



UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA

Z. Emiljano PJETRI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

SPECIALITETI: Shkenca infermierore

TEMA: Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dukumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor

MBROHET ME DATË / / 2016 PARA JURISË

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

Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Isuf KALO

Tabela e përmbajtjes.....	I
DEKLARATË STATUTORE	vii
FALENDERIME.....	viii
Abstrakt	1
HYRJE.....	2
1. KAPITULLI I - TË DHËNA TË LITERATURËS.....	4
1.1. Historia dhe liderat e zhvillimit të infermierisë.	4
1.2. Organizata profesionale infermiere - A.N.A (American Nurses Association) ...	5
1.3. Analiza e situatës aktuale në arsimin infermieror	6
1.4. Konteksti Europian në arsimin infermieror	7
1.4.1. Kërkesat minimale të trajnimit infermieror.....	8
1.4.2. Modernizimi i direktivës	9
1.4.3. Nivelet, ofruesit dhe kohëzgjatja e arsimit infermieror	9
1.5. Tranzicioni dhe sfidat e arsimit infermieror në Ballkanin Perëndimor	9
1.6. Misioni dhe objektivat e programit të studimit infermieri në Universitetin "Luigj Gurakuqi" Shkodër.....	11
1.6.1. Historiku i Departamentit të infermierisë	11
1.6.2. Struktura organizative dhe pozicioni i njësisë brenda strukturës së përgjithëshme institucionale	12
1.6.3. Kompetencat e ofruara studentëve të diplomuar të infermierisë.....	14
1.6.4. Profili profesional	15
1.7. Standardet infermiere dhe natyra e edukimit klinik	16
1.7.1 Standardet infermiere	16
1.7.2. Perkufizimi i termave të Standardeve infermiere.....	17
1.7.3. Identifikimi i standardeve infermiere	17
1.7.4. Diagnozatat infermiere	19
1.7.5. Natyra e edukimit klinik	20
1.7.6. Modeli trigonal i Edukimit Klinik	21
1.7.7. Modeli i mësimi.....	24
2. Kapitulli II - QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT.....	26
2.1. Qëllimi i studimit.....	26
2.2. Objektivat e përgjithshme	26
2.3. Hipotezat e studimit.....	27
2.3.1. Hipoteza e parë	27
2.3.2. Hipoteza e dytë.....	27

2.3.3. Hipoteza e tretë.....	27
2.3.4. Hipoteza e katërt.....	28
3. KAPITULLI III - MATERIALI DHE METODOLOGJIA E STUDIMIT	29
3.1 Popullata në studim	29
3.2. Periudha e realizimit të studimit.....	29
3.3. Tipi i studimit dhe skema e studimit	29
3.4. Analiza statistikore	32
4. KAPITULLI IV - REZULTATE DHE DISKUTIME	33
4.1 Analiza e popullatës në studim.....	33
4.1.1 Niveli i njohurive rreth standardeve NNN	33
4.1. 2 Mënyra e të mësuarit rreth NNN	39
4.2. Cilësia e praktikës klinike sipas mentorëve	46
4.2.1.Të dhëna demografike për Mentorët.....	46
4.3. Rezultatet e nxjerra nga studentët	53
4.3.1. Analiza e përgjigjeve të studentëve për testin mësimdhënia në klasë	55
4.3.2. Analiza e përgjigjeve të studentëve për për mësimin klinik	60
4.4. Rezultatet lidhur me Hartimin e programit	66
4.5. Analiza faktoriale	74
4.6. Cilësia e praktikës.....	75
5. KAPITULLI V - KONKLuzionET.....	800
6. KAPITULLI VI – REKOMANDIME.....	833
7. BIBLIOGRAFIA.....	844
8. SHTOJCA.....	89
8.1. Lista e akronimeve - Shkurtime dhe Inciale.....	89
8.2. Pyetësori.....	90
Lista e figurave	
Fig. 1.1. Procesi infermieror dhe Standardet e praktikës infermierore	18
Fig. 8.2.1.....	90
Fig. 8.2.2.....	91
Fig. 8.2.3.....	92
Fig. 8.2.4.....	93
Fig. 8.2.5.....	94
Fig. 8.2.6.....	95
Lista e tabelave.....	
Tabela 4.1. Analiza e popullatës në studim	34

Tabela 4.2. Regresioni logjistik binar	37
Tabela 4.3. Statistika përshkruese për kushtet e mos përdorimit të gjuhëve të standardizuara	40
Tabela 4. 4. Të dhëna për Moshën e Mentorëve	46
Tabela 4.5. Të dhëna për vjetërsinë në punë të Mentorëve	46
Tabela 4.6. Rezultatet e pyetësorit për cilësinë e praktikës	48
Tabela 4.7. Moshja e studenteve pjesmarrës në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit	54
Tabela 4.8. Rezultatet e pyetësorit për mësimdhënien në klasë	56
Tabela. 4.9. Rezultatet e pyetësorit për mësimin klinik	60
Tabela. 4.10. Rezultatet e pyetësorit për hartimin e programit	67
Tabela. 4.11. Rezultatet e pyetësorit për mbështetje dhe resurse.	72
Tabela. 4.12. Analiza faktoriale	74
Tabela. 4.13. Rezultatet e pyetësorit për cilësinë e praktikës	76
Lista e grafikëve.....	
Graf. 4.1. Shpërndarja e frekuencave për moshën e pedagogëve	34
Graf. 4.2. Përbërja e stafit të pedagogëve sipas gjinisë dhe statusit.....	35
Graf. 4.3. Përbërja e stafit të pedagogëve sipas degës së studimit.....	35
Graf. 4.4. Shpërndarja e frekuencave për vitet e punës së pedagogëve	36
Graf. 4.5. Indeksi mesatar i njohurive NNN sipas statusit.	38
Graf. 4.6. Variacioni i indeksit të besueshmërisë sipas viteve të punësimit në USH .	38
Graf. 4.7. Tendanca e ndryshimit të indeksit të njohurive NNN sipas viteve të përfundimit të shkollës	39
Graf. 4.8. Mënyra e të mësuarit rreth NNN.	41
Graf. 4.9. Indeksi mesatar mënyrës të të mësuarit rreth NNN.....	42
Graf. 4.10. Pengesat në përdorimin e gjuhëve të standardizuara	43
Graf.4.11. Indeksi mesatar i përgjigjeve për shkaqet e pengesave në përdorimin e gjuhëve të standardizuara sipas statusit të pedagogëve	44
Graf. 4.12. Pengesat totale në përdorimin e gjuhëve të standardizuara sipas kushteve	45
Graf. 4.13. Histogrami i moshës së mentorëve	47
Graf. 4.14. Shpërndarja e frekuencave të viteve të punës të mentorëve	47
Graf. 4.15. Përgjigjet e dhëna nga mentorët lidhur me cilësinë e praktikës	49
Graf. 4.16. Indeksi mesatar i përgjigjeve nga mentoret lidhur me cilësinë e praktikës	50

Graf. 4.17. Tendenca e ndryshimit të indeksit të vlerësimit të praktikës nga mentorët me moshën e mentorit	51
Graf. 4.18. Vlerësimi i praktikës në klinika nga mentorët sipas gjinisë.....	52
Graf. 4.19.Indeksi mesatar i vlerësimit të praktikës sipas viteve të aktivizimit si mentor.....	52
Graf. 4. 20. Shpërndarja e studentëve pjesmarrës në studim sipas gjinisë	53
Graf. 4. 21. Shpërndarja e studentëve sipas zonës së banimit	54
Graf. 4. 22. Shpërndarja e frekuencave të moshës së studentëve.....	54
Graf. 4. 23.a.b. Përgjigjet e dhëna nga studentët lidhur me shqetësimet akademike sipas gjinisë dhe vendbanimit	57
Graf. 4. 24. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas gjinisë	57
Graf. 4. 25. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas vendbanimit	58
Graf. 4. 26. Indeksi mesatar përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas vitit akademik që ndjek studentin.....	59
Graf. 4. 27. Efekti kryesor i pjesës mësimdhënore në klasë sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitin e shkollimit të studentit	59
Graf. 4. 28. Përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për mësimin klinik	61
Graf. 4. 29.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për mësimin klinik sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve	62
Graf. 4. 30.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve idetë që marrin studentët praktikave klinike të klasifikuara sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve.....	63
Graf. 4. 31. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimin klinik sipas gjinisë	64
Graf. 4. 32. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimin klinik sipas vendbanimit	65
Graf. 4. 33. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimin klinik sipas vitit akademik që ndjek studentin.....	65
Graf. 4. 34. Efekti kryesor për mësimin klinik sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitin e shkollimit të studentit.	66
Graf. 4. 35. Përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për hartimin e programit..	67
Graf. 4. 36.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për hartimin dhe dorëzimin e programit sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve	68
Graf. 4. 37.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve lidhur me angazhim akademik sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve.....	69
Graf. 4. 38. Indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas gjinisë	70

Graf. 4. 39. Indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vendbanimit	70
Graf. 4. 40. Indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vitit akademik që ndjek studenti	71
Graf. 4. 41. Efekti kryesor për dizajnin e programit sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitit të shkollimit të studentit	71
Graf. 4. 42. Ekzistenca e mbështetjes dhe burimeve njerëzore adekuate.....	72
Graf. 4. 43.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për mbështetje dhe resurse sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve.....	73
Graf. 4. 44. Vlera e eigenvalue për faktorët në studim.....	74
Graf. 4. 45. Ndikimi i faktoreve të studimit në studimin faktorial.....	75
Graf. 4. 46. Përgjigjet e dhëna nga studentët për cilësinë e praktikës.....	77
Graf. 4.47. Indeksi mesatar i përgjigjes për cilësinë e praktikës sipas gjinisë	77
Graf. 4. 48. Indeksi mesatar i përgjigjeve për cilësinë e praktikës sipas vendbanimit	78
Graf. 4. 49. Indeksi mesatar i përgjigjeve për cilësinë e praktikës sipas vitit akademik që ndjek studenti	78
Graf. 4. 50. Efekti kryesor i cilësisë së praktikës për gjininë, vendbanimin dhe vitin e shkollimit të studentit.....	79

DEKLARATË STATUTORE

Me anë të kësaj deklaratë unë i nënshkruari Emiljano Pjetri, deklaroj se jam autori i këtij punimi. Nën përgjegjësi të personale, deklaroj se i gjithë studimi, rezultatet dhe përfundimet janë origjinale e nuk janë prezantuar asnjëherë para një institucioni tjetër dhe nuk janë botuar më parë. I gjithë informacioni dhe literatura i përfshirë në studim janë në përputhje me rregullat akademike dhe me etikën profesionale.

Msc. Emiljano Pjetri

FALENDERIME

Me shumë kënaqësi do të doja të shprehja falenderimet e mia të sinqerta për të gjithë ata që më ndihmuan, konsultuan dhe më mbështetën moralisht gjatë realizimit të kësaj teme disertacioni.

Së pari do të falenderoj Udhëheqësin Shkencor të kësaj teze, Prof. Dr. Isuf KALO, i cili me kontributin e tij shkencor dhe metodik, më ka qëndruar pranë, më ka konsultuar, ndihmuar dhe nxitur gjatë gjithë periudhës së punës për realizimin e këtij punimi.

Falenderime shkojnë për kolegët e mi, të cilët direkt ose indirekt janë bërë pjesë e punës time disavjeçare në realizimin e këtij punimi.

Së fundmi falenderimet e mia i takojnë familjes time për mbështetjen që më kanë dhënë.

Abstrakt

Qëllimi i këtij studimi është të identifikojë qëndrimet dhe njohuritë e hartuesve të kurikulave infermiere rreth përdorimit të standardeve infermiere NNN, të identifikojë barrierat në implementimin e standardeve NNN në kurikulat infermiere, përdorimin e standardeve infermiere në dokumentacionin e tyre dhe të përshkruaj praktikat aktuale të degës infermieri.

Ky studim është realizuar në Departamentit Infermieri, Universiteti i Shkodrës “Luigj Gurakuqi”, ku u morën në shqyrtim pedagogët me kohë të plotë dhe të pjeshme (infermiere, mjek dhe mentorë) dhe studentët e vitit të dytë dhe të tretë të degës Infermieri, gjithsejt janë 8 pedagogë të brendshëm (7 infermiere dhe 1 mjek), 55 pedagogë me kohë të pjeshme (mjek dhe infermiere), 44 mentorë, 50 studentë të vitit të tretë dhe 50 studentë të vitit të dytë.

Rezultatet dhe konkluzionet: Mundësia për të përfshirë standardet infermiere në Departamentin e Infermierisë në Universitetin e Shkodrës është prezente. Departamenti infermieri ka njohuri, qëndrime të favorshme dhe njeh pengesat për zbatimin e standardeve infermiere në mësimet dhe praktikat aktuale NANDA, NIC, dhe NOC (NNN).

Fjalët kyçe: departament, standarde, barrierat, infermiere, praktika.

Abstract

The purpose of this study is to identify the attitudes and knowledge of the drafters of curricula nursing surrounding the use of standardized nursing language, to identify barriers to the implementation of the curricula of nursing, use of standardized nursing language documentation and describe current clinical practices.

This study was conducted in the Department of Nursing, University of Shkodra "Luigj Gurakuqi" where were taken under consideration full time and part-time teachers (nurse, physician and mentors) and students of the second and third year of Nursing, total 8 full time teachers (7 nurses and 1 physician), 55 part-time lecturers (physician and nurses), 44 mentors, 50 third year students and 50 second-year students.

Results and conclusions: The opportunity to incorporate standardized nursing languages in Department of Nursing at University of Shkoder is presented. Nursing department has knowledge, favorable attitudes and recognize barriers to implementing standardized nursing languages in lessons and current practices of using NANDA, NIC, and NOC (NNN).

Keywords: barriers, department, languages, nurse, practice, standardized.

HYRJE

Infermierët dhe mamitë përfaqësojnë kategorinë më të madhe të fuqisë punëtore profesionale në sistemin e kujdesit shëndetësor. Ndikimi dhe kontributi i kësaj kategorie është me rëndësi jetike në ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht në kujdesin shëndetësor parësor.

Çështje specifike të infermierisë pasqyrojnë problemet e sistemit në tërësi. 90% e infermiereve janë akoma femra me moshë mesatare 40 vjeç, megjithëse numri i infermierëve meshkuj është gradualisht në rritje. Çështje të lidhura me mbingarkesën, punën e detyrueshme jashtë orarit, abuzimin, dhunën në vendin e punës, dhe mungesa e autonomisë profesionale kontribuojnë në këto shqetësime. Nga ana tjetër, ka disa tregues të rritjes së interesit në karrierën e infermierisë, teksa përmirësohen rrogat dhe zgjerohen mundësitë e punës.

Një sërë studimesh kërkimore kanë treguar rëndësinë e stafit adekuat. Ka dëshmi të fuqishme se infermierët mund të shpëtojnë jetë. Infermierët nuk mund t'i kuptojnë thellësisht pacientët, t'i mbrojnë ata, të sinjalizojnë shenjat paralajmëruese të sëmundjeve të tyre nëse janë të tejmbushur me pacientë për të cilët duhet të kujdesen apo janë përgjegjës. (1)

Rritja e kompleksitetit në ofrimin e kujdesit shëndetësor, rritja e numrit të profesionistëve të shëndetit në nivele të ndryshme si dhe nevoja për të siguruar qasje më të barabartë në kujdesin shëndetësor, ka bërë që të lindë nevoja për standardet globale. Infermiera dhe arsimit infermior nuk mund të shihet në mënyrë të izoluar nga konteksti i saj, duke qenë se bëjnë pjesë në sistemin e kujdesit shëndetësor të një vendi. Sot përshkrimi i kompetencave infermiore dhe aftësive përfshijnë shumë kompleksitete, të tilla si: arsytim klinik, përdorimi i praktikës bazuar në evidenca, bashkëpunim ndërdisiplinor, punën ekipore, promovimin e shëndetit, pjesëmarrjen në menaxhimin e sëmundjeve kronike, kujdesjen për pacientët terminalë dhe aftësi të lartë teknike. Niveli minimal i pranuar përgjithësisht i edukimit të nevojshëm për praktikë infermiore është bachelor.(2)

Ndryshimi i madh në nivelet e arsimit fillestar për këta profesionistë nuk mund të neglizhohet. Shumë vende ende i konsiderojnë programet fillestare për arsimim në nivelin e shkollës së mesme si të mjaftueshme, ndërsa disa vende specifikojnë arsimin e nivelit universitar si pikë minimale e hyrjes në profesione shëndetësore për infermierët dhe mamitë. Vendosi dhe zbatimi i standardeve do të mundësojë përparimin drejt nivelit më të lartë të arsimimit, sigurinë, vendosjen e drejtë dhe adekuate të infermierëve dhe mamive në role të kujdesit shëndetësor si dhe potencialisht do të lehtësojnë praktikën e rekrutimit në gjithë botën.

Pavarësisht nga sfidat e përmendura më lart, ka disa trende pozitive në zhvillim në arsimin infermior. Në fushën e inovacionit dhe zhvillimit vërejmë një reformë të vazhdueshme në përputhje me tendencat kryesore të arsimit të lartë në Europë dhe më tej, veçanërisht me procesin e Bolonjës. Gjithnjë e më shumë krijohen aleanca strategjike mes palëve të interesuara, qendra të inovacionit, bashkëpunime brenda dhe midis fakulteteve, projekte kombëtare për përmirësim e arsimit infermior dhe bëhen investime në pajisje dhe infrastrukturë.

Ne shohim iniciativë gjithnjë e më shumë për sigurimin e cilësisë në arsimin infermior si: akreditimi, krijimi i komiteteve të sigurimit të cilësisë, vetëvlerësimet dhe auditimet si dhe përfshirja e studentëve.

Brenda konsorciumit ka një përfshirje aktive në bashkëpunimin ndërkombëtar dhe ndëruniversitar nëpërmjet projekteve ndërkombëtare, marrëveshje dypalëshe si dhe mobilitetit të stafit dhe studentëve.

Ka shumë punë për të bërë brenda profesionit të infermierisë. Përmirësimi i imazhit të infermierëve bazohet tek paraqitja dhe sjellja profesionale si dhe dokumentimi profesional i punës së tyre.

Bashkëpunimi me kolegë të profesioneve të tjera në fushën e mjekësisë është jetik në improvizimin e kujdesit mjekësor. Mjekët, terapistët, punëtorët socialë, sociologët, asistentët dhe teknikët duhet të jenë të ndërgjegjësuar rreth cilësisë së kujdesit që jepet. Të gjithë këto grupe së bashku mund të kenë një zë më të fuqishëm në reformat mjekësore. Infermierët e filluan punën në komunitet duke kaluar në spitale dhe tashmë po e shohin si mundësi dhe nevojë për tu rikthyer sërish në komunitet.

Për të ushtruar lidhësin në përmirësimin e kujdesit mjekësor infermierët duhet të njohin sistemin shëndetësor dhe të njohin rolin që kanë në të, të bashkohen me shoqata profesionale të specializuara për përmirësimin e kujdesit, të promovojnë punën e tyre në nivel kombëtar apo lokal për këto probleme.

Për më tepër, hapi i parë esencial në këtë punim është të identifikojë dokumentimet aktuale të praktikës së shkollës infermiore duke përfshirë shkallën në të cilën gjuhët standardet infermiore janë përdorur për të përshkruar njohuritë, qëndrimet, dhe barrierat deri tek përdorimi standardeve infermiore NNN në praktikën e shkollës infermiore. Nga ana tjetër gjetja e këtij studimi do të udhëheqë drejtuesit e shkollave infermiore në shfrytëzimin e përshtatshëm të strategjive, të inkorporojë standarde infermiore brenda dokumentacionit të shkollave infermiore.

1. KAPITULLI I - TË DHËNA TË LITERATURËS

1.1. Historia dhe liderat e zhvillimit të infermierisë.

Në historinë e saj infermieria ka pasur shumë lider të mëdhenj. Shumë prej tyre jo vetëm shfaqin forcën e liderëve të infermierisë por njëkohësisht reflektojnë disa nga çështjet më të rëndësishme që ky profesion ka hasur rreth 150 viteve të fundit. (3)

Në vitin 1859, **Florence Nightingale** që njihet si themeluesja e infermierisë moderne e përkufizoi rolin e infermierisë si: *“Të vendosurit e klientit në pozitën më të mirë të mundshme që natyra të veprojë mbi të”*. (4) Koncepti i saj për infermierinë u bë baza e themelimit të teorisë moderne të infermierisë. (5) Për të përmirësuar dhe standadizuar kushtet e punës së infermierëve, ajo duhej të ndryshonte rolin dhe sjelljen e infermiereve si dhe duhej të themelonte një shkollë të tillë që të përgatiste infermiere të kualifikuara. (6) Kështu lindi nevoja për themelimin e shkollës infermiere. Shkolla ishte një institucion i pavarur edukimi, i financuar nga fondi i Nightingale e cila merrej me përzgjedhjen e studenteve, organizimin dhe drejtimin e saj. Kjo shkollë shërbeu si një model për infermierinë (7)

Shumë teoricienë kanë përdorur mendimet e Nightingale si bazën e strukturimit të mendimeve dhe pikëpamjes së tyre për infermierinë. Libri i saj *“Shënime mbi infermierinë, çfarë është dhe çfarë nuk është”*, është një nga tekstet e para të infermierisë përmbante parimet e infermierisë. Për më shumë se 40 vite Nightingali luajti një rol të rëndësishëm në shumicën e reformave të kohës për kujdesin mjekësor. Reformat u ndërmorrën si rezultat i dokumentimit, prezantimit dhe publikimit të punës së saj. (8)

Martha Rogers e përkufizoi praktikën e infermierisë si *“Proces, i cili përdoret për qëllimin e asistimit të njerëzve për të arritur shëndetin maksimal brenda potencialit të secilit person”*. Rogers thekson faktin se infermierja merret me të gjithë njerëzit, disa nga të cilët janë të sëmurë. (9)

Lillian Wald, themeluesja e kujdesit në shtëpi ishte një shembull i kujdesit mjekësor të komunitetit të kohës. Ajo shpiku një model të sjellurit të kujdesit shëndetsor tek njerëzit.

Margaret Sanger si një politikane aktiviste, njihet për luftën që ka bërë për të mundësuar kontrollin mjekësor të lindjes. Sanger si e para infermiere lobiste solli ndryshime të rëndësishme në ligjet për lindjen e fëmijëve. Ajo e përshkruan shkollën si të sertë dhe shpesh çnjerëzore. (10)

Mary Eliza Mahoney ka qenë infermieria e parë me ngjyrë e diplomuar për infermiere në Shtetet e Bashkuara. Sjellja e saj profesionale e ndihmoi atë që të ndryshonte statusin e infermiereve me ngjyrë në këtë shtet.

Milred Montag themeloi një program asociativ për diplomimin e infermierëve në universitetin e Adelfit. Puna e saj përkon me periudhën e pas luftës. Për tu njohur me nevojat e infermiereve kongresi miratoi aktin e Boltonit në 1943, duke krijuar The United States Cadet Nurse Corps. Nën këtë akt infermieret mund të shkolloheshin në më pak se tre vjet, por të perfomonin të njëjtat detyra si homologët e tyre nga shkollat me diploma tre vjeçare. Periudha e pasluftës krijoi një mundësi të re pune për femrat me bazë edukimin spitalor. Teknologji të reja hynë në fushën e mjekësisë dhe kërkohej

një sferë dijesh më e fortë nga infermieret rreth shkencës dhe aftësi e përdorimit të këtyre teknologjive. Në 1952, Montag propozoi dy nivele të infermierisë, duke krijuar atë që ajo e shpjegon si infermiere teknike. Kjo infermiere do të ishte e aftë të performonte kujdes mjekësor direkt dhe të sigurt, nën kujdesin e infermiereve profesionale në kushte të mira profesionale. Kurrikula përfshinte kurse të përgjithshme edukimi për të përgatitur infermieret për aftësi, shkathësi, profesionalitet social. Ky model shfaqi nevojën e shkollimit të edukimit nga spitali në institucione me nivel mësimor më të lartë. (11)

Virginia Henderson vendosi theksin tek unikaliteti i infermierisë: *“Funksioni unik i infermierit është të ndihmojë individin, të sëmurë apo të shëndoshë, në performimin e atyre aktiviteteve, që kontribuojnë në shëndetin apo rikuperimin e tij, (apo në vdekje të paqtë,) të cilat ai do ti kryentë pa ndihmë nëse do kishte forcën e mjaftueshme, vullnetin apo diturinë dhe për ta bërë këtë në një mënyrë të tillë që ta ndihmojë pacientin të fitojë pavarësinë sa më shpejt të jetë e mundur”*. Ajo shkroi libra themeltarë të përdorur së shumti nga infermierët përgjatë gjithë shtetit për shumicën e shekullit të kaluar.(12)

Në 1953, ajo u anëtarësua në Yale School of Nursing in New Haven, Connecticut, si një asistente kërkimore dhe kaloi katër dekada të jetës së saj atje. Ajo filloi një projekt për rishikimin e literaturës së infermierisë dhe publikoi punën e saj me katër vëllime të quajtur Nursing Studies Index, e cila ishte e pajisur me tregues të literaturës së gjuhës angleze rreth infermierisë nga 1900 deri në 1960. (13)

Publikimi më i rëndësishëm i Virginia Henderson *“Principles and Practice of Nursing”*, konsiderohet si ekuivalenti i shekullit XX të botimit të Nightingale *“Notes on Nursing”*. Henderson shkroi tri botime të këtij libri. Ndryshe nga botimet e tjerë ky theksonte rëndësinë e punës kërkimore të infermiereve.

Henderson themeloi Interagency Council on Information Resources for Nursing. Ajo ishte konsulente e National Library of Medicine and the American Journal of Nursing Company. Henderson mori shumë çmime për punën dhe arritjet e saj për të rritur statusin e profesionit të infermierisë.

Para më shumë se 40 vitesh, **Beletz** (1974) shkroi se shumica e njerëzve i mendonin infermierët nën terma me orientim gjinor, në bazë të punës së tyre: *“Një femër që performon punë dhe teknika të pakëndshme si asistente e mjekut”*.(14) Megjithëse, imazhi i infermiereve dhe infermierisë ka avancuar goxha që atëherë, ka akoma prej atyre që i konsiderojnë infermierët si ndihmës të cilët marrin urdhrat e mjekut.(15)

1.2. Organizata profesionale infermiere - A.N.A (American Nurses Association).

Në vitin 1907 dhe u krijua *“Nurses Associated Alumnae of the United States and Canada nas created”* e më pas në vitin 1911 emri i saj u ndryshua në *“American Nurses Association, A.N.A”* e cila u bë një shoqatë federale e infermiereve sipas kushtetutës së shtetit.

Në 1908 u themelua *“Canadian Association of Nursing Education”* krijoi *“Canadian National Association of Trained Nurses”* e cila u bë *“Canadian Nurses Association”* në 1924, me presidenten e parë Mary Agnes Snively. (16)

Qëllimet e ANA janë:

1. Vendosja e standardeve më të larta të praktikës së infermierisë.

2. Promovimi i të drejtave të infermierëve në vendin e punës.
3. Krijimi i pikëpamjeve pozitive dhe realiste të infermierisë.
4. Lobimi në kongres rreth çështjeve që kanë të bëjnë me kujdesin shëndetësor publik. Këto qëllime, të rishikuara gjatë takimeve bienale, janë të pakufizuara në bazë të gjinisë, moshës, stilit të jetës, nacionalitetit, racës apo orientimit seksual. (17)

1.3. Analiza e situatës aktuale në arsimin infermieror

Arsimi infermieror drejtohet nga udhëzimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë, ligji evropian dhe ligjet e shteteve anëtare. Pavarësisht rritjes së konvergencës në sistemet arsimore nuk ka uniformitetin në arsimin infermieror dhe mënyrën si është i organizuar në Europë. (18)

Në vitin 2001 Asambleja Botërore e Shëndetësisë (WHA) mbështeti thirrjen për të forcuar profesionet e Infermierisë dhe Mamive duke miratuar rezolutën WHA 54.12. Kjo rezolutë veçanërisht për shtetet anëtare urdhëroi që ti kushtohet vëmendje urgjente mënyrave të përmirësimit infermieror dhe mamive në vendet e tyre përkatëse si dhe të përgatitet një plan veprimi, me procedurat e ndërtimit të brendshëm të vlerësimit, për forcimin e infermierisë dhe shërbimet Mami. Qëllimi është vendosja e standardeve globale. Këto standarde synojnë që të vendosin kritere arsimore dhe të sigurojnë rezultate të bazuara në prova dhe kompetencë, të promovojnë natyrën progresive të arsimit dhe mësimin gjatë gjithë jetës si dhe të sigurojnë punësimin e praktikuesve, të cilët janë kompetent. Këta profesionistë duke siguruar cilësinë e kujdesit do të nxisin rezultate pozitive shëndetësore në popullsinë që ata do shërbejnë.(19)

Standardet globale përfshijnë ofrimin e programeve të bazuara në evidenca arsimore (programe që plotësojnë nevojat kombëtare, rajonale dhe shoqërore); aplikimin e kompetencave themelore për të siguruar një udhëzues për zhvillimin e kurrikulës; stimulimin për krijimin e shkollave infermiore/mami si dhe vendosjen e standardeve për përmirësimin e cilësisë të vazhdueshme dhe përparimin e arsimit në infermieri dhe mami.(20)

Standardet globale mund të veprojnë si një katalizator në avokimin për ndryshimin e arsimit, reformave dhe përmirësimin e cilësisë. Ata shërbejnë në rritjen e numrit dhe burimeve njerëzore me cilësi të lartë profesionale duke fuqizuar dhe forcuar sistemet shëndetësore. Po kështu ata bëhen baza e zhvillimit të standardeve globale për edukimin vazhdimësi të infermierive dhe/ose edukimit mamive. (21)

Parimet e standardeve globale bazohen në kompetencat e përcaktuara për ndërtimin e kurrikulave për arsimin infermieror, ndërveprimin midis infermierit/mamisë/studentit dhe klientit si dhe në qasjen ndër-profesionale për arsimin dhe praktikën profesionale.

Rezultatet e pritshme sipas O.B.SH për shkollat e infermierisë përqendrohen rreth kurrikulave që ofrohen nga shkollat, pëmbajtjes së tyre, partneritetet si dhe vlerësimin e të mësuarit, të njohurive dhe aftësive të studentëve/nxënësve të tyre.

Shkollat infermieri/ mami duhet ti ndërtojnë kurrikulat në bazë të planifikimit të fuqisë punëtore dhe politikave kombëtare/ndërkombëtare të kujdesit shëndetësor, për të përmbushur kriteret kombëtare/ndërkombëtare të arsimit si dhe kërkesat profesionale, rregullatore për praktikë, për të plotësuar nevojat e popullsisë të tyre përkatëse. Këto shkolla duhet të krijojnë dhe të demonstrojnë balancë midis komponentëve teorike dhe

praktike të kurrikulës, të demonstrojnë përdorimin e qasjeve të njohura të mësimdhënies dhe mësimnxënies në programet e tyre, duke përfshirë, por jo kufizuar në arsimimin e të rriturve, të mësuarit e vetë-drejtuar, e-learning dhe simulimi klinik bazuar në kompetencat e përcaktuara dhe të bazuara në prova. Kështu shkollat duhet të mundësojnë zhvillimin e arsytimit klinik, zgjidhjen e problemeve dhe të menduarit kritik në programet e tyre.

