

REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Z.nj VABONA BEZHANI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR NË SHKENCA INFERMIERORE

**Tema: Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë**

**Udhëheqës Shkencor:**  
**Prof. Dr. Elizana Petrela**

Tiranë 2016

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË**



**UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË  
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE**

**DISERTACION**

**I**

**PARAQITUR**

**NGA ZNJ. VALBONA BEZHANI**

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE**

**“ DOKTOR**

**NË**

**SHKENCA INFERMIERORE”**

**Tema: Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë**

**MBROHET MË DATË...../.....2016 PËRPARA JURISË**

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

Deklaratë

Punimi i kësaj teme është origjinale. Vetëm një pjesë e të dhënave statistikore është përdorur për të përmbushur detyrimet e doktoraturës.

Ky punim i plotë nuk është paraqitur asnjëherë si brenda dhe jashtë vendit.

© Valbona Bezhani 2016

PËRMBAJTJA:

I. ABSTRAKTI

II. HYRJE

III. MATERIALI DHE METODA

III.1 Proçedura e studimit

IV. ANALIZA STATISTIKORE

IV.1 Përkufizimi i variableve

IV.2 Analiza statistikore

V. QËLLIMI I STUDIMIT

V.1 Objektivat e studimit

VI. REZULTATET dhe DISKUTIMI

VIII. PËRFUNDIME

IX. REKOMANDIME

X. BIBLIOGRAFIA

Falenderim,

Ndjej se duhet të falenderoj në mënyrë të veçantë të gjithë personelin shëndetësor të spitalit pediatrik, QSUT “Nënë Tereza” dhe të gjithë prindërit e pacientëve të trajtuar në këtë spital, të cilët, përpos problemeve të tyre, gjetën hapësirë për të komunikuar me ne dhe për të dhënë informacionin aq të nevojshëm, pa të cilin ky punim nuk do të mund të realizohej.

Ju falenderoj!

**ABSTRAKT**

## 1.Hyrja

Ka pasur disa studime që adresohen tek kujdesi prindëror në përgjithësi. Në përgjithësi, prindërit shprehin shqetësim për rolin e tyre prindëror dhe për nevojën për ndihmë, që fëmijët mund të kenë për prindërit e tyre.

Slater et al. (2010) kanë analizuar një mostër përfaqësuese të prindërve Australianë dhe

arritën në përfundimin se prindërit ishin të shqetësuar për fëmijët e tyre lidhur me arsimimin, shëndetin dhe mirëqenien.

Disa studime kanë raportuar se prindërit ishin kryesisht të shqetësuar rreth fëmijës së tyre për sjelljet negative, në foshnjat dhe të vegjëlit (O'Brien, 1996), si dhe në fëmijët e shkollës fillore dhe parashkollore (Mesibov, Shreder & Wesson, 1993; Akister dhe Johnson, 2002). Prindërit shprehin gjithashtu shqetësime të shpeshta lidhur me të ushqyerit e fëmijës së tyre, me gjumin, problemet shkollore (Stickler et al, 1991;.. Mesibov, et al, 1993, Akister, 2002), probleme zhvillimore dhe emocionale (. Mesibov et al 1993) , dhe gjithashtu në lidhje me marrëdhëniet familjare (Mesibov, et al, 1993,. Akister, 2002).

Prindërit e fëmijëve me përvojë të një sëmundjeje gjaku (veçanërisht onkohematologji) shpesh vuajnë nga probleme psikologjike të tilla si stresi. Përballimi i situatës lidhur me informacionin në lidhje me sëmundjen e fëmijës së tyre, është një faktor që kontribuon në këtë stres ([Ringné A, 2015](#)).

Astma, një sëmundje kronike inflamatore e rrugëve të frymëmarrjes, është e zakonshme në fëmijët dhe të rinjtë me një prevalencë të raportuar në të gjithë botën duke filluar nga 5 deri në 15% (Anandan, Nurmatov, van Schayck, dhe Sheikh, 2010). Një pjesë e vogël e pacientëve pediatrikë me astma (prevalenca e saktë nuk dihet) kanë astmë problematike të rëndë. Përkufizohen si pacientë me astma të rëndë, (pacientët që nuk janë nën kontroll pavarësisht trajtimit optimal (Hedlin et al., 2010). Faktorët psiko-sociale mund të ndikojnë zhvillimin e sëmundjes dhe statusin psikologjik të fëmijëve me astmë. Stresi tek prindërit është edhe një

shkak i mundshëm edhe si pasojë e gjendjes së sëmundjes dhe problemeve të sjelljes tek fëmijët me astmë problematike të rëndë.

Duke ditur peshën e stresit prindëror në këtë grup është hedhur hipoteza se stresi tek prindërit mund të luajë një rol në përvijimin e krizave të astmës. Ka shumë autorë që nuk e mbështesin hipotezën e efektit të stresit të lartë tek prindërit në shfaqjen e formave të astmës së rëndë, problematike (PSA). Kjo tregon se stresi tek prindërit e këtyre pacientëve nuk është një faktor që luan rol në vazhdimin e krizës astmatike të rëndë. Por, pritshmëritë tona janë që, stresi tek prindërit e fëmijëve me astma të rëndë do të jetë më i lartë në këtë grup duke pasur parasysh shqetësimin e madh dhe përgjegjësinë e prindërve për fëmijët me astmë problematike të rëndë, që po ashtu mbështetet edhe nga autorë të tjerë ([Marieke Verkleij](#), 2015).

**1. 1. Stresi** është një gjendje e pakëndshme e zgjimit emocional dhe fiziologjik që njerëzit provojnë në situata që ata i perceptojnë si të rrezikshme apo kërcënuese për mirëqenien e tyre. Fjala “stres” do të thotë gjëra të ndryshme për njerëz të ndryshëm. Disa njerëz e përcaktojnë stresin si ngjarje apo situata që shkaktojnë tek ata ndjenjën e tensionit, presionit, apo emocionet negative të tilla si ankthi dhe zemërimi . Të tjerët e shohin stresin si reagim ndaj këtyre situatave. Kjo përgjigje përfshin ndryshimet fiziologjike - të tilla si rritjen e rrahjeve të zemrës dhe tensionin muskolor, si dhe ndryshimet emocionale dhe të sjelljes. Megjithatë, shumica e psikologëve e konsiderojnë stresin si një proces që përfshin interpretimin dhe përgjigjen e një personi ndaj një ngjarje kërcënuese. Për here te pare në mjekesi dhe psikologji, termin stres e ka përdorur Hans Selye, i cili lindi ne Vjene ne vitin 1907.

**SHKAKTARËT E STRESIT.** Rrethanat që shkaktojnë stresin janë quajtur stresorë. Stresorët ndryshojnë në ashpërsi dhe kohëzgjatje. Për shembull, përgjegjësia e kujdesit për një individ të sëmurë mund të jetë një burim i vazhdueshëm i stresit të madh, ndërsa një ngjarje pa ndonjë peshe të madhe, mund të shkaktojë stres afat-shkurtër. Por në situata të ndryshme, individët mund të përgjigjen ndryshe për të njëjtën ngjarje, çfarë është stresuese për një person mund të mos jetë stresuese për një tjetër. Stresorët mund të klasifikohen në tri kategori të përgjithshme: ngjarjet katastrofike, ndryshime të mëdha jetësore, dhe telashet e përditshme. Përveç kësaj, thjesht mendimi rreth ngjarjeve të pakëndshme nga e kaluara apo duke parashikuar ngjarjet e



pakëndshme të së ardhmes mund të shkaktojë stres për shumë njerëz. Zakonisht i mendojmë stresorët si diçka negative. Mund të shkaktohet edhe nga situata që kërkojnë një përshtatje me situatat nga ne, përfshi edhe ndodhi pozitive, si: martesë, blerja e shtëpisë, shkollimi, promovimi. Sido që të jetë lloji i stresorit, është shumë i rëndësishëm perceptimi që e kemi mbi të.

### **Si reagon trupi ndaj stresit?**

Kur kalojmë një rrezik, sistemi ynë nervor përgjigjet me lëshimin e një fluksi hormonesh stresi përfshirë këtu adrenalinën dhe kortizolin. Zemra rreh më shpejt, muskujt tendosen, presioni i gjakut rritet, frymëmarrja shpejtohet dhe personi bëhet më i mprehtë. Këto ndryshime fizike rrisin fuqinë tuaj dhe qëndrueshmërinë, shpejtojnë shumë kohën e reagimit dhe përmirësojnë fokusin duke ju përgatitur për të luftuar ose ikur në varësi të llojit të rrezikut. Ja disa nga mënyrat se si stresi ndikon në shëndet: Nxit dëshirën për të ngrënë: kortizoli është hormoni që lëshohet kur jeni në stres dhe ky hormon rrit dëshirën e të ngrënit gjëra të yndyrshme dhe me sheqer.

Studimet tregojnë se hormoni lidhet me receptorët e trurit që kontrollojnë marrjen e ushqimit. Akumulon yndyrë: kur jeni në periudhë stresi, ka gjasa që të shtoni peshë. Hormoni i kortizolit rrit sasinë e indeve yndyrore në trup duke bërë kështu që përmasat e qelizave yndyrore të zgjerohen.

Ndikon në sëmundjet kardiovaskulare: marrëdhënia e saktë midis stresit dhe sulmeve në zemër mbetet ende e paqartë. Por rreth 23% të rasteve të sëmundjeve të zemrës, thuhet të jenë shkaktuar nga stresi. Pagjumësi: ngjarjet e mëdha stresuese mund të shkaktojnë pagjumësi, gjë e cila çon në një stres kronik dhe afatgjatë.

Dhimbje koke: stresi i bën muskujt më të tensionuar. Stresi shkakton dhimbje koke dhe migrenë. Probleme me kujtesën: hormoni i kortizolit ndërhyr në aftësitë e trurit për të formuar kujtime të reja. Gjatë stresit akut, kortizoli hyn deri në receptorët e thellë të trurit dhe e bën të vështirë procesin e të menduarit gjatë dhe rifitimit të kujtimeve.

Probleme me flokët: stresi është një nga shkaktarët kryesor që ndikon në rënien e flokëve. Stresi dhe ankthi ndikojnë gjithashtu në një çrregullim të quajtur trikotillomania, në të cilën njerëzit e

## *Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë*

---

kanë të vështirë ti tërheqin apo t'i lidhin flokët. Ndikon në shtatzëni: stresi i rëndë ndikon në shtatzëni të parakohshme, madje disa studime thonë se nivelet e larta të stresit të nënës ndikojnë edhe në trurin e fetusit. Gratë të cilat kanë stres të rëndë dhe afatgjatë kanë rreth 12% më pak shance për të mbetur shtatzënë. Rrit nivelin e sheqerit në gjak: nëse jeni me diabet të tipit 2, stresi ndikon në rritjen e nivelit të sheqerit në mënyrë automatike.

Ndikon në tretje: stresi shkakton urth, probleme stomaku dhe diarre. Sindroma e zorrës së irrituar dhe konstipacionit, ndikohet nga stresi gjithashtu. Gjithashtu, ndryshon normën e rrahjes së zemrës dhe kontrakton enët e gjakut, gjë e cila çon në rritjen e tensionit të gjakut.

Problemet e lëkurës: stresi është një nga faktorët që nxit daljen e puçrrave, pikat e zeza dhe sëmundjet e lëkurës.

Stresi ndikon në plakje të parakohshme, në përkeqësimin e marrëdhënieve seksuale dhe performancën në punë.

...

Ja disa nga mënyrat se si stresi ndikon në shëndet: Nxit dëshirën për të ngrënë: kortizoli është hormoni që lëshohet kur jeni në stres dhe ky hormon rrit dëshirën e të ngrënit gjëra të yndyrshme dhe me sheqer.

Studimet tregojnë se hormoni lidhet me receptorët e trurit që kontrollojnë marrjen e ushqimit. Akumulon yndyrë: kur jeni në periudhë stresi, ka gjasa që të shtoni peshë. Hormoni i kortizolit rrit sasinë e indeve yndyrore në trup duke bërë kështu që përmasat e qelizave yndyrore të zgjerohen.

Ndikon në sëmundjet kardiovaskulare: marrëdhënia e saktë midis stresit dhe sulmeve në zemër mbetet ende e paqartë. Por rreth 23% të rasteve të sëmundjeve të zemrës, thuhet të jenë shkaktuar nga stresi. Pagjumësi: ngjarjet e mëdha stresuese mund të shkaktojnë pagjumësi, gjë e cila çon në një stres kronik dhe afatgjatë.

Dhimbje koke: stresi i bën muskujt më të tensionuar. Stresi shkakton dhimbje koke dhe migrenë.

Probleme me kujtesën: hormoni i kortizolit ndërhyr në aftësitë e trurit për të formuar kujtime të

reja. Gjatë stresit akut, kortizoli hyn deri në receptorët e thellë të trurit dhe e bën të vështirë procesin e të menduarit gjatë dhe rifitimit të kujtimeve.

Probleme me flokët: stresi është një nga shkaktarët kryesor që ndikon në rënien e flokëve. Stresi dhe ankthi ndikojnë gjithashtu në një çrregullim të quajtur trikotillomania, në të cilën njerëzit e kanë të vështirë ti tërheqin apo t'i lidhin flokët. Ndikon në shtatzëni: stresi i rëndë ndikon në shtatzëni të parakohshme, madje disa studime thonë se nivelet e larta të stresit të nënës ndikojnë edhe në trurin e fetusit. Gratë të cilat kanë stres të rëndë dhe afatgjatë kanë rreth 12% më pak shance për të mbetur shtatzënë. Rrit nivelin e sheqerit në gjak: nëse jeni me diabet të tipit 2, stresi ndikon në rritjen e nivelit të sheqerit në mënyrë automatike.

Ndikon në tretje: stresi shkakton urth, probleme stomaku dhe diarre. Sindroma e zorrës së irrituar dhe kapsllëkut ndikohet nga stresi gjithashtu. Tension të lartë të gjakut: stresi ndryshon normën e rrahjes së zemrës dhe kontrakton enët e gjakut, gjë e cila çon në rritjen e tensionit të gjakut.

Problemet e lëkurës: stresi është një nga faktorët që nxit daljen e puçrrave, pikat e zeza dhe sëmundjet e lëkurës.

Stresi ndikon në plakje të parakohshme, në përkeqësimin e marrëdhënieve seksuale dhe performancën në punë. Disa ndër shenjat të cilat llogariten tregues të stresit, do t'i kategorizonim si në vijim: të qarët e shpejtë, gjendje e thyeshme shpirtërore, humbje e oreksit, gjumë i çrregulluar e i parehatshëm, shpërqendrim, dozë e theksuar demotivimi, humbje e besimit tek të tjerët, kafshim i thonjve, kërcitje e dhëmbëve dhe të tjera.

### **Sistemi Reagues i Stresit**

- Megjithëse interesimi mjekësor mbi stresin daton që nga koha e Hipokratit (460 – 377 PK), është dashur deri në vitin 1920 që fiziologu Walter Cannon të konfirmojë se reagimi ndaj stresit është një pjesë e një sistemi të unifikuar të mendjes dhe trupit. Ai vërejti se i ftohti ekstrem, mungesa e oksigjenit dhe incidentet që nxisin emocione, të gjitha këto shkaktojnë një derdhje të epinefrinës (adrenalinë) dhe norepinefrinës (noradrenalinë). Këto hormone të stresit hynë në sistemin e qarkullimit të gjakut përmes fundit të nervit simpatik në pjesën e brendshme të

gjëndrave veshkore kjo është vetëm një pjesë e reagimit të sistemit nervor simpatik. Kur alarmohet nga cilado prej shumë shtigjeve (rrugëve) të trurit, sistemi nervor simpatik zmadhon ritmin e rrahjeve të zemrës dhe frymëmarrjes, devijon gjakun drejt muskujve skeletorë dhe çliron yndyrë nga rezervat trupore – të gjitha këto për të përgatitur trupin për ato që Cannon i quan lufto ose mbathja.

### **Cilët faktorë ndikojnë nivelin e tolerancës së stresit?**

Ka disa faktorë. Të tillë janë:

-Rrjeti i miqve, familjes, kolegëve që mund të shërbejnë si zonë mbrojtjeje nga efektet e stresit.

-Ndjesia e kontrollit. Është më i lehtë përballimi i stresit kur kemi një vetëbesim dhe aftësi të ndikojme mbi ngjarjet që shkaktojnë stres.

-Qëndrimi dhe opinioni juaj: Njerëzit optimistë janë shpesh më të guximshëm në situata stresuese. Ata kanë tendencë për të përqafuar sfida, kanë një ndjenjë të fortë të humorit dhe pranojnë se ndryshimi është pjesë e jetës.

-Aftësia e të menaxhuarit të emocioneve. Stresi është një përjetim dhe do të përjetohej shumë keq nëse nuk dimë të qetësojmë veten. Aftësia për të sjellë emocionet në balancë fitohet në vite dhe varet nga përvoja e jetës.

### **Efektet negative te stresit kronik:**

Trupi nuk mund të bëjë dallimin midis rrezikut fizik ose psikologjik. Kur ju jeni të stresuar, trupi juaj reagon njësoj si në një situatë jetë a vdekje, edhe pse arsyeja mund të jetë komplet e ndryshme. Sa më gjatë jemi të ekspozuar ndaj stresit, aq më të mëdha janë mundësitë që të krijohen probleme në shëndetin tonë.

