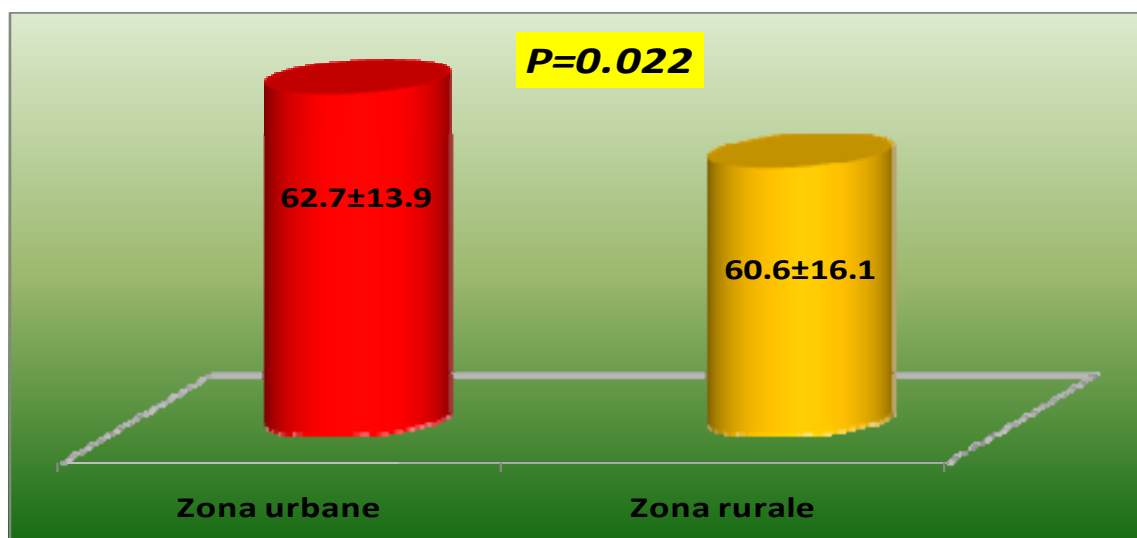
Figura 12. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas gjinisë



Kishte dëshmi të një trendi linear sipas grup-moshës së pjesëmarrësve të sondazhit: rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte më i larti në mesin e individëve të rinj (18-35 vjeç) dhe më i ulëti në grup-moshën më të vjetër (>50 vjeç) [vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore: $P<0.001$].

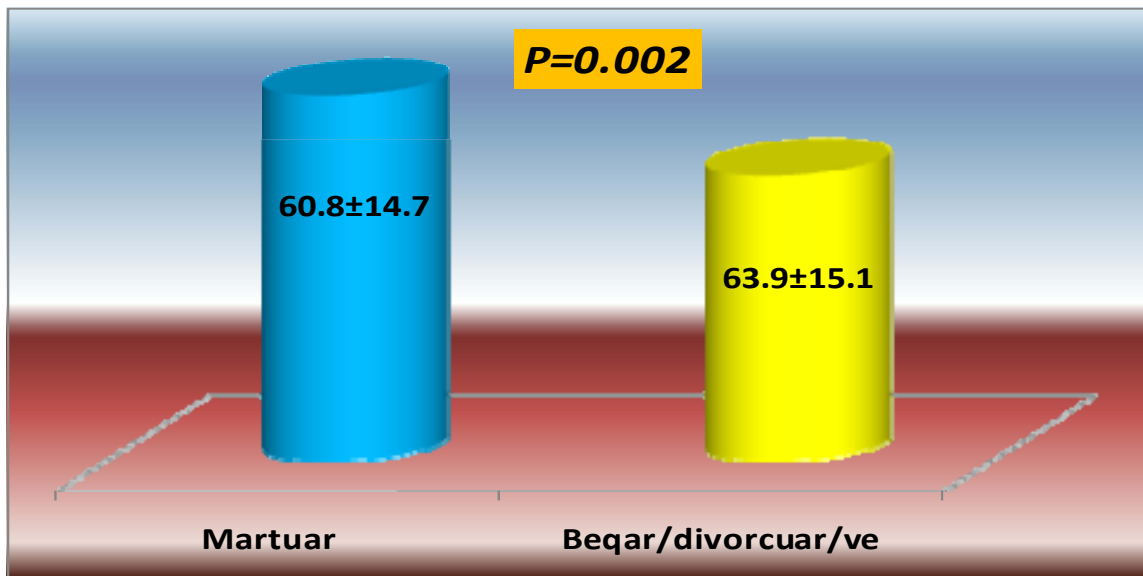
Banorët e zonave urbane kishin një rezultat mesatar të TOFHLA-s dukshëm më të lartë krahasuar me homologët e tyre nga zonat rurale (62.75 ± 13.91 vs. 60.57 ± 16.06 , respektivisht; $P=0.022$) [Figura 13]:

Figura 13. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas vendbanimit



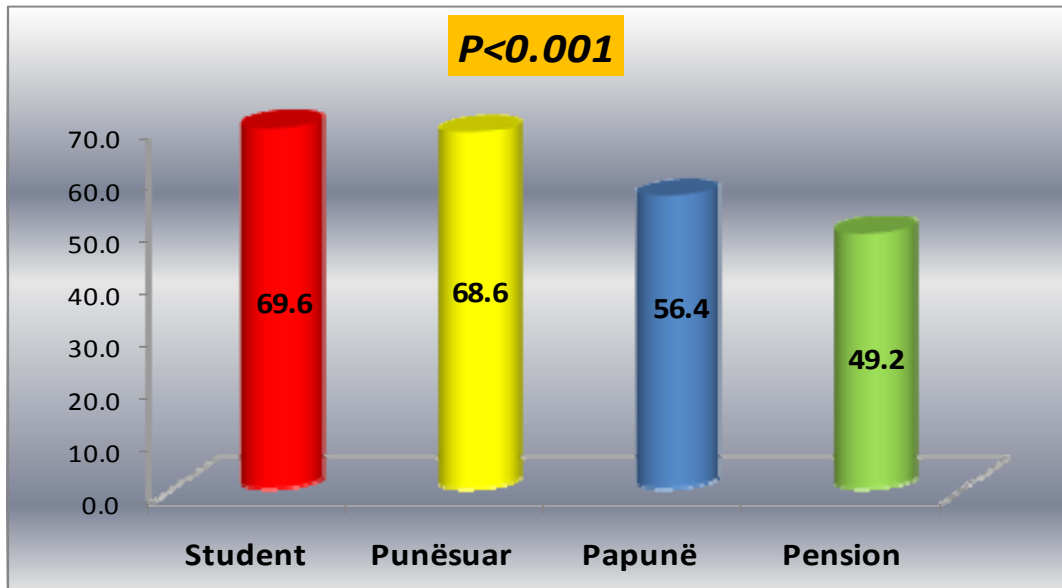
Personat e martuar kishin një mesatare të rezultatit të TOFHLA-s më të lartë në krahasim me pjesëmarrësit beqarë, të divorcuar, ose të ve ($P=0.002$) [Figura 14]:

Figura 14. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas gjendjes civile