Shkollat kryejnë vlerësime të rregullta të kurrikulave dhe mësimit klinik dhe përfshijnë nxënës, klientë, grupe të interesit dhe reagime të partnerëve. Ato duhet të ofrojnë mundësi për përmbajtje multidisiplinare dhe përvoja të të nxënësve.(17) Lidhur me **Kurrikulat**, programet infermieri/mami duhet të ofrojnë përmbajtje thelbësore në teori, në praktikë, në ndërhyrjet infermiore, në përvoja klinike mësimore të mbikqyrura që të mundësojë të diplomuarit e tyre për të përmbushur kompetencat e përcaktuara me qëllim forcimin e sistemeve shëndetësor përmes qasjes së kujdesit shëndetësor parësor.

Përsa i përket partneriteteve të kurrikulës shkollat infermieri/mami duhet të zhvillojnë partneritete me disiplinat e tjera të kujdesit shëndetësor. Ato duhet të përdorin punën ndërprofesionale në grup në kurset e tyre dhe përvojat klinike të mësuarit si dhe duhet të kenë qasje në faqet klinike të mësuarit, të kërkuara për ofrimin e programit.

Lidhur me vlerësimin e nxënësve pritet që shkollat infermieri/mami do duhet të vlerësojnë të mësuarit e nxënësve, njohuritë dhe zhvillimin e aftësive në të gjithë programet e tyre. Për këtë duhet që të përdorin metodologji të besueshme të vlerësimit si dhe të përdorin një shumëllojshmëri të metodave për të vlerësuar lëndën duke studiuar, duke përfshirë në vlerësimin e performancës së studentëve edhe reagimet klient/palë të interesuara. Qëllimi final është që të ndërtohen sisteme të mbajtjes së studentëve në vend.

1.4. Konteksti European në arsimin infermieror

Bashkimi European synon të mbështesë shtetet e tij anëtare përmes iniciativave për bashkëpunim më të madh, lëvizshmëri dhe transparencë. (22) (Akov, 2010-2011).

Në vitin 2000 Këshilli i Europës formuloi, në një takim në Lisbonë, një paketë të objektivave ambicioze për Bashkimin European. Duke pasur parasysh zhvillimet ekonomike dhe sociale të tilla si globalizimi, Bashkimi European duhej të rregullonte strategjinë e tij. Një ekonomi efikase e dijes nuk mund të bëjë pa një sistem modern arsimor. Nga kjo pikëpamje, u arrit në përfundimin se Bashkimi European për arsim dhe trajnim duhet të shkojë drejt kualifikimeve më transparente, në mënyrë që të arrijnë nevojat e dijes në shoqëri. Te nxënës gjatë gjithë jetës dhe një lëvizshmëri e lehtë për nxënësit dhe punëtorët ndërmjet shteteve anëtare janë motorët e rëndësishme në këtë proces.

Që nga viti 2000, Këshilli European mblidhet çdo pranverë të mbikëqyrë ecurinë e strategjisë së Lisbonës, për të formuluar objektiva më konkrete. Konsultimi mbi këtë çështje në nëntor të vitit 2002 arriti kulmin në Deklaratën e Kopenhagës. (23) Ky vizion bëri që në vitin 2004 të hartohej Korniza Europiane e Kualifikimeve (KEK), duke u mbështetur në politikën europiane të strategjisë së Lisbonës dhe procesin e Kopenhagës. Programi u zëvendësua së fundmi nga një version i ri me titull "Edukim dhe Trajnim 2020". (24, 25)

Zbatimi i strategjisë së Lisbonës varet nga zhvillimi i një shkalle të gjerë i bashkëpunimit europian në arsim të cilësisë së lartë dhe trajnimin profesional e sidomos në drejtim të promovimit të përfshirjes sociale, kohezionit, lëvizshmërisë, punësimit dhe konkurrencës. Duke ndjekur shembullin e strategjisë së përtërirë të Lisbonës dhe procesin e Kopenhagës zhvillimi i kuadrit Europian të referencës për sigurimin e cilësisë (EQARF, në ditët e sotme EQAVET) dhe Sistemit Europian të Kredive për arsim profesional dhe trajnim (ECVET) në Maj 2009 beri një hap të rëndësishëm përpara. (26)

Paralelisht me nismat e përshkruara më lart hapësira europiane e arsimit të lartë (EHEA) u themelua në vitin 2010. Kjo erdhi nga Deklarata e Bolonjës, nënshkruar nga 29 vende europiane në vitin 1999, por që tani 47 vende janë pjesë e saj. Nënshkruerit në këtë deklaratë u angazhuan për krijimin e një cilësie të lartë, sistemi tërheqës dhe konkurrues europian të arsimit të lartë, me programe transparente dhe përgjithësisht të pranuar. Qëllimi final do ishte njohja gradave shkencore, zhvillimi i një sistemi të krediteve ECTS, zbatimi i një sistemi të përbashkët të dy cikleve të përgjithshme (bachelor-master), e më pas i një sistemi prej tre cikle (bachelor-master-doktoraturë), promovimi i mobilitetit të studentëve, mësimdhënësve, hulumtuesve dhe personelit administrativ si dhe punësimi i studentëve brenda vendeve Europiane. Kjo kornizë e kualifikimeve për arsimin e lartë ka nivele që janë në përputhje me kornizën Europiane të kualifikimeve. (27)

Kështu Procesi i Bolonjës (EHEA 2009) erdhi si pasojë e Deklaratës së Bolonjës në vitin 1999. Qëllimi i këtij procesi është: zbatimi i një sistemi të gradave akademike lehtësisht të identifikueshme, dhe të krahasueshme, inkurajimi në mobilitetin në mes të nxënësve, mësimdhënësve dhe hulumtuesve shkencorë duke siguruar kështu arsimim me cilësi të lartë.

ENQA (Shoqata Europiane për Sigurimin e Cilësisë në Arsimin e Lartë), u krijua për të përmirësuar cilësinë e hapësirës europiane të arsimit të lartë. Ajo mbikqyr cilësinë e agjensive kombëtare përgjegjëse për vizitat e kurseve të studimit të arsimit të lartë dhe gjithashtu ka një rol këshillues në procesin e politikave Europiane.

Vendet që nënshkruan Deklaratën e Bolonjës, vullnetarisht ndërmoren për të reformuar sistemin e tyre arsimor. Kjo reformë nuk është imponuar në qeveritë kombëtare dhe universitete. Dëshmitë e kualifikimeve formale të lëshuara nga ato shtete anëtare që janë në pajtim me direktivën i mundësojnë mbajtësve të tyre njohjen automatike në bazë të koordinimit të kërkesave minimale të trajnimit dhe ushtrimin e profesionin të tyre në çdo shtet anëtar. (EHEA 2009) .(23)

1.4.1. Kërkesat minimale të trajnimit infermieror

Trajnimi infermieror përfshin 4600 orë trajnimi teorik dhe klinik. Pjesa teorike përfshin të paktën 1/3 dhe pjesa klinike të paktën 1/2 e periudhës së përgjithshme të trajnimit. (28)

Trajnimi teorik është pjesa në të cilën studentët fitojnë njohuri profesionale, njohuri dhe aftësitë e nevojshme për organizimin, ushtrimin dhe vlerësimin e kujdesit.

Trajnimi ofrohet nga ligjëruesit infermieror dhe persona të tjerë kompetentë, në një program trajnimi të njohur në shkolla infermiore.

Trajnimi klinik është pjesa në të cilën studenti mëson, si pjesë e një ekipi dhe në kontakt të drejtpërdrejtë me persona të shëndoshë dhe të sëmurë dhe/ose komunitetet, në mënyrë të organizuar, të kryeje dhe të vlerësojë kujdesin e përgjithshëm të bazuar në njohuritë dhe aftësitë që ata kanë fituar.

Studenti mëson jo vetëm për të punuar në një ekip, por edhe të drejtojë një ekip dhe të organizojnë kujdesin e përgjithshëm infermieror, duke përfshirë edukimin shëndetësor për individë dhe grupe të vogla brenda institucionit apo komunitetit.

Trajnimi klinik zhvillohet në spitale dhe institucione të tjera në kuadër të kujdesit shëndetësor dhe kujdesit për komunitetin, nën përgjegjësinë e ligjëruesve infermieror dhe në bashkëpunim me infermierët e kualifikuar. Personeli tjetër profesional gjithashtu mund të marrë pjesë në procesin e trajnimit.

Trajnimi infermieror siguron se studenti ka fituar njohuritë dhe aftësitë të mjaftueshme për: shkencat mbi të cilat bazohet infermieria, funksionet fiziologjike dhe sjelljen e personave të shëndoshë dhe të sëmurë, marrëdhëniet në mes të gjendjes shëndetësore dhe botës sociale dhe fizike të njerëzimit, aspektet etike dhe parimet themelore të shëndetit dhe infermierisë, përvoja klinike adekuate. Kështu studenti është i aftë për të marrë pjesë në trajnimin praktik të profesionistëve të shëndetësisë si dhe me anëtarë të grupeve të tjera profesionale brenda sektorit të shëndetësisë. (29)

1.4.2. Modernizimi i direktivës

Më 26 tetor 2010, politika e tregut dhe Komisioni i brendshëm i Mbrojtjes së Konsumatorit u mblodh rreth temës së njohjes së kompetencave profesionale në kuadër të Bashkimit Europian. Këshilli Infermieror ka formuluar disa gjetje konkrete dhe u vendos që patjetër të kryej rishikimin e direktivës. Kërkesat minimale të trajnimit duhet të jenë të përditësuara në mënyrë që ata të njohin rolet e reja dhe përgjegjësi më të gjera të infermiereve. Progresi shkencor dhe akademik përfshihet si një kërkesë e detyrueshme në direktivën europiane. Praktika bashkëkohore infermiore përfshin lidërshtipin, autonominë dhe prova shkencore të bazuara. (Hazell & Weir-Hughes, 2010) (30)

1.4.3. Nivelet, ofruesit dhe kohëzgjatja e arsimit infermieror

Dhjetë nga 18 vendet mbajnë dy nivele të infermierisë, kjo përfshin të gjitha vendet e që nuk janë anëtare të BE-së dhe 5 të 12 vendeve të BE-së (Belgjika, Finlanda, Gjermania, Holanda dhe Suedia). Në këtë aspekt, Mbretëria e Bashkuar është në përputhje me shumicën e homologëve të saj Europianë, por dallon nga të gjitha vendet jashtë BE-së si Britania e Madhe, shumica e vendeve kanë lëvizur arsimimin e infermiereve te nivelit të parë në sektorin e arsimit të lartë dhe ofrojnë një diplomë. Edhe pse Franca dhe Gjermania kanë qenë prej kohësh përjashtime, shumica e infermiereve kualifikohen nëpërmjet shkollave të infermierisë të bashkangjitura në spitale. (31)

1.5. Tranzicioni dhe sfidat e arsimit infermieror në Ballkanin Perëndimor

Arsimi infermieror në Ballkanin Perëndimor është në tranzicion (p.sh. Prezantimi i metodologjive, kompetencave dhe qasjeve të reja, krijimi i programeve të përbashkëta). Por mbeten disa sfida serioze.

Para së gjithash është ai i “dallimeve në arsimin bazë infermieror”. Ka një shumëllojshmëri të llojeve të arsimit (kualifikim të mesëm, post-sekondar, bachelor), të cilat nuk përputhen me arsimin që ofrojnë vendet e BE. Një tjetër ndikim në arsimin infermieror, është ai i universiteteve private që ofrojnë programe për edukimin fillestar të studenteve infermierë me një standard më të ndryshëm se universitetet publike. Qeverisja e sektorit shëndetësor dhe arsimor është shpërndarë dhe fragmentuar, e cila nuk është e dobishme për një politikë harmonike mbi arsimin infermieror.

Ka vend për përmirësim në krahun teorik si dhe për trajnimin praktik. Të gjitha programet kanë shumë orientime bio-mjekësore. Kur infermiera është në nivelin bachelor, fakulteti (profesorë dhe instruktorët) janë mjekë të mjekësisë dhe jo infermierët. Në nivelin e mesëm pjesa teorike është mësuar nga mjekët dhe infermierët e diplomuar në nivel më të lartë të arsimit. Formimi teorik nuk është në përputhje me kompetencat e reja të kërkuara në infermieri.

Në fushën klinike, studentët janë mbikqyrur nga mentorët të cilët janë gjithashtu infermierë të diplomuar në nivel më të lartë të arsimit, por që shpesh nuk janë të specializuar mjaftueshëm në fushën e praktikës. Nuk ka asnjë trajektore të zakonshme për llojin e zonave klinike as kohëzgjatjen e praktikave.(2)

Shumica e programeve nuk përfshijnë 4. 600 orë trajnim, përfshirë gjysma e tyre në mjediset klinike. Përsa i përket aftësimin praktik, materialet edukative dhe metodat e mësimdhënies janë jashtë standardeve. (32)

Ai është ende larg nga e zakonshmeja që infermiera të konsiderohet si një *entitet i veçantë brenda universiteteve*. Infermiera më e shpeshta, është një program i veçantë studimi në fakultetin e mjekësisë. Në raste të tjera ajo është departament në fakultetin e shkencave natyrore. Në disa raste të rralla infermiera është pjesë e fakultetit të shkencave shëndetësore, së bashku me profile të tjera në zhvillim profesional, të tilla si logopedistë, fizioterapeut, teknikë laborator, etj.

Bazuar në përshkrimin e situatës në arsimin infermieror në Shqipëri, Bosnjë-Hercegovinë dhe Mal të Zi gjatë takimit të projektit CCNURCA pjesë e të cilit ishte dhe Universiteti i Shkodrës, Departamenti i Infermierisë, një numër i prioriteteve të mëtejshme mund të përcaktohen për reforma në arsimin infermieror në Ballkanin Perëndimor.(33,34,35) Arsimi bazë për infermierët duhet të jetë në një nivel bachelor. Ku 180 ECTS kredite është niveli minimal. Mësimdhënia dhe trajnimi duhet të ofrohet vetëm pjesërisht nga mjekët. Pjesa më e madhe e trajnimit praktik dhe kurset teorike duhet të sigurohen nga infermierët që janë të trajnuar në pedagogji, mundësisht me një master apo një shkallë të doktoraturës.(36)

Kompetencat për infermierët duhet të jenë të specifikuara, të njohura dhe të miratuara nga institutet arsimore, dhe ato të fushës së punës. Ka nevojë për vendosjen e ndërsjelltë të qëllimit dhe bashkëpunimin më të ngushtë mes organizatave shëndetësore dhe instituteve arsimore. Kjo kërkon organe formale (p.sh: urdhëri i infermierit) dhe një qasje të përbashkët për trajnim praktik.(28)

1.6. Misioni dhe objektivat e programit të studimit infermieri në Universitetin "Luigj Gurakuqi" Shkodër.

1.6.1. Historiku i Departamentit të infermierisë

Dega e Infermierisë filloi si një degë e re në Universitetin e Shkodrës "Luigj Gurakuqi", në vitin akademik 2001- 2002. Programi i ciklit të parë të studimeve në degën "Infermieri e përgjithshme" është hapur me Urdhrin e Ministrisë të Arsimit dhe Shkencës, nr. 784/1, datë 05.06.2001, me kohë të plotë. Kjo degë u hap me iniciativë të Universitetit dhe Drejtorisë Shëndetit Publik Shkodër, në mjediset e ish spitalit "Jorgji Karamitri" të rrethit. (37)

Motivi i hapjes së kësaj dege ka të bëjë me nivelin jo të kënaqshëm të personelit infermierë, dhe sidomos nga ato me kurse 1- vjeçare.

Dega e Infermierisë drejtohej nga Departamenti i Biologji-Kimisë deri në vitin 2007, pjesë e Fakultetit të Shkencave Natyrore. Që nga viti 2003, edhe pse profesori efektiv përbëhej nga 4 persona (2 mjekë dhe 2 infermierë me arsim të lartë), gjë e cila në bazë të kriterëve dikasteriale e bënte të pamundur organizimin e tyre as edhe në seksion, mënyra e punës është organizuar e tillë që këtij profesori i janë dhënë de fakto atributet e një seksioni, bile edhe më shumë. Kjo ka siguruar udhëheqjen e drejtpërdrejtë të kësaj dege nga dekanat dhe si rrjedhojë për mjaft probleme dega e Infermierisë ka gjetur zgjidhjen e menjëhershme për problemet mësimore dhe kërkimore.

Megjithatë, për vetë pozicionin kjo njësi (e pa emëruar-njësia që drejton degën e infermierisë) nuk gjente dot zgjidhje për mjaft probleme; veçojmë ato ekonomiko financiare. Kjo për faktin se buxheti administrohej dhe menaxhohej në mënyrë të drejtpërdrejtë nga Rektori dhe jo nga Dekanati. Në vitin 2006, pasi u rekrutuan katër pedagogë të brendshëm, kontigjenti i dalë nga brezi i parë i studentëve të kësaj dege, u bë i mundur krijimi i Seksionit të Infermierisë në Departamentin e Biologji-Kimisë, me shkresë nr. 2740 prot, dt 27. 04. 2006 nga Ministria e Arsimit dhe e Shkencës. (38) Arsimimi gjatë viteve akademike 2001-2007 ka qënë 3,5 vite.

Viti i parë ka 16 lëndë teorike + edukimi fizik, që përbën kryesisht formimin bazë teorik dhe praktikë profesionale.

Në vitin e dytë dhe të tretë dominon përgatitja speciale (viti II ka 17 lëndë teorike + edukim fizik, viti III ka 21 lëndë teorike dhe nga 16 janë praktikë profesionale).

Kohëzgjatja e vitit akademik ishte (për vitin e I deri tek i III) 42 javë (duke përfshirë provimet).

Viti I ka 31 javë teori dhe 5 javë praktikë profesionale, viti II dhe i III kanë përkatësisht 26 javë teori (përfshi provimet) dhe 16 javë praktikë profesionale, viti IV ka vetëm 20 javë praktikë profesionale dhe 3 javë për provimin e diplomës.

Në vitin akademik 2004-2005, u implementua sistemi i kartës së Bolonjës për degën infermieri, ndërsa dy degët e reja mami dhe fizioterapi kanë filluar menjëherë me sistemin e Bolonjës. (39) Shkresa me Nr. Prot. 6530. Dt 05.10.2004 " Mbi miratimin e degëve që do të shtrihen në tre vjet studimi në Universitetin e Shkodrës" Ministria e Arsimit dhe e shkencës. Tiranë 2004.

Gjatë viteve 2006-2007, janë punësuar dhe 4 (katër) pedagogë infermierë, kontigjenti i këtij universiteti.

Në vitin 2007, u hapen dy degë të reja “Mami” dhe “Fizioterapi”, kjo e fundit në marrëveshje me palën Italiane (konkretisht me Universitetin La Sapienza në Romë dhe Universitetin e Firences). (39, 40) Me hapjen e këtyre dy degëve dhe me shtimin e numrit të pedagogëve të brendshëm, u bë e mundur që në mars të vitit 2008, të shpallej stuktura “*Departamenti Infermieri*”, brenda Fakultetit të Shkencave të Natyrës.

Dega mami ka filluar veprimtarinë akademike në tetor të vitit 2007. Programi i ciklit të parë të studimeve në degën “Mami” është hapur me Urdhrin e Ministrisë të Arsimit dhe Shkencës, VKM Nr. 3955, datë 01.06.2007, me kohë të plotë. Dega Mami filloi si një degë e re në Universitetin e Shkodrës “Luigj Gurakuqi“, në vitin akademik 2007-2008. Motivi i hapjes së kësaj dege ka të bëjë me nivelin jo të kënaqshëm të personelit Mami, e sidomos nga ato me kurse 1- vjeçare Duke shikuar mungesën dhe nevojën për një personel të përshtatshëm dhe të përgatitur për tregun, u mendua dhe u konkretizua hapje e kësaj dege që ka rezultuar me sukses, pasi gjithë studentët e kësaj dege pothuajse janë sistemuar në vende pune brenda dhe jashtë vendit dhe kanë bërë të mundur futjen e frymës së re në lidhje me konceptin MAMI, pasi deri vonë, mamitë ishin thjeshtë me arsim të drejtuar infermier.

Dega fizioterapi ka filluar veprimtarinë akademike në tetor të vitit 2007, kjo në marrëveshje me Universitetin La Sapienza në Romë dhe Universitetin e Firences. Kjo erdhi si mungesë totale e këtij profesioni në spitale (të gjithë me arsim të mesëm) dhe si një vizion i ri që po merr gjithnjë e më tepër rëndësinë e madhe që ka në trajtimin e problemeve të ndryshme shëndetësore.

1.6.2. Struktura organizative dhe pozicioni i njësisë brenda strukturës së përgjithëshme institucionale

Ofrimi i programeve të studimit - Organizimi, drejtimi dhe administrimi i programeve të studimit.

Filozofia e arsimit për Degën Infermieri, Mami dhe Fizioterapi ka në themel filozofinë kombëtare të arsimit të lartë, kjo falë përfshirjes së këtyre degeve në universitet, vlerësimit të këtyre degëve si degë universitare, përvojës dhe kontributeve të këtij universiteti në fushën e arsimit, qëndrimin shumë pranë të strukturës së dekanatit qysh me hapjen e këtyre degëve.

Organizimi i programit të studimit (vite, semestra, javë etj).

- 1 vit akademik ka ___30___ javë mësimore në auditor
- 1 Semestër ka ___15___ javë mësimore në auditor
- 1 ECTS = 15 orë mësimore punë të studentit
- 1 orë mësimore = 60'

Objektivat e kursit

Objektivat janë të qarta, sidoqë kemi kërkesa që të integrohet më mirë produkti, infermierët, mamitë dhe fizioterapeutët me arsim të lartë. Kjo ndoshta sepse nuk ka një konceptim më adekuat të rolit dhe detyrave që mund e duhet të përmbushin infermierët, mamitë dhe fizioterapeutët me arsim të lartë në shëndetësi, etj.

Filozofia e mësimin

Pikat e interesit, misioni i institucionit është përgatitja e specialistëve me arsim të lartë, ndërmjet të cilëve edhe të infermierëve, mamive dhe fizioterapeutëve me arsim të lartë, rritja e nivelit të infermierit, mamive dhe fizioterapeutëve si profesionistë që zotërojnë njohuri teorike dhe praktikë bashkëkohore, si i pranueshëm dhe i kërkuar në

tregun e punës, rritja e nivelit të mësimdhënies, duke bërë kërkesa të studiuara për logjistikën për të ndihmuar përmirësimin e cilësisë.

Filozofia e mëimit të kursit është ajo e arsimit të lartë, me leksione, seminare, punë laboratorike, praktika profesionale, etj.

Në aspektin teorik, laboratorik dhe praktik, institucioni e plotëson misionin e marrë përsipër, kjo në sajë të stafit të kualifikuar; me plotësimin e bazës materiale, me dy kabinete të mirëkompletuara dhe funksionale; në aspektin profesional, të praktikave profesionale në spital dhe shërbimin parësor (n.q.se deri në vitin 2007, stafi që e drejtonte atë ishte me arsim të mesëm) sot mentorët janë të gjithë me arsim të lartë (pjesa më e madhe me cikël të dytë të studimeve ose në përfundim, dhe pjesa tjetër me arsim të lartë me diplome DIND, 4 vjeçar).

Synimet dhe qëllimet e programit

Objektivat e programit janë marrë nga programet e shkollës së lartë të infermierisë Tiranë (kjo në fillimet e saj), dhe gjithmonë në bashkëpunim me Fakultetin e Infermierisë dhe sot me Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Tiranë. Megjithatë, ka pasur gjithmonë përshtatje në varësi të politikave të Universitetit tonë.

Për mjaft gjëra gjejmë konsultim me infermierë profesionalisht shumë të mirë, të cilët na japin mendime të vlefshme, që ato kanë kaluar dhe si pasojë e mendimit se çfarë duhet të ketë më shumë një infermier.

Qëllimi i arsimit të lartë të infermierëve, mamive dhe fizioterapeuteve është aftësimi praktik profesional me kulturë të shëndoshë teorike, me qëllim që ato t'i përgjigjen niveleve më të larta se ato të infermierëve, mamive dhe fizioterapeuteve me arsim të mesëm, përgjegjshmëria e tyre të lartësohet dhe të zgjerohet, që ato të jenë të aftë të marrin përsipër, veçanërisht në rastet e urgjencave detyrën e për ti bërë ballë situatave deri shumë të ndërlikuara, gjithashtu, të përgatisin gjithçka të nevojshme sa më të shpejt. Kjo përbën edhe një synim të nivelit ku kërkojmë ta çojmë programin në tregun e punës; në një kohë që rrugët që do të siguronin këtë janë relativisht të qarta dhe tashmë të konsoliduara.

Mendojmë se profili është përcaktuar mirë, është ai i infermierit të përgjithshëm, mamisë dhe fizioterapeutit.

Lidhur me qëllimet dhe objektivat e këtij departamenti janë bërë plot diskutime si dhe konsulta. Në fokus ka qënë pikërisht përcaktimi sa më i qartë i qëllimit (qëllimeve) dhe objektivave: në këtë kontekst ka një njohje të qëllimeve dhe objektivave, por ka edhe në paqartësi që kërkohet patjetër të eliminohet. Studentëve u janë bërë të qarta qëllimet dhe objektivat tona si pedagog për ta ngritur këtë departament në atë çfarë takohet dhe sygjerohet nga shkolla të larta apo universitete të huaja.

Për të treguar se qëllimet dhe objektivat tona janë plotësuar, tregohet nga fakti që të diplomuarit nga të tre degët që në disponojmë janë të punësuar në të gjitha institucionet shëndetësore të vendit tonë dhe më gjërë. Konkretisht, Spitali Rajonal Shkodër dhe Drejtoria e Shëndetit Publik preferojnë studentët tane. Pothuajse në të gjithë spitalet publike dhe private në Tiranë ka një masivitet të studentëve tanë të punësuar. Gjithashtu në vëndet fqinje dhe më larg, si p.sh, Itali, Greqi, Mali Zi, së fundmi Gjermani, dhe jo vetëm, por dhe në Amerikë dhe Kanada, studentët tanë kanë gjetur mundësinë e punësimit falë programeve të studimit, qëllimve dhe objektivave të vendosura nga departamenti, praktikave profesionale dhe aftësive që këta ish studentë marrin nga cikli i studimeve të kryera nga keto programe studimi.

Transmetimi i objektivave në programin mësimor

Programi mësimor kontribon për të arritur objektivat përmes vetë përmbytjes së tij; nga ana tjetër synojmë tu përgjigjemi asaj çfarë ne gjejmë në vendet e huaja qoftë në përmbytje qoftë nga kërkesat e tregut të punës.

Ndryshimet në programin mësimor, futja e temave të reja, shtimi i orëve mësimore, ndarja veç e kujdesjeve infermiore, dhënia rëndësi e lëndëve formuese bazë, kanë transmetuar objektiva në programin mësimor.

1.6.3. Kompetencat e ofruara studentëve të diplomuar të infermierisë

Kompetenca të përgjithshme

Programi Bachelor në Infermieri e përgjithshme është studim shkencor i problemeve shëndetësore, qofshin fizike, psikike apo sociale që shfaqen në etapa të ndryshme të jetës. Ajo ka të bëjë me zbatimin e aftësive profesionale duke u fokusuar në kërkimin shkencor për problemet që njerëzit hasin kur ata sëmuren, kur janë të shëndetshëm dhe kanë nevojë për edukim shëndetësor, apo në momentet e fundit të jetës. Qëllimi i programit Bachelor në Infermieri e përgjithshme është të ofrojë një program studimi 3 vjeçar, me 180 ECTS, që përgatit profesionistë për të punuar në spitale, qendra shëndetësore dhe klinika të ndryshme shtetërore apo private. Përveç kësaj programi shërben si një sekuençë parapërgatitore për ata studentë të diplomuar që dëshirojnë të vazhdojnë studimet në një program të ciklit të dytë master profesional/shkencor. Për të përmbytur këtë qëllim, programi Bachelor në Infermieri e përgjithshme parashikon mbështetjen në marrjen e vendimeve të drejta në funksion të pacientit/klientin në lidhje me përgjegjësitë e tyre përkundrejt gjëndjes shëndetsore.

Kompetenca specifike

Programi Bachelor në Infermieri e përgjithshme ofron mundësi për të zhvilluar aftësitë kërkimore shkencore, njohuritë mbi teoritë dhe teknikat infermiore aktuale dhe të eksperiencës së aplikuar. Qëllimi i këtij programi është të përgatisë të gjithë personelin shëndetsor për të ofruar mundësi për të bërë ndryshime në përmirësimin dhe rritjen e cilësisë së dhënies së kujdesit shëndetsor. Aspektet shkencore të programit Bachelor në Infermieri e përgjithshme përfshijnë shkencën e aplikuar ashtu edhe atë bazike. Aspektet e aplikuar janë të orientuara rreth zgjidhjeve shkencore të problemeve njerëzore lidhur me shëndetin. Aspektet bazike janë të ndryshme duke ndjekur kështu interesat e hulumtuesit. Shembujt përfshijnë kërkimin në studimin e sëmundshmërisë, edukimit shëndetësor tek njerëzit që predispozohen të shëndeshëm apo edhe tek ata të sëmurë, matjen e sjelljes, komunikimin, motivimin, ndërveprimin social kur personat kanë probleme me shëndetin. Ky program studimi, Bachelor në Infermieri e përgjithshme fokusohet në studimin shkencor të normalitetit dhe patologjive tek të gjitha moshat përkundrejtë ndryshimeve aktuale/potenciale të shëndetit, sjelljeve të sëmundshmërisë dhe mënyrave të ndërhyrjeve në këto situata. Për gjithë personat që kërkojnë shërbim shëndetësor në spitale, qendra shëndetësore për konsultat e grave dhe fëmijëve, klinika, shkolla dhe mjedise pune (në çdo vend që ofrohet shërbimi shëndetsor).

Kompetenca të transferueshme

Programi mësimor kontribon për të arritur objektivat përmes vetë përmbytjes së tij; nga ana tjetër synojmë tu përgjigjemi asaj çfarë ne gjejmë në vendet e huaja qoftë në përmbytje qoftë nga kërkesat e tregut të punës.

Ndryshimet në programin mësimor, futja e temave të reja, shtimi i orëve mësimore, ndarja veç e kujdesjeve infermierore (zë 50% të pjesës teorike), dhënia rëndësi e lëndëve formuese bazë, kanë transmetuar objektiva në programin mësimor. Gjithashtu, përfshirja e departamentit në projekte të ndryshme, si psh: projekti Tempus - CCNUCA, Competency Based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities- 544169-TEMPUS-1-2013-BE-TEMPUS-JPCR dhe Workshopi TAIEEX, Workshop on EU Requirements for Nurse Education, organised in co-operation with Ministry of Health of Albania and Order of Nurses of Albania (9-10 May 2017 Tirane) (Qëllimi i këtij workshop ishte të sigurojë përfituesin me ndihmën në lidhje me përputhshmërinë me Direktivën 2013/55 / EC të Bashkimit Europian (BE) që ndryshon Direktivën 2005/36 / EC mbi Njohjen e Kualifikimeve Profesionale. Në mënyrë të veçantë, workshopi fokusohej në kërkesat arsimore për profesionin e rregulluar të infermiereve) tregojnë më së miri përshtatjen në mënyrë të vazhdueshme të programit Infermieri e përgjithshme.

1.6.4. Profili profesional

Ndërsa procedurat në sistemin e shëndetësisë kanë pësuar ndryshime me synim përmirësimin e shëndetit, kërkojnë individë të cilët të kenë aftësitë e duhuara profesionale për apilikimin e suksesshëm të parimeve bazë të këtij sistemi. Në këtë program të nivelit të para në degën Infermieri e përgjithshme studentët ndërtojnë kuptimin e tyre për teoritë dhe aplikimin e aspektit normal dhe patologjik përmes ndërveprimit me aktorët e sistemit të shëndetësisë.