Stresi kronik prish gati çdo sistem në trupin tonë. Ai mund të rrisë presionin e gjakut, të çrregullojë sistemin imunitar, të rrisë rrezikun e problemeve në zemër dhe infarktin, të

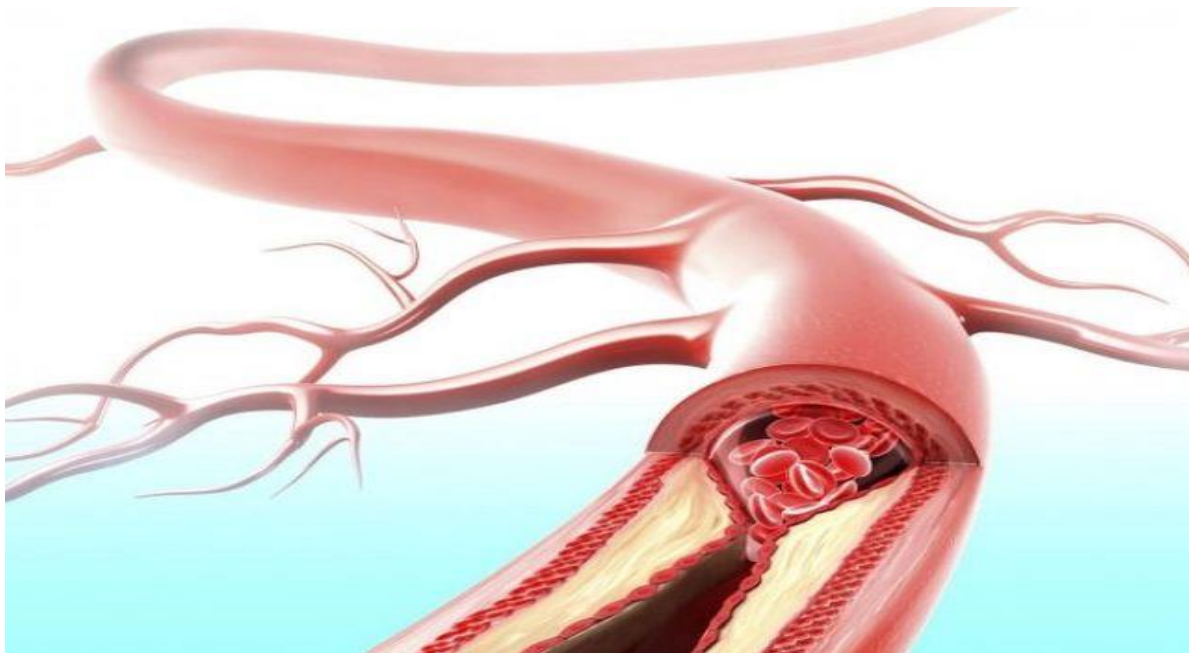
## *Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë*

---

përshpejtojë procesin e plakjes. Stresi afatgjatë mund të sjellë edhe dëmtim të trurit, duke e lënë atë më të prekshëm nga ankthi dhe depresioni. Aparati lëvizës përbëhet nga kockat, ligamente, tendina, artikulacione, muskuj. Indi lidhës përbën pjesën dërrmuese dhe luan rolin kryesor në stabilitetin në këtë sistem lëvizës. Është pikërisht indi lidhës që dëmtohet nga prania e stresit kronik afatgjatë, si rezultat i prodhimit të hormonit kortizol në gjendrën e mbiveshkës.

Ky hormon është një antiinflamator shumë i mirë, pjesë e sistemit tonë të mbrojtjes. Por kur sasia e prodhimit të kortizolit është e madhe, ndodh transformimi i proteinës (tullës bazë të indit lidhës) në sheqer. Edhe më e dëmshme do të jetë situata kur prania e stresit kombinohet me mbingarkesë në punën e përditshme. Kjo është arsyeja që aparati ynë lëvizës degradon gradualisht nga ky proces. Nëse në harkun kohor të një viti në jetën e individit ndodhin ngjarje me shumë ndikim, si: vdekja e një njeriu te dashur, ndarja në çift, probleme në marrëdhënie, probleme në punë ose shkollë, probleme financiare etj, është e sigurtë që në aparatit tonë lëvizës do të manifestohen çrregullime dhe fillimi i patologjive të para.

Problemet që shkaktohen në aparatit lëvizës janë: dhimbje mesi, dhimbje qafe, dhimbje shpine, dhimbje gjunjësh, dhimbje kyçesh, dhimbje koke, marrje mendsh, humbje përqendrimi, dhimbje muskulare e përgjithshme (fibromialgji). Simptomat zakonisht fillojnë shumë ngadalë, por janë të qëndrueshme. Njerëzit në fillim kanë qëndrim mohues ndaj simptomave. Ata fillojnë t'i marrin seriozisht këto shenja kur intensiteti i dhimbjes shtohet, lëvizshmëria e personit ulet ndjeshëm dhe dhimbja është konstante gjatë gjithë kohës. Reduktimi i stresit ose eliminimi i tij shihen si hapi i parë drejt shërimit nga një problem i aparatit lëvizës



**Si mund ta menaxhojmë stresin?**

Menaxhimi i stresit është thjesht kujdes, kontroll mbi mendimet tuaja, emocionet, agjenda, mjedisi dhe mënyra se si zgjidhni problemet tuaja. Menaxhimi i stresit mund të përmblihet me pak fjalë:.

**Parandalo** – Mëso të thuash jo. Bëj dallimin midis atyre që duhen patjetër dhe atyre gjërave që mund të bëhen.

**Alterno situatat**– Nëse nuk mund të eliminosh një situatë stresuese, mundohu ta ndryshosh atë. Përpara se të përfshihesh në situata stresuese ku emocionalisht do të kesh vështirësi të mëdha, mundohu t'ua shpjegosh këtë situatë të tjerëve dhe të mund të kujdesen për ty.

**Përshtatja ndaj shkaktarit të stresit** - Kur nuk mund të ndryshosh shkakun e stresit, provo të ndryshoni veten. Përpiqu të reduktosh problemin ose të përqendrohesh në gjërat pozitive të jetës tënde. Bëj ato gjëra që të japin kënaqësi dhe të gëzojnë. Prano gjërat që nuk mund t'i ndryshosh. Do të ketë gjithmonë shkaktarë stresi në jetën tënde dhe nuk mund të bësh asgjë për këtë.

### **Stresi dhe ankthi tek prindërit e fëmijeve të hospitalizuar**

Prindërit kanë një rol të rëndësishëm në promovimin e shëndetit të fëmijëve të tyre, duke qenë agjentët kryesorë të përfshirë në kujdesin e drejtpërdrejtë, duke siguruar qasje në shërbimet shëndetësore dhe duke siguruar sjelljet që ndikojnë në mirëqenien e fëmijëve.

Stresi, ankthi, frika dhe shqetësimet që shoqërojnë shtrimin e fëmijëve në spital janë provë për aftësitë përbaluese të prindërve, fëmijës dhe të gjithë familjes.

Komunikimi i lajmit se fëmija duhet të shtrohet në spital, te prindërit është një gjendje alarmi dhe shqetësimi, pra një rimendim se diçka është duke ndodhur me familjen/fëmijën. Fëmijët që hyjnë në spital ballafaqohen me shumë elemente të jofamiljarizimit, shohin një numër të fytyrave jofamiljare; aty ata dëgjojnë tinguj dhe aroma jo të zakonshme. Gjithashtu, procedurat jofamiljare, siç janë: ekzaminimi i shenjave vitale, kryerja e analizave të gjakut, si dhe procedurat e tjera, fëmijën e konfrontojnë me mjedisin spitalor dhe kjo mund të shfaqë një ankth te fëmija, por gjithashtu edhe te prindërit.

Me pranimin e fëmijës së tyre në spital të gjithë prindërit do të përjetojnë stres. Disa studime kanë gjetur rritje të stresit në familjet e fëmijëve me sëmundje të ndryshme, të tilla si astma, diabeti, sëmundjet e zemrës dhe patologjitë e tjera kronike. Ndërsa, ekzistojnë një varg hulumtimesh që sugjerojnë se stresi i prindërve ka pasoja shumë serioze në shëndetin dhe rezultatin e sjelljeve të fëmijëve. Niveli i ankthit dhe stresit dallon edhe në bazë të llojit të sëmundjes që ka pacienti. Prindërit e fëmijëve të shtruar në spital për sëmundjet e lehta akute perceptojnë një nivel më të ulët të stresit dhe ankthit në krahasim me prindërit e fëmijëve të shtruar në spital për sëmundjet kronike. Mirëpo, sot mjekët janë të mendimit se një vetëpërmbytje e qetësisë dhe vetëbesimit është thelbësore për mbrojtjen nga efektet e stresit.

### **Përballimi i stresit**

Stresi është i pashmangshëm në jetë, por ajo që ne mund të bëjmë është përpjekja për ta menaxhuar atë. Menaxhimi i stresit ka të bëjë me mbajtjen nën kontroll të shkallës së stresimit në të cilën ndodhemi, si dhe me ndikimin drejt zvogëlimit të tij. Në fushën e menaxhimit të stresit përmendet lloj-lloj strategjie e teknike, ndërmjet të cilave janë analizuar e verifikuar si efektive, veçmas: përkrahja emocionale nga të tjerët, meditimi dhe relaksimi. Krizat jetësore, tragjeditë, e po kështu edhe stresi, përballohen më lehtë kur ndahen me të tjerët. Format e ndryshme të

meditimit gjithashtu janë dëshmuar si efektive në përballimin e stresit. Ato janë shfrytëzuar fillimisht te popujt e Lindjes, e sot janë marrë dhe shfrytëzohen dendur edhe në Perëndim. Zotërimi i relaksimit të muskujve është një shkathtësi e vlefshme për kontrollimin e stresit dhe zvogëlimin e dhembjes që shkakton ai.

Meqënëse në metodologjinë tonë të punës kampionin e kemi ndarë në prindër të fëmijëve me astma bronkiale, prindër të fëmijëve me sëmundje hematologjike dhe të tjerë, po flasim shkurtimisht më poshtë për disa sëmundjet e gjakut dhe për astmën bronkiale.

### **1. 2 Sëmundjet e gjakut**

Sistemi hematologjik përbëhet nga gjaku dhe nga qelizat e gjakut në trup. Këto në mënyrë tipike, funksionojnë së bashku në një ekuilibër që ndikon në metabolizmin e trupit. Tre kategoritë e qelizave janë eritrocitet apo qelizat e kuqe të gjakut (RBC-s), trombociteve apo platelës dhe leukocitet ose qelizat e bardha të gjakut (WBC-s). RBC-të janë përgjegjës për transportimin e ushqyesve dhe oksigjenit në indet e trupit dhe produkteve të mbeturinave nga indet. Trombocitet janë përgjegjëse për koagulimin e gjakut. WBC-të janë përgjegjës për luftimin e infeksioneve. WBC-të ndahen më tej në granulocitet dhe agranulocite. Te gjitha qelizat e gjakut kanë origjinën nga një lloj i vetëm i qelizës të quajtur një qelizë multipotent burimore, e cila shkon të diferencohet në llojet e ndryshme të qelizave të gjakut. Thrombopoietin(TPO) dhe interleukin-7 (IL-7) veprojnë në qelizë dhe diferencojnë qelizat qoftë në qelizat mieloide ose limfoide paraardhëse. Qelizat limfoide, nën ndikimin e IL-6 bëhen limfocite ose ndryshojnë direkt në limfocite T. Qelizat mieloide janë të diferencuara në një nga dy mënyra ose nga veprimi i erythropoietin ose granulocite-monocitit koloni-stimuluese faktor. Kur në qelizë është vepruar prej EPO, i cili është prodhuar prej veshkave, qeliza bëhet megakariocit e njohur si qeliza paraardhëse e eritrociteve. Në megakariocit është vepruar prej EPO, për t'u bërë qelizë e kuqe gjaku, ose TPO dhe IL-11, për t'u bërë një megakariocit që merr formën e trombociteve. GM-CSF influencon qelizën për t'u bërë granulocit, të njohura si qelizat paraardhëse të makrofageve. Këto qeliza të diferencuara influencojnë për tub ere WBC-s. Kushte të ndryshme mund të lejojnë probleme për t'u zhvilluar pa këtë sistem. Këto problem janë të lidhura me prodhimin e qelizave të gjakut ose humbjen dhe shkatërrimin e këtyre qelizave. Kujdesi infermieror për fëmijët me sëmundje të gjakut është shpesh e shumë aspekteve. Femija i cili ka mungesë të hekurit, anemi



kërkon oksigjen dhe mund të kërkojë qeliza të kuqe të gjakut; një fëmijë me hemofili kërkon faktor zëvendësues dhe monitorues për siguri.

### **1. 2. 1. Variantet në anatominë dhe fiziologjinë pediatrike.**

Shumë faktorë janë të përfshirë në zhvillimin e sëmundjeve të gjakut, duke filluar nga shkaqet gjenetike të çrregullimeve që rezultojnë, e nga dëmtimet, infeksionet ose deficietet ushqyese. Në mungesë të difekteve të lindura, sistemi i gjakut është paprekur dhe funksional në lindje. RBC dhe prodhimi i hemoglobinës i nënshtrohen ndryshimeve gjatë muajve të parë të jetës, pas së cilave koha e funksioneve të gjakut është e qëndrueshme.

### **1. 2. 2. Cfarë është leuçemia?**

Leuçemia është një çrregullim primar i palcës së eshtrave në të cilën elementet normale zëvendësohen me qelizat e bardha jonormale të gjakut. Zakonisht qelizat limfoide rriten dhe zhvillohen në qeliza të kuqe gjaku, granulocitet, monocidet dhe trombocidet. Leuçemia mund të zhvillohet në cdo kohë gjatë fazave të zakonshme të zhvillimit të limfoidit ose micloide normale. Leuçemia mund të klasifikohet si akute ose kronike, limfocite ose miclogenious. Leuçemitë akute janë sëmundje progresive të shpejta që ndikojnë në qelizat e padiferencuara ose të papjekura; rezultati është qelizat pa funksion normal. Leuçemitë kronike zhvillohen më ngadalë, duke lejuar qelbëzim dhe diferencim të qelizave që ata të mbajnë disa nga funksionet e tyre normale. Leucemitë akute duke përfshirë ALL dhe AML janë 95% e të gjitha rasteve në fëmijë dhe adoleshentë, kështu që ata do të jenë qendra e diskutimit të mëposhtëm. Ndërlikimet e leuçemisë përfshijnë metastazë në gjak, në kocka. Sistemi nervor Qendror, shpretkë, mëlçi ose organe të tjera dhe ndryshime në rritje. Efektet e vona përfshijnë, problem me funksion neurokonjetiv dhe okular, kardiovaskular ose mosfunksionim tiroide. Me avancim në kurë mbi 50 vitet e fundit, shumica e rasteve të leuçemisë janë të kurueshme, edhe pse fëmijët që përjetojnë rikthim ose kanë sëmundje të avancuar kanë prognozë më të varfër.

### **1. 2. 3 Patfiziologjia e leuçemisë**

- › Shkaku ekzakt i leuçemisë limfoblastike akute ngelet i paditur. Faktorët gjenetikë dhe jonormalitetet e kromozomeve mund të luajnë një rol në zhvillimin e saj. Ne leuçeminë limfoblastike akute, limfoblastet jonormale shumohen në indet gjakformuese. Limfoblastiket janë të ndjeshëm dhe të papjekura, duke munguar lufta ndaj infeksionit të leukociteve. Palca e eshtrave bëhet e pamundur të mbajë nivelin normal të qelizave të kuqe të gjakut. Kur palca e eshtrave zmadhohet apo qelizat leuçemike depërtojnë kockat, dhimbja është e paevitueshme. Qelizat leuçemike mund të përshkojnë nyjet limfatike duke shkaktuar limfadenopati.
- › **1. 2. 4. Menaxhimi terapeutik.**
- › Menaxhimi terapeutik i fëmijës me leuçemi limfoblastike akute fokusohet në bërjen e terapisë për të çrrënjësuar qelizat e leuçemisë dhe restaurimin normal të funksionit të kockave të palcës.
- › Trajtimi ndahet në tre faza. CNS prophylaxis ofrohet në cdo fazë, pa CNS prophylaxis, leuçemia mund të shpërndalet në CNS deri në masën 50%.
- › Kohëzgjatja e trajtimit dhe përzgjedhja e mjekimit, bazohen në moshën e fëmijës, shkallën e riskut dhe nëntipi i përcaktuar nga analiza e kockës së palcës.
- › **1. 2. 5 Reduktimi i dhimbjes**
  - › Fëmijet dhe adoleshentët me leuçemi vuajnë dhimbje të lidhura me sëmundjen dhe po ashtu me trajtimin. Ilaçet e kimeoterapisë që përdoren në leuçemi mund të shkaktojnë nevropati periferike dhe dhimbje koke. Vendet ku dhembin më shumë janë: koka, qafa, këmbët dhe barku. Teknikat që të tërheqin vëmendjen si: dëgjimi i muzikës, shikimi i TV dhe lojërat mund t'i largojnë fëmijës mendjen nga dhimbja. Aplikimi i të ftohtit dhe të të nxehtit tek vendet e dhimbjes, është zakonisht e pranueshme.

#### **1. 2. 6 Anemia**

Ashtu siç dihet, përbërësi kryesor i qelizave të gjakut janë rruazat e kuqe (eritrocitet). Sëmundjet e rruazave të kuqe të gjakut përfshijnë probleme të prodhimit, funksionimit dhe shkatërrimit të tyre. Pikërisht, këto probleme mund të rezultojnë në një pakësim të numrit ose funksioneve të rruazave të gjakut, të cilat pikërisht shkaktojnë atë që quhet anemi. Pra, anemia i referohet defiçitit të eritrociteve me pasojë dhe ulje të Hb (që gjendet vetëm brenda

eritrociteve) me pasojë zbehje dhe lodhje. Megjithëse nga ana fispatologjike, anemia përkufizohet si pakësim i masës totale të eritrociteve në qarkullim, ajo nga ana funksionale përkufizohet si pakësim i kapacitetit transportues të gjakut (Hb që gjendet vetëm brenda eritrocitit) për O<sub>2</sub> dhe për pasojë si hipoksia indore. Anemia mund të rezultojë nga:

\*defiçitet në dietë

\*sëmundjet gjenetike

\*sëmundjet e palcës së kockës

\*sëmundjet e palcës së kockës

\*hemoragjia

Ka shumë tipe dhe shkaktarë të anemisë. Disa shkaktohen nga mungesa e një ose më shumë komponenteve që nevojiten për të kryer funksionin e plotë të eritrociteve.