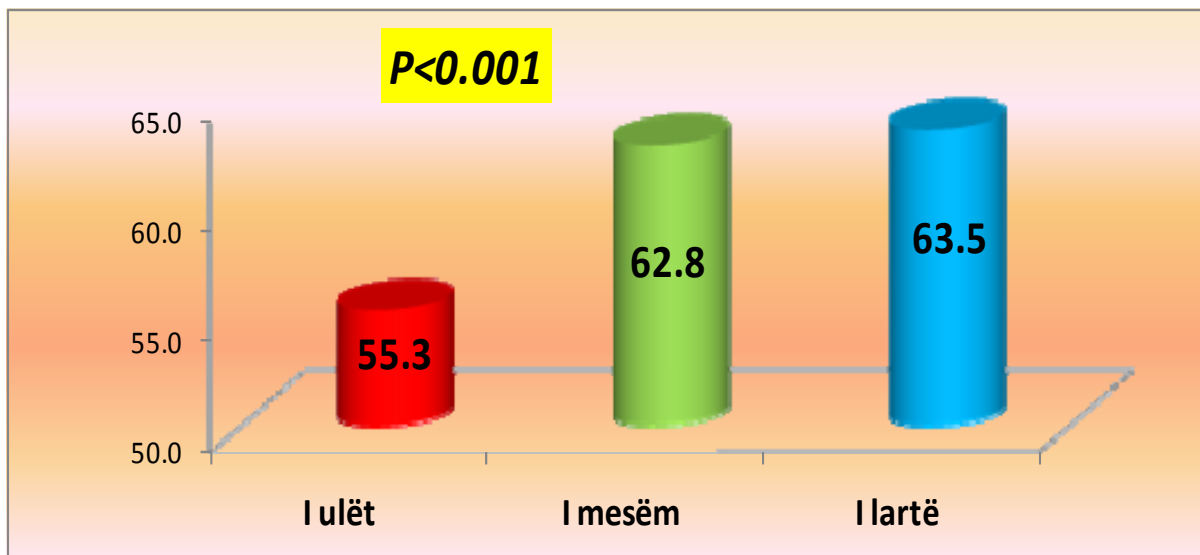
Pensionistët kishin rezultatin më të ulët mesatar të instrumentit TOFHLA të ndjekur nga individët e papunë (sinjifikanca e përgjithshme: $P < 0.001$) [Figura 15]:

Figura 15. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas punësimit



Për më tepër, pjesëmarrësit të cilët raportuan një nivel të ulët të të ardhurave kishin edhe rezultatin më të ulët mesatar të instrumentit TOFHLA në krahasim me homologët e tyre më të pasur (sinjifikanca e përgjithshme: $P < 0.001$) [Figura 16]:

Figura 16. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas të ardhurave



4.4. Rezultatet e Instrumentit TOFHLA: Analiza Multivariate

Tabela 10 paraqet shpërndarjen e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike të pjesëmarrësve të studimit pas axhustimit (kontrollit) të njëkohshëm për të gjithë karakteristikat demografike dhe social-ekonomike në kampionin përfaqësues të individëve adultë në Kosovë:

Tabela 10. Vlerat mesatare të rezultateve të instrumentit TOFHLA të axhustuara (kontrolluara) për të gjitha karakteristikat demografike dhe social-ekonomike

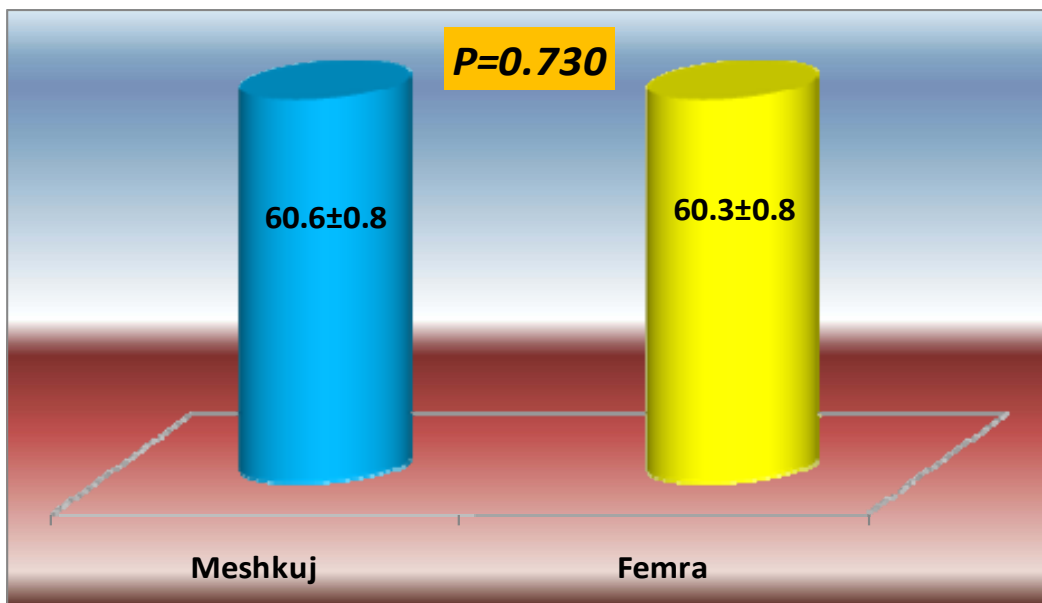
Variabli	Mesatarja $\pm$ SE	95%CI	P*
Gjinia:			
Meshkuj	60.62 $\pm$ 0.81	59.03-62.21	0.730
Femra	60.33 $\pm$ 0.81	58.74-61.93	
Grup-mosha:			0.856 (2)[†]
18-35 vjeç	60.76 $\pm$ 0.95	58.90-62.62	referencë
36-50 vjeç	60.15 $\pm$ 1.02	58.14-62.16	0.848
>50 vjeç	60.52 $\pm$ 0.89	58.78-62.27	0.710
Vendbanimi:			
Zona rurale	59.81 $\pm$ 0.79	58.26-61.36	0.101
Zona urbane	61.14 $\pm$ 0.82	59.53-62.76	
Gjendja civile:			
Beqar/divorcuar/ve	60.13 $\pm$ 0.97	58.22-62.04	0.555
Martuar	60.82 $\pm$ 0.84	59.17-62.48	
Niveli i edukimit:			<0.001 (2)
0-8 vjet	49.83 $\pm$ 1.02	47.83-51.83	referencë
9-12 vjet	59.55 $\pm$ 0.92	57.74-61.36	<0.001
>12 vjet	72.05 $\pm$ 0.93	70.22-73.88	<0.001
Gjendja e punësimit:			<0.001 (3)
Student	59.10 $\pm$ 1.41	56.33-61.88	referencë
Punësuar	63.95 $\pm$ 0.94	62.11-65.79	0.001
Papunë	61.14 $\pm$ 0.84	59.47-62.76	0.540
Pension	57.74 $\pm$ 1.67	54.45-61.02	0.053
Niveli ekonomik:			0.088 (2)
I ulët	58.65 $\pm$ 1.40	55.90-61.39	referencë
I mesëm	61.04 $\pm$ 0.56	58.74-63.34	0.093
I lartë	63.74 $\pm$ 1.17	59.97-68.11	0.004

* Vlerat e sinjifikancës statistikore (P-values) sipas Modelit Linear të Përgjithshëm.