Sektorët e mundshëm të punësimit

Të diplomuarit e këtij programi mund të punojnë si infermiere pranë të sëmurit në spitale dhe qendra shëndetësore publike apo private, si konsulentë të problemeve shëndetësore me drejtim edukimin shëndetësor, anëtarë të ekipeve të vlerësimeve të Infermieristikës së përgjithshme, brenda institucioneve të sistemit shëndetësor dhe pjesëmarrës aktivë në vendimarrje.

Studenët që përfundojnë Bachelor në Infermieri e përgjithshme mund të jenë:

Personel shëndetsor të cilët kërkojnë dhe adresojnë çështje të gjëra reale ose probleme në vendin e punës;

Shkencëtarë që studionjë sjelljen e individit, i mitur apo i rritur, japin mendimin e tyre profesional, duke dhënë dhe mbështetjejen psiko-sociale.

Ata do mund të realizojnë vlerësimin e raportit ndërmjet problemeve emocionale dhe të sjelljes me ato të problemeve fiziologjike.

Ata ofrojnë shërbime si diagnostifikues të probleme aktuale/potenciale të shëndetit, pranë institucioneve të sistemit të shëndetësisë.

Departamenti nuk disponon të dhëna të sakta në lidhje me punësimin e të diplomuarve. Nga vëzhgimi i situatës, rezulton se një pjesë e konsiderueshme e studentëve të diplomuar sipas profilit përkatës janë punësuar pranë institucioneve publike dhe private si: SRSH dhe DSHP Shkodër dhe spitalet dhe qendrat shëndetësore Lezhë, Lac, Malesi e Madhe, Mirditë, Tirane (në përgjithësi veriu, por jo vetëm). Shumë studente janë punësuar në spitalet private në Tiranë dhe një pjesë e mirë janë punësuar apo janë në proces për tu punësuar në vendet e Europës (Itali, Norvegji, Greqi dhe sëfundmi në Gjermani).

1.7. Standardet infermiore dhe natyra e edukimit klinik

1.7.1 Standardet infermiore

“Standardet janë shprehje të zhvilluara profesionalisht, në rangun e variacioneve të pranueshme prej një norme ose kriteri.” - Avedis Donabedian. Standardet mund të quhen “Etapë e arritjeve të cilat bazohen në një nivel të kërkuar të përsosmërisë!” (41) Kriteret janë elementë të paracaktuar me anën e të cilave mund të bëjmë krahasimin me aspektet e cilësisë së shërbimit mjekësor.

Standardet infermiore përshkruajnë konceptet e kujdesit infermior (diagnozat, ndërhyrjet, ose rezultatet) duke përdorur terma të zakonshëm për të komunikuar me to dhe nëpërmjet sistemit të kujdesit shëndetsor, ofruesit e kujdesit shëndetsor dhe personel tjetër shëndetësor.

Standardet e praktikës profesionale të infermierisë janë deklarata autorizuese të detyrave që të gjithë infermierët e regjistruar, pavarësisht nga roli, popullsia ose specialiteti, pritët të performojnë me kompetencë. Standardet janë subjekt për të ndryshuar me dinamikën e profesionit të infermierisë, si modele të reja të praktikës profesionale zhvillohen dhe pranohen nga profesioni i infermierisë dhe publiku. Standardet i nënshtrohen rishikimit zyrtar dhe periodik.

Standardet infermiore përfshijnë: standardet e praktikave të infermierisë që janë 6 dhe Standardet e performancës profesionale që janë 10. (42)

Disa nga këta standarde infermiore janë specifike në cilësimet e praktikës dhe të tjerët janë më të kuptueshme dhe mund të përdoren në një variacion të cilësimeve të praktikës. Standardet infermiore mund të japin terminologji konsistente ose kodimin e të dhënave të cilat nga ana tjetër lejojnë grumbullimin e të dhënave dhe sigurojnë bazën për rihulumtimet, përmirësimin e kualitetit, dhe së fundmi ndihmojnë në vendosjen e udhëzimeve më të mira të praktikës dhe të provave bazë.(43)

Megjithatë, përdorimi i standardeve infermiore është pranuar si një praktikë në shumë cilësime të kujdesit shëndetësor.

Në fund të fundit, është esenciale për shkollën e infermierisë që të dokumentojë me saktësi dhe uniformitet të dhënat e lidhura me shëndetin në edukimin dhe në sistemin informativ të shëndetit. Është e rëndësishme që dokumentacioni që përdor shkolla e infermierisë të identifikojë qartësisht procesin infermior, diagnozat infermiore, ndërhyrjet dhe matjen e rezultateve të ndërhyrjeve.

N.A.S.N (National Association of School Nurse), nuk e ka autoritetin që të rregullojë dhe të lëshojë mandate si të praktikojë një shkollë e infermierisë këto standarde por ajo mbështet përdorimin e gjuhëve të standardizuara të infermierisë me dokumentacion.(44)

Ka literaturë minimale për të përshkruar se si gjuhet e standardizuara janë inkuorporuar brenda përdorimit të përditshëm për dokumentacionin e shkollave infermiore. Literatura që ekziston përshkruan praktiken e infermierëve, shqetësimet e një grupi rreth kujdesit shëndetësor, ndërhyrjeve ose rezultateve.(45)

Dokumentimi profesional i standardeve të infermierisë është i aplikueshëm për të gjithë infermierët. Shkolla infermiore, ashtu si kujdesi infermior spitalor dhe ambulator është e gatshme për dokumentimin në një mënyrë që të pasqyrojë proceset

infermiere. Këtu janë përfshirë vlerësimi, diagnozat infermiere, rezultatet infermiere, planifikimet, implementimi i ndërhyrjeve dhe vlerësimi për të përcaktuar nëse rezultatet janë arritur. Ndërkohë që ka pak literaturë të disponueshme për të udhëzuar dokumentacionin e shkollës infermiere. Dokumentimi i praktikave të shkollës së infermierisë varion mes shteteve, brenda shtetit, dhe madje brenda distrikteve të shkollave (Shoqata Nacionale e Bordit të Edukimit të Shkollave Shtetërore, 2009).

1.7.2. Perkufizimi i termave të Standardeve infermiere

Teknikisht termat e Standardeve infermiere specifikisht NANDA, NIC, NOC (NNN), janë një ose më shumë fjalë që përdoren për të përshkruar konceptet e njohura nga profesioni i infermierisë duke përfshirë diagnozat infermiere, ndërhyrjet infermiere ose rezultatet infermiere. (46)

Nga ana operationale gjuhët infermiere të standardizuara të aprovuara në dokumentimin e infermierisë përshkruajnë diagnozat infermiere (NANDA), ndërhyrjet infermiere (NIC), rezultatet infermiere (NOC).

Përdorimi aktual i gjuhëve infermiere të standardizuara mund të jetë në formë të fjalëve ose numrave të shënuar nga secili koncept. (47)

Përkufizimi konceptual sipas Rogers (2003) përcakton njohuritë si “kur një individ është ekspozuar ndaj një ekzistence të inovacionit dhe mëson se si ai funksionon”. Për qëllimin e këtij studimi, njohuritë e NNN janë paraqitur si një shkallë e vetë raportimit të kuptimit dhe aftësisë për të transferuar konceptin NNN në praktikën infermiere. (48)

1.7.3. Identifikimi i standardeve infermiere

ANA njih dhe publikon shtrirjen dhe standardet e praktikës për infermierinë dhe një numër të ndryshëm specialitetesh në praktikën infermiere. Shtrirja dhe dokumentet standarde janë korniza që udhëheqin praktikën e infermierisë dhe që përcaktojnë përgjegjësitë dhe rezultatet për të cilat një infermier është përgjegjës. (49)

Standardet e praktikave të infermierisë përfshijnë të gjitha cilësimet e praktikave infermiere dhe identifikojnë 6 standardet e praktikës ashtu siç janë 6 hapat në procesin infermiere. (Shi figurën 1.1)

Për çdo standard të praktikës janë identifikuar dhe kriteret e matjeve. Këta kriteret matjeje janë indikatorët e praktikave kompetente me çdo standard.

Infermierët janë të detyruar të ndjekin standardet e praktikës dhe të ofrojnë kujdes në kornizat e proceseve infermiere. Megjithatë standardet nuk ofrojnë një përshkrim të zgjeruar si përsa i përket dokumentimit, sepse dokumentimi është qartësisht integral ndaj matjeve të këtyre standardeve të praktikave infermiere dhe për më tepër duhet të aderohet për sigurimin e kualitetit të praktikave infermiere. (50)

Standardi 1: Vlerësimi me kriter matjeje - Dokumenton e të dhënave në mënyrë të pershtatshme në një format të rigjenerueshëm” (ANA, 2004, pg. 21)

Standardi 2:Diagnoza me kriter matjeje - Dokumenton diagnozen ose problemet në një mënyrë të tillë që të lehtësojë vendosjen e rrezultateve të pritshme dhe të bëjë planifikimin e ndërhyrjeve. (ANA, 2004, pg. 22)

Standardi 3: Mbledhja e të dhënave me kriter matjeje - Dokumenton rezultatet e pritshme si dhe qëllimet e matura. (ANA, 2004, pg. 23)

Standardi 4: Planifikimi me kriter matjeje – Përdorimi i gjuhëve të standardizuara ose njohjeve të terminologjive për të dokumentuar planin (ANA, 2004, pg. 24)

Standardi 5: Implementimi me kriter matjeje - Dokumenton implementimin dhe çdo modifikim duke përfshirë ndryshimet në planin e identifikuar. (ANA, 2004, pg. 26)

Standardi 6: Rivlerësimi i rezultateve me kriter matjeje - Dokumenton rezultatet e vlerësimit. (ANA, 2004, pg. 31) (51)

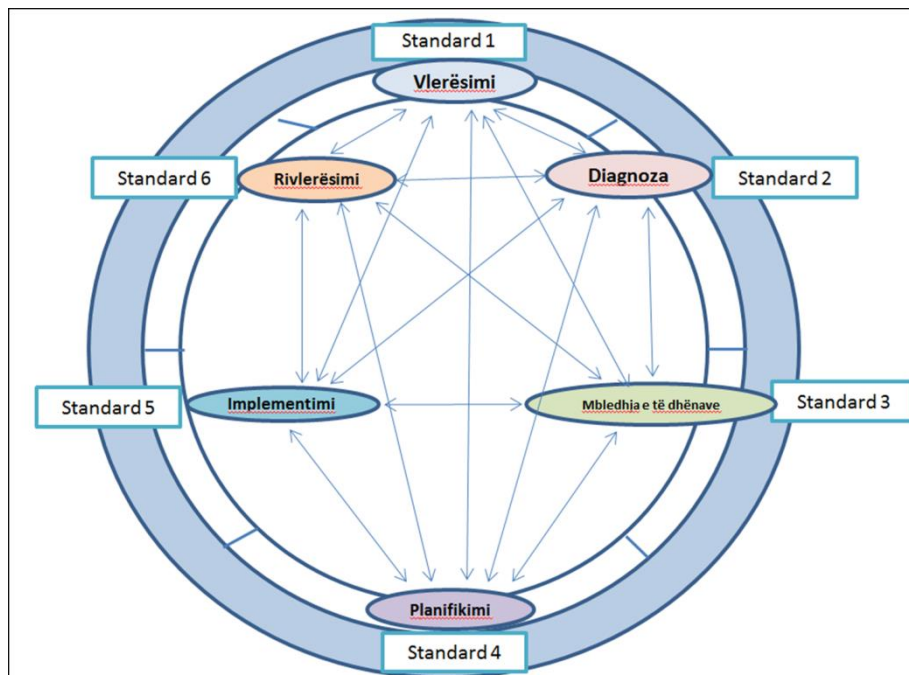


Figure 1.1. Procesi infermieror dhe Standardet e praktikës infermierore(52)

Zhvillimi i standardeve infermierore që nga viti 1970 vazhdon të jetë një proces në vijim.(53) Nevoja për të zhvilluar gjuhët infermierore të standardizuara ose klasifikimi, ishte nxitur nga nocioni që të dhënat infermierore duhet të organizoheshin ose të grumbulloheshin për interpretimin përpara se një infermiere duhet të zhvillojë një plan kujdesje për pacientin, i cili mund të implementohet dhe të vlerësohet. Standardet infermierore ofrojnë një sistem klasifikimi për të përshkruar konceptet infermierore dhe aspektet specifike të procesit infermieror (diagnozat, ndërhyrjet, ose rezultatet). Çdo terminologji është për më tepër e përshkruar nga cilësimet e praktikës, ku gjuha ishte zhvilluar dhe përmbajtja e çdo gjuhe të infermierisë mund të aplikohet. Një rrugë e tretë që standardet infermierore të bëhen të selektuara dhe të aplikueshme në praktikën infermierore është ajo nëpërmjet miratimit nga një organizatë profesionale, siç edhe NASN mbështet përdorimin e NANDA; tashme i referuar si NNN.

Çdo standard infermieror është në një proces që vazhdimisht është në zhvillim e siper dhe rishikohet nga kërkues shkencorë përmes përdorimit specifik të udhëzimeve për zhvillimin dhe aprovimin e koncepteve të reja.(54)

Konceptet në çdo standard infermieror tentojnë të kapin një aspekt të infermierisë. Standardet infermierore gjithashtu të lejojnë për zhvillimin dhe përdorimin e sistemeve

elektronike informative. Këto sisteme grumbullojnë dhe raportojnë të dhëna për kujdesin infermior si dhe mundësojnë përdorimin specifik të diagnozës, ndërhyrjeve, ose rezultateve. Grumbullimi i të dhënave dhe analizimi, janë të një rëndësie kritike për kërkimin shkencor infermior. Në të ardhmen ai do ndihmojë për të eksploruar kuptimet më efektive që ofron kujdesi infermior ashtu si dhe do ndikojë në zhvillimin e njohurive të reja në infermieri. (55)

Standardet e performancës profesionale

Standardet e Performancës Profesionale përshkruajnë një nivel kompetent të sjelljes në rolin profesional, duke përfshirë aktivitetet në lidhje me etikën, arsimin, praktika dhe hulumtimin e bazuar në prova, cilësia e praktikës, komunikimi, lidhshëria, bashkëpunimi, vlerësimi i praktikës profesionale, shfrytëzimin e burimeve dhe shëndetin mjedisor. Të gjithë infermierët e licënsuar pritet që të angazhohen në aktivitete të rolit profesional, përfshirë udhëheqjen të përshtatshme për edukimin dhe pozicionin e tyre. Infermierët e licënsuar janë përgjegjës për veprime profesionale të tyre, për vehten e tyre, konsumatorët e kujdesit shëndetësor, bashkëmoshatarët dhe shoqërinë. (56)

Standardi 7. Etika - Infermieri i licënsuar praktikon në mënyrë etike.

Standardi 8. Edukimi - Infermieri i licënsuar arrin njohuri dhe kompetencë që reflektojnë praktikën aktuale infermiore.

Standardi 9. Evidenca - bazuar në praktikë dhe kërkim- Infermieri i licënsuar integron prova dhe gjetjet e hulumtimit në praktikë.

Standardi 10. Cilësia e praktikave - Infermieri i licënsuar kontribuon në cilësinë e praktikës infermiore.

Standardi 11. Komunikimi - Infermieri i licënsuar komunikon në mënyrë efektive në të gjitha fushat e praktikës.

Standardi 12. Lidhshëria - Infermieri i licënsuar demonstroi udhëheqje në mjedisin e praktikës profesionale dhe profesionit.

Standardi 13. Bashkëpunim - Infermieri i licënsuar bashkëpunon me konsumatorin e kujdesit shëndetësor, familjen dhe të tjerët gjatë praktikës infermiore.

Standardi 14. Vlerësimi i praktikës profesionale - Infermieri i licënsuar vlerëson praktikën e vet në lidhje me standardet dhe udhëzimet e praktikës profesionale, me statutet, me rregullat dhe rregulloret përkatëse.

Standardi 15. Shfrytëzimi i burimeve - Infermieri i licënsuar përdor burime të përshtatshme për të planifikuar dhe siguruar shërbime infermiore që janë të sigurta, efektive dhe me përgjegjësi financiare.

Standardi 16. Shëndeti mjedisor- Infermieri i licënsuar praktikon në mënyrë të sigurt dhe të shëndetshme për mjedisin.

1.7.4. Diagnozatat infermiore

Zhvillimi i diagnozave infermiore filloi në vitin 1973 kur një grup i liderve infermior u grupua të identifikojë një sistem etiketash për të përshkruar praktikatat infermiore. (57) Diagnozatat infermiore u bënë etiketa për të përcaktuar një “grykim klinik rreth individit, familjes, ose përgjigjes së komunitetit ndaj proceseve jetësore/problemeve shëndetësore aktuale ose potenciale”.

Gjuhët infermiore të standardizuara përfshijnë: (58)

1. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association),

2. **NIC** Klasifikimi i Kujdesit Klinik
3. **NOC** Klasifikimi i rezultateve infermirore
4. Clinical Care Classification (CCC)
5. International Classification of Nursing Practice (ICNP)
6. Omaha System
7. Perioperative Nursing Data Set (PNDS)
8. Patient Care Data Set (PCDS) (RETIRED – content in LONIC)

1.NANDA aktualisht ka 206 diagnoza të vendosura me 13 fusha të strukturave taksonomike (NANDA 2012-2014). Diagnozot infermirore ofrojnë fondacionin në të cilin një infermiere selekton ndërhyrjet dhe rezultatet infermirore të përshtatshme të lidhura me diagnozen. Lista e diagnozave të aprovuara është zgjeruar qëkur kuptimi i saj është në një zhvillim të vazhdueshëm dhe fillimi i përdorimit të gjuhëve NANDA nga infermieret. Edicioni 2007-2008 i NANDA përfshin etiketat e reja për konceptet lidhur me komunitetet dhe promocionin shëndetësor. Shtimi i diagnozave të NANDA lidhur me promocionin shëndetësor, komunitetet dhe aplikacionin e popullatave të variueshme, duke përfshirë individët, familjet, popullatat dhe komunitetet, zgjerojnë përdorimin e diagnozave infermirore për të përfshirë jo vetëm shqetësimet fiziologjike dhe psikologjike. (44)

2.NIC është sistem klasifikimi i specifikuar për ndërhyrjet infermirore që ishte fillimisht i publikuar në vitin 1992 dhe përfshin 336 ndërhyrje Përmes një procesi themelor, infermierët në praktikë e kanë zgjeruar këtë dhe tani përfshijnë 542 ndërhyrje në 7 fusha (Iowa Intervention Project 2008). Çdo ndërhyrje NIC kap një koncept që përshkruan ndërhyrjet në praktikat infermirore. Termat NIC janë aplikuar nëpërmjet një shtrirje më të gjërë të praktikave infermirore dhe mund të përdoren në individ, familje ose komunitete. Përdorimi i NIC lejon një infermier të dokumentojë ndërhyrjet specifike që kanë definicione dhe aktivitete të sugjeruara dhe lejon për më tepër testimin dhe kërkimin në shkencën e infermierisë.(59)

3.NOC është një sistem klasifikimi i infermierisë me etiketa specifike përdorur për të përshkruar rrezultatet për një klient ose një grup klientësh. Zhvillimi i NOC, u publikua për herë të parë në vitin 1997, është më e përdorura nga të 3 gjuhët e standardizuara që janë përshkruar.(60) Lista më e fundit e publikuar me 385 rrezultate të kategorizuara në 7 fusha me procesin e zhvillimit të një rrezultati të ri të etiketuar qartësisht, të nxjerrë në edicionin e fundit.(61) Matja e rezultateve është e rëndësishme për të përcaktuar nëse ndërhyrjet infermirore janë efektive, Çdo etiketë NOC është një matje me një indikator të posaçshëm, i cili lejon për aplikime specifike të klienteve ose cilësimet e praktikave.

Gjuhët multidisiplinare të standardizuara përfshijnë: (58)

- 9.ABC Codes
10. **LONIC** - Logical Observation Identifiers Names and Codes
11. **SNOMED CT**- Systematic Nomenclature of Medicine Clinical Terms

1.7.5. Natyra e edukimit klinik

Edukimi klinik është një përbërës thelbësor në përgatitjen e studentëve mbi realitetin e rolit të tyre si profesionistë shëndeti.(62) Ky lloj të nxëni nëpërmjet eksperiencës ose

të nxënit nëpërmjet përvojës së punës, shpesh konsiderohet nga studentët si më kuptimplotë se ajo që merret në klasë.(63) Edukimi klinik përqendrohet tek praktika profesionale e cila kërkon transferimin, riorganizimin, aplikimin, sintezën dhe vlerësimin e njohurive të mësuara më përpara, bashkë me përfitimin e mësimëve dhe aftësive të reja.(64) Ambienti klinik promovon integrimin e teorisë dhe komponentëve të bazuar në aftësi në mënyrë që t'i aplikohet zgjidhjes së problemeve dhe vendimarrjes klinike për situatat me pacientë të vërtetë. Edukimi klinik mund dhe duhet të asistojë studentët që jo vetëm të aplikojnë teorinë, por edhe të kërkojnë mënyra në të cilat teoria e infermierisë mund të dalë në pah nga struktura e pasur e praktikës. (65)

Forca e programeve bachelor të infermierisë ka qenë gjithmonë integrimi i teorisë dhe praktikës. Në ndryshim nga mjekësia ku aplikimet klinike nuk bëhen deri pas disa vitesh në program, infermiera në shumicën e rasteve i lejon studentët e tyre të provojnë fushën klinike që nga viti i parë. Eksperiencat klinike i janë bashkangjitur objektivave të programit, megjithëse kërkojnë pak mësim klinik nga ekspertë klinikistë. Teoria e infermierisë ka mbajtur prezencën e saj në fushën klinike, duke siguruar kështu lidhjen ndërmjet teorisë dhe praktikës.(66)

Në mjedisin klinik studentët jo vetëm aplikojnë dije, aftësi dhe koncepte të prezantuara në situata klase/laboratori, por gjithashtu mësojnë të perfshihen në punë me dhembshurinë, mendimet dhe gjykimet e tyre, të përfitojnë qëndrimet dhe vlerat e domosdoshme për praktiken profesionale.(67)

Komunikimi ballë për ballë me pacientët dhe familjet e tyre, ndërveprimi me ekipet e kujdesit shëndetësor bën që studentët të marrin feedback mbi performancën dhe të reflektojnë mbi eksperiencën, gjë e cila është vitale për zhvillimin e kompetencës dhe mundësisë për të funksionuar efektivisht si një i diplomuar i ri.(68)

Për studentët ka ndryshime të konsiderueshme mes të mesuarit në klasë dhe në vendin e zhvillimit të praktikës klinike. Ndërsa orët e mësimit në klasë janë relativisht të kontrolluara dhe disi anonime, për studentët mjedisi klinik është i paparashikueshëm, i turbullt, dinamik, i afërt dhe personal.(69)

Prezenca e pacientëve, familjarëve të tyre, stafit të infermierisë, profesionistëve të tjerë shëndetësor dhe kontakti direkt që kanë studentët me këto grupe, e bëjnë mësimin në mjedisin klinik potencialisht stresues dhe provokues ankthi, por në të njëjten kohë një eksperiencë tepër pozitive dhe fitimprurëse gjithashtu. (65)

1.7.6. Modeli trigonal i Edukimit Klinik

Eksperiencat në mjedisin klinik mund të ndikojnë në nivelin dhe tipin e mësimit, në mënyrën se si studentët socializohen në profesionin e infermierisë.(70)

Studentët marrin përsipër përmbushjen e eksperiencës së tyre klinike në mjedise të ndryshe si: spitalet, institutet e shëndetit mendor, shërbime komuniteti dhe institutet e kujdesit të zgjatur. Në të gjithë këto mjedise, ka faktorë të ndryshëm që mund të influencojnë cilësinë e edukimit klinik dhe rrjedhimisht në zhvillimin e kompetencës së tyre.

Para disa vitesh Farmer propozoi një model trigonal të përgjithshëm për edukimin klinik që nxjerr në pah **3 elemente kryesore**: Përbërësit, konceptet dhe kontekstet.

Përbërësit ose njerëzit e përfshirë në procesin e edukimit klinik janë edukuesit klinike, studentët, klinikistët, pacientët dhe familjet.(71)

Maloney dhe Sheard (1992) sugjerojnë që është e rëndësishme të mos anashkalohet roli i pacientëve dhe familjeve të tyre, siç vihet re në këtë model, sepse ato anashkalohen zakonisht në diskutimet e edukimit klinik.(72)

Gjithashtu, është shumë e rëndësishme të kuptohet që megjithëse **edukuesit klinikë** në infermieri luajnë një rol shumë të rëndësishëm në edukimin klinik të studentëve. Stafit i infermierëve të licensuar në pavionet ku studentët janë të caktuar kanë një impakt shumë të fuqishëm, në efektivitetin e eksperiencës klinike, në kuptimin e arritjes të rezultateve mësimore dhe plotësimit të eksperiencës së studentëve.(73)

Konceptet përfshijnë idetë dhe teoritë që kanë lidhje me edukimin klinik. Kjo përfshin infermierinë dhe teorinë pedagogjike, konceptet nga shkencat biologjike, psikologjike, shoqërore, njerëzore.

Kontekstet janë mjediset ku ndodh edukimi klinik dhe siç u përmenden më sipër, përfshijnë një gamë të gjërë mjedisesh dhe shërbimesh.

Faktorë të tjerë në këtë model përfshijnë disa probleme operimi, siç është për shembull: kohëzgjatja e praktikave klinike (Olse, Gresley dhe Heater 1984), tipi i mjedisit të përdorur për praktiken dhe lloji i eksperiencës ekzistuese në çdo njësi klinike.(74,75)

Tre faktorë kyç janë qëndrorë për cilësinë e eksperiencës klinike të studentëve në cilindo mjedis:

- a. natyra e të nxënimit në **ambientin klinik** në të cilin janë vendosur studentët,
- b. **modeli i edukimit klinik** që është përdorur për mbikëqyrjen e tyre,
- c. **cilësia e mbikëqyrjes klinike** që ata marrin.

a. Ambienti i të nxënimit klinik

Ambjenti i të nxënimit klinik është përshkruar nga Dunn dhe Hansford si “një rrjet forcash interaktive që influencojnë rezultatin e të nxënimit të studentit në ambientin klinik”. Ai i referohet gjerësisht kontekstit social të eksperiencës klinike të studentit dhe përfshin elemente të tillë si kultura e organizimit/pavionit, marrëdhënia ndërmjet studentëve dhe stafit, atmosfera në pavion ose njësi klinike, shpirti i skuadres, qëndrimi ndaj të nxënimit/të mësuarit dhe qëndrimet ndaj studentëve.(76)

Ambjenti i të nxënimit klinik njihet si një influencë e fortë mbi studentët që ndikon direkt mbi të nxënimit e tyre.(77) Në ndryshim më të nxënimit në klasë, studentët në ambientin klinik shpesh e gjejnë veten të përfshirë në aktivitete të pa planifikuara me pacientë dhe punonjës të shëndetsisë.(78) Megjithëse studentët e infermierisë përceptojnë ambientin klinik si vendi më i mirë për të fituar njohuri dhe aftësi, ata shpesh ndihen të dobët në ambientin klinik. Eksperiencat klinike kërkojnë përshtatje të vështira nga ana e studentëve, ndërsa ata lëvizin nga një ambjent që inkurajon mendimin në një që inkurajon veprimin.(79)

Duke qenë se studentët janë prezent në ambjentët klinike për një kohë relativisht të shkurtër, zakonisht 2-4 javë janë të panjohur për stafin e infermierisë dhe megjithëse ata marrin pjesë në kujdesin ndaj pacientit, ato nuk shihen si anetarë të vertetë të ekipit të kujdesit shëndetsor. Ky problem vjen si pasojë e asaj që studentët e kryejnë praktiken e tyre në vende të ndryshme dhe duhet të përshtaten me rregulla të ndryshme herë pas here. Shpesh herë studentët janë konsideruar si një barre për stafin në institucionet e kujdesit për shëndetin.

Prandaj, studentët e infermierisë shpesh e gjejnë veten në një pozite të sikletshme kur ato shkojnë në praktikë dhe kjo bën që eksperiencia klinike të shihet si e anksioze.(80) Shqyrtimi i literaturës na tregon për disa nga problemet që ndikojnë në sensin e rehatisë/pa rehatisë të studentëve gjatë qëndrimit në ambjente klinike.

Kërkime të mëparshme tregojnë që ambientet klinike “të mira” karakterizohen nga faktorë që përfshijnë struktura jo-hierarkike, komunikim të mirë, shpirtë skuadre, një atmosferë pozitive, mënyra demokratike udhëheqjeje dhe marrëdhënie pozitive me stafin.(81)

Gjithashtu, Wilson-Barnet et al. (1995) sygjeroi që kur stafi i pavionit punonte bashkë dhe ishin të motivuar, studentët ndiheshin si të mbështetur, gjithashtu dhe të mbikëqyrur mirë. 82) Po ashtu edhe e kundërta, situata të cilat janë identifikuar si negative për të nxënësit klinik të studentëve përfshijnë një staf ambivalent dhe jo mikpritës, mungesë drejtimi, komunikim të varfër me stafin, përgjegjës që janë të pavëmendshëm ose të cilëve nuk i pëlqejnë studentët dhe një mungesë bashkëpunimi ndërmjet stafit dhe studentëve.(83)

Studentët e infermierisë i vlerësojnë marrëdhëniet pozitive me klinikistët. Ata kërkojnë t'u njihet kontributi i tyre ndaj kujdesit të pacientit të jenë autonom. Një mjedis produktiv, stimulues dhe mbështetës ka krijuar studentë më të kënaqur dhe studentët më të kënaqur kanë lehtësuar arritjen e një mjedisi më efektiv për mësim klinik. (Dunn dhe Hansford 1997). (76)

Nocioni i trajtimit të studentëve si kolegë, bërja pjesë në një ekip dhe përfshirja e nxënësve nga ana e stafit në marrjen e vendimeve në lidhje me pacientin e bën mjedisin më efektiv për mësim klinik.(75)

b. Modeli i edukimit klinik

Në Australi, dy modele janë përdorur zakonisht për qëllimin e arsimimit të studentëve në mjedis klinik: modeli i **mbikëqyrjes** dhe modeli i **të mësuarit**. (Grealish dhe Carroll1998).(84)

Modeli i mbikëqyrjes përfshin një ndihmës (të punësuar nga universiteti) që punon direkt me një grup studentësh (zakonisht në një raport 1:8) në një mjedis klinik (McKenna dhe Wellard 2004). Përgjegjësitë e ndihmësit zakonisht përfshijnë shpjegim studentëve dhe sqarim, vlerësimin e nxënësve nevojave mësimore, organizimin e aktiviteteve të të mësuarit, mësim klinik/mbikëqyrjen e praktikës së studentëve, ndërlidhje të ngushtë me agjencinë e kujdesit shëndetësor dhe personelin universitar, konsultime me studentët në lidhje me përparimin e tyre dhe vlerësimi i performancës së tyre.(85)

c. Tre variacione të modelit të mbikëqyrjes përfshijnë ndihmës të cilët janë: staf akademik me orar të plotë, infermierë të licensuara të punësuar nga universiteti si një staf me kohë të pjesshme që janë të atashuar në universitet për periudhën e praktikës klinike.