**Anemi të tilla shkaktohen nga:**

\*defiçitet e Fe

\*vitaminës B12

\*acidit folik

**Faktorë të tjerë janë:** zvogëlimi i zhvillimit të pararendësve të eritrociteve, zvogëlimi i ritmit të prodhimit të eritrociteve, ose rritjes së shkatërrimit të tyre. Pavarësisht nga shkaktarët e shumë që e kanë shkaktuar aneminë, efektet e anemisë tek pacientët dhe kujdesi ndaj tyre

janë të ngjashëm për të gjitha llojet e anemisë. Për të gjithë ata që kanë anemi, kërkohet një vlerësim i detajuar për të zbuluar shkaktarët.

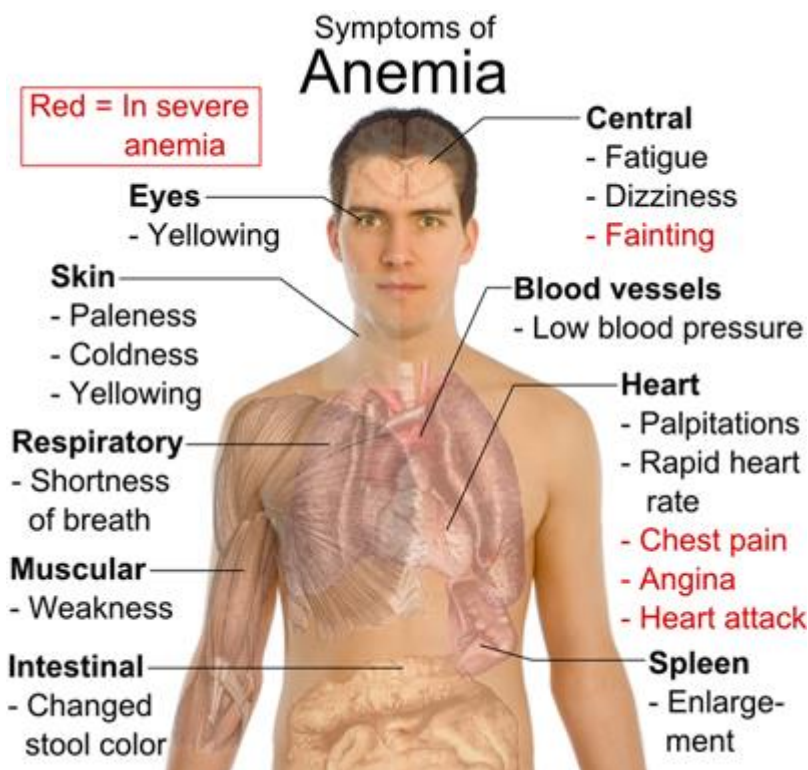
### ***Prania ose mungesa e shenjave klinike të anemisë përcaktohen nga 4 faktorë:***

\*Shpejtësia e instalimit të anemisë. Një anemi e instaluar (post hemoragjike akute, krizë hemolitike) shpejt ka më shumë shenja se sa kur instalohet gradualisht sepse në rastin e fundit sistemi kardiovaskular ka më shumë kohë për t'u përshtatur.

\* **Shkalla e anemisë.** Sa më e thellë të jetë anemia aq më të theksuara janë shenjat. Shenjat e anemisë shfaqen kur Hb është më pak se 9-10gr/dl. Por ka raste që pakësimi i Hb të jetë e theksuar dhe përsëri të mos ketë shenja ose të jenë shumë të pakta nëse ajo është instaluar gradualisht dhe personi ka qënë i shëndetshëm dhe në moshë të re. Në bazë të Hb anemia ndahet në: anemi e gradës së (I) lehtë 11. 5 (11. 8 ose 12) -9 gr/dl: anemi e mesme (grada e II) ose e moderuar 9-7 gr/dl dhe anemi e thellë (grada e III) kur Hb është më pak se 7 gr/dl. Një referencë tjetër : grada e tretë e anemisë 6. 5-8 gr/dl dhe grada e katërt < 6. 5 gr/dl.

\*. **Mosha dhe gjendja e përgjithshme e pacientit.** Moshat e vjetra e suportojnë aneminë më vështirë se sa mosha e re dhe kjo lidhet me sistemin kardiovaskular dhe kurbën e disocimit të Hb nga O<sub>2</sub>.

\*. **Kurba e disocimit të Hb nga O<sub>2</sub>.** Anemia në përgjithësi shoqërohet me zhvendosje të kurbës djathtas, pra e ka më të lehtë për të çliruar O<sub>2</sub> nga Hb tek indet. Në rast se do të pengohet kalimi i O<sub>2</sub> (disocimi i O<sub>2</sub> nga Hb) atëherë do të kemi shenja më të theksuara të anemisë.



**Simptomat.** Dobësi, lodhje, këputje, më të theksuar në sforcimet fizike, palpacione, vështirësi në frymëmarje, dhimbje koke (në pjesën e pasme të saj), miza para syve, zhurmë në vesh. Tek moshat e vjetra dhe kur instalohet shpejt mund të shfaqen dhe simptomat e angina pectoris etj.

**Shenjat.** Këto ndahen në shenja të përgjithshme dhe specifike.

**Shenjat e përgjithshme** përfshijnë: zbehjen e lëkurës dhe të mukozave (të cilat shfaqen kur Hb është më pak se 9-10 gr/dl). Për të vlerësuar zbehjen duhet patur parasysh jo vetëm vlera e Hb por dhe volumi plazmatik, sasia e bilirubinës, sasia e vazave të gjakut në lëkure, trashësia e lëkurës. Anemia duket më mirë në membranat mukoze (buzët, goja, faringu, konjuktivat), llapa e veshit, thonjtë, shuplakat e duarve dhe në shputat e këmbëve (kur Hb < 7 gr/dl). Kur vlerësojmë ngjyrën e duarve fillimisht ato duhet të ngrohen dhe të mbahen në nivelin e zëmërës.

Në rastet kur anemia instalohet shpejt dhe është e thellë mund të kemi takikardi, puls të shpejtë dhe goditës, tone të forta në zemër, zhurmë sistolike, kardiomegali.

**Shenjat specifike** janë në vartësi të tipit të anemisë p.sh tek anemia nga mungesa e Fe kemi rënien e flokëve, gjuha e shkëlqyer dhe e lëmuar, çarje të këndëve të buzëve, thonjtë të

thyeshëm, të rafshët ose në formë të govatës (nga mungesa e hekurit). Në rastin e anemisë hemolitike do të ketë ikter nga shtimi i bilirubinës indirekte. Në rastin e anemive kongenitale hemolitike do të ketë deformime të kockave, etj. Në sëmundje të tjera anemia mund të shoqërohet me neutropeni (infeksione), trombocitopeni (fenomene të shumta hemoragjike).

Në anemi të thellë mund të ketë një rritje të lehtë të temperaturës. Me përjashtim të episodeve hemolitike akute, një temperaturë  $> 38.3^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) duhet kërkuar për një infeksion, LM apo një sëmundje tjetër.

### **1. 2. 8 Anemia Cooley(Talasemia)**

Fjala "talasemi" e ka prejardhjen nga greqishtja e vjetër dhe do të thotë "sëmundje e detit Mesdhe". Talasemitë janë forma të çrregullimeve autosomale recesive të trashëguara të gjakut që u shfaqën për herë të parë në rajonin e Mesdheut . Në talasemi ,çrregullimi është i shkaktuar nga dobësimi dhe shkatërrimi i qelizave të kuqe të gjakut. Talasemia është e shkaktuar nga variante ose gjene të zhdukura që ndikojnë në mënyrën se si trupi krijon hemoglobinën.

Hemoglobina është proteina në qelizat e kuqe të gjakut që mbart oksigjen. Njerëzit me talasemi krijojnë më pak hemoglobinë dhe kanë më pak qeliza të kuqe qarkulluese të gjakut se normalja, e cila rezulton në anemi të lehtë apo të rëndë. Talasemia do të jetë e pranishme si anemi mikrocitare.Pra, talasemia siç e thamë edhe më lart është sëmundje gjenetike që shkaktohet nga mungesa ose nga pakësimi i prodhimit të vargjeve të hemoglobinës. Në varësi të sasisë së hemoglobinës që prodhohet, talasemia emërohet "**majore**", "**intermedia**", ose "**minore**".

**a. Talasemia minore** është pa simptoma klinike.

**b. Talasemia majore** bën të domosdoshme dhënien e rregullt të transfuzioneve për të korrigjuar mungesën e theksuar të hemoglobinës.

**c. Talasemia intermedia** ka simptoma të anemisë së theksuar, por nuk e ka të domosdoshëm transfuzionin.

Në varësi të vargut të hemoglobinës që mungon (alfa ose beta), talasemia emërohet "**talasemi alfa**" ose "**talasemi beta**".

Diagnoza e talasemisë vendoset pas elektroforezës të hemoglobinës.

**Talasemia major** ka dy forma transmetimi:

\*homozygote(kur transmetohet nga te dy prindërit bartës të saj)

\*heterozygote (kur transmetohet vetem nga njeri prind bartës i saj)

### **Patologjia**

Efektet klinike të talasemisë major janë:

\*defektet në sintezën e hemoglobinës A

\*dobësimi i strukturës së sintezës së gjakut

\*jetëgjatësia e shkurtër e periudhës së eritrociteve

\*hemosiderozis (teprira e Fe në indet e trupit dhe në gjak, e pa shfrytëzuar nga palca)

\*dëmtimet ose ndryshimet skelektore

\*dëmtime në zemër

\*dëmtime në melçi (cirozë të mëlçisë)

\* dëmtime në pankreas etj.

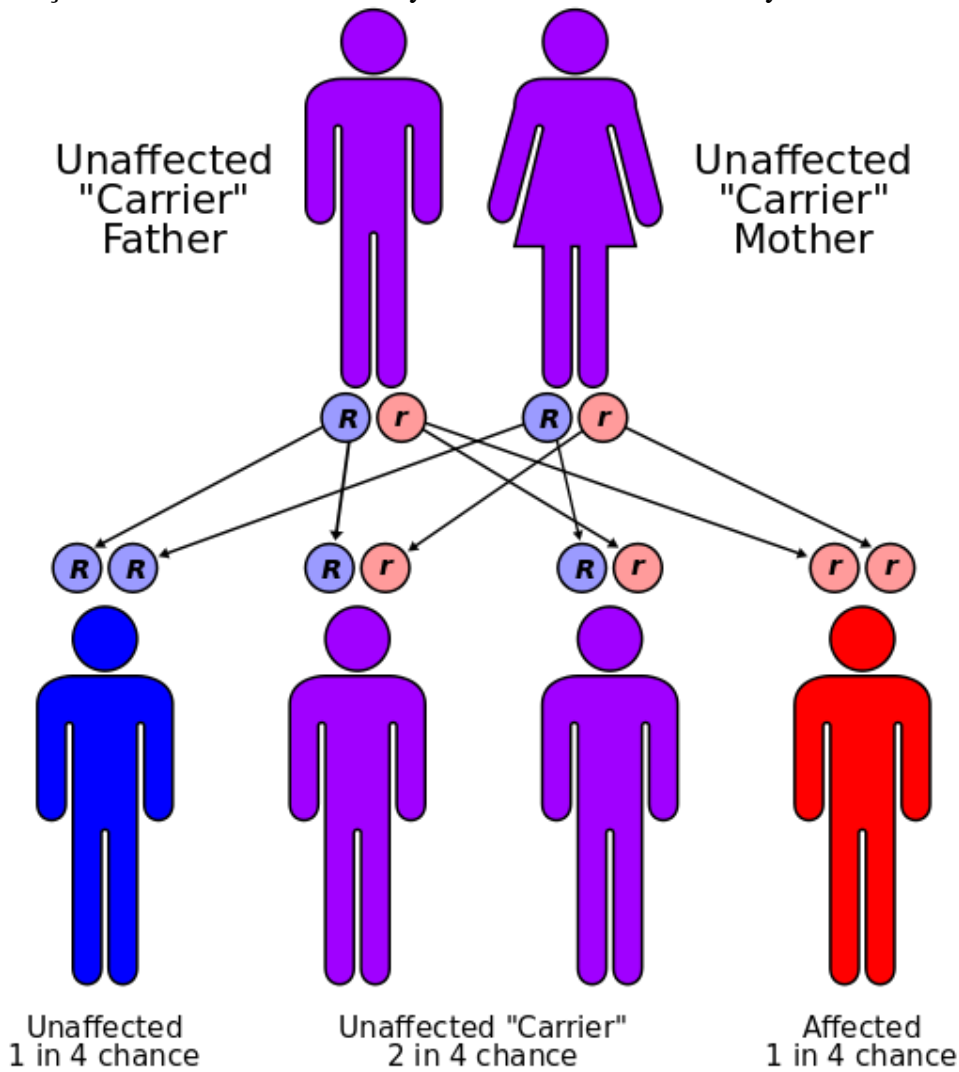
### **Trajtimi:**

- a. Transfuzion + desferioksaminë për të parandaluar hemokromatozën.
- b. Të prekurve u jepet edhe acid folik, dhe mund të bëhet splenektomia.
- c. Transplanti i qelizave hemopoetike (transplanti i palcës të kockave) mund ta kurojë sëmundjen për fare (në rreth 80-85% të rasteve).

### **Profilaksia e talasemisë major**

Ka rëndësi depistimi dhe evidentimi i bartësve, propaganda shëndetësore në të gjithë popullatën. Bëhet i mundur sqarimi i të gjitha problematikave të sëmundjes, duke shpjeguar në

Veçanti mënyrën mënyrën e transmetimit.



### 1. 2. 9 Limfomat

Limfoma është një kancer i sistemit limfatik. Ka dy kategori limfomash:

\*limfoma Hodgkin

\*limfoma jo-Hodgkin



**Limfoma Hodgkin** është sëmundje malinje, që mund të zhvillohet në çdo grup moshe. Pikun më të madh të incidencës e ka në moshat 20-vjecare (ku janë të prekur si meshkujt dhe femrat) dhe në moshat 50-vjecare (ku më të prekur janë meshkujt).

Shkaktarët e mundshëm të limfomës Hodgkin janë: infeksionet virale dhe ekspozimet e mëparshme ndaj agjentëve kimike alkaline. Zakonisht e ka origjinën nga një nodul limfatik i vetëm ose nga një zinxhir i vetëm nodulash. Indet limfatike brenda nodulit transformohen në malinje dhe fillojnë disa procese inflamatore në të njëjtën kohë. Tipi i qelizave që përmbajnë këto nodula janë të transformuara, qeliza të cilat quhen Reed-Sternberg, të cilat janë tregues të limfomës Hodgkin. Lokalizimi fillestar përhapet në strukturat e tjera limfoide më të afërta dhe në mënyrë të vecantë pushtojnë dhe indet jolimfatike.

### **Manifestimet klinike.**

Klinika fillon me një zmadhim pa dhimbje të limfonodulave në njërin anë të qafës, e cila vjen gradualisht duke u bërë e dukshme. Për disa muaj, pruriti i gjeneralizuar mund të jetë simptoma e parë dhe e vetme. Më vonë bëhet shumë shqetësuese. Limfonodulat rriten, forcohen por nuk bashkohen me njëra-tjetrën. Zakonisht janë të dhimbshme e të tendosura. Më pas limfonodulat e regjioneve të tjera, zakonisht të anës tjetër të qafës zmadhohen në të njëjtën mënyrë. Limfonodulat mediastinale dhe retroperitoneale zmadhohen gjithashtu, duke shkaktuar presion në trake që rezulton në dispne; presion në ezofag duke shkaktuar disfagi; presion në nerva duke shkaktuar paralizë laringeale dhe lumbare, presion në vena që rezulton në edema të një ose të dy ekstremiteteve. Gjithashtu është i pranishëm efuzioni në pleurë ose peritoneum dhe presion në duktusin biliar duke shkaktuar ikter obstruktiv. Më vonë lieni mund të palpohet dhe heparin zmadhohet.

### **Trajtimi.**

Diagnoza vendoset menjëherë pas përgjigjes së biopsisë së një nodule apo masë, e cila tregon prezencën e qelizave Reed-Sternberg. Pas vendosjes së diagnozës, pacienti i nënshtrohet procedurave për të zbuluar shtrirjen ekzakt të sëmundjes. Ekzaminimi duhet të bëhet i detajuar, sepse regjimi terapeutik është i përcaktuar nga përhapja e sëmundjes. Procedurat për limfomën Hodgkin përfshijnë:

\*biopsia e limfonodulave në distancë

\*limfoangiografinë

\*tomografinë kompjuterike të toraksit dhe abdomenit

\*gjakun komplet

\*analizat e funksionimit të heparit

\*biopsinë bilaterale të palcës së kockës

**Menaxhimi specifik tek limfoma Hodgkin:**

Pacientët që i nënshtrohen trajtimit të limfomës Hodgkin, janë të riskuar nga efektet anësore të terapisë. Pikërisht ky menaxhim specifik fokusohet në efektet anësore të terapisë:

\*medikamenteve që shkaktojnë pancitopeni, të cilat rrisin rrezikun për infeksione, hemorragji, anemi.

\*nause dhe të vjella

\*irritimin e lekurës dhe dëmtimet e saj në vendin e rrezatimit.

\*prishjes së funksioneve të heparit nga përhapja e sëmundjes në hepar ose nga “multiagjentët” e kimeoterapisë.

\*steriliteti permanent për pacientët meshkuj, të cilët marrin rrezatim në një mënyrë invertive Y në regjionin pelviko-abdominal gjatë kimeoterapisë specifike.

Pacientët të cilët marrin terapi-rrezatuese janë mjaft të shqetësuar dhe gjithshu, po aq të shqetësuar janë familjarët e tyre. Ata pyesin vazhdimisht për sigurinë e kësaj terapie. Pyetjeve të tyre, personeli mjekësor duhet t’u përgjigjet në mënyrë që t’u eliminojnë ankthin, frikën, pasigurinë për efektet e kësaj terapie-rrezatuese. Duhet t’u shpjegohet procedura në mënyrë sa më të saktë. Pacientët përjetojnë gjendje të tilla si: ezofagitis, anoreksi, nause, të vjella, diare,

reaksione të lëkurës etj. Duhet bërë një punë e madhe për t'i ndihmuar pacientët që të përballojnë këto procedura dhe efektet anësore të tyre.