[†] Vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore (*overall p-value*) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

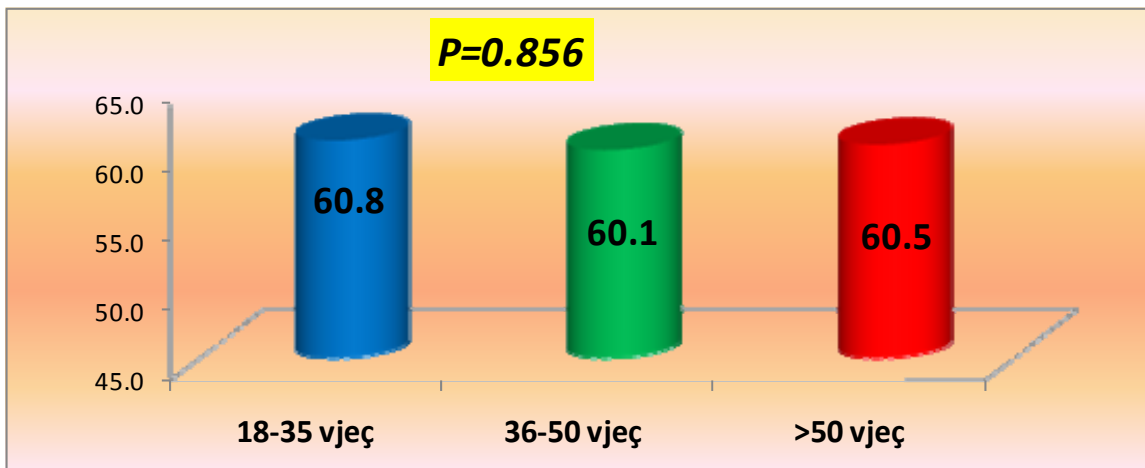
Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte i ngjashëm në meshkuj dhe në femra duke mos patur asnjë ndryshim statistikisht sinjifikativ (60.62 ± 0.81 vs. 60.33 ± 0.81 , respektivisht; $P=0.730$) [Figura 17]:

Figura 17. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas gjinisë pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



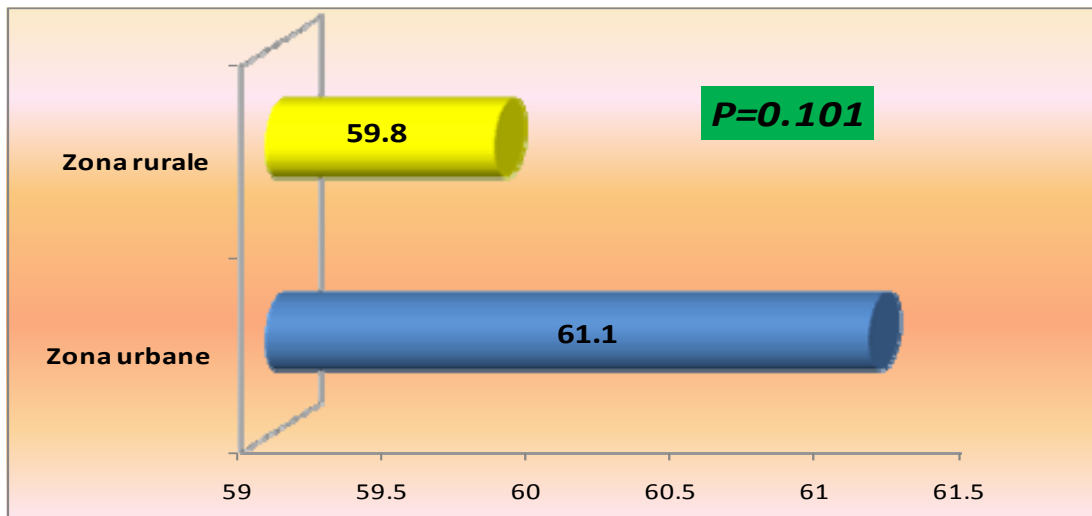
Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte i ngjashëm në tre grup-moshat e subjekteve në studim dhe nuk kishte evidencë të ndonjë ndryshimi statistikisht sinjifikativ (vlera e përgjithshme e përfillshmërisë statistikore: $P=0.856$) [Figura 18]:

Figura 18. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas grup-moshës pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



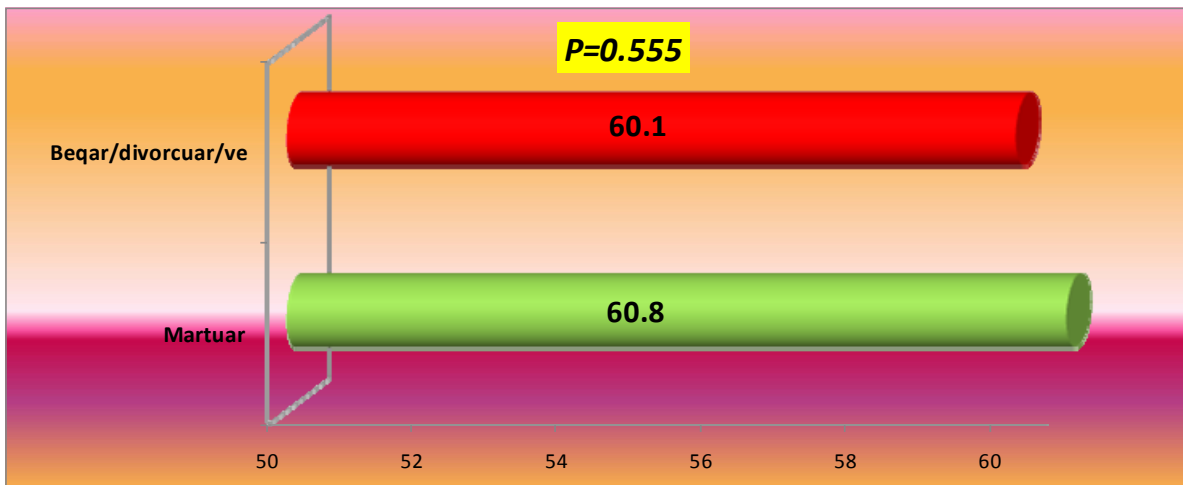
Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte më i lartë në subjektet me vendbanim në zonat urbane në krahasim me individët me vendbanim në zonat rurale, por ky ndryshim ishte vetëm në kufijtë e përfillshmërisë statistikore (*“borderline significant”*): 61.14 vs. 59.81, përkatësisht, $P=0.101$ (Figura 19):

Figura 19. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas vendbanimit pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte lehtësisht më i lartë në subjektet e martuar në krahasim me individët jo të martuar, por ky ndryshim i lehtë nuk ishte statistikisht sinjifikativ (60.82 vs. 60.13, përkatësisht, $P=0.555$) [Figura 20]:

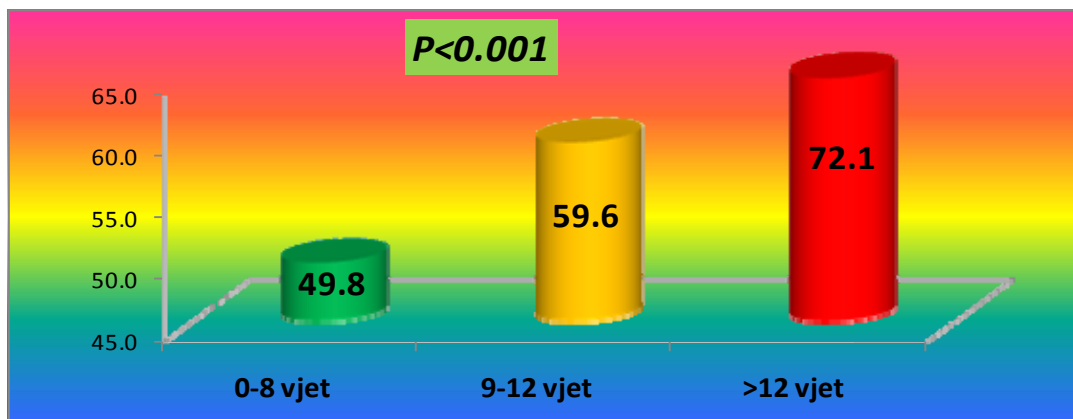
Figura 20. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas gjendjes civile pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte shumë më i lartë në subjektet me nivel të lartë edukimi në krahasim me individët me arsim të mesëm dhe sidomos në ato me arsim të ulët.