Ndihmës të tillë janë personel të cilët janë të punësuar direkt nga universiteti. Ndihmësit e universiteteve caktohen për një mjedis klinik, megjithatë ata nuk janë anëtarë të stafit të agjencisë shëndetësore dhe për këtë arsye janë parë si “të jashtëm” nga stafi i objektit të kujdesit shëndetësor. Raporti ndihmës/nxënës zakonisht duhet të jetë 1:8. Ndihmësi është përgjegjës për informim të studentëve, organizimin e detyrave të studentëve, mësimdhënie të drejtpërdrejtë klinike, bashkëpunim me stafin e agjencisë shëndetësore, dhe për konsultime me studentët në lidhje me progresin dhe vlerësimin e tyre. (Grealish dhe Carroll 1998).(84) Tek ne kjo gjë është e pamundur të realizohet lidhur me raportin ndihmës/nxënës që zakonisht duhet të jetë 1:8.

1.7.7. Modeli i mësimit

Në përputhje me literaturën e huaj (Nordgren, Richardson dhe Laurella 1998), **modeli i mësimit** në përgjithësi përfshin një infermier të licensuar që mbikqyr/mëson në një ambient me një raport 1:1 me studentët për një periudhë të caktuar kohe.(86) Përgjegjësitë e pedagogut janë në thelb të njëjta si për modelin e mbikëqyrjes megjithatë, ndryshe nga modeli i mbikëqyrjes, pedagogu vazhdon të kryejë të gjithë ngarkesën e punës së tij normalisht në klinikë. (84)

Dy variacione të zakonshme të këtij modeli janë: (1) përdorimi i stafit akademik me kohë të plotë dhe (2) punësimin e stafit akademik me kohë të pjesshme.

Stafi Akademik me kohë të plotë

Stafi me kohë të plotë sjell një eksperiencë të vyer në procesin e mesimdhënies/ të nxënies dhe mund ta bëjë më të lehtë dhe të veproje si katalizator i ndërgjegjësimit, dëshires dhe rritjes personale të atyre që ata mësojnë (Melander dhe Roberts 1994).(87)

Megjithatë, Karuhije (1986) dhe Pierce (1991) kanë bërë vërejtjen se ata që janë kompetentë në klasë, nuk janë domosdoshmërisht të aftë në mesimdhënie në praktikë. Në shumicën e universiteteve, anëtarët me kohë të plotë të fakultetit janë të zënë me mësimin e tyre, nga ana shkollore, dhe me aktivitete shërbimi të komunitetit dhe mësimi klinik që nuk është diçka e vlefshme nga ana akademike.(88)

Këto anëtarë, zakonisht kanë leksione për të përgatitur, funksione drejtuese dhe administrative për të kryer. Sasia e kohës që anëtarët e fakultetit harxhojnë në mësimin klinik është demonstruar se është e lidhur negativisht me produktivitetin. Me rritjen e numrit të studentëve lind nevoja për punësimin e ndihmesve sezonalë klinike.

Ndihmësit sezonalë ose pedagogët e jashtëm, me kohë të pjesshme

Ndihmësit sezonal janë të punësuar zakonisht për periudha të shkurtra të veprimtarisë, kur nxënësit janë në ambientin klinik. E rëndësishme është që ky staf të ketë eksperiencë klinike, por më pak përgatitje akademike dhe më pak familjaritet me kurrikulen sesa anëtarë të fakultetit me kohë të plotë, dhe, kanë pak ose aspak njohuri dhe/ose përvojë në mesimdhënie klinike. Kështu, edhe pse seanca e orientimit dhe zhvillimit profesional janë pjesë e përgatitjes së tyre për rolin (Duka 1996), këto ndihmes në përgjithësi janë më pak të përshtatur me kurrikulen, qëllimet e programit dhe objektivat; ata kanë kontakte të kufizuara me kolegët dhe mund të përjetojnë një sërë vështirësish, duke përfshirë vlerësimin e performancës së studentëve.(89)

Ndihmësit sezonal klinike janë të ftuar në institucionin pritës, ata kanë për detyrë të njohin stafin, rutinat e tyre, politikat, procedurat, vendin ku ndodhen pajisjet dhe një mori karakteristikash specifike organizative, detyra të cilat mund të jenë jashtëzakonisht të vështira edhe në qoftë se ata janë të vendosur në mënyrë të vazhdueshme në të njëjtin mjedis.(90) Kur ndërtesat e kujdesit shëndetësor janë në gjendje për të akomoduar një numër të grupeve të studentëve dhe lehtësues në të njëjtën kohë, atëherë mund të përfitojnë nga mbështetja e kolegëve të tyre. Mungesa e përkatësisë brenda objektit të kujdesit shëndetësor dhe pafuqia e lidhur dhe izolimi që mund të shoqërojnë këtë, janë parë si të meta të mëdha në këtë rol.(91) Jë element i nënkuptuar në diskutim në lidhje me modelet e arsimit klinik është roli i veçantë i luajtur nga ndihmësi klinik. Rëndësia e këtij roli është identifikuar në mënyrë të qartë

si kombëtare dhe ndërkombëtare. Pavarësisht çështjeve të përkufizimeve, ekziston një marrëveshje e përgjithshme se ndihmësit klinikë kanë një rol shumë të rëndësishëm që përfshin stërvitjen, rolin e modelit, këshillimin, frymëzimin, vlerësimin, ndërlidhjen dhe mbështesin rritjen profesionale, zhvillimin e nxënësve.(92)

Një numër studimesh përshkruese dhe interpretuese janë kryer për të hetuar karakteristikat e edukatorit/mentor që janë përceptuar nga infermierët e studentët. Karakteristikat edukatorit/mentor të identifikuar, janë përmbledhur si më poshtë.(93) Mentori është i përgatitur mirë për rolin e tij, pëlqehet nga infermeri, demonstroi aftësi klinike, tregon vetëbesim, mban përgjegjësi për veprimet, i gatshëm për t'ju përgjigjur pyetjeve, i disponueshëm kur thirret, shëmbull i mirë, nuk është kërcënues, është suportues dhe entuziast.

Çështja e cilësisë në lidhje me edukatorët klinikë ka qenë gjithashtu e hulumtuar në profesionet e shëndetit që janë të ndryshme nga infermeria. Interesante janë gjetjet nga studimet në fushën e terapi fizike, terapi profesionale dhe fizioterapi që janë në përputhje me ato në infermeri. Mbështetja profesionale e mësuesve klinikë ul ankthin e studentëve në mjedis klinikë. Karakteristikat pozitive si kompetencat si klinikist dhe si instruktor, aftësi të mira ndërpersonale ofrojnë reagime konstruktive dhe krijojnë një mjedis pozitiv të të mësuarit.(94)

Praktika e përzgjedhjes së ndihmësve klinikë ose mentorëve

Universiteti i Shkodrës, Departamenti Infermeri përzgjedh vetë mbi bazën e kriterëve të paracaktuara ndihmësit klinikë ose mentorët dhe ato realizojnë praktiken klinike në ambjentet e punës së tyre me një grup studentësh jo më të madh se 15- studentë dhe jo më të vogël se 5- studentë. Për ecurinë sa më mirë të praktikave profesionale për degën infermeri aktivizohen 26 infermierë si mentorë që punojnë në SRSH dhe DRSHSH DSHP (për vitin 2014). Mentorët klinikë kanë statusin e pedagogut të jashtëm, pagesa për orët e realizuara klinike mbulohet nga Universiteti.

2. Kapitulli II - QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

2.1. Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij studimi është të identifikojë qëndrimet dhe njohuritë e hartuesve të kurikulave infermiere përreth përdorimit të gjuhëve të standardizuara të infermierisë, të identifikojë barrierat e implementimit të kurikulave infermiere, përdorimin e gjuhëve të standardizuara infermiere në dokumentacionin e tyre dhe të përshkruaj praktikat aktuale të degës infermieri.

2.2. Objektivat e përgjithshme

Objektivi i përgjithshëm 1

Vlerësimi i pedagogëve me kohë të plotë, mjek dhe infermierë, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

Objektivat specifike për Objektivin e Përgjithshëm 1

- a. Njohuritë e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- b. Përvetësimi i gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- c. Barrierat që hasen përpërdorimin e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.

Objektivi i përgjithshëm 2

Vlerësimi i pedagogëve me kohë të pjesshme, mjek në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

Objektivat specifike për Objektivin e Përgjithshëm 2:

- a. Njohuritë e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- b. Përvetësimi i gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- c. Barrierat që hasen përpërdorimin e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.

Objektivi i përgjithshëm 3

Vlerësimi i pedagogëve klinikë (mentorët) me kohë të pjesshme, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

Objektivat specifike për Objektivin e Përgjithshëm 3

- a. Njohuritë e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- b. Përvetësimi i gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- c. Barrierat që hasen përpërdorimin e gjuhëve të standardizuara NANDA, NIC & NOC.
- d. Vlerësimi i cilësisë së praktikës klinike profesionale.

Objektivi i përgjithshëm 4

Vlerësimi i kënaqësisë së studentëve të degës Infermieri për programin akademik.

Objektivat specifike për Objektivin e Përgjithshëm 4:

- a. Vlerësimi i mësimdhënies në klasë
- b. Vlerësimi i mësimin klinik
- c. Vlerësimi i hartimit të programit
4. Vlerësimi i mbështetjes dhe resourceve

2.3. Hipotezat e studimit

2.3.1. Hipoteza e parë

Lidhur me njohuritë që kanë pedagogët me kohë të plotë, mjek dhe infermierë, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

- **Hipoteza e zeros**

Nuk ka ndryshim në nivelin e njohurive ndërmjet pedagogëve me kohë të plotë, mjek dhe infermierë, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN

- **Hipoteza alternative**

Ka ndryshim në nivelin e njohurive ndërmjet pedagogëve me kohë të plotë, mjek dhe infermierë, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN

2.3.2. Hipoteza e dytë

Lidhur me njohuritë që kanë pedagogët me kohë të pjesshme, mjek dhe infermierë, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN

- **Hipoteza e zeros**

Nuk ka ndryshim në nivelin e njohurive të pedagogëve me kohë të pjesshme, mjek në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

- **Hipoteza alternative**

Ka ndryshim në nivelin e njohurive të pedagogëve me kohë të pjesshme, mjek në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

2.3.3. Hipoteza e tretë

Lidhur me njohuritë që kanë pedagogët klinikë, (mentorët) me kohë të pjesshme, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN

- **Hipoteza e zeros**

Nuk ka ndryshim në nivelin e njohurive të pedagogëve klinikë (mentorët) me kohë të pjeshme, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN

• **Hipoteza alternative**

Ka ndryshim në nivelin e njohurive të pedagogëve klinikë (mentorët) me kohë të pjeshme, në Departamentin Infermieri, rreth njohurive për gjuhët e standardizuara NNN.

2.3.4. Hipoteza e katërt

Lidhur me nivelin e kënaqësisë së studentëve të degës Infermieri për programin akademik (Vlerësimi i mësimdhënies në klasë, Vlerësimi i mësimit klinik, Vlerësimi i hartimit të programit, Vlerësimi i mbështetjes dhe resurseve)

• **Hipoteza e zeros**

Nuk ka ndryshim në nivelin e kënaqësisë së studentëve të degës Infermieri për programin akademik (Vlerësimi i mësimdhënies në klasë, Vlerësimi i mësimit klinik, Vlerësimi i hartimit të programit, Vlerësimi i mbështetjes dhe resurseve)

• **Hipoteza alternative**

Ka ndryshim në nivelin e kënaqësisë së studentëve të degës Infermieri për programin akademik (Vlerësimi i mësimdhënies në klasë, Vlerësimi i mësimit klinik, Vlerësimi i hartimit të programit, Vlerësimi i mbështetjes dhe resurseve)

3. KAPITULLI III - MATERIALI DHE METODOLOGJIA E STUDIMIT

3.1 Popullata në studim

Ky studim është realizuar në Departamentit Infermieri, Universiteti i Shkodrës “Luigj Gurakuqi”, ku u morën në shqyrtim pedagogët me kohë të plotë dhe të pjesshme (infermiere, mjek dhe menotër) dhe studentët e vitit të dytë dhe të trete të degës Infermieri, gjithsej janë 8 pedagogë të brendshëm (7 infermiere dhe 1 mjek), 55 pedagogë me kohë të pjesshme (mjek dhe infermiere), 44 mentorë, 50 studentë të vitit të tretë dhe 50 studentë të vitit të dytë.

Në total u intervistuan 107 antarë të stafit akademik me kohë të plotë dhe të pjesshme së bashku dhe 100 studentë të degës infermieri.

Intervistimi i stafit akademik me kohë të plotë dhe të pjesshme u realizua në ambjentet e Departamentit Infermieri, ndërsa intervista e mentorëve u realizua në ambjentet e realizimit të praktikave profesionale, konkretisht në Spitalin Rajonal Shkodër dhe Qëndrat Shëndetësore të Shërbimit Parësor.

Intervistimi i studentëve u realizua në ambjentet e Departamentit Infermieri, të ndarë sipas grupeve të praktikës klinike.

Gjatë intervistave u bë e mundur marrja e informacioneve të tilla në lidhje me gjuhët e standardizuara, mënyrat e përfitimit të këtyre gjuhëve dhe gjithashtu barrierat e mundshme që hasen në implementimin e tyre.

3.2. Periudha e realizimit të studimit

Të gjithë të dhënat e grumbulluara nga stafi akademik, me kohë të plotë dhe të pjesshme, janë realizuar gjatë periudhës janar 2014 – dhjetor 2015, ndërsa përsa i takon intervistave të bëra për studentët u realizuan gjatë periudhës 30 tetor - 30 nëntor 2015.

3.3. Tipi i studimit dhe skema e studimit

Për realizimin e studimit është përdorur metoda transversale, kros – seksionale (95)

Gjatë studimit u vlerësuan këto komponente:

- 1- Njohuritë rreth gjuhëve të standardizuara,
- 2- Njohuritë rreth përvetësimit të gjuhëve të standardizuara,
- 3- Barrierat që hasen në implementimin e kurikulave
- 4- Përformanca e praktikave infermierore

Llogaritja e kampionit

U morën në shqyrtim të gjithë pedagogët e Departamentit Infermieri, gjithsej janë 107 pedagogë dhe studentët e rregullt e vitit të dytë dhe të tretë të degës Infermieri, gjithsej 100 studentë, bazuar kjo në mënyrë të rastësishme.

Llogaritja e madhësisë së mostrës lidhur me kampionin stafit akademik dhe studentëve, është bërë nëpërmjet programit statistikor paketën software Minitab Version 17.(96) Për variablat numerikë janë përshkruar vlerat minimale, maksimale, mesatare, shmangia standarde dhe numri i pjesmarrësve në testim. Karakteristikat e mësipërme të variablave numerikë janë analizuar me sipas variablave kategorikë si gjinia, moshë, vitet e punës vendbanimi, viti i shkollimit, etj. Në disa raste është përdorur analiza korelative për të parë lidhjen ndërmjet variablave të ndryshëm numerikë. Për variablat kategorikë është zbatuar analiza e korelacionit logjistik binar, i cili ka përcaktuar raportin e ngjarjeve duke u bazuar në vlerat e marra nga pyetësorët.

Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave është realizuar dhe vlerësuar duke përdorur të dhënat e grumbulluara pranë pedagogëve dhe studentëve të degës Infermieri, përse i takon vlerësimit, përvetësimit dhe barrierave të gjuheve të standardizuara infermiere.

Këto të dhëna u realizuar duke përdorur pyetësorët:

1. School nursing documentations: knowledge, attitude and barriers to using standardized nursing languages and current practices.(97)
2. Shkalla e kenaqësisë akademike e studentëve të infermierisë. (UNSASS) është një pyetësor i vlefshëm dhe i besueshëm që është projektuar posaçërisht për të vlerësuar plotësimin e studentëve infermierisë me programet e tyre akademike.(98)
3. Quality of Prac Experience Questionnaire.(99)

Nëpërmjet këtyre pyetyësorëve ne mundëm të marrim mendimin e personelit akademik dhe studentëve mbi dymbëdhjetë muajt e fundit në lidhje me gjuhët e standardizuara. Po ti hedhim një sy pyetësorëve, pyetjet janë me 5 alternativa të ndryshme përgjigjeje, që i përgjigjen shkallës Likert me pesë opsione të mundshme, duke filluar nga dobët me një pikë, e deri në shkëlqyeshëm që vlerësohet me 5 pikë.(100)

Pyetësori i parë - School nursing documentations: knowledge, attitude and barriers to using standardized nursing languages and current practices, ku morën pjesë 107 anëtarë të Departamentit Infermieri dhe na jep informacione të bollshme mbi mendimin e stafit akademik të degës infermieri, për njohuritë rreth gjuhëve të standardizuara infermiere.

- Shkallën e nivelit të njohurive të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermiere NNN.
- Shkallën e nivelit të mënyrës së marrjes së njohurive të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermiere NNN.
- Shkallën e nivelit të barrierave të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermiere NNN.

Gjithashtu për 107 anëtarë të stafit akademik, u kërkuan edhe të dhëna të tjera socio-demografike si:

- gjinia (mashkull vs femër),

- moshë
- vitet e punës
- arsimimi
- dega e studimit

Të dhëna këto që e zgjerojnë akoma më tepër informacionin e marrë tashmë për personelin akademik.

Pyetësi i dytë Shkalla e kënaqësisë akademike e studentëve të infermierisë (UNSASS) është një pyetësor i vlefshëm dhe i besueshëm që është projektuar posaçërisht për të vlerësuar plotësimin e studentëve infermierisë me programet e tyre akademike, ku morën pjesë 100 studentë, 50 studentë të vitit të dytë dhe 50 studentë të vitit të tretë të degës Infermieri. Me anën e këtij pyetësi ne kemi matur dhe vlerësuar shkallën e kënaqësisë akademike të studentëve të infermierisë si dhe kemi marrë informacione të bollshme mbi mendimin e studentëve për programin e infermierisë. Të gjitha këto të dhëna janë bazuar në përvojën e tyre nga momenti fillestar deri në këtë moment. Ky pyetësor është një pyetësor i vlefshëm dhe i besueshëm në masën 93% është projektuar posaçërisht për të vlerësuar plotësimin e studentëve infermierisë me programet e tyre akademike. Ky është një pyetësor me 48 pika që mund të përfundojë në 15 - 20 minuta. Para fillimit të tij është marrë konsensusi i vetë studentit si dhe është informuar dekanati. Pyetësi është me vetëdeklarim dhe i koduar pra është ruajtur anonimat dhe privatësia e studentit. Studentët janë instruktuar se si duhet ta plotësojnë pyetësin në mënyrë korrekte.

- Duke vlerësuar kënaqësinë që marrin nga mësimdhënia në klasë.
- Duke vlerësuar kënaqësinë që marrin nga mënim klinik.
- Duke vlerësuar kënaqësinë që marrin nga dizajni i programit.
- Duke vlerësuar kënaqësinë që marrin nga mbështetja & resurset.

Gjithashtu për 100 studentët e degës Infermieri, u kërkuan edhe të dhëna të tjera socio-demografike si:

- gjinia (mashkull vs femër),
- moshë
- viti akademik
- vendbanimi
- statusi social

Pyetësi i tretë, cilësia e praktikës klinike (Quality of Prac Experience Questionair, ku morën pjesë 100 studentë, 50 studentë të vitit të dytë dhe 50 studentë të vitit të tretë të degës Infermieri dhe 47 pedagogë të praktikës klinike (mentorë) të Departamentit Infermieri, na jep informacione të bollshme mbi mendimin e stafit të praktikës profesionale të degës infermieri dhe mbi mendimin e studentëve, rreth modelit të edukimit klinik për studentët dhe ofrimit të modelit klinik nga mentorët. Ky është një pyetësor i vlefshëm dhe i besueshëm në masën 94% është projektuar për studentët dhe mentorët. Në këtë pyetësor janë qartësuar të anketuarit që nuk ka përgjigje të vërtetë ose gabuar. Studentët dhe mentorët janë instruktuar se si duhet ta plotësojnë pyetësin në mënyrë korrekte. Ata kanë dhënë mendimet dhe opinionet e tyre për praktikën e fundit klinike. Ata i janë përgjigjur pyetjeve duke zgjedhur përgjigjen që më së shumti i përshtatet opinionit të tyre sipas këtij shkallëzimi:

Plotësisht dakord = 5, Dakord= 4, Deri diku dakord = 3, Nuk jam dakord = 2 Nuk jam aspak dakord = 1

Para fillimit të tij është marrë konsensusi i vetë studentit dhe mentorit si dhe është informuar dekanati dhe drejtuesi i institucionit ku ky mentor ushtron profesionin e tij. Pyetësi është me vetëdeklarim dhe i koduar pra është ruajtur anonimat dhe privatësia e studentit dhe e mentorit.

3.4. Analiza statistikore

Përpunimi statistikor dhe më pas nxjerrja e raporteve dhe analizimi i tyre u bë duke përdorur programin software Minitab Version 17.

Për krahasimin e indikatorëve të vendosur, u përdor metoda transversale apo siç njihet ndryshe kros-seksionale.

U raportuan numrat absolutë si dhe frekuencat për përshkrimet e bërë nga pjesëmarrësit në studim.

Pyetësi për stafin akademik - Raportet e nxjerra na dhanë frekuencat e pjesëmarrësve në studim dhe përqindjet sipas frekuencave, ndërsa për variablat me natyrë numerike u nxorrën mesatarja, mediana, deviacioni standarde. U studiua shpërndarja e variablave të interesit në lidhje me variablat e tjerë duke përcaktuar sinjifikancën statistikore – P, raportet e gjasave – OR dhe intervalet e besueshmërisë. Determinantët e kënaqësisë (1) / pakënaqësisë (5) u llogariten duke nxjerrë medianën në çdo variabël.(101)

Nëpërmjet regresionit logjik binar u bë vlerësimi i raportit të gjasave (OR) të nivelit të njohurive/mungesës së njohurive me karakteristikat e nivelit të arsimit.

Kur rezultatet e përgjigjeve të stafit akademik dilnin nën vlerën e medianës ato konsiderohen si mungesë njohurie, ndërsa kur rezultatet dilnin mbi medianë ato konsiderohen me njohuri të plota.

Pyetësi për studentët - Pas hedhjes së të dhënave nga formularët e studenteve u nxorën raportet përmbledhëse. Raportet e nxjerra na dhanë frekuencat e pjesëmarrësve në studim dhe përqindjet sipas çdo frekuence, ndërsa për variablat me natyrë numerike u nxorë mesatarja, mediana, deviacioni standarde.

Pas krijimit të variablit të parë, vlera e të cilit u përfitua nga rezultati mesatar i llogaritur mbi përgjigjet e pyetjeve të cdo pjesëmarrësi në studim, u bë klasifikimi i tij në kategorinë “Nuk pajtohem aspak” për personat që kishin një rezultat më të ulët se mediana e nxjerrë dhe “pajtohem plotësisht” për personat që kishin një rezultat më të lartë se mediana.

Nëpërmjet regresionit logjistik binar u bë vlerësimi i raportit të gjasave (OR) të nivelit të kënaqësisë/pakënaqësisë me karakteristikat social–demografike dhe social–ekonomike.

4. KAPITULLI IV - REZULTATE DHE DISKUTIME

4.1 Analiza e popullatës në studim

4.1.1 Niveli i njohurive rreth standardeve NNN

Në pjesën e parë në analizën e popullatës në studim janë marrë vetëm pedagogët, të cilët janë analizuar për moshën mesatare, moshën minimale, maksimale si dhe shmangien standarde. Në total moshën e pedagogëve të intervistuar ishte 40.9- vjeç, moshën minimale 25- vjeç dhe moshën maksimale 69- vjeç. Numri i të gjithë pedagogëve të intervistuar ishte 107- pedagogë.

Të ndarë sipas gjinisë: Në studim morën pjesë 67-femra dhe 40- meshkuj. Moshën mesatare e femrave ishte 40.8- vjeç, ndërsa moshën mesatare e meshkujve të marrë në studim 41- vjeç, moshën minimale e femrave dhe e meshkujve ishte 25- vjeç, ndërsa moshën maksimale e femrave ishte 60- vjeç dhe e meshkujve 69- vjeç. Në përqindje femrat pjesëmarrëse në studim përbënin 62.9% të të gjithë pedagogëve, ndërsa meshkujt 37.4 %

Të ndarë sipas statusit në pedagogë të brendshëm, të jashtëm dhe në mentor. Në studim morën pjesë gjithsej 8- pedagogë të brendshëm, 44- pedagogë të jashtëm dhe 55- mentor.

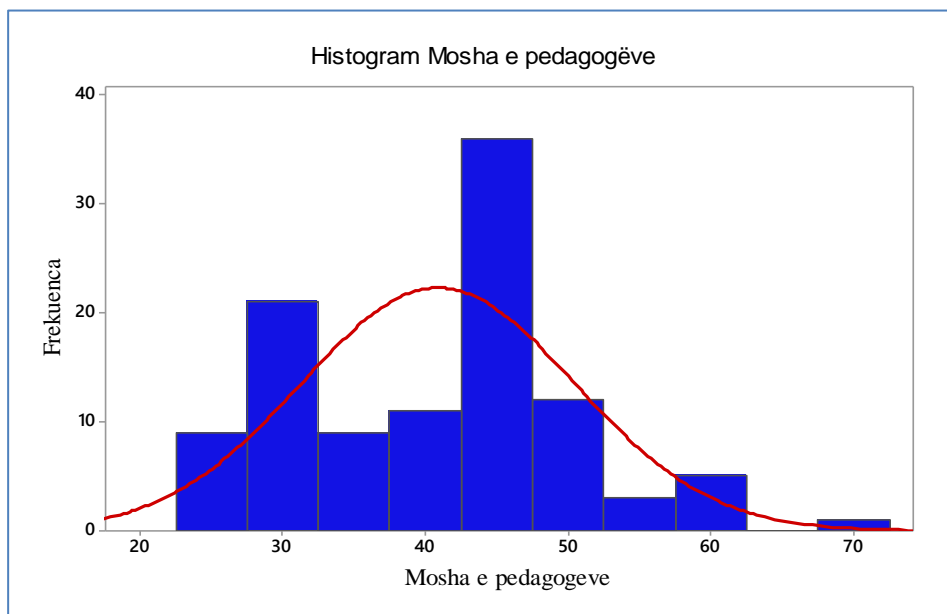
Moshën mesatare e pedagogëve të brendshëm ishte 35.1 - vjeç, e pedagogëve të jashtëm 45.1- vjeç dhe e mentorve 38,4- vjeç. Moshën minimale e pedagogëve të brendshëm 25- vjeç, e pedagogëve të jashtëm 27- vjeç dhe e mentorve 25- vjeç. Moshën maksimale e pedagogëve të brendshëm 56- vjeç, pedagogëve të jashtëm 69- vjeç dhe e mentorve 56- vjeç. Pedagogët e brendshëm përbënin 7.1 % të të gjithë stafit të pedagogëve të intervistuar, pedagogë të jashtëm 41.1%, ndërsa mentor 51.4%.

Analiza e popullatës u bë dhe në bazë të degës së studimit, në degën infermieri të Universitetit të Shkodrës japin mësim pedagogët që kanë mbaruar: infermieri, mjekësi, fizioterapi, italisht dhe psikologji.

Pedagogët që kanë përfunduar degën infermieri janë gjithsej 56- pedagogë, të cilët përbëjnë 52.3% të të gjithë pedagogëve të intervistuar. Pedagogët që kanë mbaruar degën mjekësi janë gjithsej 39- pedagogë që përbëjnë 36.4% të të gjithë pedagogëve të intervistuar, ndërsa pedagogët në degën fizioterapi, italisht dhe psikologji ishin nga një për secilin rast dhe përbënin nga 0.1 %.

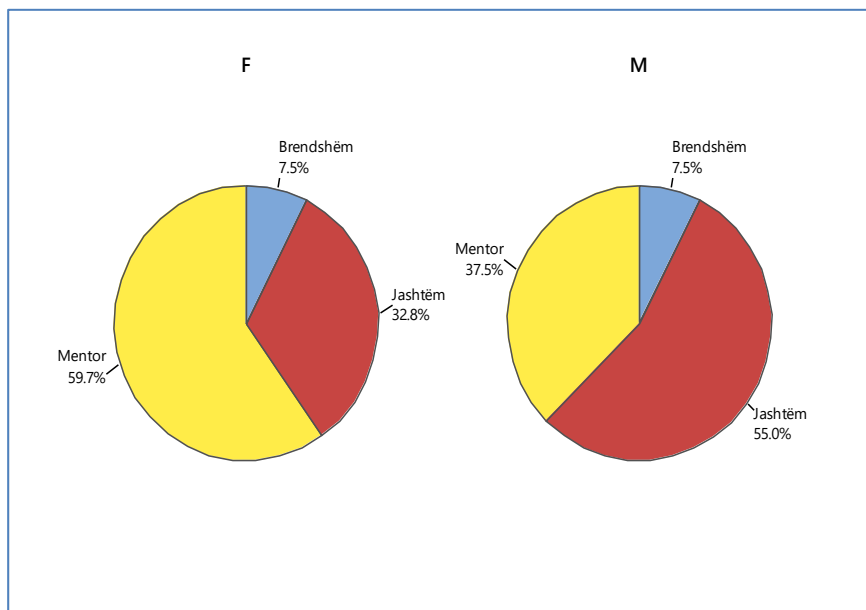
Tabela nr 4.1. Analiza e popullatës në studim

		Mes	SHS	Min	Max	Nr.	%
Totali		40.9	9.6	25.0	69.0	107	100%
Gjinisë	F	40.8	8.8	25.0	60.0	67	62.6%
	M	41.0	10.9	25.0	69.0	40	37.4%
	Brendshëm	35.1	6.6	25.0	56.0	8	7.5%
	Jashtëm	45.1	9.1	27.0	69.0	44	41.1%
	Mentor	38.4	9.1	25.0	56.0	55	51.4%
Dega studimit	Infermieri	65	38.1	8.9	25.0	56	52.3%
	Mjekësi	46.1	8.7	27.0	69.0	39	36.4%
	Fizioterapi	27	*	*	*	1	0.1%
	Italisht	33.0	*	*	*	1	0.1%
	Psikologji	41.0	*	*	*	1	0.1%



Graf. 4.1. Shpërndarja e frekuencave për moshën e pedagogëve

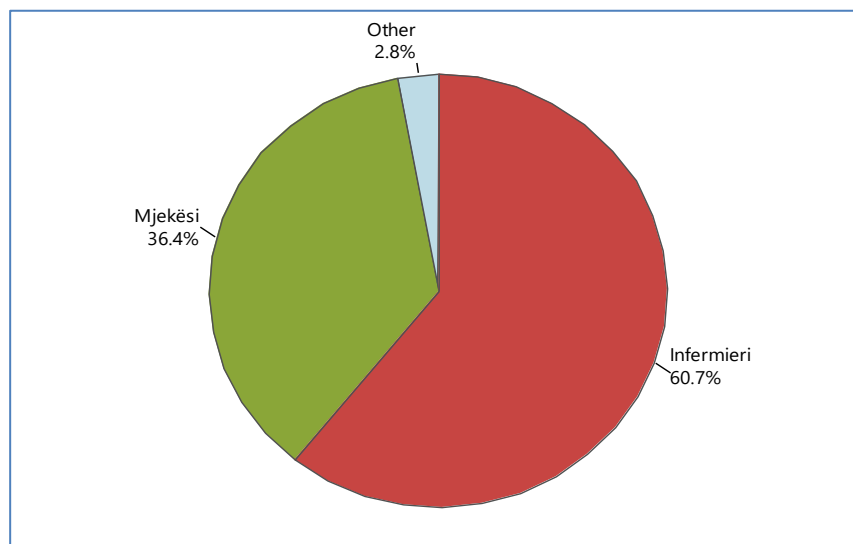
Në graf. 4.1 paraqitet shpërndarja e frekuencave për moshat e pedagogëve, siç vërehet frekuencat janë të shpërndara në një diapazon të gjërë dhe shpërndarja është bimodale, frekuencat rreth moshës 30- vjeç janë më të shumëta , po kështu dhe frkuencat rreth moshës 45- vjeç, ndërsa frekuencat tjera janë pothuajse të njëjta.