### **Limfoma jo-Hodgkin**

Limfoma jo-Hodgkin është klasifikimi për të gjithë kanceret me origjinë nga indet limfoide që nuk janë diagnostikuar si limfoma Hodgkin.

### **Etiologjia**

Shumica e limfomave jo-Hodgkin ndodhin midis moshave të vjetra. Shkaktarët definitivë janë të panjohur, por faktorët që influencojnë janë:

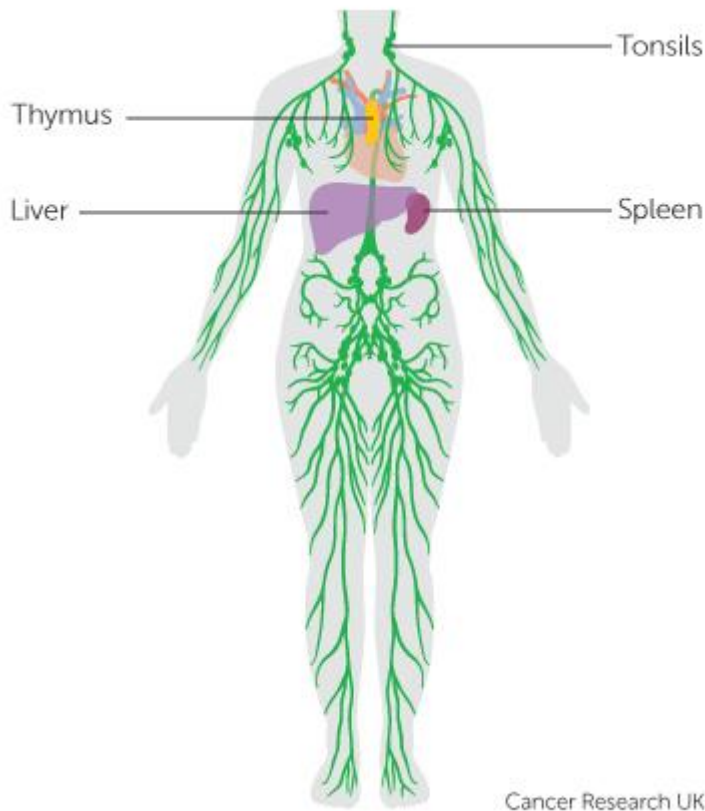
\*infeksionet virale

\*ekspozimi ndaj rrezatimit jonizues

\*ekspozimi ndaj kimikateve toksike.

### **Trajtimi**

Për shkak se limfomat e marrin fillësën nga qelizat limfoide në cdo ind dhe sepse malinjizimi mund të përhapet në çdo organ, vlerësimi nuk tregon manifestimet klinike specifike, përveç limfadenopatisë, që janë të zakonshme në të gjitha tipet e limfomave. Diagnoza përcaktohet nga ekzaminimi histologjik nga kampioni i marrë për biopsi tek çdo nodul ose masë e dyshuar. Trajtimi konsiston në terapinë rrezatuese dhe kimeoterapinë. Kujdesi infermieror është i njëjtë me kujdesin në limfomën Hodgkin.



### **1.3 Sëmundjet e rrugëve të sipërme dhe të poshtme respiratore**

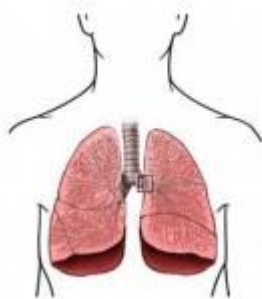
Problemet më të shumta respiratore tek fëmijet, japin simptoma të thjeshta të cilat kalojnë për një kohe të shkurtër dhe mund të trajtohen në kushte shtëpie. Megjithatë problemet akute respiratore shkaktojnë sëmundje të cilat kërkojnë hospitalizimin e fëmijëve nën moshën 15 vjeç. Problemet respiratore tek fëmijët mund të jenë një problem primar ose një komplikacion i problemeve jo respiratore. Këto probleme mund të jenë kërcënuese për jetën e tyre. Problemet respiratore mund të jenë rezultat i problemeve strukturale, funksionale ose një kombinim i këtyre të dyjave. Problemet strukturale përfshijnë ndryshimet në madhësi dhe në formë të traktit respirator. Problemet funksionale përfshijnë ndryshimin e shkëmbimit të gazeve dhe rrezikun e ndikimit të iritativëve të ndryshëm në këtë proces normal. Gjithashtu përfshijnë ndryshimet në organet dhe sistemet e tjera, si tek proceset imune dhe problemet neurologjike.

**1.3.1 Sëmundjet e rrugëve të sipërme respiratore** përfshijnë sindromin crup, i cili në vetvete përfshin sindromat virale si: faringiti, laringotrakeiti, epiglotesi dhe trakeiti bakterial. Laringotrakeiti, epiglotesi dhe trakeiti bakterial konsiderohen si tre sëmundjet më të mëdha të traktit respirator. Simptomat e këtyre sëmundjeve përfshijnë një zë të çjerrët, kollë si e lehur, zhurmë gjatë respiracionit etj. Laringo – trakeo - bronkiti është një sëmundje më e shpeshtë, por epiglotesi dhe trakeiti bakterial janë më serioze. Laringiti dhe laringo -trakeo -bronkiti janë sëmundje të cilat kërkojnë hospitalizim të fëmijës nën moshën 6 vjec.

**1.3.2 Sëmundjet e rrugëve të poshtme respiratore** ose të pemës bronkiale, shtrihen poshtë trakesë dhe përfshijnë: bronket, bronkiolat dhe alveolat. Sëmundjet e rrugëve të poshtme respiratore shfaqen nga një problem struktural ose funksional, i cili pengon aftësinë e mushkërive që të kryejnë funksionin respirator. Këtu përfshihen: sëmundja e membranave hialine, bronkopneumonia, bronkiti, bronkioliti, pneumonia, tuberkulozi dhe fibroza cistike.

### **Astma bronkiale**

Astma bronkiale është një sëmundje inflamatore kronike që karakterizohet me rritjen e sensibilitetit të trakesë, bronkeve dhe bronkiolve ndaj shkaktarëve të ndryshëm, e cila shoqërohet me ngushtim të fortë të rrugëve të frymëmarrjes.



### **Etiologjia**

Astma është një çrregullim kompleks që përfshin këta faktorë:

\*anatomikë

\*imunologjikë

\*infeksiozë

\*endokrinologjikë

\*psikologjikë

**Faktorët shpërthyes të astmës janë:** infeksionet virale, infeksionet e traktit të poshtëm respirator (pneumonia, bronkiolitet) alergjia-dermatiti atopik, rihniti alergjik, sensitivët nga alergenë të ndryshëm inhalatorë, ushqimore, ndotësit e ambientit (përfshirë edhe pirjen e cigares). Gjithshtu përfshihen alergenët në shtëpi, polenet, kafshët, sporet, ushqimet e veçanta, ndryshimet e motit, ushtrimet fizike, faktorët psikologjikë (stresi, emocionet)

### **Fispatologjia**

Pas kontaktit të parë të fëmijës me një alergen, menjëhere ndodh sensibilizimi i qelizave mastocite të mukozës bronkiale dhe në kontaktin e mëtejshëm të tij me po atë alergen, ndodh degranulimi i tyre dhe çlirimi i mediatorëve si: histaminë, leukotrina dhe PAF (faktori aktivizues i trombociteve). Një rol këtu luajnë edhe eozinofilet, të cilat kanë në përmbajtjen e tyre proteina të afta për të dëmtuar epitelin e rrugëve të frymëmarrjes. Gjithashtu marrin pjesë makrofaget, limfocitet, të cilat nëpërmjet prodhimeve të tyre sekretore, thellojnë akoma më tepër inflamacionin. Tri elementet kryesore që shkaktojnë obstruksionin e rrugëve të vogla bronkiale janë: -spazma e muskulaturës së lëmuar bronkiale; -inflamacionet e rrugëve respiratore; -edema e mukozës bronkiale. Në fakt bllokimi i rrugëve respiratore ndodh më tepër në ekspirim sesa në inspirim për shkak se, në ekspirim këto rrugë janë më të ngushta. Ky ngushtim krijon kushte për një ventilim jo të njëjtë, me hiperinflacion, këmbim të ventilimit me perfuzionin të cilat së bashku japin hipoventilim dhe hiperkapni, rrisin PCO<sub>2</sub> dhe ulin PO<sub>2</sub> duke shkaktuar acidoze metabolike (hipoksi) ose acidozë respiratore (hiperkapni).

### [Patfiziologjia e astmës](#)

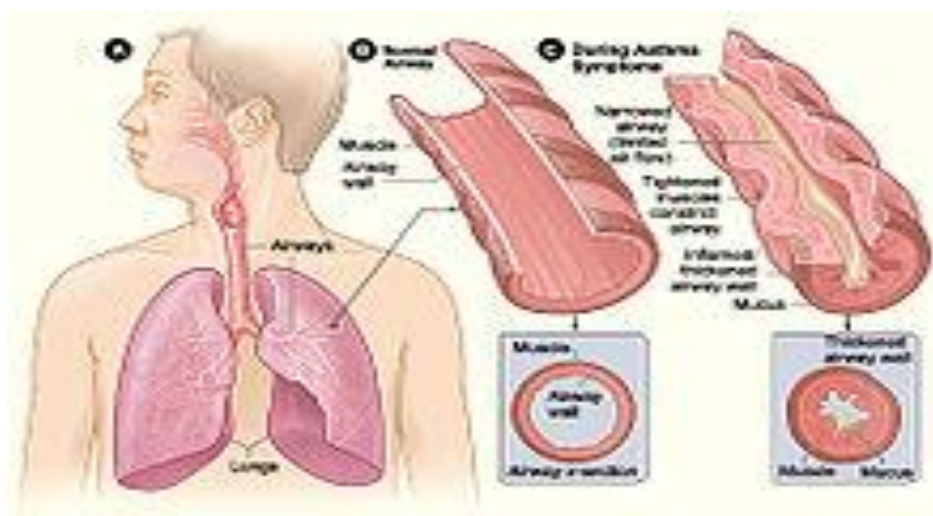


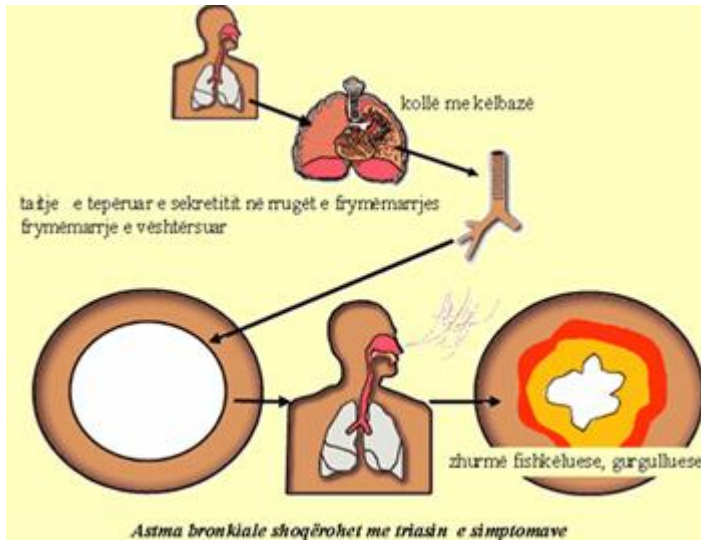
Figura A tregon vendndodhjen e mushkërive dhe rrugëve të frymëmarrjes ne trup. Figura B tregon një seksion kryq e nje udhë ajrore normale. Figura C tregon një seksion kryq e nje udhë ajrore gjatë simptomave të astmës.

**Mekanizmi i krizës astmatike shoqërohet me:**

- \* ngushtim të rrugëve të frymëmarrjes
- \* hipersekretim të gjendrave të mukozës
- \* enjtje të membranës mukozale dhe të murit bronkial.

**Astma bronkiale shoqërohet me:**

- \* frymëmarrje të vështirësuar
- \* kollë me gëlbasë
- \* zhurmë fishkëllyese, gurgulluese



### **Statusi astmatik**

Statusi astmatik paraqet formën më të rëndë të sulmeve astmatike, e cila zgjat më tepër se 24 orë dhe është rezistent në përdorimin e medikamenteve-bronkodilatatorë.

Shkaktarët e sulmeve astmatike mund të jenë si pasojë e obstruksionit të bronkeve të vogla ose bronkiolve.

### **Obstruksionin bronkial e shkaktojnë tre faktorë:**

- \* kontraksioni
- \* hiperaktiviteti i muskulaturës bronkiale (Bronkospazmus)
- \* edema e mukozës bronkiale
- \* hipersekretimi



### **Simptomat dhe shenjat e sëmundjes**

I sëmundjes është në gjendje të rëndë, me frymëmarrje të theksuar, i shqetësuar, merr pozitë të detyruar, pozitë gjysmë ulur, lëkura është e zbehtë cianotike, shpesh kollitet pa mundësi të nxjerrjes së sekretit. Frymëmarrja është e dëgjueshme, fishkëllyese, gurgulluese me ekspiracion të zgjatur. Me shfaqjen e përgjumjes, shumë shpejt paraqitet cianoza, me ndryshime në ritmin e zemrës dhe me rënie të shtypjes arteriale. Këto janë shenja paralajmëruese për rrezikimin e jetës së të sëmurit.

**Te format e lehta të krizës astmatike** zhvillohet dispnea, shqetësimi, i sëmundjes është i drejtuar në kohë dhe në hapësirë:

**Te format e rënda të krizës astmatike** – i sëmundjes është shumë i shqetësuar, nuk është i orientuar në kohë dhe në hapësirë.

**Te format më të rënda të krizës astmatike** i sëmundjes mund të përfundojë në gjendje kome.

**Mjekimi specifik** përfshin: bronkodilatatorët si ventolina, albuteroli, izoproterenoli, atroventi dhe aminofilina. Gjithashtu përdoren kortikosteroidet, antiacidet dhe sulfati i magnezit.

Për të përmirësuar bllokimin e rrugëve ajrore, përdoret terapia farmakologjike dhe mbështetëse. Nëse fëmija has vështirësi në frymëmarrje, bëhet vendosja e oksigjenit. Efektshmëria e kryerjes së procedurave apo ndërhyrjeve të duhura, shikohet duke matur pulsën dhe duke observuar statusin respirator. Detresi respirator dhe nevoja për O<sub>2</sub> mund të shkaktojë stres tek fëmija dhe prindërit. Megjithatë prania e prindit gjatë kryerjes së procedurave është domosdoshmëri për pacientët pediatrikë, pasi e inkurajon dhe i jep siguri. Gjithashtu prindërit informohen për kryerjen e këtyre procedurave dhe pritshmërinë e rezultateve. Shumë prej medikamenteve jepen me anë të aerosolit. Avantazhet e aerosolit janë se medikamentet veprojnë me shpejtësi dhe efikasitet, duke i dhënë kështu mundësi venave pulmonare të absorbojnë medikamentin inhalator dhe bëjnë minimizimin e efekteve të përgjithshme, sepse veprojnë në mënyrë të menjëhershme dhe vetëm në pulmone. Disavantazhi është se medikamenti absorbohet me shpejtësi dhe fëmija ndërkohë mund të kërkojë administrimin e aerosolit shumë shpesh, ndoshta edhe çdo orë.

Prindërit gjithmonë kanë nevojë të dinë rreth astmës. Ata kanë nevojë të dinë sesi mund të parandalojnë një atak astmatik apo të dinë rreth trajtimit të fëmijës së tyre me qëllim për të shmangur një hospitalizim të panevojshëm. Gjithashtu, prindërve i'u këshillohet literature përkatëse për përshkrimin e sëmundjes së astmës bronkiale, duke bërë kështu të mundur menaxhimin sa më të mirë të situatës apo gjendjes konkrete. Zhvillohen takime të herë pas herëshme me këta prindër, me qëllim informacionin dhe mënyrën e përballimit të sëmundjes së fëmijës së tyre. Një hospitalizim i gjatë, merr përgjigje apo varet nga përballja e fëmijës ndaj terapisë. Në rastin kur ka probleme të fshehta të shëndetit apo sëmundje të kaluara si pneumoni, mund të komplikohet statusi i fëmijës dhe të zgjasë qëndrimin e tij në spital. Plani i kujdesjes së fëmijës pas daljes nga spitali, përqendrohet në rritjen e njohurive që prindërit kanë rreth astmës, terapinë dhe nevojat për kujdes. Në fakt kërkesat për të ndryshuar mënyrën e jetesës mund të jenë të vështira si për fëmijët ashtu edhe për prindërit. Nëse prania e një kafshe shtëpiake ka qenë kënaqësi dikur pa u shfaqur sëmundja, tani nevoja emergjente për ta larguar për shkak të sëmundjes, mund të krijojë stres tek fëmija dhe prindërit. Është mjaft i rëndësishëm komunikimi me prindërit për t'i lehtësuar qartësimin e mënyrës së parandalimit të episodit astmatik. Gjithashtu, ata duhet të sigurohen se fëmijet e tyre astmatike mund të bëjnë një jetë normale me disa ndryshime të domosdoshme për ruajtjen e shëndetit të tyre. Prindërit informohen që të jenë të kujdesshëm dhe të sigurohen për rehatinë e fëmijës së tyre dhe kushteve që atyre duhet t'u plotësohen nëpër shkollë apo ambienteve të tjera ku qëndrojnë një pjesë të madhe të kohës. Pra, edukimi shëndetsor i tyre është mjaft i rëndësishëm për të përballuar sa më mirë sëmundjen e fëmijës së tyre dhe stresin vetjak që mbartin. Në këtë mënyrë reduktohet dukshëm kjo problematikë dhe sigurohet mirëqenia e fëmijës. Në fund të fundit kjo është ajo që duan prindërit për fëmijët e tyre.