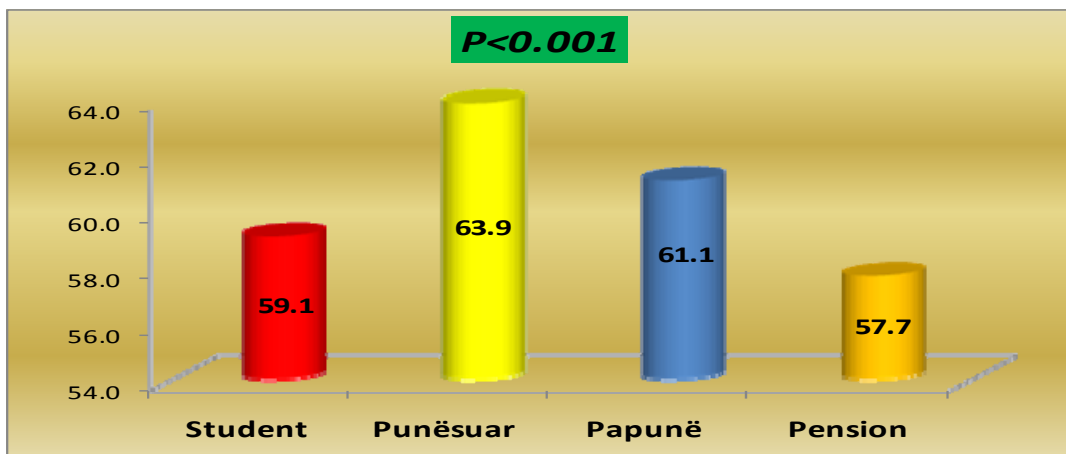
Madje, kishte evidencë të një trendi linear në vlerat mesatare të rezultatit të kompetencave shëndetësore në funksion të nivelit të edukimit të individëve në studim: vlera mesatare ishte 49.83 në individët me arsim të ulët (0-8 vjet), 59.55 në subjektet me arsim të mesëm (9-12 vjet) dhe 72.05 në individët me arsim të lartë (>12 vjet shkollim) [vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore: $P < 0.001$; Figura 21]:

Figura 21. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas nivelit të edukimit pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte më i lartë në subjektet e punësuar në krahasim me individët e grupeve të tjera. Por, duhet theksuar që lidhja e gjendjes së punësimit me rezultatin e kompetencave shëndetësore ishte inkonsistente sepse studentët p.sh. kishin një rezultat mesatar të TOFHLA-s më të ulët në krahasim me subjektet e papunë (vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore: $P < 0.001$ [Figura 22]:

Figura 22. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas gjendjes së punësimit pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë

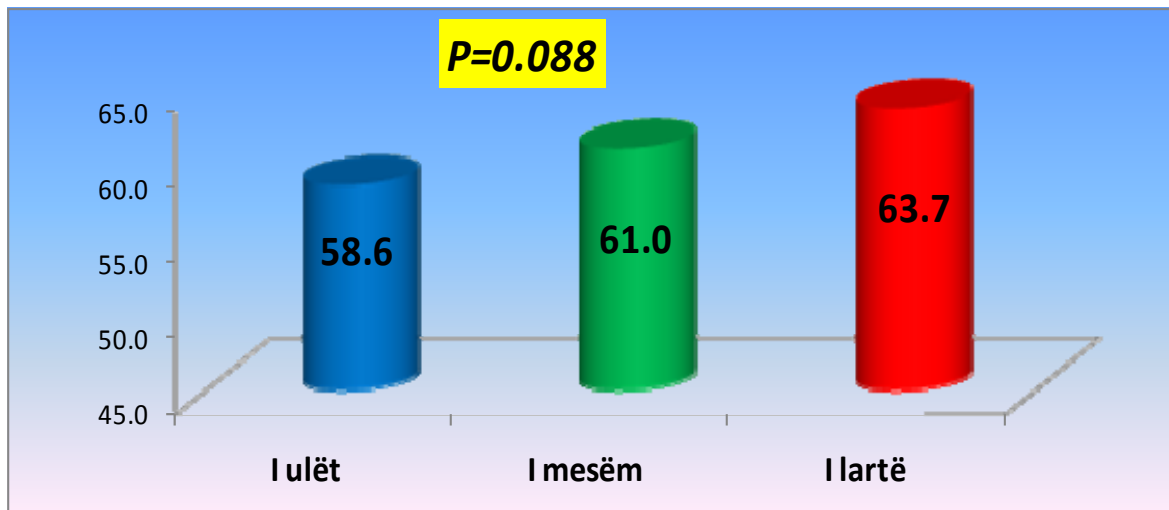


Pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte më i lartë në subjektet që raportuan një nivel ekonomik të lartë në krahasim me individët me një nivel ekonomik të mesëm dhe sidomos në krahasim me subjektet me nivel ekonomik të ulët.

Në total, rezultati ishte në kufijtë e sinjifikancës statistikore (*“borderline significant”*) duke reflektuar një ndryshim të ndjeshëm vetëm mes dy grupeve: individëve me nivel të lartë ekonomik vs. atyre me nivel të ulët ekonomik.

Vlera mesatare e rezultatit të TOFHLA-s ishte 58.65 në subjektet me nivel ekonomik të ulët, 61.04 në individët me nivel ekonomik të mesëm dhe 63.74 në subjektet me nivel ekonomik të lartë (vlera e përgjithshme e sinjifikancës statistikore: $P=0.088$) [Figura 23]:

Figura 23. Shpërndarja e rezultateve të instrumentit TOFHLA sipas nivelit ekonomik pas kontrollit (axhustimit) për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë



5. Diskutimi

5.1. Përmbledhje e Gjetjeve Kryesore të Studimit

Studimi ynë kishte dy komponentë të rëndësishëm:

- Validimin (pre-testimin) paraprak të instrumentit TOFHLA në një kampion të vogël konvenient të përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore në Kosovë.
- Administrimin në shkallë të gjerë të instrumentit TOFHLA pas përfutimit të evidencës shkencore mbi vlefshmërinë e këtij pyetësori në kontekstin Kosovar.

Konsistenca e brendshme të instrumentit TOFHLA të aplikuar në kampionin e madh përfaqësues të përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore ishte e krahasueshme me rezultatet e pilotimit (validimit) të kryer paraprakisht në Kosovë (90).

Në tërësi, konsistenca e brendshme e instrumentit ishte e kënaqshme dhe, për këtë arsye, ka evidencë të fortë dhe bindëse për përdorim të mëtejshëm të versionit të gjatë të instrumentit TOFHLA në vendet ku flitet Shqip.

Përsa i takon studimit paraprak pilot të kryer në një kampion të vogël konvenient të përdoruesve të kujdesit shëndetësor parësor në Prishtinë, kishte evidencë të një vlefshmërie dhe besueshmërie të kënaqshme të instrumentit TOFHLA, i cili ishte i ngjashëm/krahasueshëm në të dyja gjinitë.