Graf. 4.2. Përbërja e stafit të pedagogëve sipas gjinisë dhe statusit.

Siç shihet nga pedagogët femra që moren pjesë në studim 7.5 % janë pedagoge femra të brendshme, 32.8% e jashtëme dhe mentorë janë 59.7%.

Nga pedagogët meshkuj që moren pjesë në studim 7.5% janë të brendshëm, 55% pedagogë të jashtëm dhe 37.5% mentorë.



Graf. 4.3. Përbërja e stafit të pedagogëve sipas degës së studimit.

Në graf. 4.3, jepet përbërja e stafit të pedagogëve sipas degës së studimit, siç shihet pedagogët që japin mësim dhe që kanë përfunduar degën infermieri 60.7% të të gjithë pedagogëve, ndërsa pedagogët që kanë mbauar degën mjekësi dhe japin mësim tek dega infermieri përbëjnë 36.4% të të gjithë pedagogëve, pjesa tjetër e pedagogëve që përbëjnë degët fizioterapi, italisht dhe psikologji përbëjnë betëm 2.8 %

Vjetërsia në punë si pedagog në USH

Vite pune mesatarja varion 6.3 nga 0.5 deri 14 vite.

Brendshëm mesatarja varion 8.4 nga 0.5 në 13 vite.

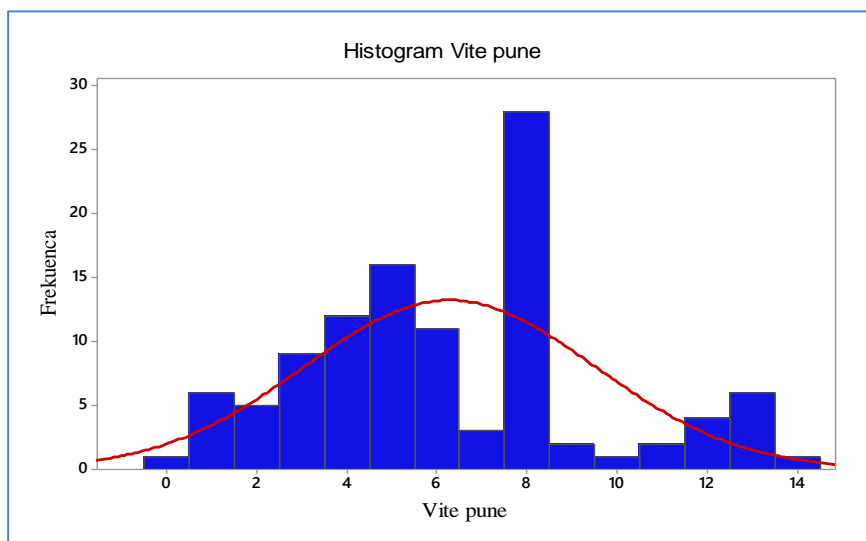
Jashtëm mesatarja varion 6.6 nga 1 në 14 vite.

Mentor mesatarja 5.6 varion nga 1 në 8 vite.

Një analizë tjetër i është bërë pedagogëve për vjetërsinë e tyre në punë si pedagogë në Universitetin e Shkodrës.

Ne total mesatarja vite pune për pedagogët është 6.3 vite dhe varion nga 0.5- 14 vite. Për pedagogët e brendshëm mesatarja na rezulton 8.4- vite pune dhe varion nga 0.5 vite ne 13 - vite pune.

Për pedagogët e jashtëm mesatarja është 6.6- vite pune dhe varion nja 1- 14 vite pune, ndërsa për mentorët mesatarja e viteve të punës është 5.6- vite dhe varion nga 1- 8 vite pune.



Graf. 4.4. Shpërndarja e frekuencave për vitet e punës së pedagogëve

Në grafikun 4.4 paraqitet shpërndarja e frekuencave për vitet e punës së pedagogëve, siç vërehet nuk është e rregullt është bimodale dhe grupimi më i madh i frekuencave është nga 2- 6 - vite punë, në 8- vite punë është numri më i madh i pedagogëve që kanë punuar pastaj në frekuenca të larta 10, 12, 14 - vite është një numër i vogël pedagogësh.

E rëndësishmë është të përcaktohet korrelacioni ndërmjet moshës me vite pune, në këtë rast shihet që ekziston një korrelacion. Lidhja është e dobët por nga ana statistikore është shumë sinjifikante. Vlera e koeficientit të Pearson është $R= 0.441$ me vlerën e $P < 0.01$.

Njohuritë NNN

Nga analiza e njohurive NNN vërejmë se mesatarja e totalit të njohurive i pikëzuar rezulton të jetë 2 dhe varion nga 1 në 4. Sipas statusit për pedagogët e brendshëm: mesatarja është 3 dhe varion nga 2 në 4. Për pedagogët e jashtëm mesatarja është 1.5 dhe varion nga 1 në 3. Për mentorët mesatarja është 2.3 dhe varion nga 1 në 3.

Sipas degës për Infermierët mesatarja është 2.4 dhe varion nga 1 në 4 për mjekët: mesatarja e pikëve është 1.4 dhe varion nga 1 në 2.

Tabela 4.2. Regresioni logjistik binar

		Raporti	Intervali i besueshmërisë
Statusi	Jashtëm / Brendshëm	0.3527	0.1717, 0.7247
	Mentor / Brendshëm	0.5909	0.2995, 1.1659
	Mentor / Jashtëm	1.6751	1.1294, 2.4843
Dega	Mjekësi / Infermieri	0.4647	0.3077, 0.7018

Njohuritë rreth metodës standarde NNN.

Në pjesën e parë të pyetësorit gjithë pedagogët pjesëmarrës në studim janë pyetur për njohuritë që ato kanë rreth metodës standarde NNN.

Vlerësimi ka qenë nga 1- 4 - pikë maksimale. Me 1 pikë ishte aspak njohuri, me 2-pikë ishte minimumi i njohurive, me 3- pikë ishte njohuri të kënaqëshme, me 4- pikë ishte njohuri maksimale.

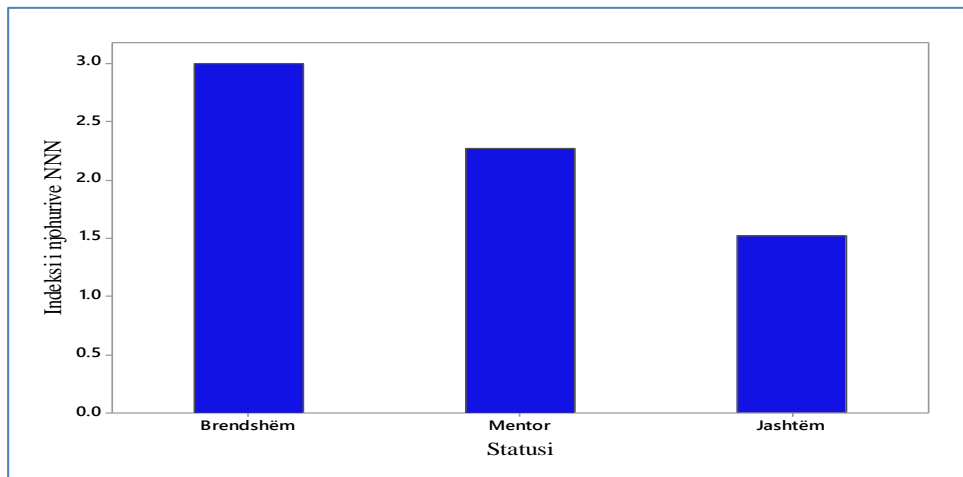
Mesatarja e pikëve në total për të gjithë pedagogët ishte 2 dhe variote nga 1-4. Sipas statusit pedagogët e brendshëm mesataren e kishin 3- pike që varionte nga 2-4. Pedagogët e jashtëm mesataren e kishin 1.5 që varionte nga 1 në 3. Mentorët mesataren e kishin 2.3 që varionte nga 1 në 3. Siç shihet njohuritë më të mëdha rreth gjuhëve standarde NNN e kanë pedagogët e brendshëm, pastaj mentorët dhe në fund e kanë pedagogët e jashtëm.

Duke i vlerësuar sipas degës për infermierët mesatarja e njohurive për gjuhët standarde NNN ishte 2.4 pike dhe variote nga 2 në 4 - pikë, ndërsa për të gjithë pedagogët që kishin përfunduar mjekësi mesatarja ishte 1.4 - pikë dhe variote nga 1- 2 pikë. Siç shihet kjo gjuhë standarde zotërohet më mirë nga infermierët sesa nga mjekët që japin mësim në degën e infermierisë pranë Universitetit të Shkodrës.

Për të parë dallimin ndërmjet grupeve të ndryshme të pedagogëve u zhvillua regresioni logjistik binar i cili kishte pëe qëllim të jepte raportin e njohurive ndërmjet pedagogëve të brendshëm , të jashtëm dhe mentorëve si dhe ndërmjet mjekëve dhe infermierëve.

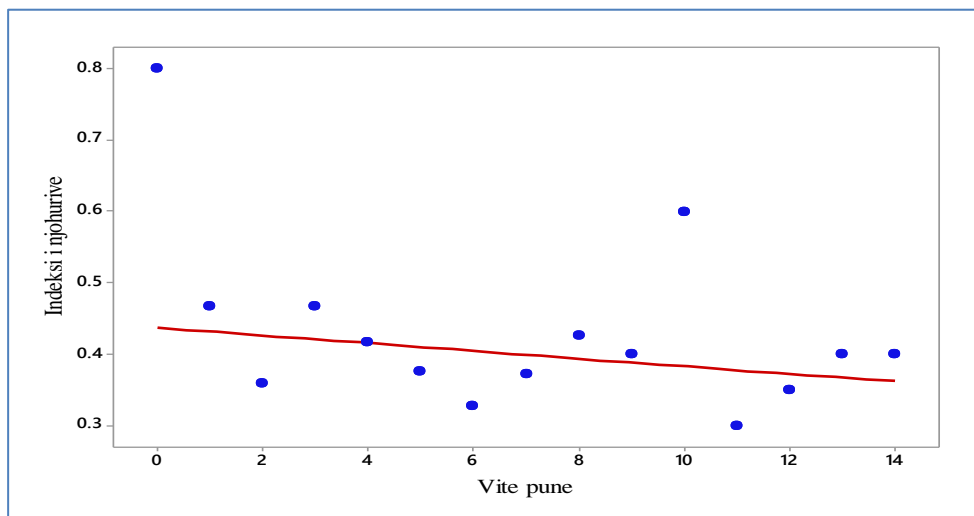
Për rastin e pedagogëve të ndarë sipas statusit, vëmë re që: pedagogët e mbrendëshëm kanë më shumë njohuri se pedagogët e jashtëm dhe më shumë se mentorët, ndërsa mentorët kanë njohuri më shumë se pedagogët e jashtëm, pra siç shihet pedagogët e brendshëm pamvarësisht nga statusi dhe dega që kanë mbaruar kanë njohuri më të gjëra në gjuhët standarde NNN, pastaj vinë mentorët dhe në fund janë pedagogët e jashtëm, kjo vjen si pasojë që shumica e pedagogëve të jashtëm janë mjek të cilët kishin një indeks të ulur njohurishë për gjuhët standarde NNN.

Shohim regresionin logjistik binar ndërmjet mjekëve dhe infermierëve që japin mësim si pedagogë në degën e infermierisë në Universitetin Luigj Gurakuqi Shkodër edhe në këtë rast infermierët kanë njohuri më të mëdha sesa mjekët, kjo vjen për fakti sepse kjo gjuhë e standardizuar zotërohet më shumë nga infermierët sesa nga mjekët.



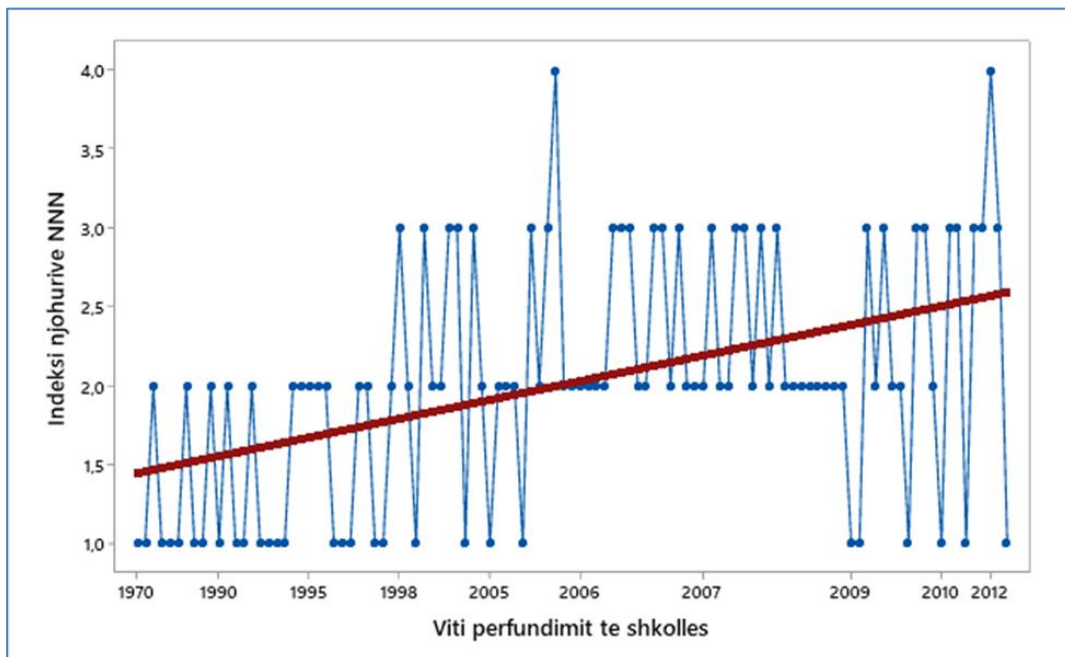
Graf. 4.5. Indeksi mesatar i njohurive NNN sipas statusit.

Në graf. 4.5 paraqitet indeksi mesatar i njohurive të gjuhes standarde NNN sipas statusit. Nga indeksi vihet re që pedagogët e brendshëm kanë njohuri më të larta nga të gjithë tjerët, njohuri që janë klasifikuar si të kënaqëshme pastaj vinë mentorët dhe në fund janë pedagogët e jashtëm.



Graf. 4.6. Variacioni i indeksit të besueshmërisë sipas viteve të punësimit në USH

Rrjedhim i regresionit logjistik binar është dhe figura 6, në të cilën paraqitet variacioni i indeksit të besueshmërisë sipas viteve të punësimit në Universitetin e Shkodrës. Ky variacion paraqitet për të gjithë të punësuarit pamvarësisht nga statusi i tyre. Siç shihet indeksi i njohurive zvogëlohet me vitet e punës që do të thotë që pedagogët që kanë hyrë në punë para 14- 15 viteve kanë njohuri më të pakta të gjuhëve standarde NNN sesa pedagogët që kanë hyrë në punë vitet e fundit, kjo do të thotë që përdorimi dhe implementimi i kësaj gjuhe standarde është relativisht e re për vendin tonë, teknikë e cila zotërohet kryesisht nga pedagogët dhe mentorët e rinjë që japin mësim pranë degës së infermierisë në Shkodër.



Graf. 4.7. Tendanca e ndryshimit të indeksit të njohurive NNN sipas viteve të përfundimit të shkollës.

Ndërsa graf. 4.7 paraqet tendencën e ndryshimit të indeksit të njohurive NNN sipas viteve të përfundimit të shkollës. Janë marrë në shqyrtim të gjithë pedagogët e brendshëm dhe të jashtëm dhe është llogaritur indeksi i njohurive në bazë të vitit të përfundimit të shkollës. Siç shihet tendenca është drejtë rritjes së indeksit të njohurive që do të thotë që sa më vonë që pedagogu ka përfunduar studimet aq më të larta i ka njohuritë në përdorimin e gjuhëve standarde NNN.

4.1.2 Mënyra e të mësuarit rreth NNN

Grupet e marra në studim janë pyetur për mënyren e të mësuarit rreth NNN. Në mënyrat e vendosura ishte: mënyra formale, leksione përmes shkollës, leksione online, konferenca arsimore, apo të edukimit të vazhdueshëm, konferenca kombëtare, tekste infermirore, revista e urdhërit të infermierit, revista tjera infermirore, përmes një pune infermirore të tanishme ose të shkur dhe metoda tjera. Përgjigjia duhet të jepej në dy shkallë PO ose JO, pra pedagogët pjesëmarrës do jepni përgjigje se kishin dëgjuar për gjuhën standarde NNN nëpërmjet njëres ose disa nga këto forma të mësuarit.

Tabela 4.3. Statistika përshkruese për kushtet e mos përdorimit të gjuhëve të standardizuara

Kushti	Statusi	Numri	Mes	Min	Max
Mungesa njohurive	Brendshëm	8	1.12	1	2
	Mentor	55	1.40	1	2
	Jashtëm	44	3.16	1	4
Kohanëdispozicion	Brendshëm	8	1.00	1	1
	Mentor	55	1.93	1	3
	Jashtëm	44	2.80	1	5
Sistemi dokumentacionit	Brendshëm	8	1.75	1	2
	Mentor	55	2.40	1	3
	Jashtëm	44	4.29	2	5
Burimefinanciare	Brendshëm	8	3.50	3	4
	Mentor	55	3.47	3	4
	Jashtëm	44	4.02	2	5
Mungesa teksteve	Brendshëm	8	2.62	2	3
	Mentor	55	2.86	1	4
	Jashtëm	44	4.16	3	5
Nryshimi dokumentacionit	Brendshëm	8	1.25	1	2
	Mentor	55	2.13	1	3
	Jashtëm	44	4.27	1	5
Mungesa mentoreve	Brendshëm	8	2.87	2	3
	Mentor	55	2.00	1	3
	Jashtëm	44	3.54	2	5
Sistemi arsimor	Brendshëm	8	1.00	1	1
	Mentor	55	1.64	1	3
	Jashtëm	44	1.64	1	3

Në tabelën 4.4 jepen rrezultatet përshkruese për kushtet e mos përdorimit të metodave të standardizuara NNN në praktikat e përditëshme infermiere. Tabela është ndarë në kushtet të cilat theksohen si mungesa e njohurive, koha për të mësuar një sistem të ri të dokumentacionit, sistemi aktual i dokumentacionit që nuk përmban elementën e standardizur infermiere, burimet financiare për të paguar paisjet e nevojshme, mungesa e librave të referencës, procesi i ndryshimit të dokumentacionit të praktikës së tanishme infermiere, mungesa e mentorëve për të ndihmuar në lehtësimin e ndryshimit të metodave standarde NNN dhe mungesa e lejes nga sistemi arsimorë për të përdorur metoda standarde infermiere si NNN.

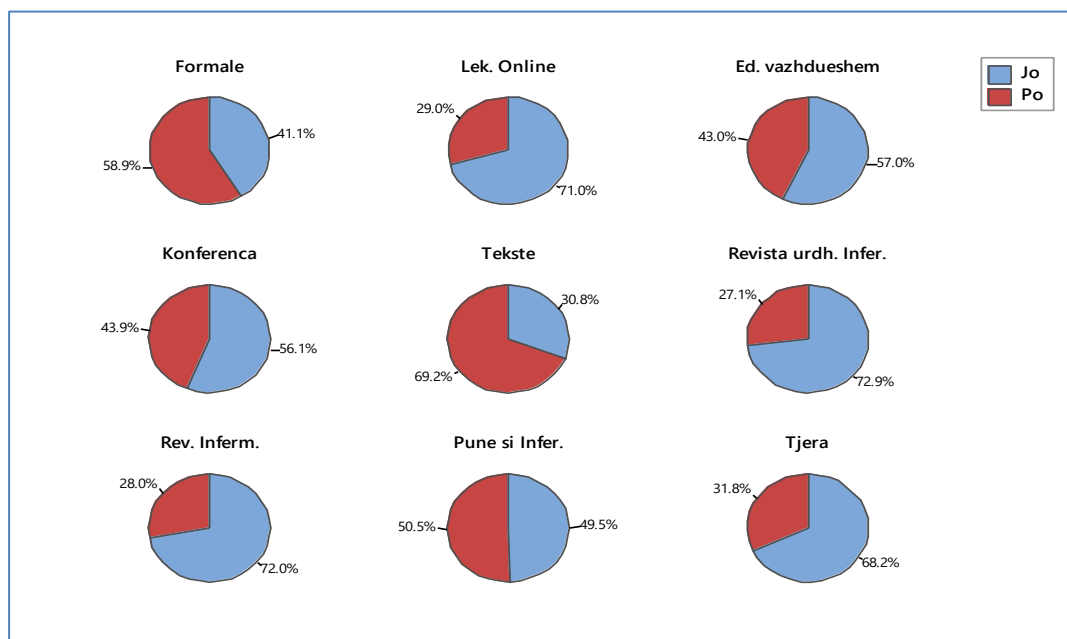
Rrezultati ka ndryshuar nga 1 deri në 5.

- 1- Tregon që nuk është barrierë
- 2- Barrierë e vogël
- 3- Barrierë mesatare
- 4- Barrierë e madhe
- 5- Asnje opinion

Siç shihet nga rrezultati, pedagogët e brendshëm, për çdo rast paraqesin se nuk ka barrierë, ose barrierë është shumë e ulët, ndërsa pedagogët e jashtëm kanë vlerësimin më të lartë, që do të thotë që për to barrierë është e madhe dhe e mesme, kjo tregon që

përdorimi i metodës së standardizuar NNN fillon nga pedagogët e brendshëm, është rritur tek mentorët dhe është më e ulët tek pedagogët e jashtëm, kjo lidhet me faktin që metodat standarde NNN përdoren kryesisht në shërbimin infermieror dhe si rrjedhim janë infermieret që janë të interesuar për ti njohur këto metoda dhe për ti përdorur këto metoda standarde.

Një përqindje të lartë përgjigjesh negative që tregon që është barrierë e madhe ka marrë pyetja për burimet financiare, siç shihet në këtë rast koeficienti mesatarë 3.5 për pedagogët e brendshëm, 3.47 për mentorët dhe 4.02 për pedagogët e jashtëm, siç shihet burimet financiare është mungesa më e madhe në lishje me përdorimin e metodave standarde NNN në sistemin infermieror.

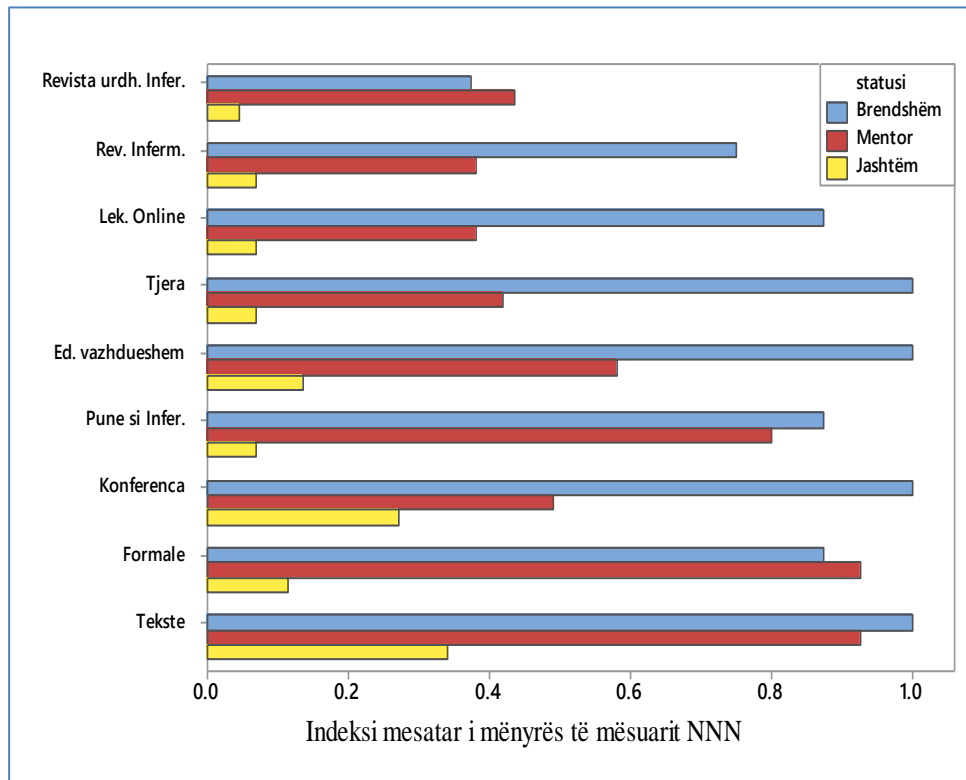


Grafiku 4.8. Mënyra e të mësuarit rreth NNN.

Në graf. 4.8 jepen përgjigjet për mënyrën e të mësuarit rreth NNN nga pedagogët që kanë marrë pjesë në studim, sipas përgjigjeve për mënyrën formale, ose për leksionet ballë për ballë në shkollë 58.9% me këtë mënyrë kanë marrë pjesën më të madhe të njohurive, ndërsa për leksionet online 29% e pedagogëve janë përgjigjur që kanë marrë njohuri për këtë metodë, për edukimin e vazhdueshëm kanë dhënë përgjigje pozitive 43% e pedagogëve pjesëmarrës në studim, në konferenca të ndryshme kombëtare 43.9% e pedagogëve kanë pohuar se kanë marrë njohuri rreth standardit NNN. Nga tekstet shkollore shumica e pjesëmarrësve janë përgjigjur pozitivisht kësaj pyetjeje, pra kanë marrë njohuri rreth NNN 69.2%.

Nga revista e urdërit të infermierit në Shqipëri vetëm 27.1 % e të intervistuarve kanë thënë që kanë marrë njohuri rreth NNN.

Nga revistat e tjera infermiore vetëm 28% e të intervistuarve kanë marrë njohuri rreth NNN, ndërsa duke punuar si infermier shumica e pjesëmarrësve, pra 50.7% kanë thënë se puna si infermier ka shërbyer si një praktikë e mirë për të marrë njohuri rreth standardit NNN. 31.8% e të intervistuarve kanë deklaruar se kanë mësuar rreth NNN-së nga burime të tjera

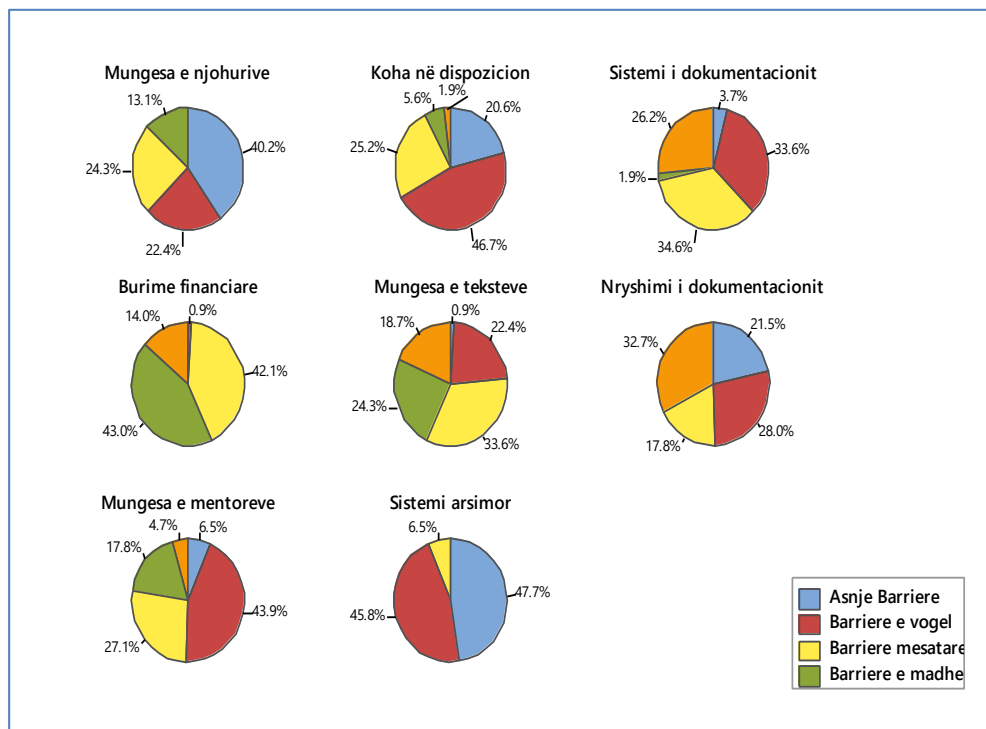


Graf. 4.9. Indeksi mesatar mënyrës të të mësuarit rreth NNN

Në graf. 4.9 paraqitet Indeksi mesatar mënyrës të të mësuarit rreth NNN i shprehur nga pedagogët sipas mënyrës dhe statusit. Siç shihet pothuajse në të gjitha rastet pedagogët e brendshëm kanë marrë njohuri rreth NNN-së më shumë se pedagogët e jashtëm, apo mentorët, ndërsa niveli i dytë i njohurive është nga mentorët, pedagogët e jashtëm kanë nivelin më të ulët të njohurive rreth NNN-së.

Në rastin e mësuesve të cilët janë infermier, mënyra e paracaktuar për të marrë njohuri rreth NNN-së, ka qenë ajo formale ose leksione përmes shkollës si dhe nga revista e urdhërit të infermierit, në qoftë se analizojmë indeksin e të mësuarit rreth metodës NNN në bazë të formave të përshkruara në pyetësorë, vëmë re se mësimi nga revista e urdhërit të infermierit ka koeficientin më të ulët nga të gjithë, ndërsa mësimi nga tekstet ka koeficientin më të lartë nga të gjithë. Metoda formale dhe ajo online janë përsëri metoda të mira të të mësuarit rreth NNN-së.

Revista e urdhërit të infermierit dhe revistat e tjera bashkë me leksionet online janë metoda ku statusi i të cilave është më i ulët nga të gjithë metodat e tjera.