## **II. Qëllimi dhe Objektivat e Studimit**

### **2.1 Qëllimi i Studimit**

Vlerësimi i stresit në prindërit e fëmijëve të sëmurë

### **2.2 Objektivat Specifike të Studimit**

- Të analizojë lidhjen e stresit prindëror me llojin e patologjisë
- Të analizojë lidhjen e stresit prindëror me kohëzgjatjen e patologjisë
- Të analizojë lidhjen e stresit prindëror me gjininë
- Të analizojë lidhjen e stresit prindëror me nivelin e edukimit të prindit
- Të analizojë lidhjen e stresit prindëror me nivelin ekonomik

### **2.3 Hipotezat e Studimit**

- Stresi i prindërve është i lidhur me shkallën e rëndesës së astmës.
- Shkallën më të lartë të stresit e kanë prindërit e fëmijëve me sëmundje të rënda, sesa në prindërit e fëmijëve që bëjnë bëjnë një episod sëmundje.
- Kohëzgjatja e sëmundjes është një faktor shumë i rëndësishëm i stresit tek prindërit e fëmijëve të sëmurë
- Prindërit femra (nënat) kanë nivel më të lartë stresi
- Prindërit me nivel të ulët edukimi përjetojnë shkallë më të lartë të stresit

### 1. Metodologjia

Në këtë kapitull përshkruhet me hollësi protokollin e studimit duke përfshirë të gjitha detajet metodologjike duke filluar që nga tipi apo lloji i studimit, periudha kohore e realizimit të punimit, popullata në studim dhe procedurat e kampionimit, mbledhja e të dhënave dhe përkufizimi përaktës i variabëve (ndryshorëve), si dhe analiza statistikore e të dhënave.

#### **Tipi (lloji) i studimit dhe periudha kohore e realizimit të punimit**

Ky punim konsistoi në një studim të tipit *transversal (kros-seksional)* të realizuar në spitalin pediatrik në periudhën 9 Janar-30 Mars 2014, në shërbimet e alergologjisë, hematologjisë, pediatri e përgjithshme dhe kirurgjisë pediatrike.

**Përzgjedhja e kampionit:** për çdo prind fëmija i të cilit vuante me sëmundje gjaku apo astma u intervistua një prind një prind, fëmija i të cilit ishte shtruar në pediatriinë e përgjithshme dhe pediatri infektive, me qëllim që të sigurohej një numër pothuajse i barabartë prindërisht të intervistuar. Në këtë periudhë tre mujore në QSUT numri real i shtrimeve të rregjistruara në data-base-n e QSUT “Nënë Tereza” është si në tabelën më poshtë:

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

---

Shërbimet	Nr. real i shtrimeve	Nr. i parashikuar për intervistë	Nr. i te intervistuarve
onkohematologji	201	200	191
astma bronchiale	188	200	164
infeksione të rrugëve të frymëmarrjes	293	200	180
Ped. infektive	503	200	179

Nga 800 prindërit e targetuar për pjesëmarrje në studim, vetëm 714 i'u nënshtuan realisht pjesëmarrjes në studim duke plotësuar pyetësorin përkatës. Pjesa tjetër (800-714=86) nuk pranuan të merrnin pjesë në studim.

Në total, shkalla e pjesëmarrjes në studim në kampionin e prindërve ishte:  $714/800=89.3\%$ . Kjo pjesëmarrje në studim konsiderohet e lartë.

Për të gjitha krahasimet, mesatarja e diferencës në vlerësimin e stresit, përmes vetë-perceptimit të prindërve u llogarit bazuar në supozime konservative (të cilat tentojnë që të maksimalizojnë madhësinë e kampionit).

Gjithashtu, pyetësori përfshiu edhe të dhëna demografike dhe të dhëna të tjera lidhur me pozicionin aktual dhe eksperiencën e tyre në punë.

Shkalla e shqetësimeve prindërore "vlerëson shqetësimet prindërore në prindërit e fëmijëve të moshës 3 dhe 8 vjeç. Shkalla e shqetësimeve prindërore është ndarë në 2 nënkategori me problemet: 1) të sjelljes dhe probleme të lidhura me 2) punën/aktivitetin, të përbërë nga 10 pyetje. Përgjigjet e prindërve janë shënuar në një shkallë 5-pikë Likert duke filluar nga 1 –aspak, në 5 – jashtëzakonisht shumë i shqetësuar, duke lejuar llogaritjen e vlerës mesatare për çdo nënkategori dhe për totalin. Për vlefshmërinë e pyetësorit është përdorur analiza faktoriale dhe alfa Cronbach.

## **Mbledhja e të dhënave**

Mbledhja e të dhënave të këtij studimi konsistoi në administrimin e një pyetësoi të strukturuar i aplikuar tek prindërit e fëmijëve të sëmurë të përfshirë në këtë punim.

Kontrolli i cilësisë së mbledhjes së të dhënave u realizua nëpërmjet verifikimit të procedurave të punës dhe konsistoi në rishikimin e mënyrës së administrimit të pyetësoit tek prindërit e fëmijëve të përfshirë në studim.

Pyetësoi i studimit mbledhi informacion mbi të dhënat demografike si dhe përfshiu pyetje të lidhura me vlerësimin e nivelit të stresit të pranishëm tek prindërit.

Versioni i plotë i pyetësorëve të përdorur në këtë studim paraqitet në rubrikën e mëposhtme.

### **1.1. Pyetësoi i prindërve**

Për të vlerësuar stresin prindëror ne përdorëm Parenting Stress Index (PSI) i cili, sipas Abidin (1990), vlerëson stresin e prindërve në këndvështrime shumë dimensionale, duke përfshirë aspekte të tilla si shqetësime emocionale në rolin e prindërimit, aftësinë e prindërve për t'u përballuar me detyrën si prindër dhe perceptimet e prindërve lidhur me kërkesat e fëmijës (Abidin, 1990).

*E nderuar Zonjë / I nderuar Zotëri,*

Ju ftojme që të plotësoni këtë pyetësor të shkurtër në kuadrin e një studimi mbi vlerësimin e stresit në prindërit e fëmijëve të sëmurë.

Aktualisht, ekziston në botë evidencë e mjaftueshme që tregon praninë e stresit në prindërit e fëmijëve të sëmurë me sëmundje akute apo kronike.

Plotësimi i këtij pyetësoi do të mundësojë vlerësimin e stresit të pranishëm tek prindërit e fëmijëve të sëmurë

## *Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë*

---

Opinionin juaj do të ndihmojë në të ardhmen në përmirësimin e cilësisë së shërbimeve dhe rritjen e kompetencave dhe aftësive të mjekëve.

Ky pyetësor zgjat rreth 20 minuta dhe është krejtësisht anonim.

Për të gjitha pyetjet e faqeve në vazhdim (pas të dhënave demografike), ju lutemi rrethoni nivelin e përgjigjes që **ju përshatet më shumë me gjendjen tuaj.**

Sistemi i vlerësimit për çdo pyetje varion nga **1** në **5**.

Përshkrimi i secilës kategori përshkruhet më poshtë:

- 1. Pa stres:**
- 2. I lehtë:**
- 3. Mesatar**
- 4. I rëndë**

Pyetëtori

Nr. i pyetësorit:

Gjinia: F\_\_ M\_\_

Mosha e prindit\_\_\_\_\_

Gjendja martesore: 1. Martuar 2. Divorcuar 3. Bashkëjeton 4. I/e ve

Punësimi: 1. Pa pune 2. I punësuar 3. Punësim i pjesshëm

Sa fëmijë keni?

I sati është në rradhë fëmija i shtruar në spital?

Gjinia e fëmijes: F\_\_ M\_\_

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

---

Mosha e fëmijës

E dini diagnozën nga e cila vuan fëmija juaj?

Specifiko diagnozën \_\_\_\_\_?

Ju ka sqaruar mjeku për sëmundjen e fëmijës tuaj

A është nën trajtim fëmija juaj?

Prej sa kohësh e merr këtë mjekim \_\_\_\_\_

A tregon fëmija ndonjë simptomë shqetësuese?

Gjithë kohës / Shumicën e kohës / Shpesh / Rrallë / Shumë rrallë / Kurrë

A keni përjetuar ankth për shkak të problemeve shëndetësore të fëmijës suaj?

Gjithë kohës / Shumicën e kohës / Shpesh / Rrallë / Shumë rrallë / Kurrë

Gjatë kohës që fëmija juaj është në spital, kush kujdeset për fëmijën tuaj:

1. Ju vetë 2. Bashkëshorti 3. Gjyshi/Gjyshja 4. Të tjerë (specifiko) \_\_\_\_\_

Gjatë kësaj periudhe sa shpesh keni qenë i shqetësuar për fëmijën?

Gjithë kohës / Shumicën e kohës / Shpesh / Rrallë / Shumë rrallë / Kurrë

Gjatë muajit të fundit sa shumë keni qenë i shqetësuar me problemet tuaja?

Gjithë kohës / Shumicën e kohës / Shpesh / Rrallë / Shumë rrallë / Kurrë

Gjatë kësaj periudhe ushqeheni mirë?

1. Aspak 2. Pak 3. Shumë 4. Jashtëzakonisht shumë

Gjatë kësaj periudhe flini rehat?

---

Valbona Bezhani



## *Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë*

---

1. Aspak                      2. Pak                      3. Shumë                      4. Jashtëzakonisht shumë

Ju lutem tregoni se sa ju janë kufizuar nga sëmundja e fëmijës tuaj aktivitetet e zakonshme në dy javët e fundit (shëtitje, vizitë apo takime me miqtë, aktivitete sociale)

Jashtëzakonisht shumë / Shumë të kufizuara / Deri diku / Pak /Aspak

A keni më kohë për të kaluar me anëtarët e tjerë të familjes (bashkëshortët, një tjetër fëmijë) për shkak të sëmundjes së fëmijëve tuaj"?

Jashtëzakonisht shumë /Shumë të kufizuara /Deri diku /Pak /Aspak

## 2.3 Analiza Statistikore

Të gjitha të dhënat e mbledhura u hodhën në kompjuter në programin Microsoft-Excel, nga ku më pas u eksportuan në SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 20.0, program në të cilin u realizua e gjithë analiza statistikore.

Procedurat dhe teknikat statistikore të aplikuara në analizën e të dhënave të këtij studimi përshkruhen me hollësi si më poshtë:

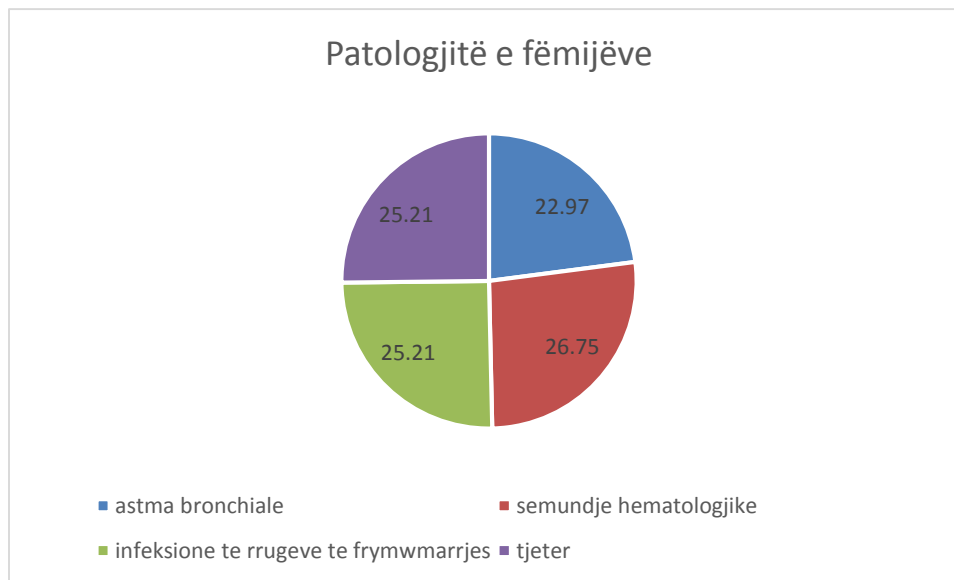
- Për të gjitha variabellet (ndryshorët) kategorike (*nominale* përfshi shkallën *binare/dikotomike* dhe *ordinale*), u llogaritën numrat absolutë dhe përqindjet përkatëse.
- Për të gjitha variabellet *numerike* kur të dhënat që i nënshtroheshin shpërndarjes normale, u llogaritën mesataret *aritmetike*  $\pm$  *deviacionet standarte* përkatëse.
- Për të dhënat *joparametrike* (*ordinale*) u llogaritën *koeficientët e korrelacionit Kendal's tau*.
- Diferencat mes grupeve për variable diskretë, u kryen me anë të testit Hi-katror.
- Paraqitja e të dhënave u krye me anë të tabelave të thjeshta dhe të përbëra, si dhe përmes grafikëve të tipit, bar-diagramë.
- U konsideruan sinjifikante vlerat e  $p \leq 0.05$

## 2. Rezultate

Në studim u përfshinë **1784** prindër të intervistuar, me moshë mesatare  $31.17 \pm 4.2$  vjeç.

Moshë mesatare  $11.4 \pm 2.8$  vjeç. Sipas diagnozave të fëmijëve, popullata prezantohet si më poshtë.

Diagnozat	Nr. i rasteve	Perqindja
astma bronchiale	164	22.97
sëmundje hematologjike	191	26.75
infeksione të rrugëve të frymëmarrjes	180	25.21
tjetër	179	25.21
Total	714	100



Tab. 1 Karakteristika të përgjithshme të popullatës

Karakteristika të përgjithshme		Total (n=343)
gjinia e prindërve	f	77.2
	m	22.8

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

mosha e prindit		33.04±7.2
mosha e fëmijës		3.57±3.0
Nr. i fëmijëve		2.2±2.0
I sati është në rradhë femija i shtruar në spital? (mediana)		2.0
Gjendja martesore	martuar	84.0
	divorcuar	10.2
	bashkëjeton	3.4
	i/e ve	2.4
punësimi	pa punë	41.7
	Punësuar	48.1
	Punësim i pjesshëm	10.2
Gjinia e fëmijës	femër	61.7
	mashkull	38.3

Fuqia e instrumentit/pyetësorit të raportuar në këtë studim tregoi veti të mira psikometrike. Analiza konfirmuese faktoriale (factorial analyses) raportoi vlefshmërinë për dy nën kategoritë e përcaktuara. Përmes alfa Cronbach, studimi raportoi një besueshmëri të forte me  $\alpha = 0.92$ , për shkallën e përgjithshme dhe  $\alpha = 0.87$  për nën kategorinë 1 - probleme me sjelljen; dhe  $\alpha = 0,82$  për nën kategorinë 2–probleme me punën/aktivitetin.

### Rezultate mbi prindërit e fëmijëve me astma bronchiale

Tab. 1 Karakteristika të përgjithshme të popullatës

Karakteristikat e përgjithshme		Diagnoza		Total (n=343)
		Astma bronchiale (n=164)	tjetër (jo astma bronchiale) (n=179)	
gjinia e prindërve	f	73.7	77.5	77.2
	m	26.3	22.5	22.8
mosha e prindit		34.5±6.7	32.94±7.2	33.04±7.2
mosha e fëmijës		4.01±2.02	3.52±2.26	3.57±3.0
Nr. i fëmijëve		1.63±0.76	1.03	2.2±2.0

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

I sati është në rradhë fëmija i shtruar në spital? (mediana)		1.0	2.0	2.0
Gjendja martesore	martuar	84.2	84.0	84.0
	divorcuar	5.3	10.7	10.2
	bashkëjeton	0.0	3.7	3.4
	i/e ve	10.5	1.6	2.4
punësimi	pa punë	31.6	42.8	41.7
	Punësuar	57.9	47.1	48.1
	Punësim i pjesshëm	10.5	10.2	10.2
Gjinia e fëmijës	femër	36.8	64.2	61.7
	mashkull	63.2	35.8	38.3

Shumica e prindërve të intervistuar janë femra, 73.7% në fëmijët e sëmurë me astma dhe 77.5% në fëmijët me patologji tjetër, jo astma. 84% e të intervistuarve janë të martuar, rreth 42% janë të pa punë. Gjysma e fëmijëve me astma ishin fëmija i parë në rradhë, ndërsa fëmijët jo me astma janë fëmija i dytë. (tab.1)

Dihet tashmë se prindërit e fëmijëve të sëmurë përballen me një shkallë shumë më të lartë stresi sesa prindërit e tjerë.

Tabela 2 Informacion lidhur me fëmijën

Variablet		Diagnoza		Total	Vlera p*
		Astma\ bronchiale	tjetër (jo astmabronchiale)		
E dini diagnozën	Po	100.0%	95.2%	95.6%	0.411
	Jo	0.0%	4.8%	4.4%	
Ju ka sqaruar mjeku për sëmundjen e fëmijës tuaj	Po	100.0%	93.0%	93.7%	0.273
	Jo	0.0%	7.0%	6.3%	
A është nën trajtim fëmija juaj?	Po	100.0%	100.0%	100.0%	
Prej sa kohësh e merr këtë mjekim	< = 7 ditë	52.6%	50.3%	50.5%	0.063
	1-4 javë	21.1%	25.1%	24.8%	

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

	2-12 muaj	26.3%	9.6%	11.2%	
	Mbi një vit	0.0%	15.0%	13.6%	
A tregon fëmija ndonjë simptomë shqetësuese?	Gjithë kohës	52.6%	10.2%	14.1%	<0.001
	shumicën e kohës	21.1%	23.7%	23.4%	
	shpesh	15.8%	45.7%	43.0%	
	rrallë	10.5%	18.8%	18.0%	
	Shumë rrallë	0.0%	1.6%	1.5%	

\*Hi katror

Nga tabela 2 shihet se në total 93.7 % e prindërve janë sqaruar nga mjeku për sëmundjen e fëmijës së tyre. Shumica e fëmijëve kanë më pak se një muaj të sëmurë (respektivisht 73.7% e fëmijëve të diagnostikuar me astma bronkiale dhe 75.4% e fëmijëve me diagnoza të tjera). Rreth 90% e fëmijëve me astma paraqesin në mënyrë sinjifikante ( $p < 0.001$ ) në shumicën e kohës simptoma shqetësuese krahasuar me më pak se 80% të fëmijëve, pa astma.