Prandaj, rezultatet paraprake të pre-testimit (validimit) të kryer përmes administrimit të këtij mjeti në një qendër të kujdesit shëndetësor parësor në Prishtinë dëshmuon për një potencial të mirë për përdorim në të ardhmen në shkallë të gjerë në studime të mëtejshme në Kosovë.

Pikërisht për këtë arsye u ndëmor më pas një studim në shkallë të gjerë i cili përfshiu një kampion të madh përfaqësues të individëve 18+ vjeç në Kosovë.

Studimi në shkallë të gjerë i cili përfshiu një kampion të madh përfaqësues të popullsisë së rritur në Kosovë tregoi se rezultati mesatar i kompetencave shëndetësore funksionale ishte më i lartë në mesin e pjesëmarrësve të rinj, në meshkuj, në individë me arsim të lartë dhe tek pjesëmarrësit me nivel më të lartë të nivelit ekonomik (të vetë-raportuar).

Prandaj, gjetjet e këtij studimi tregojnë se individët vulnerabël nga pikëpamja social-ekonomike shfaqin nivele më të ulëta të njohurive dhe kompetencave funksionale shëndetësore në Kosovën e pas-luftës.

Duhet theksuar se ky është raporti i parë lidhur me administrimin e testit TOFHLA në një studim të bazuar në popullsitë e vendeve shqipfolëse të Ballkanit Perëndimor.

5.2. Krahاسimi i Rezultateve me Raportimet e Literaturës

Përveç SHBA dhe disa vendeve Europiane, TOFHLA është përshtatur/validuar tashmë në mjediset dhe në kontekstin Serb, ku ky instrument ka treguar të ketë një konsistencë (qëndrueshmëri) të mirë të brendshme (alfa sipas Cronbach = 0.93) [92].

Kështu, konsistenca e brendshme në studimin tonë validues/pre-testues (vlera e përgjithshme alfa sipas Cronbach = 0.94) ishte e ngjashme me raportin paraprak nga Serbia.

Gjetjet tona në një marrëdhënieje inverse (negative) mes njohurive dhe kompetencave shëndetësore me moshën (në analizë bivariate) janë në përputhje me studimet e mëparshme të kryera në Britani të Madhe dhe në SHBA (93,94), por edhe me një raport të kohëve të fundit nga Serbia (92).

Në këto studime, pjesëmarrësit me njohuri dhe kompetenca shëndetësore të kufizuara kishin më shumë të ngjarë të ishin të moshuar dhe të kishin një nivel të ulët arsimimi, gjetje këto të ngjashme me rezultatet e këtij studimi aktual të udhëhequr në popullatën adulte të Kosovës.

Megjithatë, lidhja (shoqërimi) pozitiv i njohurive dhe kompetencave shëndetësore me nivelin e të ardhurave ekonomike e raportuar kjo në studimet e mëparshme të udhëhequra në rajonin tonë, apo edhe në vende të tjera të industrializuara (92-94) nuk ishte e dukshme (evidente) në studimin tonë pilot në Kosovë, si dhe ishte vetëm në kufijtë e sinjifikancës (përfillshmërisë) statistikore në kampionin e madh përfaqësues të popullatës Kosovare në modelet e përgjithshme lineare multivariate (d.m.th. të kontrolluara/axhustuara për të gjithë faktorët dhe karakteristikat e tjera demografike dhe social-ekonomike).

Megjithatë, rezultatet e lidhjeve (shoqërimeve) të vërejtura në studimin aktual në Kosovë duhet të interpretohen me kujdes të madh dhe duhet që të verifikohen dhe përsëriten (replikohen) edhe në kampione të tjerë probabilitarë të përfutuara këto mundësisht në mënyrë të drejtpërdrejtë nga popullata apo komuniteti Kosovar në kontekstin e jetës së përditshme dhe jo domosdoshmërisht si përdorues të shërbimeve shëndetësore qoftë në nivel parësor apo edhe në nivel dytësor (spitalor).

Prandaj, studimet e ardhshme në Kosovë duhet të vlerësojnë marrëdhëniet (lidhjet) e njohurive dhe kompetencave shëndetësore me karakteristikat social-ekonomike në mostra (kampione) reprezentative (përfaqësuese) të mëdha të përfutuara këto mundësisht nga rezultatet e regjistrimit të censusit të fundit të udhëhequr në Kosovë.

Në çdo rast, gjetjet e studimeve të tilla si ky i udhëhequr aktualiasht në Kosovë duhet të jenë të kufizuara në qendrat e kujdesit shëndetësor primar sepse në këtë formë është bërë edhe përftimi i kampionit për studimin në fjalë.

Në përgjithësi, meastarja e rezultatit të TOFHLA-s në studimin tonë ishte më e ulët se sa në një studim të mëparshëm të kryer në Serbi, i cili përfshiu një mostër (kampion) të pacientëve të kujdesit shëndetësor parësor (91).

Megjithatë, në studimin e Serbisë, është raportuar gjithashtu një mesatare më e lartë e rezultatit të TOFHLA-s tek meshkujt në krahasim me femrat (79.9 kundrejt 66.1, respektivisht), rezultat ky i ngjashëm me konstatimet e vërejtura në studimin tonë të kryer në Kosovë (64.1 dhe 60.3, respektivisht).

Nga kjo pikëpamje, së paku në analizën bivariate, rezultatet e studimit aktual në Kosovë replikojnë gjetjet gjinore të studimit paraprak të udhëhequr në Serbi, duke manifestuar kështu pak a shumë të njëjtin gradient gjinor në shpërndarjen e nivelit të njohurive dhe kompetencave shëndetësore.

Për më tepër, lidhjet (shoqërimet) e njohurive dhe kompetencave shëndetësore me karakteristikat social-demografike dhe socio-ekonomike të vërejtura në studimin tonë janë në përputhje me raportet e mëparshme të studimeve të kryera në vende të tjera, kryesisht në Britaninë e Madhe dhe në SHBA (93-95).

Në studimin tonë, në përgjithësi, niveli i njohurive dhe kompetencave shëndetësore të përshtatshme dhe/ose marginale u raportua nga pothuajse dy të tretat e pjesëmarrësve, nivel i cili është më i lartë se raportimi paraprak nga Serbia (92).

Megjithatë, këto gjetje duhet të interpretohen me kujdes dhe të replikohen (konfirmohen) nga studime të tjera në Kosovë dhe në vende të tjera shqipfolëse në rajon sepse, sikurse u theksua më lart, idealja do të ishte që të studiohen kampione të përfuara në mënyrë të drejtpërdrejtë në popullatë (komunitet).

Përvoja dhe studimet e ndryshme të ndërmarra në vende dhe kultura të ndryshme në Europë dhe SHBA kanë treguar se pacientët me njohuri dhe kompetenca shëndetësore të kufizuara janë shumë të zakonshëm (të shpeshtë) në mjediset e kujdesit shëndetësor (96).

Pra, prevalenca e njohurive dhe kompetencave shëndetësore të pa përshtatshme është e lartë në subjektet që paraqiten për shërbime shëndetësore parësore në shumicën e vendeve ku është administruar instrumenti TOFHLA.

Por, duhet theksuar se prevalenca e njohurive dhe kompetencave shëndetësore jo të përshtatshme rezultoi veçanërisht e lartë në kampionin përfaqësues të studimit aktual të udhëhequr në Kosovë.