Grafiku 4.10. Pengesat në përdorimin e gjuhëve të standardizuara

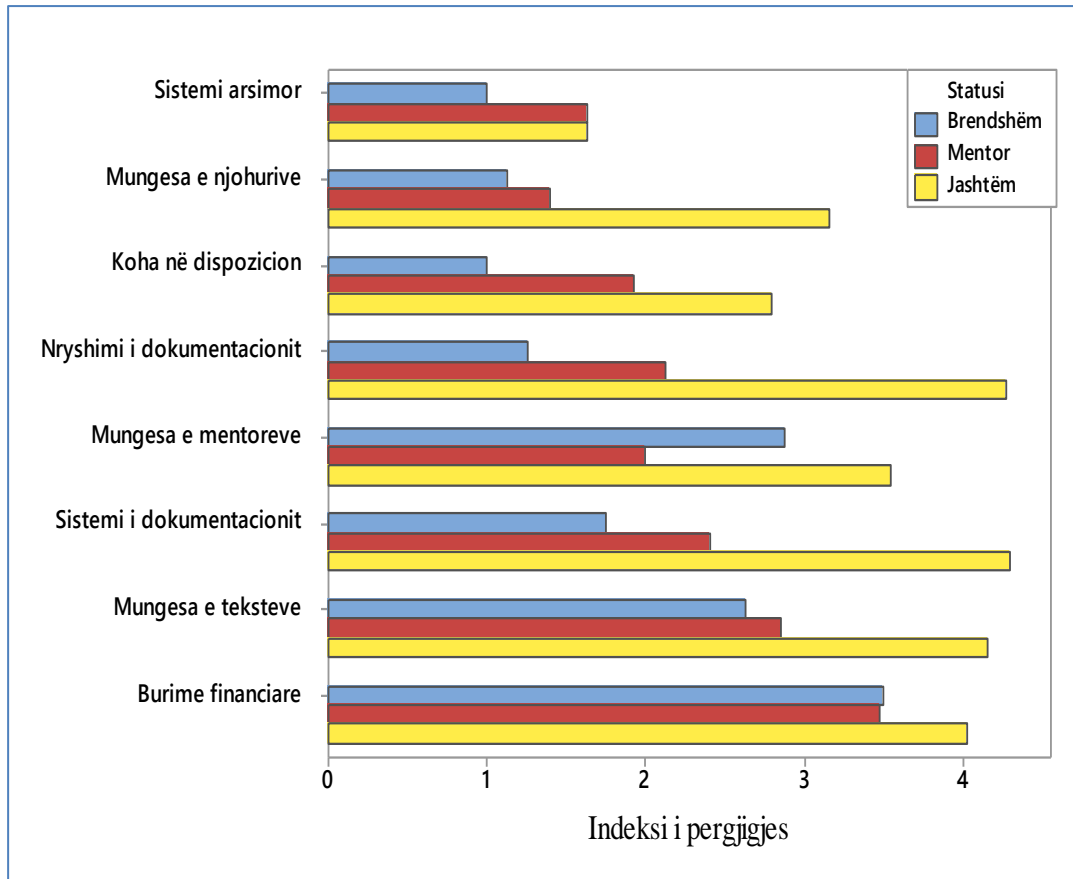
Grafiku 10, paraqet përqindjet e përgjigjeve të marra nga pedagogët ku pengesat që dalin në përdorimin e metodës së standardizuar NNN, duke i marrë pengesat me rrallë. Fillimisht analizojmë mungesën e njohurive, siç shihet 40.2% të të gjithë të intervistuarve janë përgjigjur që nuk ka asnjë barrierë për aplikimin e kesaj metode të standardizuar në praktikën infermirore, sepse njohuritë janë, pra 60.2% përgjigjen që është nuk ka barrierë ose është barrierë e vogël, përta i përket mungesës së njohurive, po kështu dhe për kohën në dispozicion 20.6% mendojnë që nuk ka asnjë barrierë për aplikimin e NNN-së dhe 46.6% mendojnë që është barrierë e vogël koha që është në dispozicion.

Sistemi i dokumentacionit: një pjesë e madhe rreth 55% mendojnë që është një barrierë mesatare dhe një barrierë e madhe përdorimi i sistemit të dokumentacionit, nga ana tjetër burimet financiare ku pothuajse të gjithë të intervistuarit pohojnë se burimet financiare janë pengesa më e madhe në lidhje me përdorimin dhe njohuritë rreth NNN-së 42% mendojnë se burimet financiare janë pengesë mesatare dhe 43% barrierë e madhe, pra 85% në total mendojnë që është barrierë mesatare ose e madhe në aplikimin e metodës NNN në praktikën infermirore.

Mungesa e teksteve sipas shumicës së të intervistuarve është barrierë mesatare ose barrierë e madhe, ndërsa 18.7% shprehen që nuk kanë asnjë opinion për mungesën e teksteve. Po kështu kur analizojmë ndryshimin e dokumentacionit të praktikës së tanishme infermirore 21.5% shprehen që nuk ka asnjë barrierë, 28% që është barrierë e vogël, ndërsa pjesa tjetër mendojnë se është barrierë mesatare, ose nuk kanë asnjë opinion.

Mungesa e mentorëve nuk quhet barrierë, pasi 50% e të të intervistuarve thojnë që nuk ka barrierë ose është barrierë e vogël mungesa e mentorëve për inserimin e këtyre metodave në praktikën infermirore, po kështu dhe për sistemin arsimorë, pothuajse

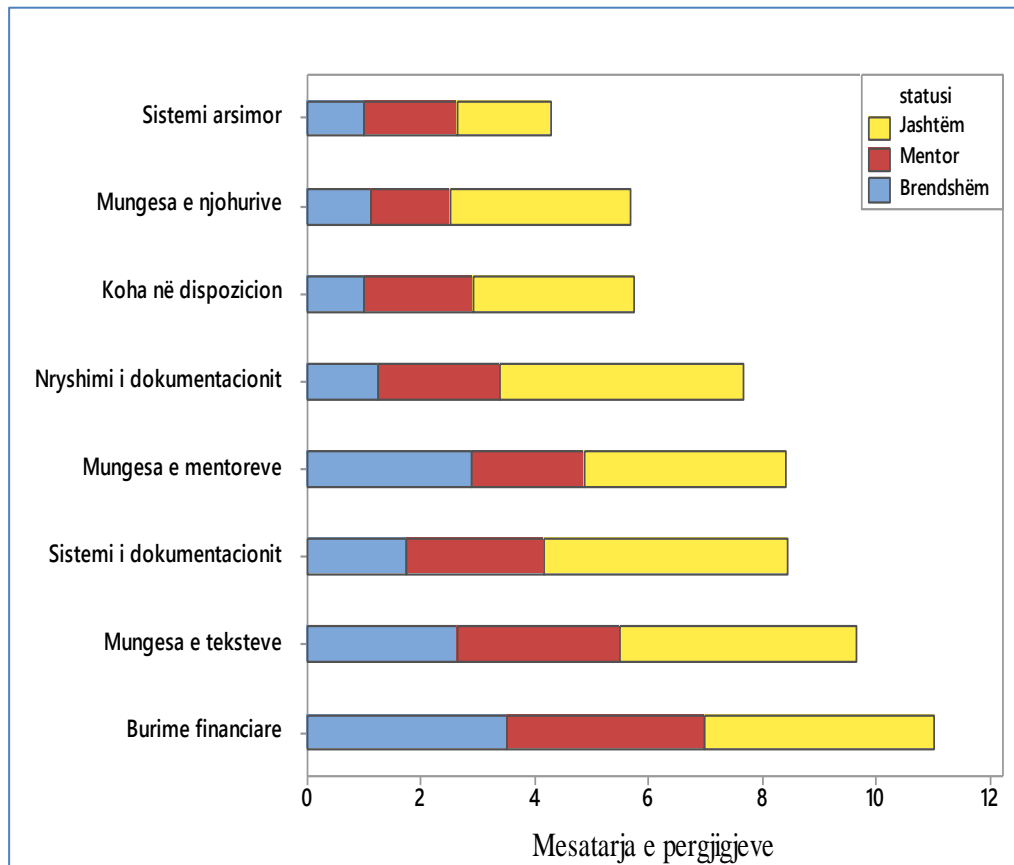
95% e të pyeturve mendojnë që nuk ka barrierë ose është barrierë e vogël mungesa e lejes për futjen në sistemin arsimorë të metodës standarde NNN.



Graf. 4.11. Indeksi mesatar i përgjigjeve për shkaqet e pengesave në përdorimin e gjuhëve të standardizuara sipas statusit të pedagogëve.

Në graf. 4.11, paraqitet indeksi i përgjigjes sipas statusit për të gjitha kushtet në të cilat mendohet që janë pengesë në përdorimin e metodës standarde infermirore NNN. Sikurse shihet sistemi arsimorë paraqet pengesën më të vogël nga të gjithë, pastaj është mungesa e njohurive, koha në dispozicion deri tek mungesa e teksteve dhe burimet financiare. Në të gjithë të intervistuarit të ndarë në stative pedagogët e brendshëm janë më entuziastë në përdorimin e metodës NNN, pasi indeksi i tyre është në të gjitha rastet më i vogël se indekset e tjera, ndërsa pedagogët e jashtëm paraqesin më të madh të përgjigjes që do të thotë që janë grupi i pedagogëve në studim të cilët e paraqesin si më të vështirë përdorimin e metodës së standardizuar infermirore NNN në praktikën mësimore infermirore, fakti që pedagogët e brendshëm dhe mentorët pranojnë që pengesat duke mos përfshirë burimet financiare janë të vogla për aplikimin e këtyre metodave në praktikën infermirore, ka të bëjë me faktin që ky grup pedagogësh janë të angazhuar vazhdimisht me këto praktika si në pjesën klinike po ashtu dhe atë në klasë dhe janë kryesisht infermierë që interesohen për përdorimin e këtyre metodave standarde të praktikave infermirore, ndërsa shumica e pedagogëve të jashtëm duke

qenë mjek nuk janë të interesuar rreth kësaj metode ose futjen e kësaj metode në praktikën e përditshme infermierore.



Graf. 4.12. Pengesat totale në përdorimin e gjuhëve të standardizuara sipas kushteve

Në figuren 11 paraqitet pengesa totale në përdorimin e metodës së standardizuar NNN sipas kushteve të parashtrtuara në pyetësorë, siç shihet duke u nisur për çdo kusht, sistemi arsimorë në total paraqet pengesën më të vogël për inserimin e metodës së standardizuar NNN në përdorimin e përditshëm të praktikave infermierore, ndërsa burimet financiare paraqesin kushtin që janë pengesa më e madhe për përdorimin dhe njohjen e metodës standarde NNN në praktikën e përditshme infermierore.

Ky grafik është ndërtuar duke mbledhur indekset e çdo klase të veçantë, pedagogë të jashtëm, mentorë dhe pedagogë të brendshëm dhe duke e dhënë atë si shumë në total.

4.2. Cilësia e praktikës klinike sipas mentorëve

Në këtë pjesë kemi analizuar mentorët, statistika e parë për mentorët bazohet në moshën e tyre në total dhe të ndarë sipas gjinisë, femra dhe meshkuj.

Mosha mesatare e mentorëve që moren pjesë në këtë testim ishte 38.5- vjeç, memoshë minimale 25- vjeç dhe moshë maksimale 56- vjeç, gjithsej në testim moren pjesë 55-mentorë, nga këto femra ishin 41 ose 75.5% e të gjithë mentorëve që moren pjesë në testim, mosha mesatare e femrave mentore ishte 39.4 vjeç, ndërsa mosha minimale 25 dhe ajo maksimale 56-vjeç.

Për meshkujr mosha mesatare ishte 35.8 -vjeç, mosha minimale 27-vjeç dhe ajo maksimale 50- vjeç, në testim moren pjesë gjithsej 14- meshkuj mentorë që përbënin 24.5% të të gjithë të intervistuarve.

Përveç moshës mentorëve ju kërkua të shpreheshin edhe për vitet që ato punonin si mentor pranë departamentit të infermierisë të Universitetit Luigj Gurakuqi Shkodër. Vitet mesatare në total si mentor për të gjithë mentorët e testuar ishin 5.8- vite, me vite minimale 1 dhe maksimale 8- vite. për femrat mesatarja e viteve të punës si mentore ishte 5.9- vite, varionte nga 1 deri në 8 -vite, ndërsa për meshkuj ishte 5.4 - vite dhe kjo varinte nga 1- 8 vite.

Shihet që pamvarësisht moshës së madhe në punë, mosha mesatare e aktivizimit si mentor është relativisht e vogël. Mosha mesatare në të cilën mentorët fillojnë të bashkëpunojnë me departamentin e infermierisë është rreth 33- vjeç.

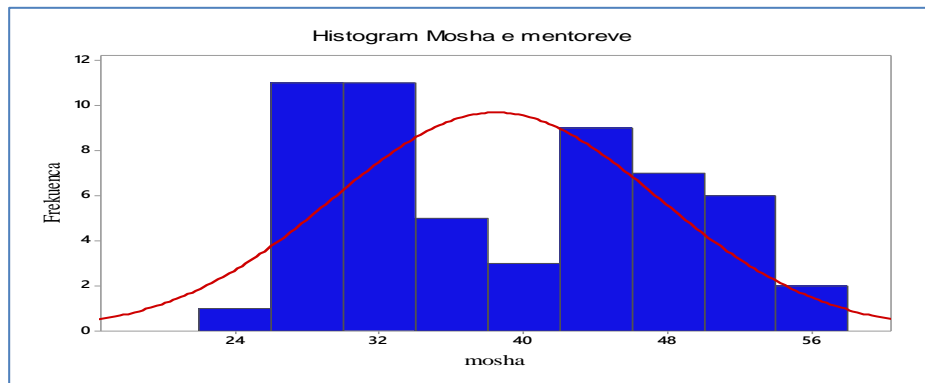
4.2.1. Të dhëna demografike për Mentorët

Tabela 4. 4. Të dhëna për Moshën e Mentorëve

		Mes	Sh.St.	Min	Max	Nr.	Përqindja
Total		38.5	9.1	25.0	56.0	55	100%
Gjinia	F	39.4	9.1	25.0	56.0	41	75.5%
	M	35.8	8.7	27.0	50.0	14	24.5%

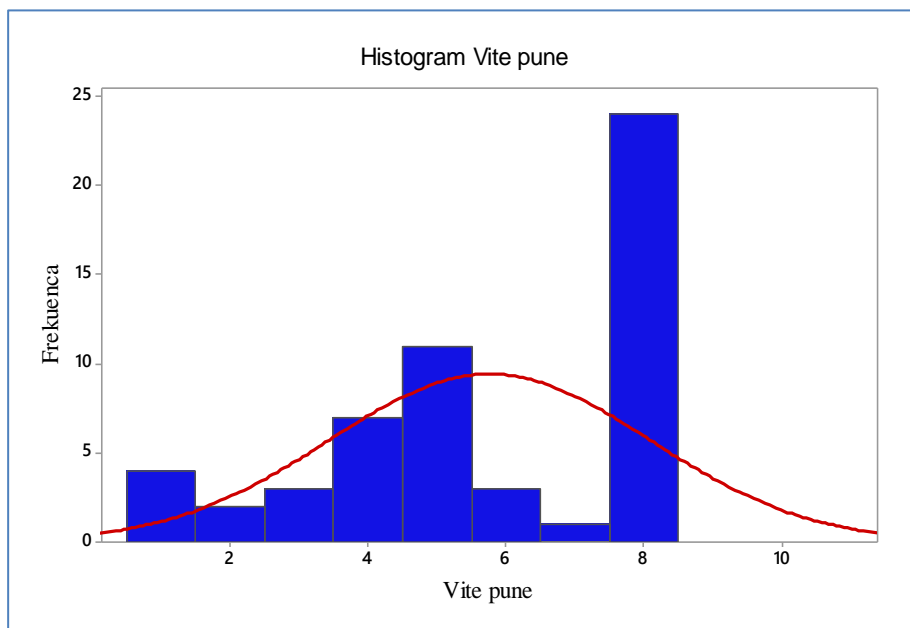
Tabela 4.5. Të dhëna për vjetërsinë në punë të Mentorëve

		Mes	ShSt	Min	Max	Nr.	Përqindja
Total		5.8	2.3	1.0	8.0	55	100%
Gjinia	F	5.9	2.3	1.0	8.0	41	75.5%
	M	5.4	2.5	1.0	8.0	14	24.5%



Grafiku 4.13. Histogrami i moshës së mentorëve

Në graf. 13 paraqitet histogrami i moshës së mentorëve, pra shpërndarja e frekuencës së moshës, pra vihet re që shpërndarja e frekuencës është bimodale, predominojnë frekuencat e vogëla nga 28 deri në 32- vjeç dhe një pjesë e frekuencave të mësha nga 44 deri në 52- vjeç.



Graf. 4.14. Shpërndarja e frekuencave të viteve të punës të mentorëve

Ndërsa tek histogrami i vjetërsisë në punë si mentorë vihet re që shpërndarja e frekuencave nuk është e rregullt, por shumica e mentorëve, rreth 50% e tyre kanë vjetërsi rreth 8 vite pune si mentorë, pranë departamentit të infermierisë në Universitetin e Shkodrës.

Tabela 4.6. Rezultatet e pyetësorit për cilësinë e praktikës

Pyetjet	Vlerësimi %				
	Plotësisht dakord	Dakord	Deri diku dakord	Nuk jam dakord	Nuk jam aspak dakord
1-Të gjithë infermieret e grupit, deritek studentet më të rinj, janë ndjerë pjesë e grupit infermieror.	0	24 (43.6%)	25 (45.5%)	6 (10.9%)	0
2-Në përgjithësi, të gjithë infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme.	0	9 (16.4%)	29 (52.7%)	17 (30.9%)	0
3-Klinika është në dispozicion të studentëve.	0	4 (7.3%)	23 (41.8%)	28 (50.9%)	0
4-Ishte e rëndësishme të përshkruhen nevojat e studimit tek studentët.	24 (43.6%)	28 (50.9%)	2 (3.6%)	1 (1.8%)	0
5- Studentët e infermierisë janë konsideruar si anëtarë të stafit dhe jo si nxënës.	0	8 (14.5%)	39 (71.0%)	8 (14.5%)	0
6-Ishte një organizim i mirë për studentët e infermierisë për të mësuar rreth praktikës klinike.	16 (29.1%)	30 (54.5%)	8 (14.5%)	1 (1.8%)	0
7- Ishte gjithmonë e lehtë për tu kuptuar çfarë pritej nga studentët.	0	22 (40%)	33 (60%)	0	0
8- Ndjem e përgatitur mjaftueshëm për të udhëhequr studentët.	5 (9.1%)	31 (56.4%)	19 (34.5%)	0	0
9-Unë e kam të qartë se me kë duhet të konsultohem, nëse kam nevojë rreth punës me studentët.	30 (54.5%)	25 (45.5%)	0	0	0
10-Unë kam kënaqësi të punoj me studentët.	55 (100%)	0	0	0	0
11-Ishte një angazhim shtesë komentimi i performancës së studentit.	0	11 (20%)	27 (49.1%)	17 (30.9%)	0
12-Unë e dija se çfarë studentët kishin nevojë kur ato ishin në repart.	22 (40%)	31 (56.4%)	2 (3.6%)	0	0
13-Puna me studentët është një eksperiencë positive.	27 (49.1%)	28 (50.9%)	0	0	0
14-Studentët janë atje për të praktikë klinike dhe jo teorike	0	24 (45.5%)	30 (54.5%)	1	0
15-Për të marrë autpute maksimale kërkohet angazhim maksimal i studentëve.	19 (34.5%)	15 (27.3%)	21 (38.2%)	0	0
16-Unë e kuptoj modelin e praktikës klinike që do realizohet në repartin tim.	0	8 (14.5%)	27 (49.1%)	20 (26.4%)	0
17-Puna me student kërkon shumë kohë.	46 (83.6%)	9 (16.4%)	0	0	0
18-Në tërësi, ndjeva se kjo ishte një eksperiencë e mirë	28 (50.9%)	27 (49.1%)	0	0	0

Në tabelen 10 jepen rezultatet e pyetësorit për cilësinë e praktikës me studentet e vitit të dytë dhe të tretë të degës infermieri të Universitetit të Shkodrës. Siç shihet rezultatet janë dhënë në frekuenca dhe në përqindje të frekuencave. Po ti vëmë re sipas pyetjeve të bëra shohi që në shumicën e rasteve vlerësimi nga mentorët për praktikën e studentëve është tek mesatarja dhe sipër e poshtë mesatares. Kështu psh. për pyetjen e parë të gjithë infermieret e grupit deri tek studentët më të rinj janë ndjerë si pjesë e grupit infermierorë, rreth 90% janë dakord dhe deri diku dakord, ndërsa plotësisht dakord nuk është asnjë nga mentorët, nuk janë dakord pra një pjesë e mentorëve pra rreth 10% e të intervistuarve, që do të thotë që jo të gjithë studentët janë të interesuar për të ndjekur praktikën në spitale nën udhëheqjen e këtyre mentorëve.

Për pyetjen e dytë, infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme. Pjesa dërrmuese e përgjigjeve është deri diku dakord, pra 30% është nuk janë dakord dhe 52% që deri diku janë dakord, kjo tregon që vetëm një pjesë e vogël e mentorëve përpiqen ti japin të gjitha njohuritë e mundëshme studentit, pra vetëm 16.4% e tyre është shprehur se jemi dakord që mentorët bënë çështje e mundur për ti ndihmuar studentët të marrin eksperiencën më të mirë të mundëshme.

Në rastin e tretë nëse klinika është në dispozicion të studentëve 50% e të intervistuarve shprehen që nuk janë dakord, pjesa tjetër shprehen që deri diku janë dakord ose janë dakord.

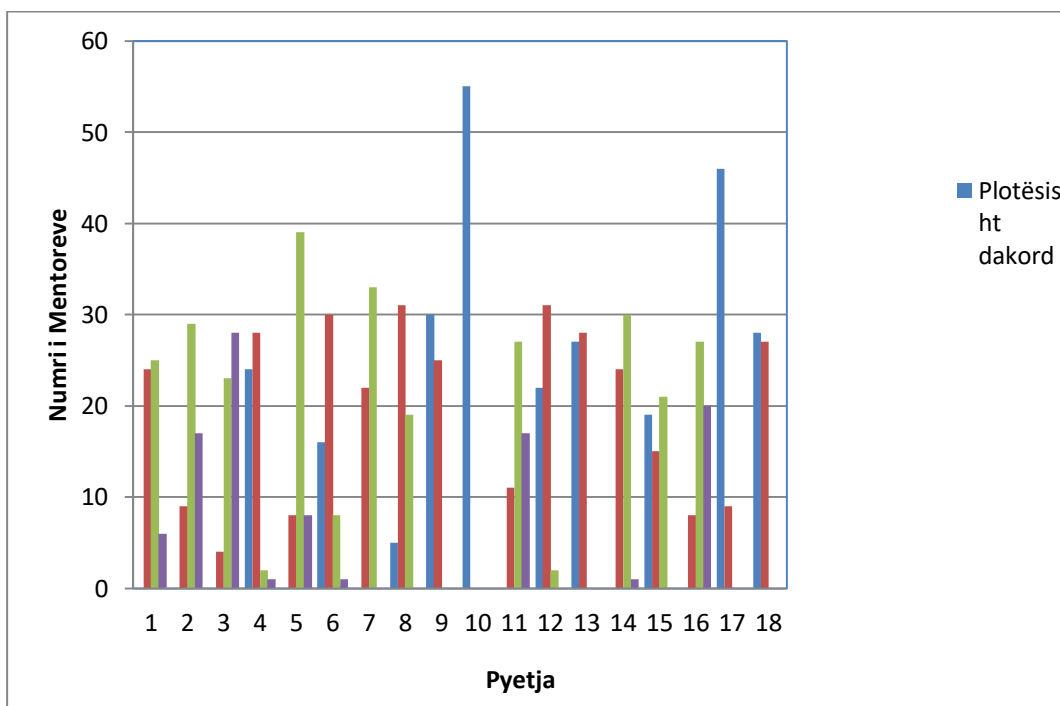
Në pyetjen katër, ku studentët e infermierisë janë konsiderua si pjesë e stafit dhe jo si student, pjesa dërmuese është deri diku dakord pra 71% është deri diku dakord, ndërsa 14.5% është dakord dhe 14.5% tjetër nuk është dakord.

Në pyetjen ishte e rëndësishme të përshkruheshin se nevojat e studimit tek infermierët, plotësisht dakord janë shprehur 43.6%, 50.9 % janë shprehur dakord. Pjesa dërmuese e mentorëve janë shprehur dakort dhe shumë dakort edhe për rasti a ishte ky një organizim i mirë për studentët e infermierisë për të mësuar rreth praktikës klinike. Kurse në rastin e pyetjes unë kan kënaqësi të punoj me studentë, 100% e mentorëve është shprehur se është me te vërtetë kënaqësi të punosh me studentë.

Në rastet e tjera si psh: puna me studentët është një eksperiencë pozitive 100% e personelit të pyetur sprehet dakord dhe shumë dakort, pra mentorët e vlerësojnë si eksperiencë pozitive punën me studentët, pasi siç e theksuam dhe më sipër studentët dërgojnë të rehat e fundit dhe mësojnë praktikën nga mentorët.

Po kështu edhe për pyetjen, për të marrë aupte maksimale kërkohet angazhim maksimal i studentëve janë dakodr pothuajse 78% e të intervistuarve.

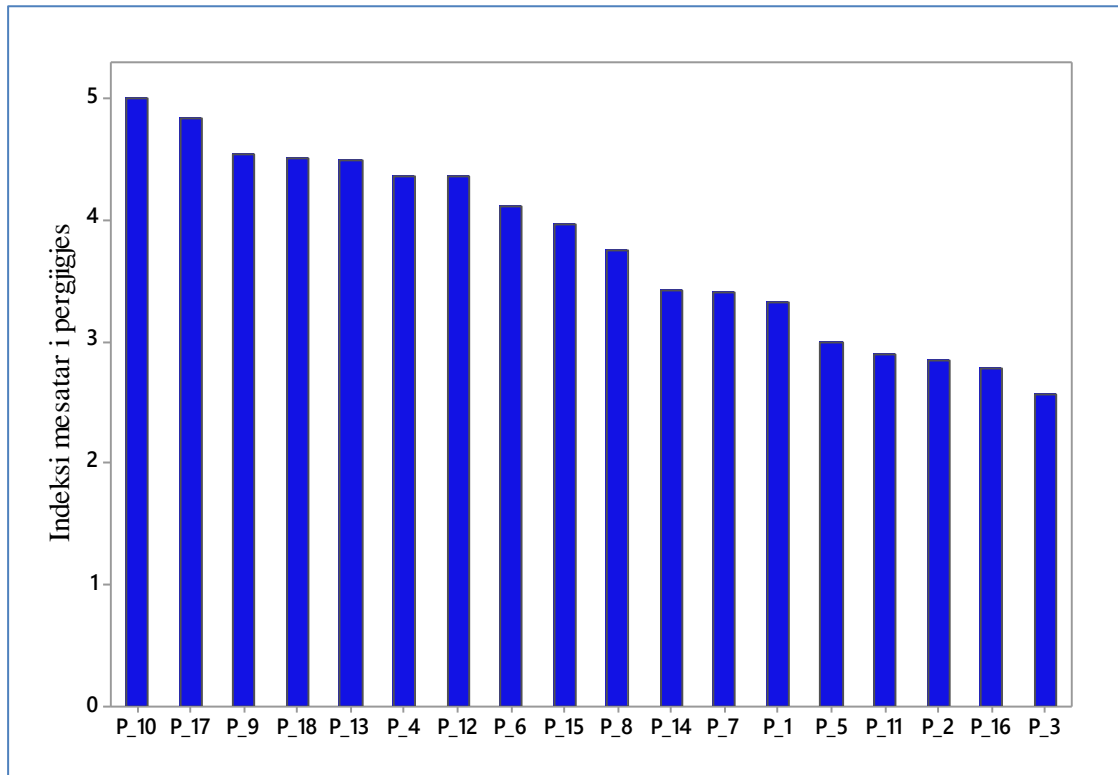
Puna me studentët kërkon shumë kohë ishte një pyetje tjetër, të cilës 100% të të intervistuarve ju përgjigjen dakord dhe shumë dakord, po kështu për pyetjen që në tërësi u ndjeva që për mua ishte një eksperiencë e mirë, pra për mentorin, 100% të të intervistuarve ju përgjigjen dakord dhe shumë dakord.



Graf. 4.15. Përgjigjet e dhëna nga mentorët lidhur me cilësinë e praktikës

Në graf. 4.15 jepen përgjigjet e pyetjeve të mësipër në formën e grafikut në funksion të numrit të mentorëve, vihet re që në shumë raste nuk ka përgjigje të disa pyetjeve.

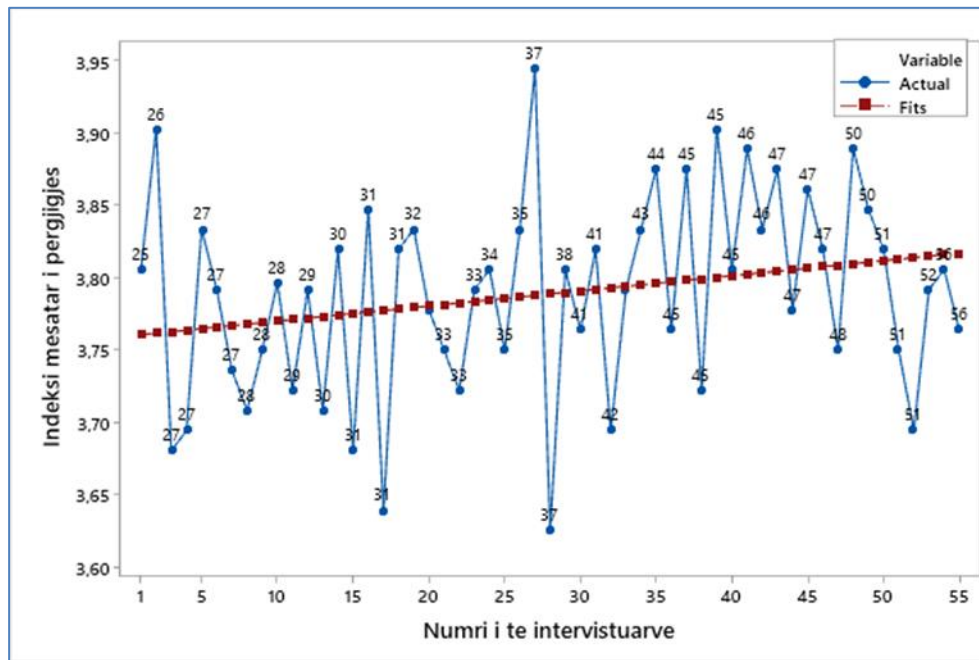
Pyetje që kanë marrë përgjigje plotësisht dakord janë pyetja 10 dhe pyetja 17, vlerat tek pyetja 10 ishin 100% ndërsa tek pyetja 17 ishin 83.6%, për jam plotësisht dakord.



Graf. 4.16. Indeksi mesatar i pergjigjeve nga mentoret lidhur me cilësinë e praktikës.

Në pyetësorin e marrë janë hartuar 10 - vlerat mesatare të përgjigjeve për çdo mentor, duke e cilësuar këtë si një shkallë mesatare të vlerësimit të cilësisë së praktikës në tërësi, kështu që pyetja 10 ishte pyetja që kishte indeksin mesatarë të përgjigjes më të lartë nga të gjithë, pyetja 10 ishte që unë kam kënaqësinë të punoj me studentët, pas pyetjes 10 ishte pyetja 17, pyetja 9 e kështu me radhë.

Pyetja 3 e kishte indeksin mesatarë të përgjigjes më të ulët nga të gjithë, pyetja 3 ishte: klinika është në dispozicion të studentëve, pra siç shihet studentët kur shkojnë në klinikë për të realizuar praktikën klinike, vërehet që e kanë shumë të vështirë të shprehen lirshëm pasi shumica e mentorëve është shprehur që klinika nuk vihet në dispozicion të studentëve për të realizuar praktikën klinike.