Tabela 2 Informacion lidhur me prindin

Variablet		Diagnoza		Total	Vlera p*
		Astma bronkiale	tjetër (jo astmabronchiale)		
A keni përjetuar ankth për shkak të problemeve shëndetësore të fëmijës suaj?	Gjithë kohës	21.1%	22.5%	22.3%	0.051
	shumicën e kohës	26.3%	32.1%	31.6%	
	shpesh	42.1%	39.0%	39.3%	
	rrallë	0.0%	6.4%	5.8%	
	Shumë rrallë	10.5%	0.0%	1.0%	
Gjatë kohës që fëmija juaj është në spital, kush kujdeset për fëmijën tuaj:	Ju vetë	73.7%	85.0%	84.0%	0.583
	Bashkëshorti/ja	21.1%	11.2%	12.1%	
	gjyshi	5.3%	3.2%	3.4%	
	Të tjerë	0.0%	.5%	.5%	
Gjatë kësaj periudhe sa shpesh keni qenë i shqetësuar për fëmijën?	Gjatë gjithë kohës	57.9%	47.1%	48.1%	0.725
	shumicën e kohës	26.3%	28.3%	28.2%	
	shpesh	15.8%	21.4%	20.9%	
	rrallë	0.0%	3.2%	2.9%	
Gjatë muajit të fundit sa shumë keni	gjatë gjithë kohës	36.8%	24.6%	25.7%	0.017

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

qenë i shqetësuar me problemet tuaja?	shumicen e kohës	21.1%	44.9%	42.7%	
	shpesh	15.8%	19.8%	19.4%	
	rrallë	15.8%	9.6%	10.2%	
	Shumë rrallë	10.5%	1.1%	1.9%	
Gjatë kësaj periudhe ushqeheni mirë?	aspak	52.6%	18.2%	21.4%	0.006
	pak	42.1%	68.4%	66.0%	
	shumë	5.3%	11.8%	11.2%	
	Jashtëzakonisht shumë	0.0%	1.6%	1.5%	
Gjatë kësaj periudhe flini rehat?	aspak	57.9%	22.5%	25.7%	0.033
	pak	42.1%	66.3%	64.1%	
	shumë	0.0%	8.6%	7.8%	
	Jashtëzakonisht shumë	0.0%	2.6%	2.5%	
Kufizime në aktivitetet e zakonshme	Jashtëzakonisht shumë	26.3%	17.6%	18.4%	0.03
	Shumë të kufizuara	52.6%	26.2%	28.6%	
	Deri diku	10.5%	36.4%	34.0%	
	pak	0.0%	10.7%	9.7%	
	aspak	10.5%	9.1%	9.2%	
Kufizime në aktivitetet e lidhura me punën	Jashtëzakonisht shumë	21.1%	13.9%	14.6%	0.193
	Shumë të kufizuara	15.8%	24.6%	23.8%	
	Deri diku	57.9%	36.9%	38.8%	
	pak	5.3%	16.0%	15.0%	
	aspak	0.0%	8.6%	7.8%	
A keni kohë për të kaluar me anëtarët e tjerë të familjes	Jashtëzakonisht shumë	31.6%	12.8%	14.6%	0.224
	Shumë të kufizuara	10.5%	23.0%	21.8%	
	Deri diku	31.6%	34.2%	34.0%	
	pak	15.8%	20.9%	20.4%	
	aspak	10.5%	9.1%	9.2%	

\*Hi katror

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

Nga tabela 3 shihet se rreth 90% e prindërve të fëmijëve me astma kanë përjetuar ankth në pjesën më të madhe të kohës që fëmija i tyre ka qenë i sëmurë, 58% e prindërve të fëmijëve me astma (FAs) raportojnë se kanë qenë të shqetësuar gjatë gjithë kohës për femijen e tyre, kundrejt 47% të prindërve fëmijëve jo me astma (FpAs); 94% e prindërve me astma ushqehen pak ose aspak, kundrejt 86% të prindërve fëmijët e të cilëve nuk vuajnë nga astma ( $p=0.006$ ). Përsa i përket gjumit 100% e prindërve FAs flenë pak ose aspak krahasuar me 88% të prindërve FpAs ( $p=0.033$ ).

Në kufizimet e lidhura me aktivitetet e zakonshme, 78.9% e prindërve FAs raportojnë se kanë jashtëzakonisht shumë apo shumë kufizime lidhur me punën, krahasuar me 43.8% të prindërve të FpAS ( $p=0.03$ )

Në aktivitete e lidhura me punën rreth 95% e prindërve FAs raportojnë se kanë jashtëzakonisht shumë, apo mesatarisht kufizime lidhur me punën, krahasuar me rreth 75% të prindërve të FpAS ( $p=0.193$  lidhur me kohën në dispozicion për të kaluar me anëtarët e tjerë të familjes, më shumë se gjysma (57%) e prindërve të FAs raportojnë se kanë mesatarisht, pak ose aspak kohë në dispozicion.

### Rezulate lidhur me të gjithë kampionin e intervistuar

Në kategorinë “të tjera” përfshimë fëmijët me tonsilite purulentë, gastroenterite, artrit reumatoid, infeksione.

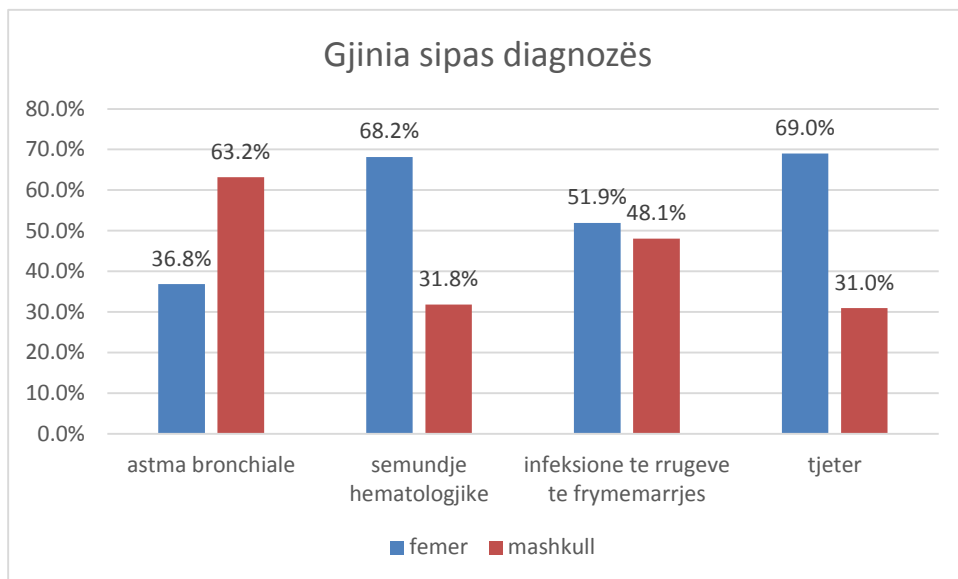
Gjinia e fëmijës	Diagnoza				Total (n=714)
	Astma bronchiale (n=164)	Sëmundje hematologjike (n=191)	Infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
femër	36.8%	68.2%	51.9%	69.0%	61.7%
mashkull	63.2%	31.8%	48.1%	31.0%	38.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

Hi-katror =10.024, df=3, p=0.018,

Gjina femër dominon në fëmijët me sëmundje hematologjike (68.2%) dhe në fëmijët me infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (51.9%), ndërsa meshkujt dominojnë në rastet me astma bronkiale. Ka një diferencë statistikisht të rëndësishme në gjini, lidhur me diagnozën (p=0.018).

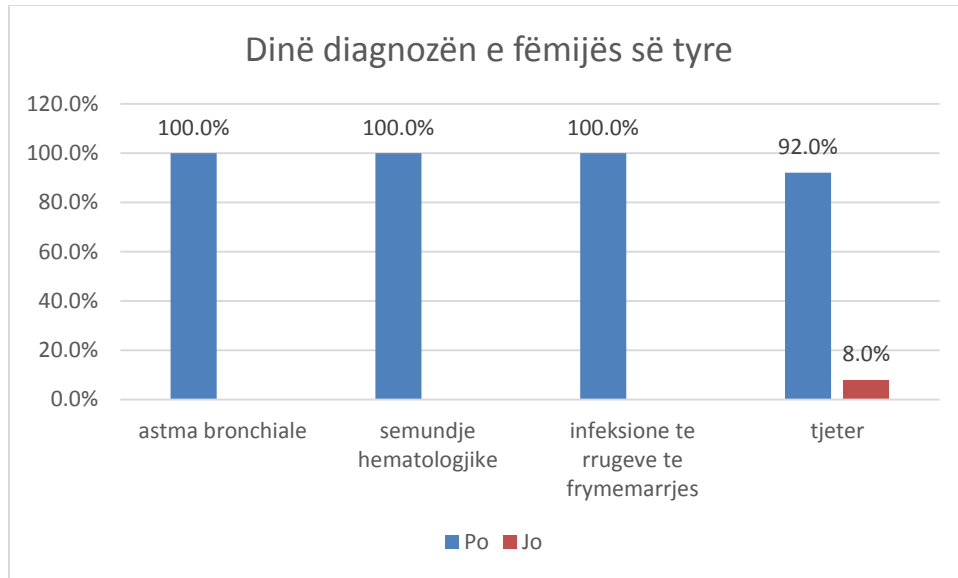


E dini diagnozën	Diagnoza				Total (n=714)
	astma bronkiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Po	100.0%	100.0%	100.0%	92.0%	95.6%
Jo	-	-	-	8.0%	4.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =7.745, df=3, p=0.052,

Në të gjitha rastet prindërit e dinin diagnozën e sëmundjes së fëmijëve të tyre.

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

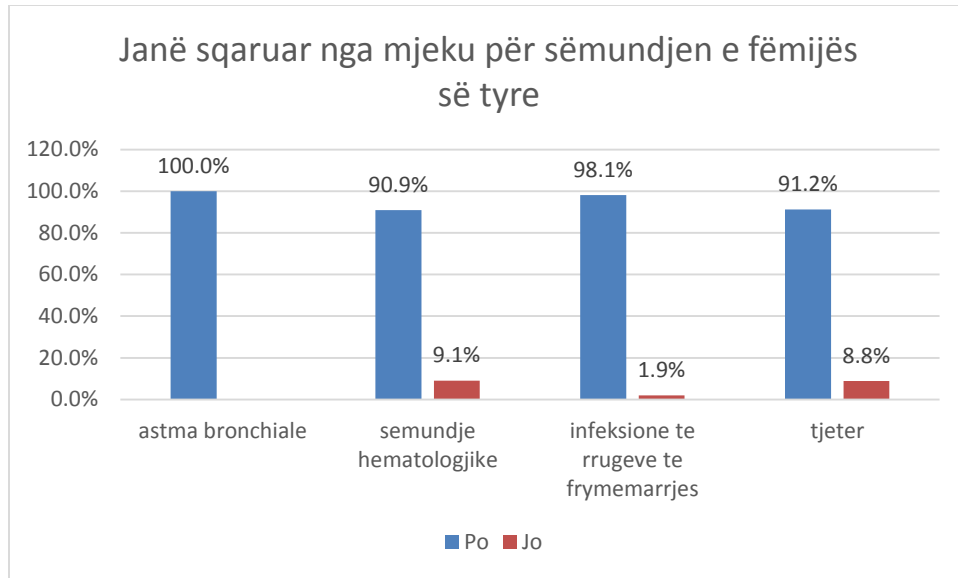


Ju ka sqaruar mjeku për sëmundjen e fëmijës tuaj	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Po	100.0%	90.9%	98.1%	91.2%	93.7%
Jo	-	9.1%	1.9%	8.8%	6.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =4.493, df=3, p=0.213,

Lidhur me pyetjen “ka sqaruar mjeku për sëmundjen e fëmijës tuaj”, përqindjen më të ulët të pohimit e japin prindërit e fëmijëve me sëmundje hematologjike (90.9%) dhe prindërit e fëmijëve me diagnoza të tjera (91.2%). Kjo mund të lidhet ndoshta me vështirësinë e vënies së diagnozës ose me të perceptuarit drejt nga ana e prindit mbi sëmundjen e fëmijës.

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë



A është nën trajtim fëmija juaj?	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Po	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Të gjithë fëmijët e prindërve të intervistuar janë nën trajtim, kjo për vetë faktin se fëmijët janë të gjithë të shtruar në spital.

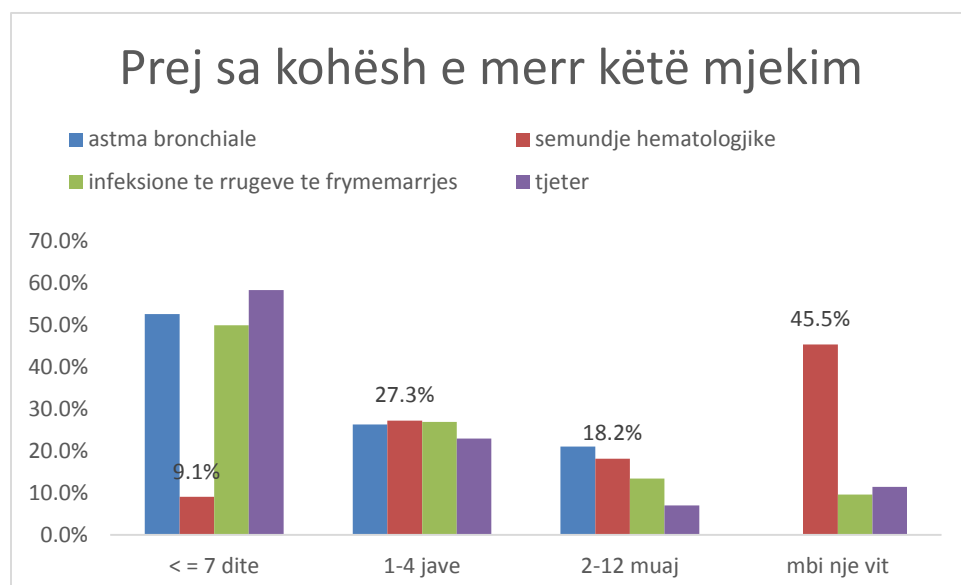
Prej sa kohësh e merr këtë mjekim	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
<= 7 dite	52.6%	9.1%	50.0%	58.4%	50.5%
1-4 jave	26.3%	27.3%	26.9%	23.0%	24.8%
2-12 muaj	21.1%	18.2%	13.5%	7.1%	11.2%
mbinjëvit	-	45.5%	9.6%	11.5%	13.6%

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
-------	--------	--------	--------	--------	--------

Hi-katror =33.72, df=3, p<0.001

Rreth 46% e fëmijëve me sëmundje hematologjike kanë mbi një vit që janë në trajtim, ndërkohë që 9.6% e fëmijëve me sëmundje të rrugëve të frymëmarrjes dhe 11.5% e fëmijëve me patologji të tjera, trajtohen mbi një vit. Në totalin e popullatës, mbi gjysma e tyre kanë një javë ose më pak nën trajtim, 25% kanë 1 muaj ose më pak nën trajtim, 11.2% kanë 2 muaj-1 vit nën trajtim dhe vetëm 13.6% e popullatës totale kanë mbi një vit në trajtim.



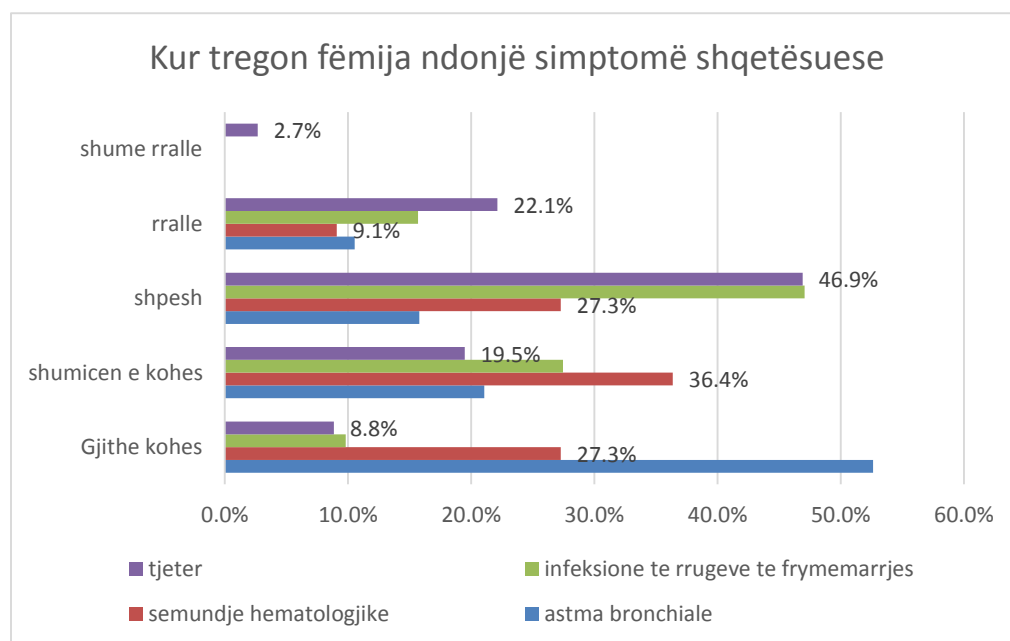
	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
A tregon fëmija ndonjë simptomë shqetësuese?					

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

Gjithë kohës	52.6%	27.3%	9.8%	8.8%	14.1%
shumicën e kohës	21.1%	36.4%	27.5%	19.5%	23.4%
shpesh	15.8%	27.3%	47.1%	46.9%	42.0%
rrallë	10.5%	9.1%	15.7%	22.1%	18.0%
Shumë rrallë	-	-	-	2.7%	1.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =46.436, df=16, p<0.001

Shumica e fëmijëve 79% shfaqin shqetësime gjatë gjithë kohës, ose shpesh, sidomos në pacientët me sëmundje hematologjike dhe me astma bronchiale.