Duke patur parasysh se njohuritë dhe kompetencat e ulëta shëndetësore janë të lidhura me një gamë të gjerë pasojash të pafavorshme shëndetësore [përfshi indikatorë të ndryshëm të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, si dhe shfrytëzimin e shumë të shërbimeve shëndetësore të shoqëruar me shpenzime shumë të larta shëndetësore (1)], është e rëndësishme që të identifikohen subjektet me rrezik të lartë, të cilët eventalisht mund të përfitojnë më së shumti nëse masat dhe aktivitetet e duhura parandaluese dhe promociionale zbatohen me rigorozitet shkencor.

5.3. Përparësitë dhe Kufizimet e Studimit

Studimi aktual i udhëhequr në Kosovë ka disa përparësi apo avantazhe të cilat paraqiten shkurtimisht më poshtë:

- Sipas informacionit në dispozicion, ky është studimi i parë i këtij lloji i udhëhequr në Kosovë dhe, nga kjo pikëpamje, ky është një hulumtim pioner për të gjitha trevat Shqiptare në rajonin e Ballkanit Perëndimor përsa kohë që ofron të dhëna esenciale mbi një instrument ndërkombëtar të validuar.
- Kampioni (mostra) e përfshirë në këtë studim ishte numerikisht e madhe dhe përfaqësuese e të gjithë përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore në territorin e Kosovës. Nga kjo pikëpamje, ky studim ofron të dhëna dhe informacion shumë të vlefshëm lidhur me nivelin e njohurive dhe kompetencave shëndetësore në popullatën adulte Kosovare.
- Metodologjia e përdorur në këtë studim ishte në përputhje me standardet më të mira të kërkimit shkencor dhe në përputhje me teknikat dhe metodat kuantitative të aplikuara në studime të këtij lloji në vende të ndryshme të botës.
- Një nga përparësitë e pa diskutueshme të këtij studimi ishte aplikimi i një instrumenti standard ndërkombëtar të validuar në kontekstin Kosovar. Ky fakt (pra, aplikimi i një pyetësi standard ndërkombëtar) garanton dhe ofron mundësi për krahasimin e rezultateve të përfuara në Kosovë me gjetjet e studimeve të udhëhequra në vende të tjera.
- Validimi (pre-testimi) i instrumentit të administruar më pas në shkallë të gjerë u bazua në parimet, metodat dhe teknikat rigoroze të rekomanduara nga literatura ndërkombëtare për adaptimin ndër-kulturor të pyetësorëve të këtij lloji.
- Analiza statistikore e të dhënave u bazua në teknikat dhe testet statistikore komplekse të aplikuara në studime të tilla në popullatë në vende të ndryshme të botës. Të gjitha modelet dhe testet statistikore të përdorura u kontrolluan për përmbushjen e kriterëve dhe përputhshmërisë së supozimeve të bëra.
- Të gjitha këto argumente të parashtruara më lart mundësojnë gjeneralizimin (përgjithësimin) e rezultateve të këtij studimi në të gjithë popullatën e përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore në Kosovë.

Nga ana tjetër, studimi aktual i udhëhequr në Kosovë ka edhe disa mangësi apo disavantazhe të cilat përmbledhen shkurtimisht më poshtë:

- Lloji i studimit: meqenëse ky studim ishte *retrospektiv* (pra, nuk ishte i tipit *prospektiv*), nuk mund të arrihet në përfundimin e lidhjeve (shoqërimeve) shkakësore të vërejtura mes faktorëve demografikë dhe social-ekonomikë dhe nivelit të njohurive dhe kompetencave shëndetësore të individëve të përfshirë në hulumtim (përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore).

Nga ky këndvështrim, përfundime të tilla shkakësore nuk mund të arrihen nëpërmjet studimeve transversale (kros-seksionale), apo studimeve retrospektive, siç është rasti i studimit aktual të udhëhequr në Kosovë, i cili në fakt konsistoi në një studim të tipit pikësor (transversal, apo kros-seksional).

- Përfaqësueshmëria e kampionit të përfshirë në studim: pavarësisht se në këtë studim u përfshi një kampion i madh përfaqësues përdoruesish të shërbimeve shëndetësore parësore në Kosovë, nuk mund të pretendohet se përfaqësueshmëria e këtij kampioni reflekton me përpikmëri maksimale të gjithë popullatën e Kosovës, përse kohë që mostra (kampioni) është marrë në qendra shëndetësore dhe jo në mënyrë të drejtpërdrejtë në popullatë.

Në fakt, një gjë e tillë është praktikisht shumë e vështirë për t'u arritur në studime epidemiologjike të përmasave të tilla, prandaj edhe rezultatet e studimeve të bazuara në popullatë duhet të interpretohen me kujdes dhe rigorozitet shkencor duke marrë parasysh faktin që kampioni ideal do të ishte ai i cili bazohet në listat e *censusit* (d.m.th. kampion i drejtpërdrejtë nga komuniteti).

- Gabimet sistematike të përzgjedhjes dhe të informacionit: në këtë studim i'u kushtua një kujdes i veçantë shmangies rigoroze të gabimeve sistematike të mundshme, qoftë në seleksionimin (përzgjedhjen) e kampionit të përdoruesve të shërbimeve shëndetësore parësore (gabimi sistematik i përzgjedhjes), ashtu edhe në vjeljen e informacionit nga individët e përfshirë në studim (gabimi sistematik i informacionit).
- Pyetësorët e studimit: një vlerë e padiskutueshme e këtij studimi ishte aplikimi i një pyetësoi ndërkombëtar të standardizuar i cili është përdorur në disa vende Europiane dhe në SHBA. Nga kjo pikëpamje, aplikimi i pyetësorëve të tillë përbën një avantazh madhor në studimin tonë dhe prandaj, në këtë pikë, me siguri që nuk ka asnjë lloj kufizimi apo disavantazhi të studimit tonë.
- Validimi i pyetësorëve: një përparësi e këtij studimi është, gjithashtu, fakti se pyetësorët e përdorur në këtë studim u validuan paraprakisht, fakt i cili rrit ndjeshëm vlefshmërinë dhe besueshmërinë e rezultateve të këtij studimi shkencor me vlerë të madhe për trevat Shqiptare në rajonin e Europës Jug-Lindore. Prandaj, edhe në këtë pikë, nuk ka kurrfarë kufizimi të studimit aktual.