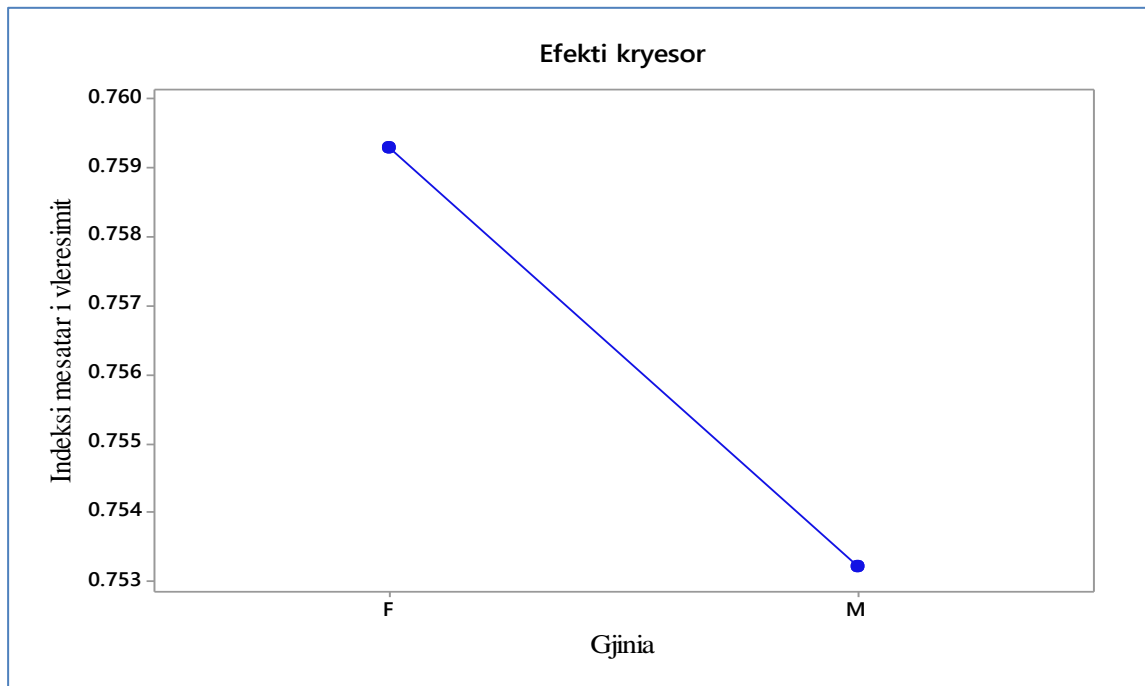


Graf. 4.17. Tendenca e ndryshimit të indeksit të vlerësimit të praktikës nga mentorët me moshën e mentorit

Regresioni logjistik binar. Raporti M/ F 0.9676 (0.5137, 1.8224).

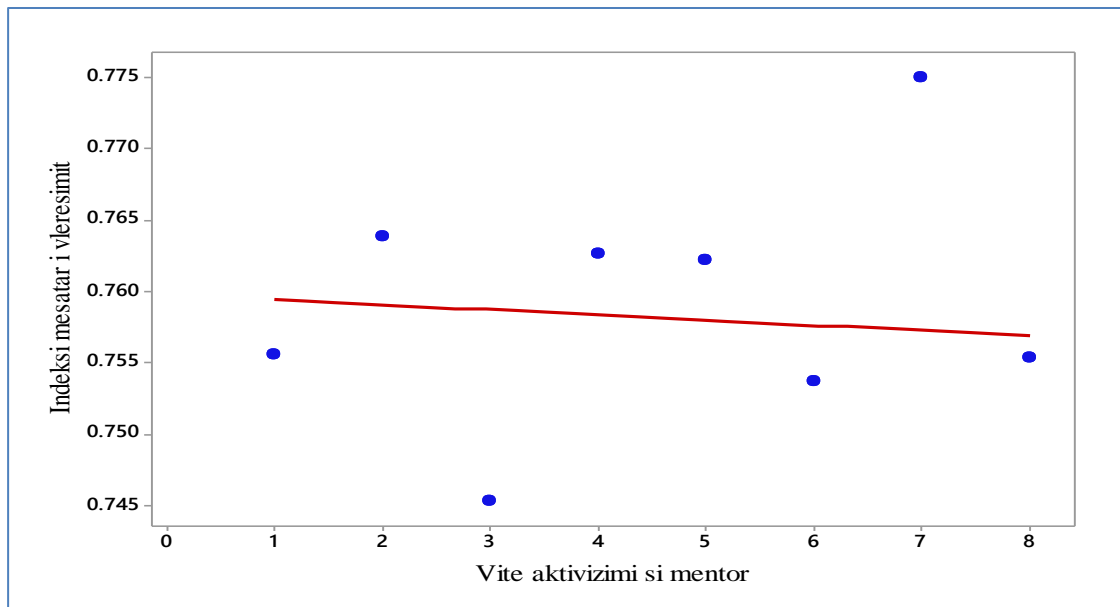
Me të dhënat e pyetësorit cillësia e praktikës e organizuar me mentorët është bërë dhë regresioni logjistik binarë i cili vlerësohet me indeksin mesatarë të vlerësimit nga të gjithë mentorët dhe bazohet tek gjinia. Siç shihet raporti meshkuj- femra 0.96, më i vogël se 1 me një interval të sigurisë 0.51- 1.8 tregon që mentoret femra e vleresojnë praktiken klinike më mirë sesa mentorët meshkuj.

Një tjetër përpunim statistikor i të dhënave nga pyetësori për cilësinë e praktikës klinike ka të bëjë me tendencën e ndryshimit të indeksit të përgjigjes për moshën e mentorit, siç vihet re tendenca e ndryshimit është e ndryshme, në bazë të moshës, por vihet re, që me rritjen e moshës tendenca shkon drejtë rritjes, që do të thotë që vlerësimin e praktikës me një indeks më të lartë pëe testin e zhvilluar për cilësinë e praktikës me të gjithë mentorët, e bëjnë mentorët me moshë më të madhe në krahasim me ato me moshë në të re, pra siç shihet grafiku sugjeron se serioziteti i praktikës ose vëmendja tek cilësia e praktikës rritet me rritjen e moshës së mentorit.



Graf. 4.18. Vlerësimi i praktikës në klinika nga mentorët sipas gjinisë

Në graf. 4.18 paraqitet efekti kryesor i indeksit mesatarë të vlerësimit të praktikës nga mentorët. Siç shihet vlerësimi i praktikës nga mentorët femra është më i lartë sesa i mentorëve meshkuj.



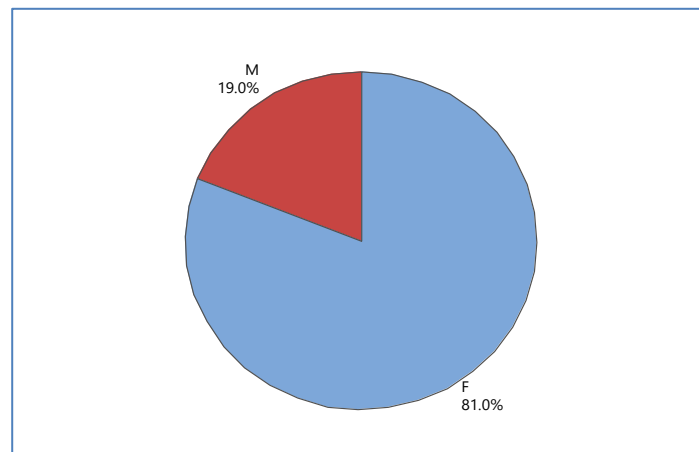
Graf. 4.19. Indeksi mesatar i vlerësimit të praktikës sipas viteve të aktivizimit si mentor

Në graf. 4.19 indeksi mesatarë i vlerësimit të praktikës sipas viteve të aktivizimit si mentor klinik. Vitet e aktivizimit si mentor ndryshojnë nga 1 deri në 8 - vite. Siç shihet indeksi mesatarë i vlerësimit ndryshon shumë pak, por tendenca është që me rritjen e viteve të aktivizimit si mentor serioziteti i aktivizimit për praktiken klinike të ulet.

4.3. Rezultatet e nxjerra nga studentët

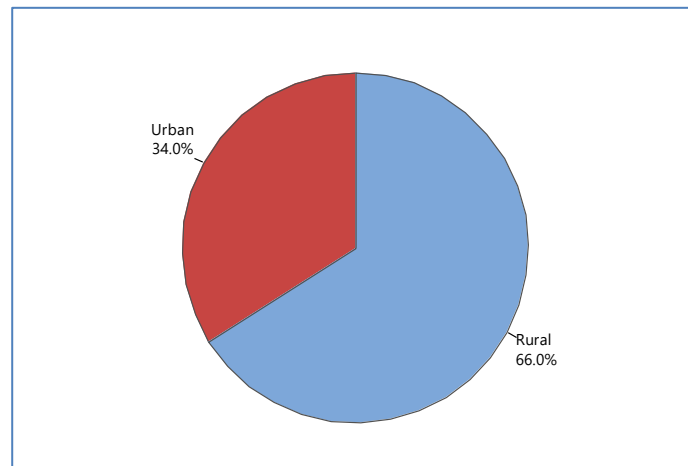
50 studentë nga viti 2 dhe 50 studentë nga viti 3. Në studim morën pjesë gjithsej 100- studentë, 50- studentë nga viti i 2-të infermieri dhe 50- studentë nga viti i 3- të infermieri.

Sipas moshës studentët u analizuan për moshën mesatare, minimale, maksimale si dhe shmangien standarde. Moshë e studentëve u studiua edhe në bazë të gjinisë dhe zonës së banimit, kështu në total moshë mesatare e studentëve të marra në studim ishte 20.96- vjeç, moshë minimale e pjesëmarrësve në studim ishte 20 dhe moshë maksimale 27- vjeç, shmangia e standardit ishte 1.3. Për studentët femra moshë mesatare e pjesëmarrësve në studim ishte 21.1 - vjeç, me moshë minimale 20 dhe moshë maksimale 27- vjeç. Për studentet meshkuj moshë mesatare ishte 20.4- vjeç, me moshë minimale 20 dhe moshë maksimale 25- vjeç, gjithashtu moshë u studiua dhe nga zona e banimit, për studentët që vinin nga zonat rurale moshë mesatare afërsisht 21- vjeç, me moshë minimale 20 dhe moshë maksimale 27- vjeç, ndërsa për studentët që vinin nga zonat urbane përsëri moshë mesatare 21- vjeç, moshë minimale 20 dhe moshë maksimale 25- vjeç.



Graf. 4.20. Shpërndarja e studentëve pjesëmarrës në studim sipas gjinisë

Shpërndarja e studentëve sipas gjinisë ishte e tillë, studentët femra që morën pjesë në studim ishin 81% i të gjithë studentëve, ndërsa studentët meshkuj 19%.

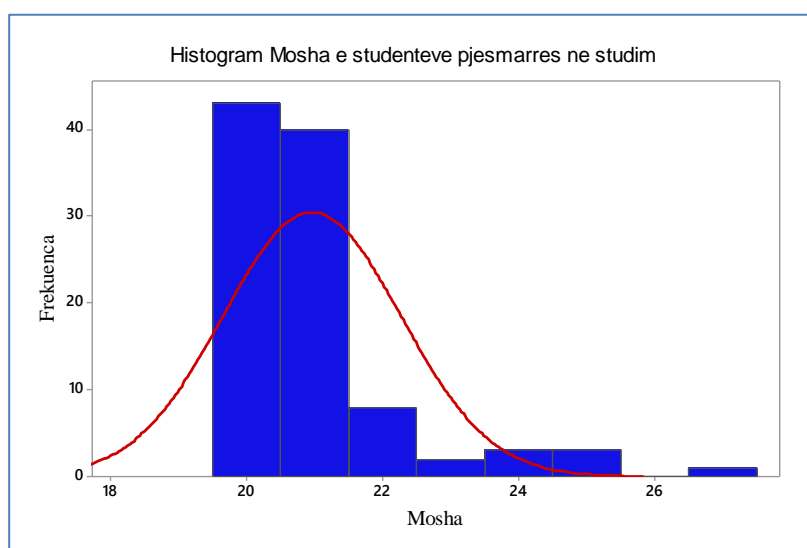


Graf. 4.21. Shpërndarja e studentëve sipas zonës së banimit

Po kështu studentët u klasifikuan edhe sipas zonës së banimit. Në zonën rurale jetonin 66% e studentëve të marrë në studim, ndërsa në zonën urbane 34% e studentëve pjesëmarrës në studim.

Tabela 4.7. Moshë e studenteve pjesëmarrës në studim sipas gjinisë dhe vendbanimit

		Mes	SHS	Min	Max
Totali		20.96	1.3	20.0	27.0
Gjinisë	F	21.1	1.4	20.0	27.0
	M	20.4	0.6	20.0	25.0
Zona Banimit	Rural	20.97	1.4	20.0	27.0
	Urban	20.94	1.1	20.0	25.0



Graf. 4.22. Shpërndarja e frekuencave të moshës së studentëve

Në graf. 4.22 paraqitet shpërndarja e frekuencave të moshës së studentëve pjesmarrës në studim, siç shihet dhe nga figura pjesa kryesore e studentëve të marrë në studim janë të moshës 20- 21- vjeç deri në 22- vjeç, ndërsa studentët me moshë më të madhe në moshë janë më të vogël në numër, kjo shpjegohet me faktin që studentët që studiojnë në degen infermieri në Universitetin Luigj Gurakuqi Shkodër vinë direkt nga shkollat e mesme, megjithatë ka edhe studentë të mëdhenje në moshë të cilët janë shumë të pakët në numër në krahasim me studentët e tjerë.

4.3.1. Analiza e përgjigjeve të studentëve për testin mësimdhënia në klasë

Në tabelen 4.9 jepen rrezultatet e pyetsorit të marrë nga studentët e deges infermieri të vitit të dytë dhe të tretë të Universitetit Shkodër për mësimdhënjen në klasë. Pyetsori përbëhet nga 16- pyetje dhe përgjigjet alternative janë pesë. Shkalla më e lartë: pajtohem plotësisht, shkalla e dytë pajtohem, shkalla e tretë pajtohem deri diku, shkalla e katërt nuk pajtohem dhe shkalla e pestë dhe e fundit nuk pajtohem aspak. pyetjet kanë të bëjnë me mënyrën e organizimit të mësimdhënjes në klasë si leksione, seminare, detyra kursi me përvojën që studentët nxjerrin gjatë qëndrimit në klasë. Siç shihet nga rrezultatet pjesa dërmuese e përgjigjeve të studentëve është kryesisht ndërmjet përgjigjes pajtohem dhe pajtohem deri diku.

Në pyetjen e parë, unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike me anëtarët e fakultetit, rreth 35% e studentëve të pyetur janë shprehur që pajtohem ose pajtohem plotësisht, pra mund ti shprehin lirisht shqetësimet. Nga ana tjetër për pyetjen tjetër që anëtarët e fakultetit janë lehtësisht të arritshëm rreth 40% të studentëve janë shprehur me faktin që anëtarët e fakultetit mund të takohen dhe të bisedohet me to. nga ana tjetër më e vogël ka qenë përgjigja nga studentët kur bëhet fjalë që anëtarët e fakultetit mund ti ndihmojnë apo jo studentët kur këto kërkojnë ndihmë rreth 24% janë shprehur që po është e mundur që këto ti ndihmojnë studentët për kohën kur ato kërkojnë ndihmë, po kështu anëtarët e fakultetit bëjnë përpjekje për të kuptuar vështirësitë e mia akademike, një numër i vogël studentësh rreth 30% janë shprehur që po, ndërsa pjesa më e madhe e studentëve rreth 45% është shprehur që nuk pajtohem me këtë pikë.

Tek pyetja ku anëtarët e fakultetit janë zakonisht në dispozicion edhe në orët e seminareve dhe oreve të lira një pjesë e vogël studentëve, rreth 11% është shprehur që po ndërsa pjesa dërmuese rreth 60% është shprehur , nuk pajtohet.

Për pyetjet e tjera gjithashtu përgjigjet kanë anuar më shumë në rastin e përgjigjeve nuk pajtohem ose nuk pajtohem aspak. Një vëmendje të veçantë është treguar kur bëhet fjalë për administratën që tregon kujdes për studentët si individë të veçantë, rreth 85% e studentëve janë shprehur që po administrata tregon shqetësim për studentët si individë të veçantë.

Nga ana tjetër edhe për pyetjen anëtarët e fakultetit na vënë në dispozicion kohë për të dëgjuar / diskutuar çështjet që mund të ndikojnë në punën time akademike 88% e studentëve janë shprehur që po pajtohem plotësisht me këtë ide.

Për pyetjen në përgjithësi kemi kohë të mjaftueshme për të kuptuar gjërat që duhet të mësojmë rreth 70% e studentëve janë shprehur që po koha është e mjaftueshme, po kështu më shumë se 50% e studentëve janë shprehur lirisht për faktin që unë mund të shprehem lirisht me anëtarët e fakultetit.

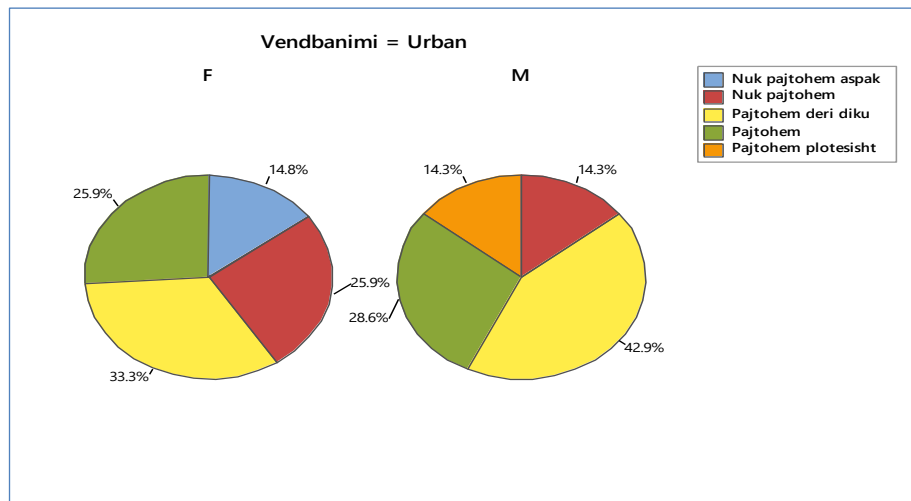
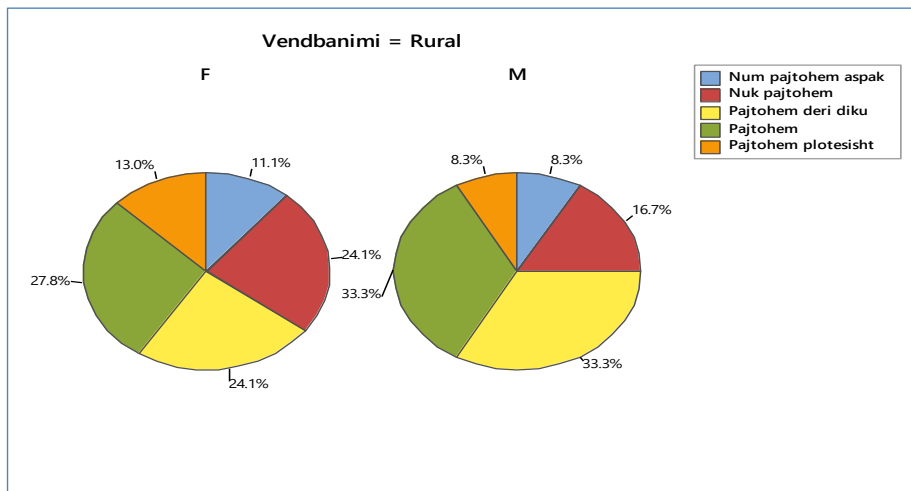
Mbi tabelën e mësipërme, vetëm për pyetjen e parë janë ndërtuar dy grafikë tek figura 4.23a dhe 4.23 b. Në figurë janë marrë përgjigjet e studentëve të analizuar në bazë të vendbanimit dhe të gjinisë, siç shihet studentet e me vendbanim rrural pyetja e parë që unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike me anëtarët e fakultetit pjesa

dërmuese është përgjigjur me pajtohem deri diku deri në pajtohem plotësisht pra rreth 80% e studentëve janë dakord që pajtohen deri diku , po kështu dhe rreth 80% e studentëve meshkuj, studentët femra kanë rreth 70% që pajtohen deri diku. Studentët e vendbanimit urban femrat e kanë më të madhe shkallën e mosbesimit ndaj shprehjes lirisht shqetësimet e akademike me anëtarët e fakultetit rreth 35% deri në 40% e studentëve nuk pajtohen aspak ose pajtohen pjesërisht, ndërsa studentët meshkuj, pjesa më e madhe e tyre rreth 85% pajtohen deri diku deri në pajtohem plotësisht me shprehje lirisht shqetësimet e akademike me anëtarët e fakultetit.

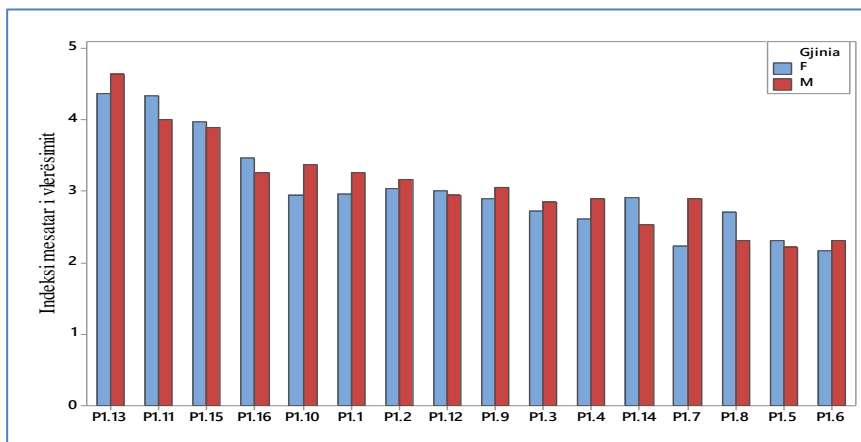
Tabela 4.8. Rezultatet e pyetorit për mësimdhënien në klasë

Nr.	Pyetjet	Vlerësimi %				
		Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
1	Unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike me anëtarët e fakultetit.	9	28	29	23	11
2	Anëtarët e fakultetit janë lehtësisht të arritshëm	8	35	22	25	10
3	Anëtarët e fakultetit bëjnë çdo përpjekje për të ndihmuar studentët kur u kërkohet.	6	18	35	26	15
4	Anëtarët e fakultetit bëjnë përpjekje për të kuptuar vështirësitë e mia akademike.	4	23	28	26	19
5	Anëtarët e fakultetit janë zakonisht në dispozicion edhe në orët e seminareve dhe oreve të lira.	1	10	31	33	25
6	Unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike dhe të tjera tek administrata.	1	9	27	35	28
7	Fakulteti është i drejtë dhe ipa anshëm në trajtimin individual të studentëve.		13	30	37	20
8	Anëtarët e fakultetit japin vlerësimet e mjaftueshme në lidhje me progresin e studentëve në një kurs	5	17	31	30	17
9	I marr reagimet e detajuara nga anëtarët e fakultetit në punën time dhe detyrat me shkrim	10	21	31	27	11
10	Anëtarët e fakultetit janë një shembull i mirë dhe më motivojnë mua për të bërë më të mirën.	12	30	20	24	14
11	Administrata tregon shqetësim për studentët si individë	48	36	11	5	
12	Anëtarët e fakultetit tregojnë një nivel të lartë të njohurive në disiplinat e tyre	10	26	28	25	11
13	Anëtarët e fakultetit na vënë në dispozicion kohë për të dëgjuar / diskutuar çështjet që mund të ndikojnë në punën time akademike	55	33	11	1	0
14	Anëtarët e fakultetit krijojnë një përshtypje të mirë të përgjithshme	9	26	22	26	17
15	Në përgjithësi kemi kohë të mjaftueshme për të kuptuar gjërat që duhet të mësojmë.	41	29	17	11	2
16	Unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike me anëtarët e fakultetit.	24	27	23	19	7

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

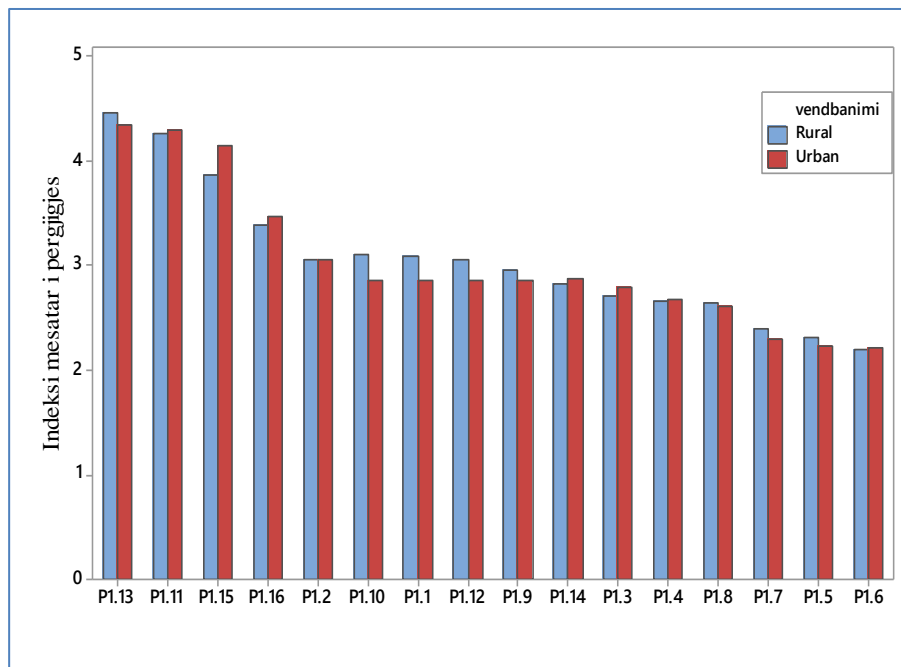


Graf. 4.23.a.b. *Përgjigjet e dhëna nga studentët lidhur me shqetësimet akademike sipas gjinisë dhe vendbanimit*



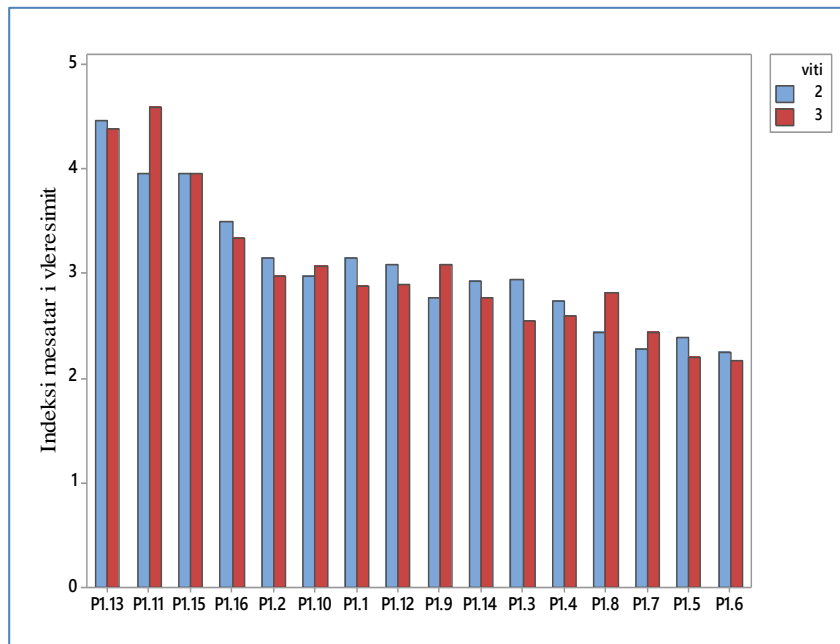
Graf. 4.24. *Indeksi mesatar i pergjigjes për mësimdhënien në klasë sipas gjinisë*

Në graf. 4.24 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas gjinisë. Në përgjithësi vihet re që nuk ka një rregullsi në përgjigje. Në disa raste indeksi mesatarë i vlerësimit është më i lartë tek meshkujt, në disa raste më i lartë tek femrat, megjithatë renditja sipas madhësisë të këtij indeksi paraqitet e tillë. Indeksini më të madh të vlerësimit e ka pyetja 13 e cila thotë: anëtarët e fakultetit na vënë në dispozicion kohë për të dëgjuar / diskutuar çështjet që mund të ndikojnë në punën time akademike. Si për femrat dhe për meshkujt është shumë e rëndësishme kjo përgjigje pasi pedagogoet gjejnë kohën të dëgjojnë shqetësimet e studentëve për problemet e tyre të cilat ndikojnë në punën akademike. Ndërsa më pak nga të gjithë pikë ka marrë pyetja 6 pra indeksi më i vogël i besimit është pyetja 6 e cila thotë: unë mund të shprehë lirisht shqetësimet e mia akademike dhe të tjera tek administrata. Sipas studentëve kjo është e pamundur të bëhet ose mundësia që kjo të realizohet është shumë e vogël, në këtë rast rreth 70% e studentëve kanë thënë që nuk pajtohen, por siç shihet dhe tek administrata më shumë besojnë studentet meshkuj sesa studentët femra.



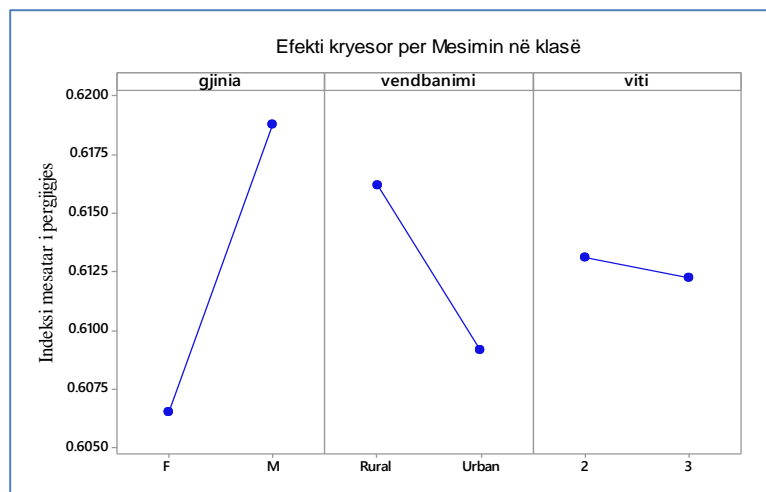
Graf. 4.25. Indeksi mesatar i përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas vendbanimit

Në graf. 4.25 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas vendbanimit të studentit. Nuk ka një rregullsi në indeksin e përgjigjes. Në disa pyetje studentët që vinë na vendbanimi rural kanë dhënë përgjigje me indeks më të lartë se ato që vinë nga vendbanimi urban dhe anasjelltas. Edhe në këtë rast pyetja 13 e cila kishte të bënte me anëtarët e fakultetit na vënë në dispozicion kohë për të dëgjuar / diskutuar çështjet që mund të ndikojnë në punën time akademike, ka vlerësimin maksimal dhe pyetja 6 ka vlerësimin minimal. Pra tek administrata studentët nuk mund të ankohen.



Grafiku 4.26. Indeksi mesatar përgjigjes për mësimdhënien në klasë sipas vitit akademik që ndjek studenti

Shohim qoftë studentët e vitit të dytë ose të tretë, qoftë vendbanimi rural ose urban qoftë femra ose meshkuj e kanë shumë të lehtë të shprehin lirisht shqetësimet e tyre me stafin akademik të cilët i lënë kohë për të dikutuar çështjet për të cilat janë të interesuara në fushen akademike, por nga ana tjetër e kanë shumë të vështirë të flasin me administratën për problemet e tyre.