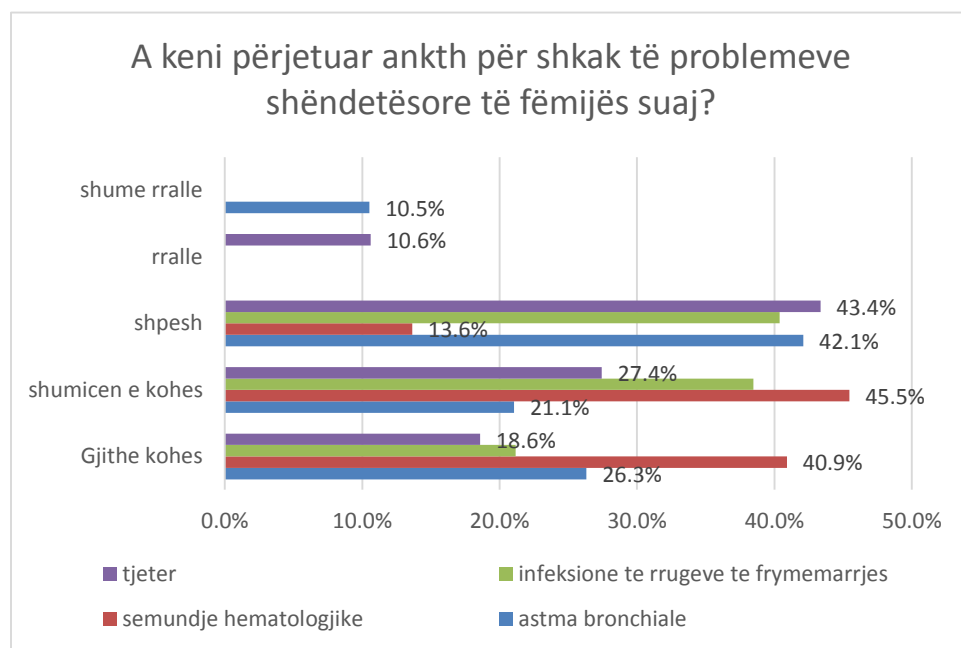
A kenë përjetuar ankth për shkak të problemeve shëndetësore të fëmijës suaj?	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Gjithë kohës	26.3%	40.9%	21.2%	18.6%	22.3%

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

shumicën e kohës	21.1%	45.5%	38.5%	27.4%	31.6%
shpesh	42.1%	13.6%	40.4%	43.4%	39.3%
rrallë	-	-	-	10.6%	5.8%
Shumë rrallë	10.5%	-	-		1.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =41,457, df=12, p<0.001

Në tetëdhjetë e tre përqind e prindërve referojnë se kanë përjetuar ankth për shkak të problemeve shëndetësore të fëmijës, sidomos kjo e shprehur në prindërit e fëmijëve me sëmundje hematologjike.



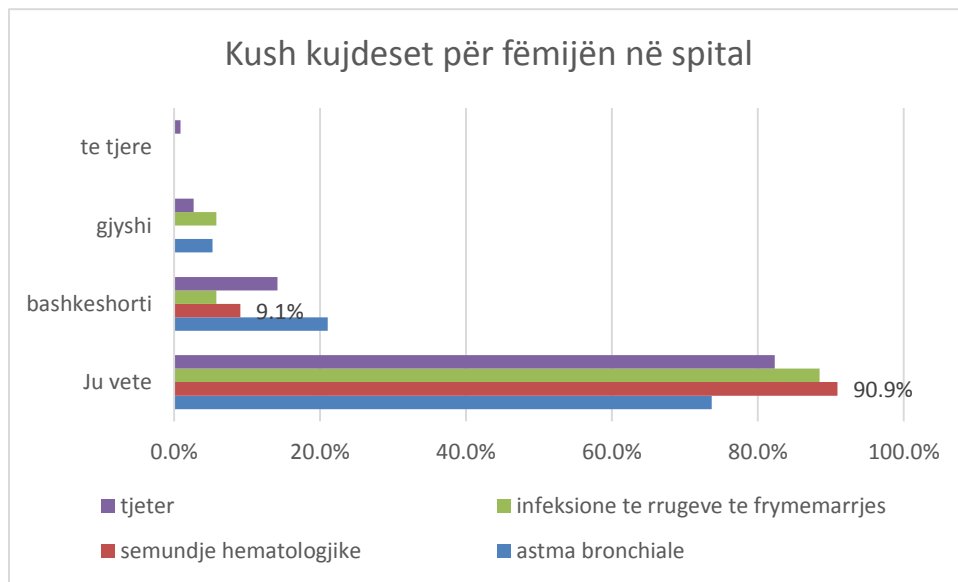
Gjatë kohës që fëmija juaj është në spital, kush kujdeset për	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes	tjetër (n=179)	

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

fëmijën tuaj:		(n=191)	(n=180)		
nëna	73.7%	90.9%	88.5%	82.3%	84.0%
bashkëshorti	21.1%	9.1%	5.8%	14.2%	12.1%
gjyshi	5.3%	-	5.8%	2.7%	3.4%
Të tjerë		-	-	.9%	.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =6.868, df=9, p=0.651

Në 84% të rasteve është nëna ajo që kujdeset në spital për fëmijën e sëmurë, pa ndonjë diferencë statistikisht të rëndësishme mes diagnozave (p=0.651).

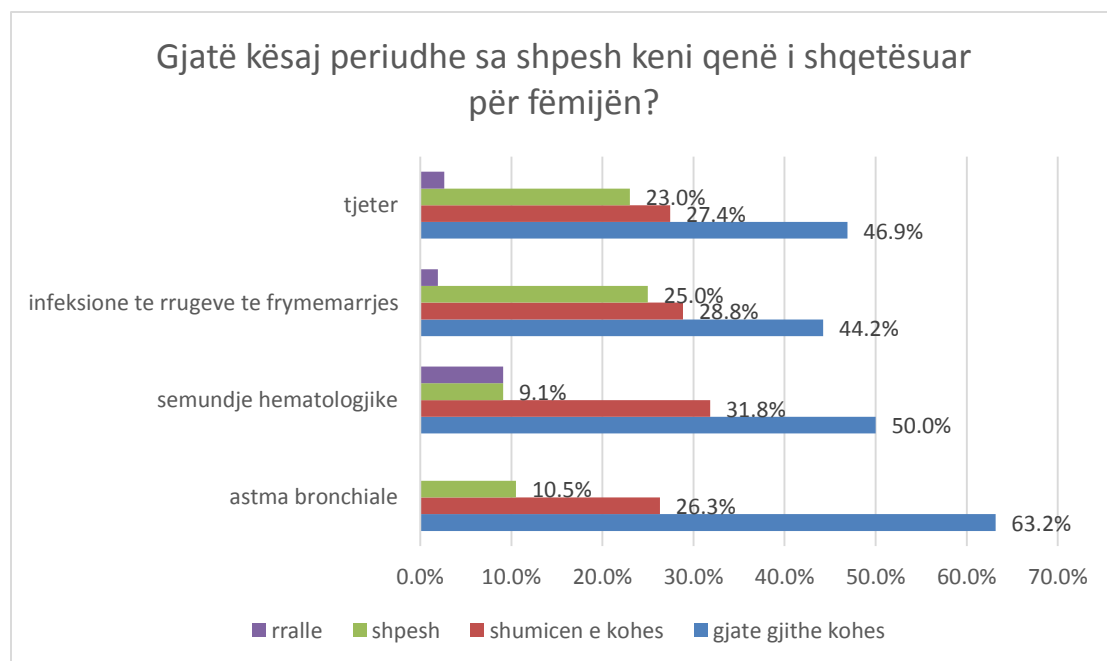


## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

Gjatë kesaj periudhe sa shpesh keni qenë i shqetësuar për fëmijën?	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjeter (n=179)	
Gjatë gjithë kohës	63.2%	50.0%	44.2%	46.9%	48.1%
shumicën e kohës	26.3%	31.8%	28.8%	27.4%	28.2%
shpesh	10.5%	9.1%	25.0%	23.0%	20.9%
rrallë		9.1%	1.9%	2.7%	2.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =8.012, df=9, p=0.533

Në 97% të rasteve prindërit raportojnë se kanë qenë shumë të shqetësuar për fëmijën e tyre dhe respektivisht 48.1% deklarojnë se kanë qenë gjatë gjithë kohës të shqetësuar, 28.2% shumicën e kohës dhe 20.9% deklarojnë se kanë qenë shpesh të shqetësuar.





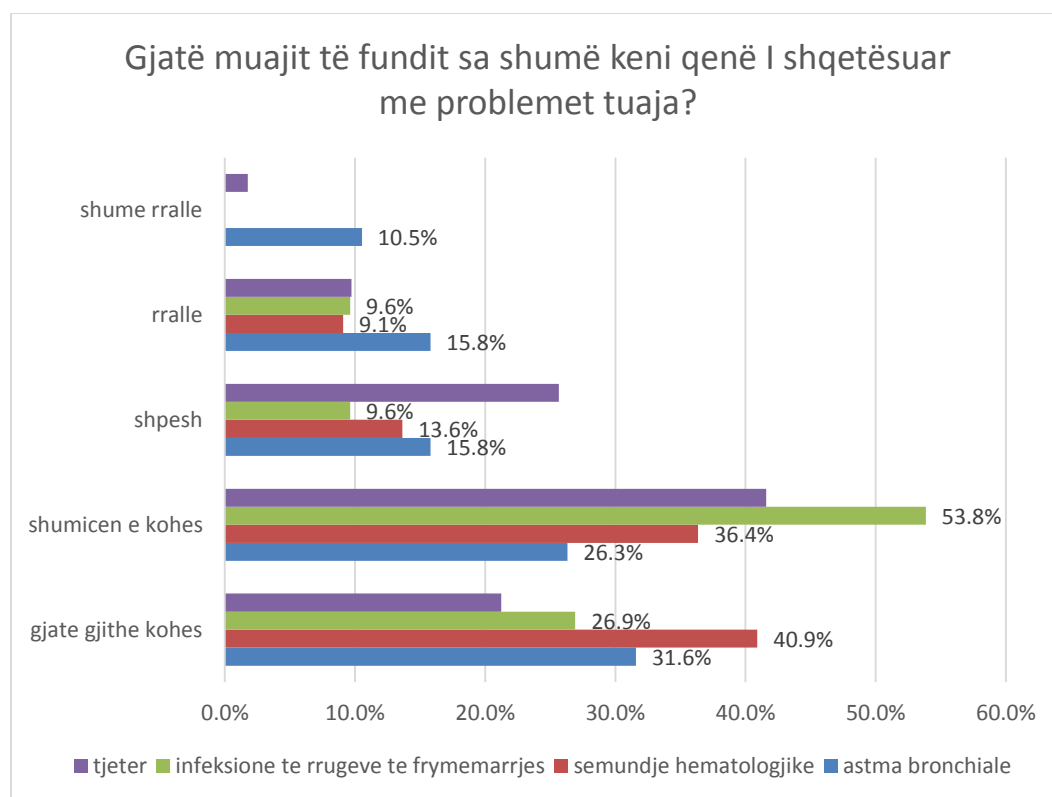
## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

---

Gjatë muajit të fundit sa shumë keni qenë i shqetësuar me problemet tuaja?	Diagnoza				Total (n=714)
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Gjatë gjithë kohës	31.6%	40.9%	26.9%	21.2%	25.7%
shumicën e kohës	26.3%	36.4%	53.8%	41.6%	42.7%
shpesh	15.8%	13.6%	9.6%	25.7%	19.4%
rrallë	15.8%	9.1%	9.6%	9.7%	10.2%
Shumë rrallë	10.5%			1.8%	1.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =20.749, df=12, p=0.054

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

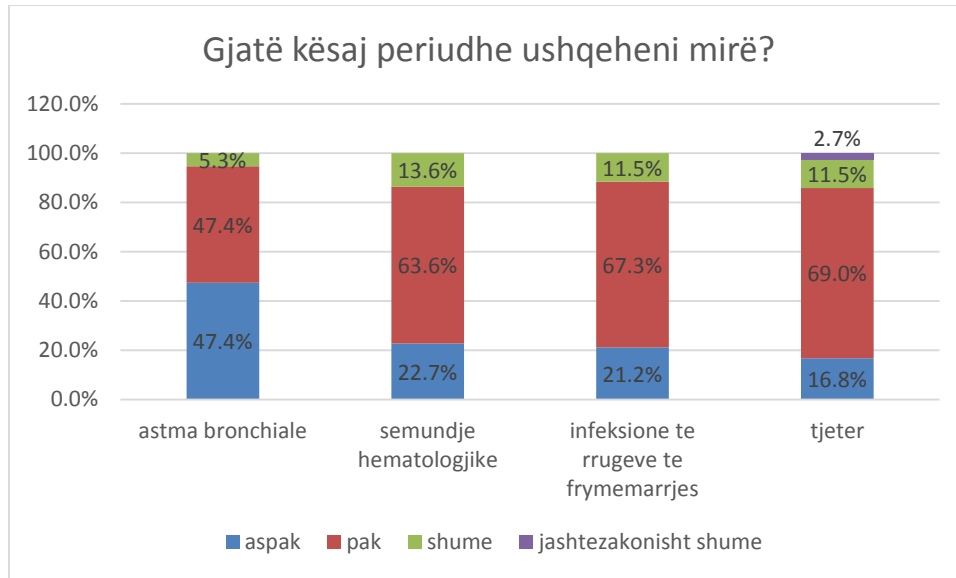


Gjatë kësaj periudhe ushqeheni mirë?	Diagnoza				Total (n=714)
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
aspak	47.4%	22.7%	21.2%	16.8%	21.4%
pak	47.4%	63.6%	67.3%	69.0%	66.0%
shumë	5.3%	13.6%	11.5%	11.5%	11.2%
Jashtëzakonisht shumë	-	-	-	2.7%	1.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =20.519, df=9, p=0.242

Mbi 87% e popullatës së intervistuar deklaron se gjatë kohës që fëmijët janë të sëmurë, ushqehen pak ose aspak. Kjo është më e shprehur në prindërit e fëmijëve me astma bronchiale (94.8%), me të rrugëve të frymëmarrjes (88.5%) dhe me sëmundje hematologjike (86.3%).

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

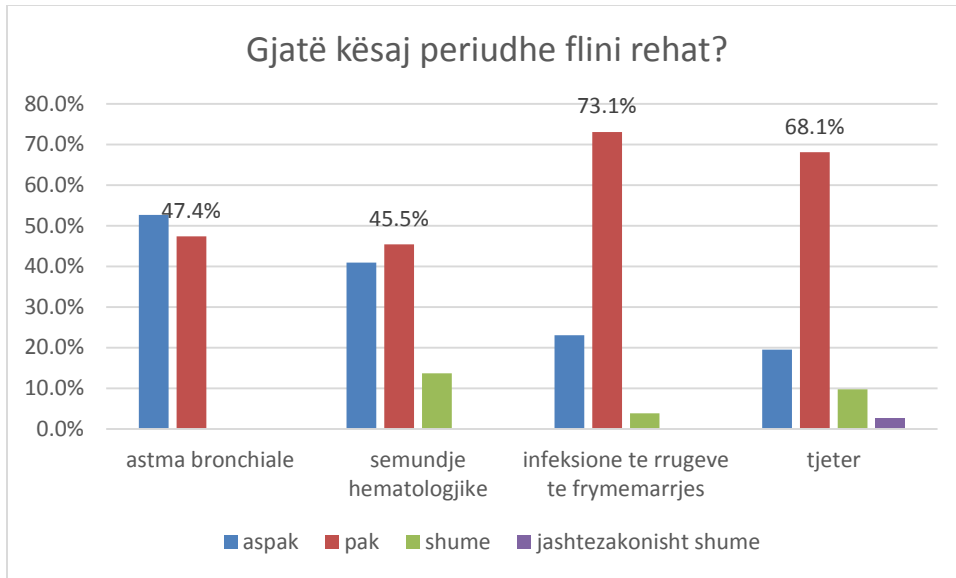


Gjatë kësaj periudhe flini rehat?	Diagnoza				Total (n=714)
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
aspak	52.6%	40.9%	23.1%	19.5%	25.7%
pak	47.4%	45.5%	73.1%	68.1%	65.0%
shumë	-	13.6%	3.8%	9.7%	7.8%
Jasthezakonisht shumë	-	-	-	2.7%	1.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =22.079, df=9, p=0.106

Rreth 91% e të intervistuarve deklarojnë se flenë aspak ose pak.

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

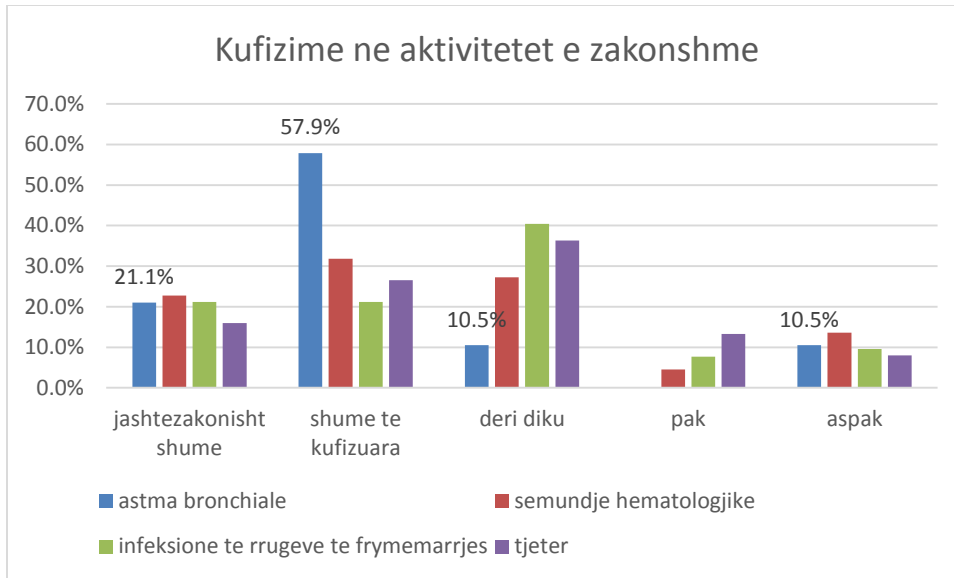


Kufizime në aktivitetet e zakonshme	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Jashtëzakonisht shume	21.1%	22.7%	21.2%	15.9%	18.4%
Shumë të kufizuara	57.9%	31.8%	21.2%	26.5%	28.6%
Deri diku	10.5%	27.3%	40.4%	36.3%	34.0%
pak	0%	4.5%	7.7%	13.3%	9.7%
aspak	10.5%	13.6%	9.6%	8.0%	9.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =18.848, df=12, p=0.155

47% e të intervistuarve raportojnë se kanë shumë apo jashtëzakonisht shumë kufizime në aktivitetet e zakonshme. Kjo më e shprehur në fëmijët astmatikë dhe në fëmijët me sëmundje hematologjike.