6. Përfundime

1. Ky studim ofron, në radhë të parë, evidencë shkencore mbi procesin e adoptimit ndër-kulturor dhe përshtatjen e instrumentit TOFHLA në popullsinë e rritur të Kosovës.
2. Pyetësi TOFHLA është një nga instrumentet më të rëndësishme standarde ndërkombëtare që aplikohet gjerësisht në vende të ndryshme të botës me qëllim vlerësimin e njohurive dhe kompetencave shëndetësore në individët e rritur.
3. Nga kjo pikëpamje, ky studim ofron mundësinë e krahasimit të rezultateve të përftuara në Kosovë me vendet e tjera të cilat kanë aplikuar të njëjtin instrument standard dhe të validuar gjerësisht.
4. Pas procesit të validimit (pre-testimit), instrumenti TOFHLA u administrua në një mostër përfaqësuese të madhe të përdoruesve të kujdesit shëndetësor parësor në Kosovë.
5. Në përgjithësi, ky ishte një studim shumë i rëndësishëm i cili sjell evidencë dhe fakte shkencore lidhur me nivelin e njohurive dhe kompetencave shëndetësore të pupullatës adulte të Kosovës, një shtet i ri në Ballkanin Perëndimor i cili po përjeton një tranzicion të shpejtë dhe të vështirë politik, social dhe ekonomik pas një lufte të gjatë dhe të përgjakshme me Serbinë.
6. Gjithashtu, ky studim raporton edhe korrelacionet e karakteristikave demografike dhe social-ekonomike me njohuritë dhe kompetencat shëndetësore funksionale në një mostër përfaqësuese të madhe të popullsisë së rritur në Kosovë, duke aplikuar versionin e gjatë të instrumentit TOFHLA të validuar paraprakisht në mjediset Shqipfolëse.
7. Gjetjet e këtij studimi sugjerojnë se individët vulnerabël nga pikëpamja social-ekonomike kanë edhe nivelet më të ulëta të njohurive dhe kompetencave shëndetësore funksionale në Kosovë.
8. Kështu, pas kontrollit për faktorët e tjerë demografikë dhe social-ekonomikë, rezultati mesatar i TOFHLA-s ishte më i lartë në subjektet që raportuan një nivel edukimi (arsimimi) të lartë në krahasim me individët me një nivel arsimimi të mesëm dhe sidomos në krahasim me subjektet me nivel arsimimi të ulët. Lidhja (shoqërimi) pozitiv i nivelit arsimor me rezultatin e njohurive dhe kompetencave shëndetësore ishte statistikisht shumë sinjifikative (domethënëse).
9. Në paralel, në këtë studim, kishte evidencë edhe të një lidhjeje (shoqërimi) pozitiv mes nivelit ekonomik dhe rezultatit të kompetencave shëndetësore. Pra, subjektet me nivel ekonomik të lartë kishin edhe një rezultat mesatar më të lartë të TOFHLA-s, fakt i cili dëshmon për një nivel më të lartë të njohurive dhe kompetencave shëndetësore tek individët me nivel më të lartë ekonomik në krahasim me subjektet me nivel të ulët ekonomik. Por, duhet theksuar se ky rezultat ishte vetëm në kufijtë e sinjifikancës statistikore.

7. Rekomandime

1. Pavarësisht se studimi aktual ofron një evidencë shumë të rëndësishme lidhur me nivelin e njohurive dhe kompetencave shëndetësore dhe shpërndarjen e tyre sipas karakteristikave demografike dhe social-ekonomike në popullatën adulte Kosovare, lind natyrshëm nevoja e replikimit (konfirmimit) të gjetjeve të këtij studimi në hulumtime të tjera në Kosovë dhe në trevat e tjera Shqiptare në rajonin e Ballkanit Perëndimor.
2. Nga kjo pikëpamje, rekomandohet që në të ardhmen të ndërmerren studime të tipit *kohort* (studime *prospektive*, apo *longitudinale*) në kampione përfaqësuese të bazuara në mënyrë të drejtpërdrejtë në popullatë të cilat do të konfirmonin rezultatet e studimit aktual i cili ishte i tipit transversal dhe u ndërmorr në një kampion të madh përfaqësues të përdoruesve të shërbimeve shëndetësore në Kosovë.
3. Gjithsesi, rezultatet e studimit aktual ofrojnë një bazë të dhënash shumë të rëndësishme për punonjësit e promocionit shëndetësor në veçanti dhe të gjithë profesionistët dhe specialistët e shëndetit publik në përgjithësi.
4. Nga kjo pikëpamje, në radhe të parë, të gjithë punonjësit e sektorit shëndetësor parësor në Kosovë duhet të informohen për nivelin dhe shpërndarjen e njohurive dhe kompetencave shëndetësore në popullatën adulte sipas profilit demografik dhe social-ekonomik.
5. Në studimin aktual kishte evidencë të qartë të një niveli më të ulët të kompetencave dhe njohurive shëndetësore tek subjektet vulnerabël nga pikëpamja social-ekonomike, fakt ky që duhet të përbëjë shqetësim serioz dhe duhet të provokojë ndjeshmëri të lartë në të gjithë profesionistët e sektorit shëndetësor.
6. Prandaj, punonjësit dhe profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe sidomos politikë-bërësit në Kosovë duhet të jenë të vetëdijshëm për rrezikun shtesë për pasoja negative shëndetësore (përfshi indikatorë të ndryshëm të morbiditetit dhe mortalitetit) tek grupet me nivel të ulët social-ekonomik përfshi individët me të ardhura ekonomike minimale dhe sidomos subjektet me nivel të ulët arsimor.
7. Gjetjet e këtij studimi duhet të ndihmojnë vendim-marrësit dhe politikë-bërësit e sektorit shëndetësor në Kosovë për hartimin e politikave, aktiviteteve dhe programeve të ndërhyrjes dhe parandalimit të sëmundshmërisë akute dhe kronike në popullatën adulte në përputhje me rrethanat aktuale politike dhe social-ekonomike të Kosovës së pas-luftës.
8. Një nga sfidat më të mëdha të sektorit shëndetësor në Kosovë është aktualisht edhe ndërgjegjësimi, informimi dhe edukimi shëndetësor i popullatës adulte sidomos lidhur me faktorët e rrezikut për sëmundje kronike të cilat përbëjnë edhe barrën (ngarkesën) më të rëndë të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë edhe në Kosovë, ashtu si në shumicën e vendeve të tjera në tranzicion.

8. Referencat

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012, 12:80.
2. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monograph* 1974, 2:1-25.
3. Ad Hoc Committee on Health Literacy. Health literacy: report of the council on scientific affairs. *JAMA*. 1999;281:552–7.
4. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Chapter 11. 2nd edn. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2000.
5. Institute of Medicine. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
6. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55:S368–74.
7. American College of Physicians. Downloadable Patient Health Care Information. <http://www.doctorsforadults.com/download.htm?dfa>.
8. Kickbusch I, Wait S, Maag D. *Navigating Health. The Role of Health Literacy*. London: Alliance for health and the future, International Longevity Center-UK, 2006.
9. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA: Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc* 1999, 281(6):552-557.
10. Nutbeam D: *Health Promotion Glossary*. *Health Promot Int* 1998, 13:349-364.
11. Institute of Medicine: *Health literacy: a prescription to end confusion* Washington DC: The National Academies; 2004.
12. Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000, 15(3):259-267.
13. Kickbusch I, Wait S, Maag D, Banks I: *Navigating health: the role of health literacy*. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre, UK 2006.
14. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun* 2003, 8(3):119-120.
15. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int* 2005, 20(2):195-203. 2006.

16. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D: Advancing health literacy: A framework for understanding and action. Jossey Bass: San Francisco, CA.
17. Paasche-Orlow MK, Wolf MS: The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007, 31(Suppl 1):19-26.
18. European Commission: Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Com(2007) 630 final 2007.
19. In Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe Edited by: Pavlekovic G 2008, 4.
20. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D: A vision for a health literate Canada Ottawa: Canadian Public Health Association; 2008.
21. Ishikawa H, Yano E: Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008, 11(2):113-122.
22. Mancuso JM: Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci* 2008, 10:248-255.
23. Australian Bureau of Statistics: In Adult literacy and life skills survey. Summary results. Volume 88. Australia, Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2008.
24. Yost KJ, Webster K, Baker DW, Choi SW, Bode RK, Hahn EA: Bilingual health literacy assessment using the Talking Touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. *Patient Educ Couns* 2009, 75(3):295-301.
25. Adams RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickbusch I, Beilby JJ: Health literacy. A new concept for general practice? *Aust Fam Physician* 2009, 38(3):144-147.
26. Adkins NR, Corus C: Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace. *J Consum Aff* 2009, 43(2):199-222.
27. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA: Public health literacy defined. *Am J Prev Med* 2009, 36(5):446-451.
28. Pearson A, Saunders M: Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int* 2009, 24(3):285-296.
29. Parker R: Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int* 2000, 15(4):277-283.
30. Davis T, Wolf MS: Health literacy: implications for family medicine. *Fam Med* 2004, 36(8):595-598.
31. Health Literacy Innovations: The Health Literacy & Plain Language Resource Guide Health Literacy Innovations; n.d;.
32. Lloyd LLJ, Ammary NJ, Epstein LG, Johnson R, Rhee K: A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities. *Health Promot Pract* 2006, 7(3):331-335.