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

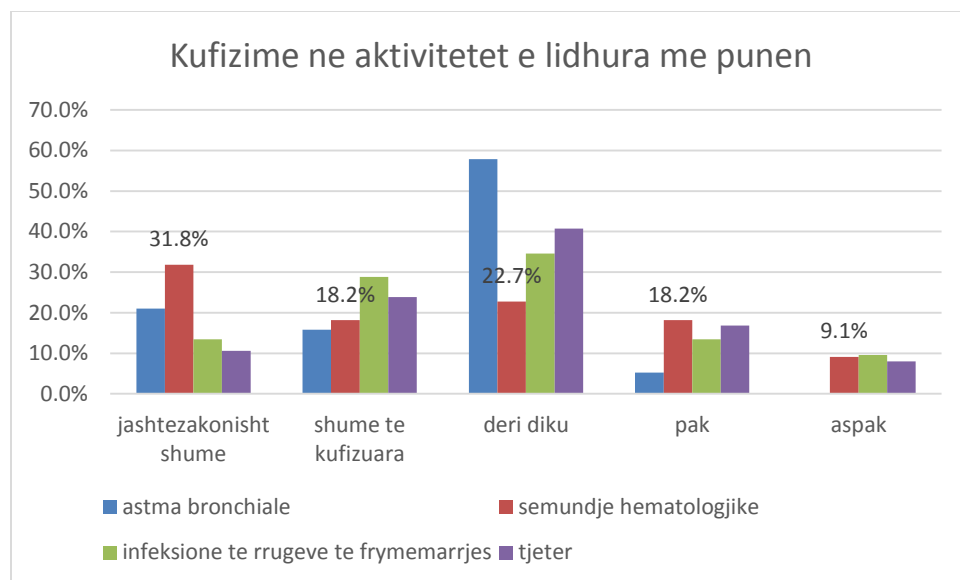


Kufizime në aktivitetet e lidhura me punën	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Jashtëzakonisht shumë	21.1%	31.8%	13.5%	10.6%	14.6%
Shumë të kufizuara	15.8%	18.2%	28.8%	23.9%	23.8%
Deri diku	57.9%	22.7%	34.6%	40.7%	38.8%
pak	5.3%	18.2%	13.5%	16.8%	15.0%
aspak		9.1%	9.6%	8.0%	7.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =14.680, df=12, p=0.259

Lidhur me kufizimin e aktiviteteve të lidhura me punën, shihet se 76.2% e të intervistuarve raportojnë se kanë jashtëzakonisht shumë kufizime (14.6%), shumë kufizime (23.8%) dhe mesterisht shumë (38.8%), por pa ndonjë diferencë statistikisht të rëndësishme mes diagnozave.

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë

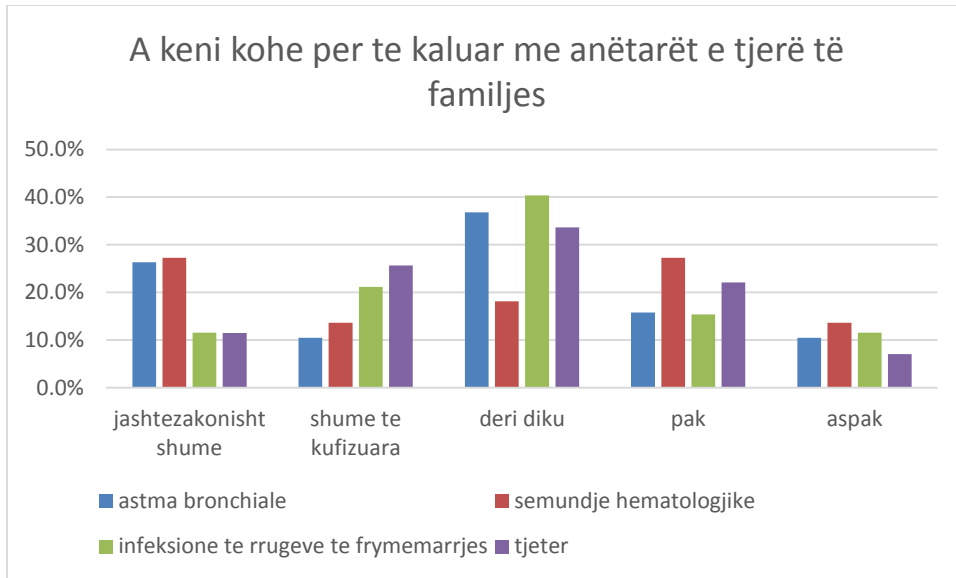


A keni kohe per të kaluar me anëtarët e tjerë të familjes	Diagnoza				Total
	astma bronchiale (n=164)	sëmundje hematologjike (n=191)	infeksione të rrugëve të frymëmarrjes (n=180)	tjetër (n=179)	
Jashtëzakonisht shumë	26.3%	27.3%	11.5%	11.5%	14.6%
Shumë të kufizuara	10.5%	13.6%	21.2%	25.7%	21.8%
Deri diku	36.8%	18.2%	40.4%	33.6%	34.0%
pak	15.8%	27.3%	15.4%	22.1%	20.4%
aspak	10.5%	13.6%	11.5%	7.1%	9.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Hi-katror =13.026, df=12, p=0.367

Rreth 30% e të intervistuarve raportojnë se nuk kanë aspak ose kanë pak kohë për të kaluar me pjesëtarë të tjerë të familjes dhe kjo është më e shprehur në prindërit e fëmijëve me sëmundje hematologjike (40.9%).

## Stresi prindëror tek pacientët pediatrikë



Kohëzgjatja mesatare e sëmundjes është e lidhur pozitivisht, në mënyrë sinjifikante me praninë e stresit tek prindërit (koef i korrelacionit të Kendal's tau,  $r=0.217$ ,  $p=0.03$ ).

Shkalla e stresit	astma bronchiale n=164	sëmundje hematologjike n=191	infeksione të rrugëve urinare n=180	tjetër n=176	Total
pa stres	35 (21.34)	0 (0.0)	97 (21.56)	200 (20.43)	332 (18.61)
i lehtë	41 (25.0)	34 (17.80)	277 (61.56)	437 (44.64)	789 (44.23)
mesatar	51 (31.1)	87 (45.55)	59 (13.11)	299 (30.54)	496 (27.80)
i rëndë	37 (22.56)	70 (36.65)	17 (3.78)	43 (4.39)	167 (9.36)

Hi-katror =43.111, df=9,  $p < 0.001$

Shkallën më të lartë të stresit e hasim në prindërit e fëmijëve me sëmundje gjaku dhe në fëmijët astmatikë, e lidhur kjo natyrisht me natyrën e sëmundjes.

## **Diskutime**

Sikurse vihet re edhe nga rezultatet në mbi 80% të rasteve prindërit janë të shqetësuar dhe bartin ankth për shëndetin e fëmijëve të tyre. Ky ankth ndikon në të gjitha veprimtaritë jetësore të tyre, të lidhura keto me familjen apo edhe me përkushtimin ndaj punës.

Kujdesi prindëror efektiv duhet të jetë i përqendruar në nevojat e fëmijës. Parë kjo në një këndvështrim profesional, do të ishte me vlerë të punohej me prindërit e kësaj kategorie, sepse ata, përveç shqetësimeve në lidhje me fëmijën, mund të paraqesin një mundësi për të shprehur ndjenjat, për të ofruar kujdes dhe inkurajim, që pastaj mund të përdoret për fëmijën e tyre. Një studim i adresuar në përfshirjen e etërve në terapi, vërtetoi se të dy prindërit janë përgjigjur pozitivisht ndaj ofrimit të seancave të terapisë, që fokusohen në shqetësimet e tyre personale (13).

Prindërit duhet të shohin se shqetësimet e tyre merren seriozisht nga profesionistët, faktor ky që nxit kënaqësinë ndaj shërbimeve shëndetësore dhe madje, mund të parandalojë probleme të shëndetit mendor tek prindërit dhe fëmijët. Prandaj, të dëgjuarit dhe evidentimi i shqetësimeve prindërore janë çështje të mëdha në kujdesin shëndetësor parandalues, në procesin e diagnostifikimit dhe në trajtimin e fëmijëve.

Megjithatë, ka shumë faktorë që mund të ndikojnë shqetësimet prindërore, kështu mundësia e pakët e tyre për t'u shprehur, mund të ndikojë negativisht në marrëdhëniet prind-fëmijë. Shqetësimi i tepërt ose mungesa e shqetësimit mund të ketë një efekt mbi sjelljen e prindërve ç'ka do të ndikojë edhe në mirëqenien e fëmijës.



### **3. Përfundime**

Nënat janë më shumë të përfshira në kujdesin ndaj fëmijëve

Përqindjen më të lartë të stresit e kanë prindërit e fëmijëve me sëmundje të rënda (hematologjike).

Kohëzgjatja mesatare e sëmundjes është e lidhur pozitivisht, në mënyrë sinjifikante me praninë e stresit tek prindërit.

Shkallën më të lartë të stresit e hasim në prindërit e fëmijëve djem.

Nuk ka lidhje mes nivelit të edukimit dhe shkallës së stresit tek prindërit.

Familjet me të ardhura më të ulëta, kanë shkallë më të lartë stresi.

Stresi është i pranishëm në masë të konsiderueshme në të gjithë prindërit, pavarësisht patologjisë që kanë fëmijët e tyre.

### **4. Rekomandime**

Ndaj kujdesi infermieror edhe ndaj prindërve do të ishte shumë i nevojshëm dhe dobiprurës.

## **5. Bibliografi**

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.

Bristol, M. M. (1984). Family resources and successful adaptation to autistic children. In E. Schopler and G.B. Mesibov (Eds), *Autism in Adolescents and Adults* (pp. 251-78). New York: Plenum Press.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of coping questionnaire- Sampler set*. California: Consulting Psychologists Press, Inc.

Frude, N. (1992). *Understanding Family Problems: A Psychological Approach*. Chichester: John Wiley.

Gregory, S. (1991). *Challenging Motherhood: Mothers and their deaf children*. Great Britain: Sage publications.

Johnson, S.B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D. C. Turk & R. D. Kerns (Eds.), *Health, illness and families: A life-span perspective*. New York: Wiley.

Mc Kinney, B. & Peterson, R.A. (1987). Predictors of stress in parents of developmentally disabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 133-150.

Shea, M.T & Bauer, A.M. (1985). *Parents and Teachers of Exceptional students*. U.S.A: Allyn and Bacon, Inc.

Taanila, A., Syrjälä, L., Kokkonen, J., & Järvelin, M.R. (2002). Coping of parents with physically and/or intellectually disabled children. *Child Care, Health and Development*. 28, 73-86.

Abidin, R. R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent–child system. In C. P. Zalaquett, R. Wood, C. P. Zalaquett, R. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291).

Lanham, MD, US: Scarecrow Education. Akister, J., & Johnson, K. (2002). Parenting issues that may be addressed through a confidential helpline. *Health & Social Care in the Community*, 10(2), 106-111. doi:10.1046/j.1365-2524.2002.00349.x

Braga: APPORT/ SHO. Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472. doi:10.1177/0265407595123009

Blanchard, L. T., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117(6), e1202-1212. doi:10.1542/peds.2005-2606

Ellingson, K. D., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Horwitz, S. M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems: predictors of sharing parental concern with health providers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 766-772. doi:10.1001/archpedi.158.8.766

Ford, T., Sayal, K., Meltzer, H., & Goodman, R. (2005). Parental concerns about their child's emotions and behaviour and referral to specialist services: general population survey. *British Medical Journal*, 331(7530), 1435-1436. doi:10.1136/bmj.331.7530.1435

Glascoe, F. P. (1997). Parents' concerns about children's development: Prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99(4), 522-528. doi:0.1542/peds.99.4.522

Glascoe, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: How well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics*, 42(2), 133-138. doi:10.1177/000992280304200206 9

Glascoe, F. P., MacLean, W. E., & Stone, W. L. (1991). The importance of parents' concerns about their child's behavior. *Clinical Pediatrics*, 30(1), 8-11. doi:10.1177/000992289103000101

Halfon, N., Olson, L. M., Inkelas, M., Mistry, R., Sareen, H., Lange, L., et al. (2002). Summary statistics from the National Survey of Early Childhood Health, 2002. Parent concerns, content, and quality of care. *Vital Health Statistics*, 15(3). Available at

[http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_15/sr15\\_003.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_15/sr15_003.pdf)

Kanoy, K., & Schroeder, C. (1993). Suggestions to parents about common behavior problems in a pediatric primary care office. In M. Roberts, G. Koocher, D. Routh & D. Willis (Eds.), *Readings in Pediatric Psychology*. (pp. 317-332). New York, NY: Plenum Press.

Long, C., Gurka, M., & Blackman, J. (2008). Family stress and children's language and behavior problems: Results from the National Survey of Children's Health. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28, 148-157. doi:10.1177/0271121408318678

Mesibov, G., Schroeder, C., & Wesson, L. (1993). Parental concerns about their children. In M. Roberts, G. Koocher, D. Routh & D. Willis (Eds.), *Readings in Pediatric Psychology*. (pp. 307-316). New York, NY: Plenum Press.

O'Brien, M. (1996). Child-Rearing Difficulties Reported by Parents of Infants and Toddlers, *Journal of Pediatric Psychology*, 21(3), 433-446.

Reijneveld, S. A., de Meer, G., Wiefferink, C. H. & Crone, M. R. (2008). Parents' concerns about children are highly prevalent but often not confirmed by child doctors and nurses. *BMC Public Health*, 8, 124. doi:10.1186/1471-2458-8-124

Slater, A., Bowen, J., Corsini, N., Gardner, C., Golley, R., & Noakes, M. (2010). Understanding parent concerns about children's diet, activity and weight status: an important step towards effective obesity prevention interventions. *Public Health Nutrition*, 13(8), 1221-1228.

doi:10.1017/S1368980009992096

Stickler, G. B., Salter, M., Broughton, D. D., & Alario, A. (1991). Parents' worries about children compared to actual risks. *Clinical Pediatrics*, 30(9), 522-528.

doi:10.1177/000992289103000901 10

Swain, J., Lorberbaum, J., Kose, S. & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent– infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48(3/4), 262-287. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01731.x

Triggs, E. G., & Perrin, E. C. (1989). Listening carefully: Improving communication about behavior and development: Recognizing parental concerns. *Clinical Pediatrics*, 28(4), 185-192. doi:10.1177/000992288902800407

Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In *Collected papers, through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). London: Tavistock Publications, 1958.

Winnicott, D.W. (1979). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Tavistock.

Person-centred information to parents in paediatric oncology (the PIFBO study): A study protocol of an ongoing RCT. Ringnér A1, Björk M2, Olsson C3, Graneheim UH4. *BMC Nurs*. 2015 Dec 21;14:69. doi: 10.1186/s12912-015-0120-8. eCollection 2015.

Marieke Verkleij, Erik-Jonas van de Griendt, Vivian Colland, Nancy van Loey, Anita Beelen, and Rinie Geenen Parenting Stress Related to Behavioral Problems and Disease Severity in Children with Problematic Severe Asthma *J Clin Psychol Med Settings*. 2015; 22(2-3): 179–193 Published online 2015 Jun 9. doi: 10.1007/s10880-015-9423-x PMID: PMC4575360

1. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004;**59**:469–478.
2. Kay AB. Allergy and allergic diseases. First of two parts. *N Engl J Med* 2001;**344**:30–37.
3. Strachan DP. Parallels with the epidemiology of other allergic diseases. In: Williams HC, editor. *The epidemiology of atopic dermatitis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:221–232.
4. Pearce N, Douwes J. Commentary: asthma time trends--mission accomplished? *Int J Epidemiol* 2005;**34**:1018–1019.
5. Ponsonby AL, Glasgow N, Pezic A, Dwyer T, Ciszek K, Kljakovic M. A temporal decline in asthma but not eczema prevalence from 2000 to 2005 at school entry in the Australian Capital Territory with further consideration of country of birth. *Int J Epidemiol* 2008;**37**:559–569.

6. Van Schayck CP, Smit HA. The prevalence of asthma in children: a reversing trend. *EurRespir J* 2005;**26**:647–650.
7. Sunderl RS, Fleming DM. Continuing decline in acute asthma episodes in the community. *Arch Dis Child* 2004;**89**:282–285.
8. Castro HJ, Malka-Rais J, Bellanti JA. Current epidemiology of asthma: emerging patterns of asthma. *Allergy and Asthma Proceedings* 2005;**26**:79–82.
9. Lawson JA, Senthilselvan A. Asthma epidemiology: has the crisis passed?. *Current Opinions in Pulmonary Medicine* 2005;**11**:79–84.
10. Anandan C, Nurmatov U, van Schayck OC, Sheikh A. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies. *Allergy*. 2010;65:152–167. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02244.x. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
11. Hedlin G, Bush A, LødrupCarlsen K, Wennergren G, De Benedictis FM, Melén E, et al. Problematic severe asthma in children, not one problem but many: a GA2LEN initiative. *European Respiratory Journal*. 2010;36:196–201. doi: 10.1183/09031936.00104809. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
12. Prevalence of severe childhood asthma according to the WHO, Björn Nordlund, Erik Melén, Erica S. Schultz, Hans Grönlund, Gunilla Hedlin, Inger Kull, *Respiratory medicine*, August 2014 Volume 108, Issue 8, p1069-1240, I: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2014.05.015>)
13. Duhig, A. M., Phares, V., & Birkeland, R. W. (2002). Involvement of fathers in therapy: A survey of clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4, 389–395.