33. McCray A: Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc* 2004, 12(2):152-163.
34. Tappe MK, Galer-Unti RA: Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21 st century. *J Sch Health* 2001, 71(10):477-482.
35. Robbins A: Public health literacy for lawyers: teaching population-based legal analysis. *Environ Health Perspect* 2003, 111(14):744-745.
36. Parker RM, Gazmararian JA: Health literacy: essential for health communication. *J Health Commun* 2003, 8(3):116-118.
37. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR: The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005, 20:174-184.
38. Porr Caroline, Drummond Jane, Richter Solina: Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family & Community Health* 2006, 29(4):328-335.
39. Paasche-Orlow MK: Bridging the international divide for health literacy research. *Patient Educ Couns* 2009, 75:293-294.
40. Kondilis BK, Soteriades ES, Falagas ME: Health literacy research in Europe: a snapshot. *Eur J Public Health* 2006, 16(1):113-113.
41. Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME: Mapping health literacy research in the European union: a bibliometric analysis. *PLoS One* 2008, 3(6):E2519.
42. Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203.
43. Protheroe J, Wallace L, Rowlands G, DeVoe J: Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Fam Pract* 2009, 10(1):51.
44. Manganello JA: Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008, 23(5):840-847.
45. Magasi S, Durkin E, Wolf MS, Deutsch A: Rehabilitation consumers' use and understanding of quality information: a health literacy perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 2009, 90(2):206-212.
46. European Health Forum Gastein Gastein Health Declaration 2005. Partnership for Health, 2005. <http://www.ehfg.org>.
47. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan SL, Lohr KN, Pignone M. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004;19:1228-1239.
48. Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, Berkman N, Lohr KN. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med* 2005;20(2):185-192.

49. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, et al. Literacy and misunderstanding of prescription drug labels. *Ann Intern Med.* 2006 Dec 19;145(12):887-894. Epub 2006 Nov 29.
50. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug; 21(8):847-851.
51. DeWalt DA, Dilling MH, Rosenthal MS, Pignone MP. Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambul Pediatr.* 2007;7(1):25-31.
52. DeWalt DA, Boone RS, Pignone MP. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision-making in patients with diabetes. *Am J Health Behav.* 2007;In Press.
53. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ Couns.* 2007;65(2):253-260.
54. Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Palepu A, Meli S, Faber V, Samet JH. Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):835-840.
55. Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D. Health literacy and anticoagulation -related outcomes among patients taking warfarin. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):841-846.
56. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns.* Mar 2004;52(3):315-323.
57. Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med.* 1996;5(6):329-334.
58. Kalichman SC, Rompa D. Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV-AIDS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2000;25(4):337-344.
59. Mancuso CA, Rincon M. Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *J Asthma.* 2006;43(1):41-44.
60. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Arch Intern Med* 1998;158:166-72.
61. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee T, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest* 1998;114:1008-15.
62. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002;92:1127-83.

63. Mayeaux EJ, Murphy PW, Arnold C, Davis TC, Jackson RH, Sentell T. Improving patient education for patients with low literacy skills. *Am Fam Physician* 1996;53:205–11.
64. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? *Arch Intern Med* 2001;161:706–13.
65. Vinson JM, Rich MW, Sperry JC, Shah AS, McNamara T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:1290–5.
66. Chin MH, Goldman L. Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Am J Public Health* 1997; 87:643–8.
67. Wilson S, Scamagas P, German D, et al. A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *Am J Med* 1993;94:564–76.
68. Yoon R, McKenzie D, Bauman A, et al. Controlled trial evaluation of an asthma education program for adults. *Thorax* 1993;48:1110–6.
69. Sclar DA, Chin A, Skaer TL, Okamoto MP, Nakahiro RK, Gill MA. Effect of health education in promoting prescription refill compliance among patients with hypertension. *Clin Ther* 1991;13:489–95.
70. Mullen P, Mains D, Velez R. A meta-analysis of controlled trials of cardiac patient education. *Patient Educ Counsel* 1992;19:143–62.
71. Padgett D, Mumford E, Hynes M, Carter R. Meta-analysis of the effects of educational and psychological interventions on management of diabetes mellitus. *J Clin Epidemiol* 1988;41:1007–30.
72. Brown S. Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a meta-analysis revisited. *Patient Educ Counsel* 1990;16:189–215.
73. Brechner RJ, Cowie CC, Howie LJ, Herman WH, Will JC, Harris MI. Ophthalmic examination among adults with diagnosed diabetes mellitus. *JAMA* 1993;270:1714–8.
74. Weiss BD, Hart G, McGee DL, D'Estelle S. Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract* 1992;5:257–64.
75. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health* 1997;87:1027–30.
76. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, McCoy ASM, Bulpiptt C, Coats AJS, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ* 2000;321:605–7.
77. The Fifth Report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 1993;153:154-183.

78. American Association of Diabetes Educators. AADE position statement: individualization of diabetes education and management. *Diabetes Educator*. 1995;21:105-106.
79. American Diabetes Association. National standards for diabetes self-management education programs and American Diabetes Association review criteria. *Diabetes Care*. 1996;19:S114-S118.
80. Gruening UJ. Arterial hypertension: lessons from patient education. *Patient Educ Counsel*. 1995;26:37-55.
81. Leichter S, Nieman J, Moore R, Collins P, Rhodes A. Readability of self-care instructional pamphlets for diabetic patients. *Diabetes Care*. 1981;4:627-630.
82. Boyd M, Citro K. Cardiac patient education literature: can patients read what we give them? *J Card Rehabil*. 1983;79:204-206.
83. Dunn S, Beeney L, Hoskin P, Turtle J. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Soc Sci Med*. 1987;2:215-219.
84. Wilkinson, G. S. (1993). *WRAT-3 administration manual*. Wilmington, DE: Wide Range.
85. Davis, T. C., Long, S., Jackson, R., Mayeux, E., George, R., Murphy, P., et al. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25, 391-395.
86. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
87. Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., et al. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3, 514-522.
88. Williams MV, Baker DW, Parker RM. Differences in disease knowledge between patients with adequate and inadequate functional health literacy, *Archives of Internal Medicine*.
89. Taylor W. Cloze procedure: a new tool for measuring readability. *Journalism Q* 1953;30:415-33.
90. Kamberi H, Hysa B, Toci E, Jerliu N, Burazeri G. Functional health literacy in primary care users in Kosovo: a validation study. *Albanian Medical Journal* 2012; 4:21.
91. Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., Marinkovic, J. and Vukovic, D. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia. *Health Promotion International*, February 27, 2013. (E-pub ahead of print).

92. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health* 2009; 31(4):490-495.
93. Wagner C, Knight K, Steptoe A et al. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007; 61:1081-1090.
94. Wolf SM, Gazmarian AJ, Baker WD. Health Literacy and functional status among older adults. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165:1946-51.
95. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV, Parker RM, Scott TL, Green DC, Fehrenbach SN, Ren J, Koplan JP. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA* 1999; 281:545-551.
96. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 2005; 20:175-184.