Graf. 4.27. Efekti kryesor i pjesës mësimdhënien në klasë sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitin e shkollimit të studentit

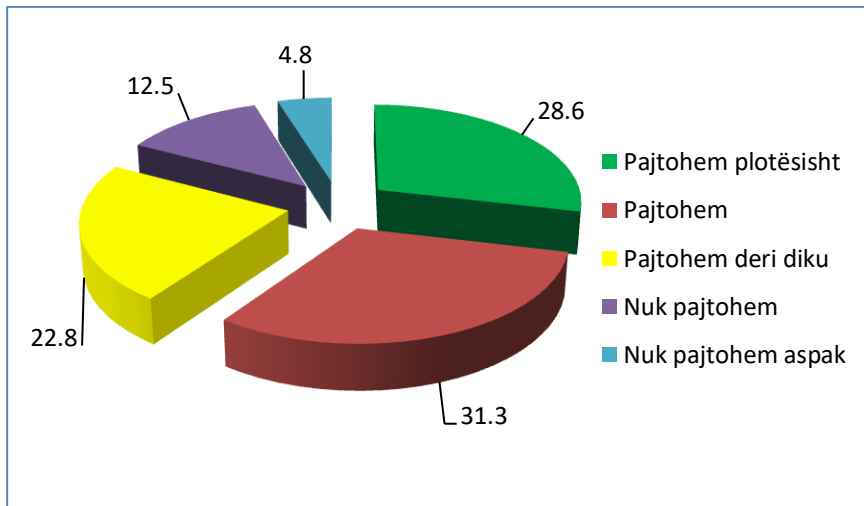
Në graf. 4.27 paraqitet efekti kryesor i pjeses mësimdhënja në klasë sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitit të shkollimit të studentit. Vihet re që indeksi tek meshkujt është më i lartë se tek femrat, pra në përgjithësi mësimdhënja në klase vlerësohet më shumë nga studentët meshkuj sesa studentët femra, po kështu mësimdhënja në klasë vlerësohet më shumë nga studentët që vinë nga zonat rurale sesa nga zonat urbane, ndërsa në bazë të vitit që ndjekin studentët na rezulton që mësimdhënja në klasë vlerësohet më shumë nga studentët e vitit të dytë sesa nga ato të vitit të tretë

4.3.2. Analiza e përgjigjeve të studentëve për mësimin klinik

Tabela 4.9. Rezultatet e pyetësorit për mësimin klinik

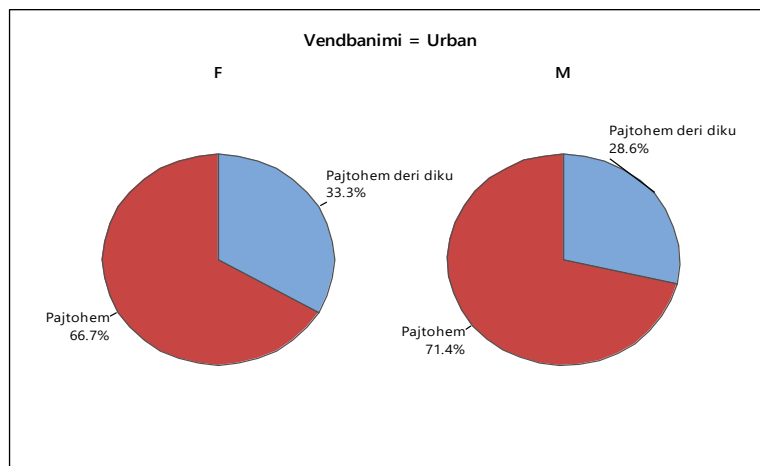
Nr.	Pyetjet	Vlerësimi				
		Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
1	Mentorët klinike janë të afërshëm dhe I bëjnë studentët të ndihen të kënaqur rreth pyetjeve.	41	31	27	1	0
2	Mentorët klinike të sigurojnë reagime në kohë të për shtatshme dhe jo të më tërheqin vëmendje para të tjerëve (shokët e klasës, stafi, pacientë dhe anëtarët e familjes)	10	23	25	24	18
3	Mentorët klinike janë të hapura për diskutime dhe mendimeve	40	36	19	5	0
4	Mentorët klinike më jepin udhëzime të mjaftueshme para se të kryejmë Aftësitë teknike	20	31	23	19	7
5	Mentorët klinike I shohin gabimet e mia, si pjesë e të mësuarit tim	8	30	33	23	6
6	Mentorët klinike më japin ide të qarta për atë që pritet nga unë gjatë praktikave klinike	11	30	25	22	12
7	Mentorët klinik më lehtësojnë punën time gjatë vlerësimit të nevojave të pacientit	17	21	24	26	12
8	Mentorët klinik më caktojnë mua pacientë të cilët janë të përshatshëm për nivelin tim të kompetencave.	12	34	28	18	8
9	Mentorët klinik më japin përshtypjet verbale dhe jo- verbale në lidhje me përvojën time klinike.	38	34	22	6	0
10	Mentorët klinik tregojnë një nivel të lartë të njohurive dhe ekspertizës klinike	47	36	17	0	0
11	Mentorët klinike janë në dispozicion kur është e nevojshme	38	30	21	8	3
12	Mentorët klinike janë të afërshëm dhe I bëjnë studentët të ndihen të kënaqur rreth pyetjeve.	26	34	25	11	4
13	Mentorët klinike të sigurojnë reagime në kohë të përshatshme dhe jo të më tërheqin vëmendje para të tjerëve (shokët e klasës, stafi, pacientë dhe anëtarët e familjes)	42	38	15	4	1
14	Mentorët klinike janë të hapura për diskutime dhe mendimeve	40	30	20	9	1
15	Mentorët klinike më epin udhëzime të mjaftueshme para se të kryejmë aftësitë teknike	39	31	18	11	1

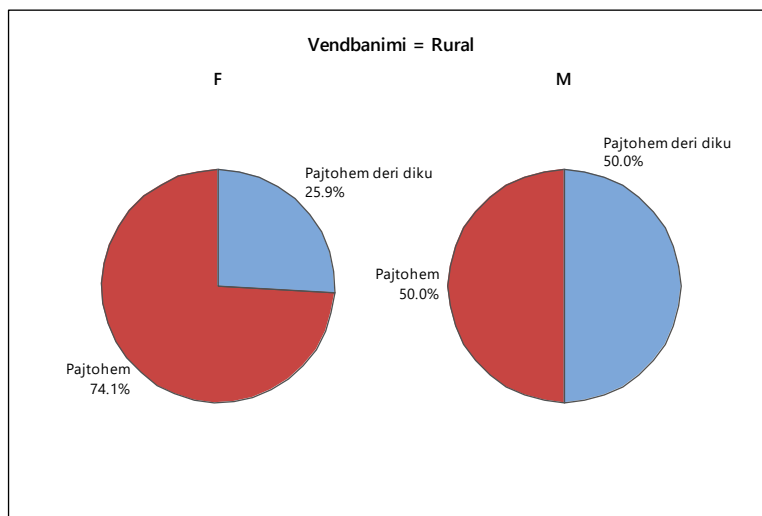
Rrezultatet e marra për pjesën e dytë mesimi klinik të pyetësorit jepen në tabelen nr 4.10. Tabela është formuluar duke dhënë pyetjet, ky seksion ka 15 pyetje dhe numrin e studentëve për përgjigjet respektive nga pajtohem plotësisht, pajtohem, pajtohem deri diku, nuk pajtohem dhe nuk pajtohem aspak, sikurse shihet dhe nga përgjigjet pjesa dërmuese e studentëve pajtohen ose pajtohen deri diku, megjithatë në disa raste si psh: mentorët klinik janë të hapur për diskutime dhe mendime rreth 70% e studentëve mendojnë se janë plotësisht të hapur ose dhe te hapur. Po kështu mentorët klinik tregojnë nivel të lartë të njohurive dhe ekspertizës klinike rreth 80% e studentëve mendojnë se ato janë në nivel shumë të lartë të ekspertizes klinike. Nga përgjigjet e mësipërme është ndërtuar grafiku i figurës 4. 28.



Grafiku 4.28. Përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për mësimin klinik

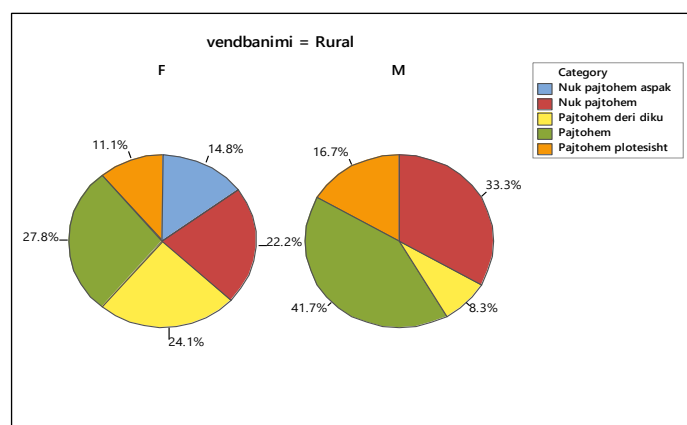
Në graf. 4.28 jepet përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për mësimin klinik. Nga të gjithë studentët 28.6% e tyre pajtohen plotësisht, pra mendojnë që praktika klinike zhvillohet në një cilësi shumë të mirë. 31.3% e studentëve mendojnë që praktika zhvillohet me një cilësi të mirë. 22.8% mendojnë që praktika zhvillohet deri diku mirë, 12.5% nuk janë të mendimit që praktika ealizohe mirë dhe 4.8% e të gjithë studentëve nuk janë aspak dakord që mësimi klinik zhvillohet mirë.

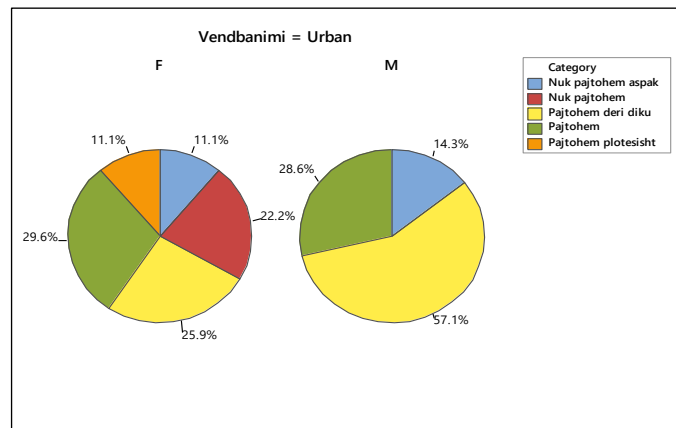




Grafiku 4.29.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për mësimin klinik sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve

Në graf. 4.29 jepet indeksi mesatar i përgjigjeve për mësimin klinik sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve. Siç shihet studentët e vendbanimit urban të ndarë në femra dhe meshkuj 33% e tyre pajtohen deri diku me faktin që mësimi klinik zhvillohet në cilësinë e duhur kurse 66.7% pajtohen që mesimi realizohet në cilësinë e duhur, ndërsa për meshkuj 28.6% e tyre pajtohen deri diku që mësimi zhvillohet me cilësi dhe 71.4% pajtohen që mësimi zhvillohet me cilësi. për vendbanimet rurale shohim që pjesa e femrave që pajtohem me faktin që mësimi klinik zhvillohet deri diku me cilësi është më e vogël sesa ajo e femrave që banojnë në zonën urbane, ndërsa pjesa e femrave që pajtohen me faktin që mësimi klinik zhvillohet me cilësi është 74.1%. Për meshkujt 50% e tyre që banojnë në zonat rurale, pajtohen me faktin që mësimi klinik zhvillohet deri diku me cilësi dhe 50% pajtohem me faktin që mësimi zhvillohet me cilësi.



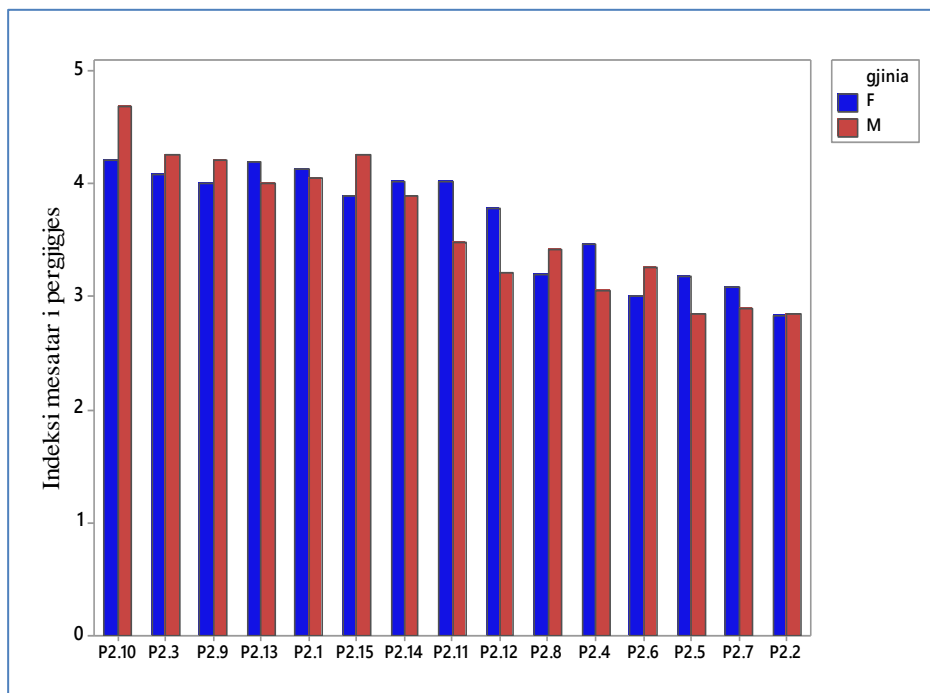


Graf. 4.30.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për idetë që marrin studentët praktikave klinike të klasifikuara sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve

Për të parë mënyren e përpunimit dhe të dhënave në graf. 4.30 është dhënë indeksi mesatar i përgjigjeve idetë që marrin studentët praktikave klinike të klasifikuara sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve, janë gjithsej 5- kategori nga nuk pajtohem aspak deri tek pajtohem plotësisht. Siç shihet për studentët që banojnë në zonat rurale në rastin e femrave, pjesa më e madhe e tyre nuk pajtohen ose pajtohen deri diku dhe pajtohen, pra 75% e femrave janë në këtë zonë nga nuk pajtohem deri tek pajtohem, ndërsa për meshjut rreth 85% e tyre, pajtohen ose nuk pajtohen, pjesa më e madhe e meshkujve pajtohen me faktin që idetë që marrin studentet gjatë mesimit klinik janë të vlefshme.

Për studentët që jetojnë në vendbanimet urbane shohim që pjesa kryesore e përgjigjeve në rastin e femrave ka të bëjë rreth 55% ka të bëjë me faktin që bajtohem deri diku ose pajtohem.

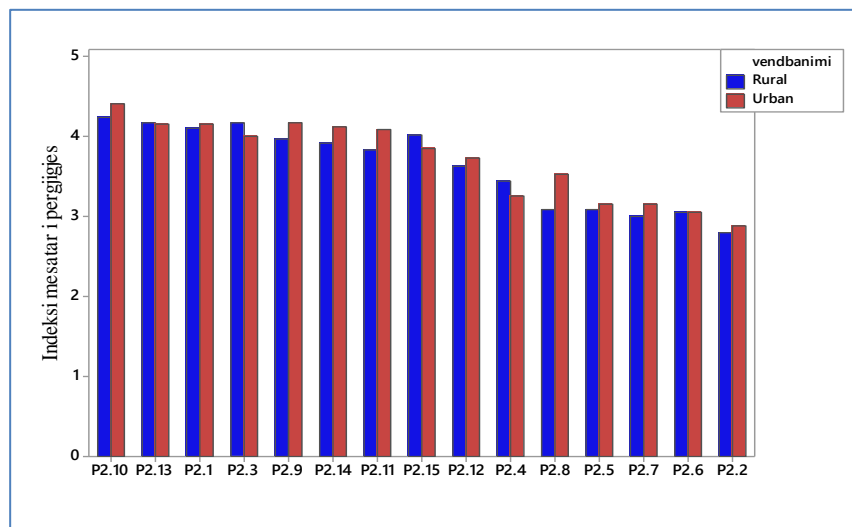
Për studentët meshkuj që jetojnë në zonat urbane rreth 85% pajtohen deri diku dhe pajtohen me faktin që idetë që mentorët klinik i japin, janë të qarta.



Graf. 4.31. Indeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas gjinisë

Për të parë indeksin e vlerësimit të praktikës klinike nga studentët është llogaritur indeksi mesatar i përgjigjes, sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitit që studentët ndjekin. Këto jepen në graf. 4. 30, 4.31 dhe 4.32.

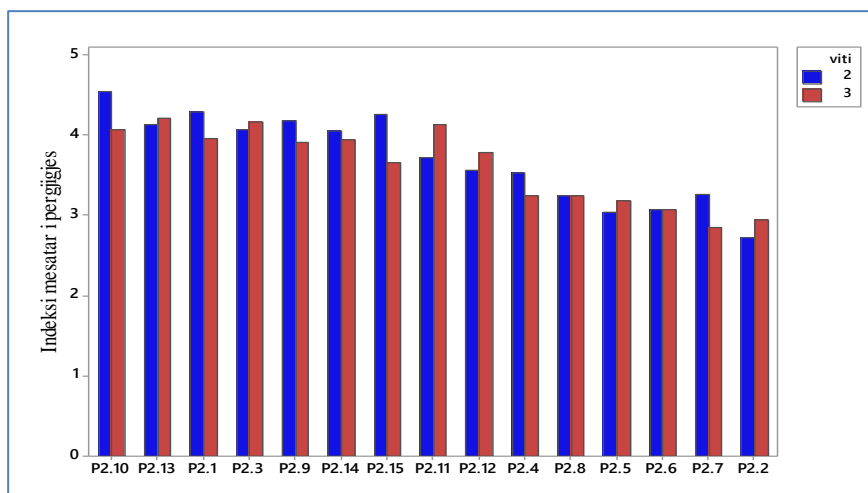
Në graf. 4.31 paraqitet i, ndeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas gjinisë, vihet re që nuk ka ndonjë rregull, në disa raste përgjigjet janë me indeks më të lartë nga meshkujt dhe në disa raste janë nga femrat, por indeksi i pyetjeve të cilat kanë renditjen nga indeksi më i madh tek më i vogli është e tillë. Pyetja 10 e cila thotë: Mentorët klinik tregojnë një nivel të lartë të njohurive dhe ekspertizës klinike ka marrë vlersimin maksimal nga të gjithë studentët si nga ato të gjinisë femërore dhe të gjinisë mashkullore, kjo tregon që departamenti i infermierisë i Universitetit Shkodër me mentorët klinik të zgjedhur për të relizuar mësimin klinik. Pyetja që ka marrë vlerësimin më të ulët është pyetja e dytë e këtij seksioni ecila thotë: mentorët klinike të sigurojnë reagime në kohë të për shtatshme dhe jo të më tërheqin vëmendje para të tjerëve (shokët e klasës, stafi, pacientë dhe anëtarët e familjes), siç shihet sjellja e mentorëve klinik nuk është trajtuar me një nivel të lartë nga studentët, pra tregon që studentët kanë dëshirë që mentorët klinik të jenë më të kujdesëshëm në komunikimin më to.



Graf. 4.32. Indeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas vendbanimit

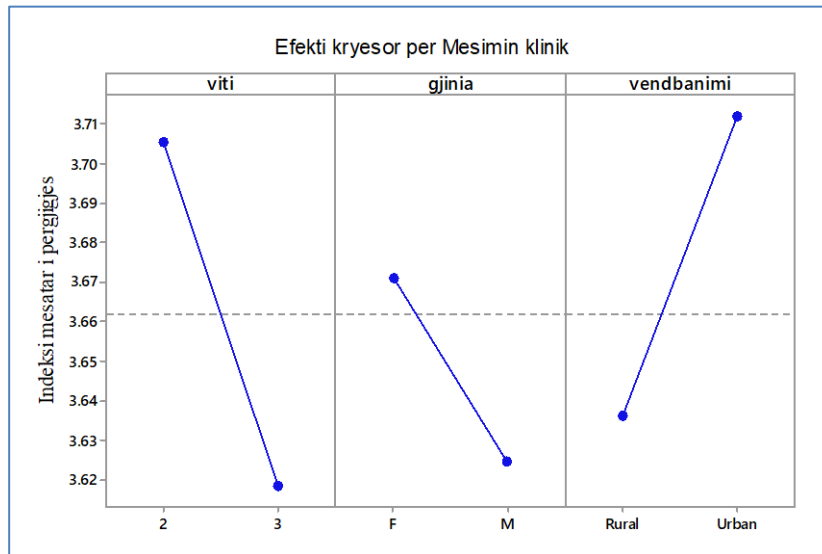
Në graf. 4.32 paraqitet indeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas vendbanimit

Është pothuajse e njëta gjë, pyetja e dytë e renditur si më e larta në rastin e vendbanimeve rurale dhe urbane është pyetja 13 , ndërsa në rastin e studentëve të ndarë sipas gjinisë ishte pyetja e tretë, pra renditja është e ndryshme kur studentët klasifikohen sipas gjinise dhe sipas vendbanimit.



Graf. 4.33. Indeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas vitit akademik që ndjek studenti

Në graf. 4.33 paraqitet indeksi mesatar i pergjigjes për mësimin klinik sipas vitit akademik që ndjek studenti. pyetja që ka marrë indeksin më të lartë është pyetja 10, ndërsa pyetja që ka marrë indeksin më të vogël është pyetja e 2-të.



Graf. 4.34. Efekti kryesor për mësimin klinik sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitin e shkollimit të studentit.

Në graf. 4.34 paraqitet efekti kryesor për mësimin klinik per gjininë, vendbanimin dhe vitin e shkollimit te studentit. Siç shihet indeksi mesatarë i përgjigjes është më i lartë për studentët e vitit të dytë në krahasim me studentët e vitit të tretë, pra serioziteti me të cilin studentët ndjekin praktikën klinike është më i lartë tek viti i dytë në krahasim me vitin e tretë. po kështu e ndarë sipas gjinisë ky indeks është më i lartë për studentët femra sesa për studentët meshkuj dhe e ndarë sipas vendbanimit, studentët që banojnë në zonat urbane i japin më rendësi praktikës klinike në krahasim me studentët që banojnë në zonat rurale.

4.4. Rezultatet lidhur me Hartimin e programit

Në tabelen 4.10 jepen rrezultatet e studentëve të marrë në studim për seksionin e tretë të pyetsorit që është në lidhje me hartimin e programit.

Tabela 4.10 është ndërtuar duke vendosur në çdo opsion të përgjigjes, pajtohem plotësisht, pajtohem, pajtohem deri diku, nuk pajtohem dhe nuk pajtohem aspak numrin e studentëve që kanë dhënë përgjigje të tilla për çdo pyetje. Ky seksion përbëhet nga 12- pyetje.

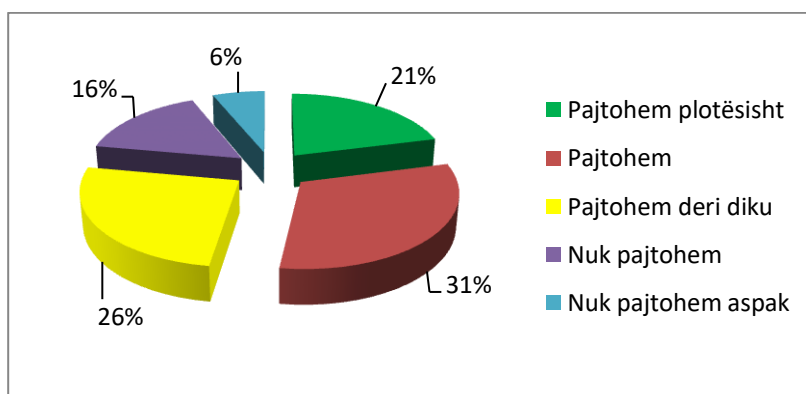
Pyetjet kanë për qëllim të përcaktijnë hartimin e programit nga ana e studentëve, pra studentët janë të kënaqur me këtë dizanjë, apo mund ta përmirësojnë dizanjin e programit për kursin e infermierisë në ciklin e parë të studimit. Nga përgjigjet e dhëna shohim që pjesa kryesore e studentëve tek pajtohem ose pajtohem deri diku. Një pjesë e tyre kanë paraqitur edhe ndryshimet, veçanërisht në disa pyetje që studentët nuk pajtohen fare, kështu psh: Programi është hartuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve, rreth 50% e studentëve nuk pajtohet aspak ose nuk pajtohet, pra nuk janë dakord që ky program është dizenuar për të lehtësuar punën në grup të studentëve, po kështu për pyetjen: cilësia e mësimit të marr në klasat e mia është e mirë dhe e dobishme, rreth 46% e ketyre studentëve nuk janë dakord me këtë mendim, pra ato

mendojnë që cilësia e mësimin në klasa nuk është e dobishme për mësimin e tyre klinik.

Pyetje të tilla si: frekuentimi në klasë më ndihmon të kuptoj më mirë materialin, unë jam në gjendje të përcaktoj rritjen intelektuale në program, kanë marrë rreth 80% të përgjigjeve pajtohem ose pajtohem plotësisht.

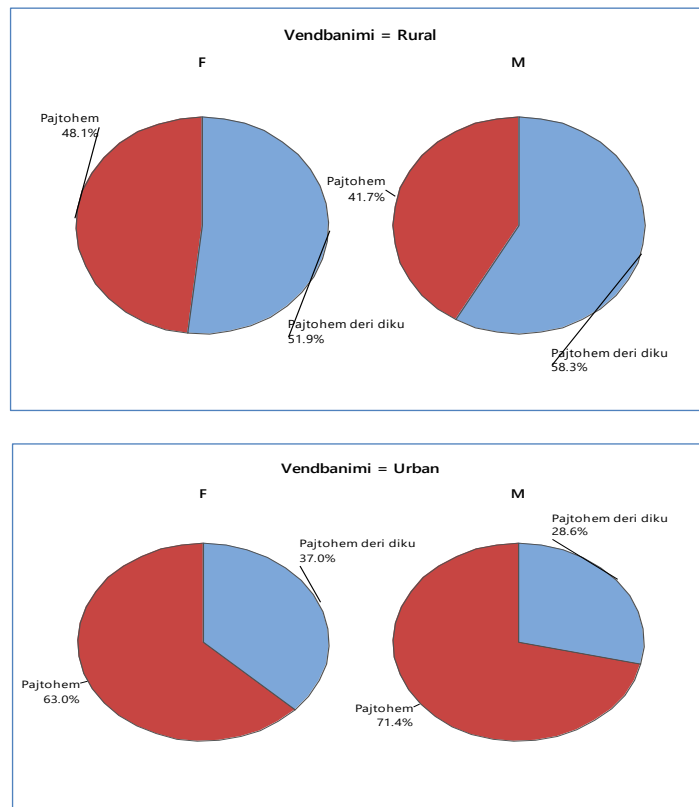
Tabela 4.10. Rezultatet e pyetësorit për hartimin e programit

Nr.	Pyetjet	Vlerësimi				
		Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
1	Ky program ofron një shumëllojshmëri lëndesh	39	33	16	12	
2	Programi i rrit aftësitë e mia analitike	16	32	30	20	2
3	Shumica e lëndëve në këtë program janë të dobishme dhe kontribuojnë në zhvillimin tim profesional	22	37	33	8	
4	Cilësia e mësimin të marr në klasat e mia është e mirë dhe e dobishme	3	26	25	25	21
5	Unë zakonisht kam një ide të qartë se çfarë pritet prej meje në këtë program	30	43	22	4	1
6	Programi është hartuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve	3	20	29	27	21
7	Programi rrit zgjidhjen e problemeve apo aftësitë e të menduarit kritik	8	21	26	30	15
8	Ka një angazhim për përsosmëri akademike në këtë program	26	30	28	13	3
9	Si rezultat i lëndëve në program, unë ndjehem i si gurt në lidhje me trajtimin e problemeve klinike të infermierisë	8	29	26	27	10
10	Frekuentimi në klasë më ndihmon të kuptoj më mirë materialin	35	34	22	7	2
11	Unë jam në gjendje të përcaktoj rritjen intelektuale në program	35	37	21	7	
12	Në përgjithësi, kërkesat e programit janë të arsyeshme dhe të arritshme	28	32	29	11	



Graf. 4.35. Përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për hartimin e programit.

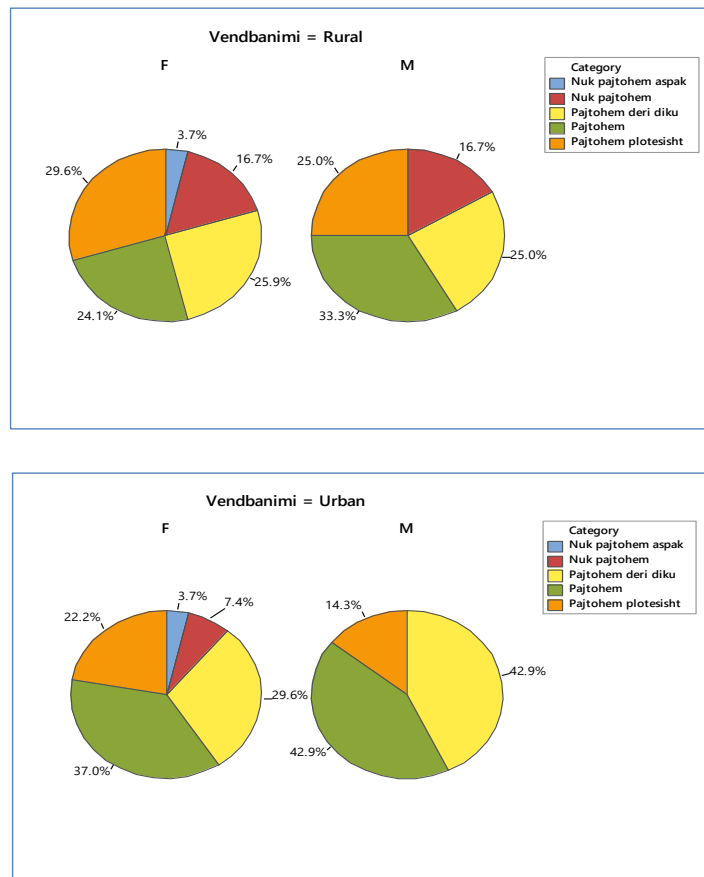
Në grafikun 4.35 paraqitet përqindja e studentëve në përgjigjet e dhëna për hartimin e programit. Siç shihet 21% e studentëve pajtohen plotësisht me dizajnin e programit, 31% pajtohen, pra rreth 52% e studentëve janë dakord me këtë program, pjesa tjetër pajtohen deri diku, nuk pajtohe ose 6% e tyre janë shprehur që nuk pajtohen aspak me këtë program.



Graf. 4.36.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për hartimin dhe dorëzimin e programit sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve

Në figuren 4.36 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjeve për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve. Duke bërë indeksin mesatarë për vendbanimin rural të ndarë në femra dhe meshkuj, 51.9% e femrave pajtohen deri diku, ndërsa 48.1% e femrave pajtohen.

Për meshkujt 58.3% pajtohen deri diku dhe 41.7% e meshkujve pajtohen plotësisht. Duke u nisur nga vendbanimi urban 37% e femrave pajtohen deri diku dhe 63% pajtohen, ndërsa për meshkujt pajtohen deri diku 28.6% dhe pajtohen 71.4%. Siç shihet studentët që banojnë në vendbanimin urban si femrat dhe meshkuj pajtohen më shumë me dizajnin e programit sesa studentët që janë me vendbanim rural.



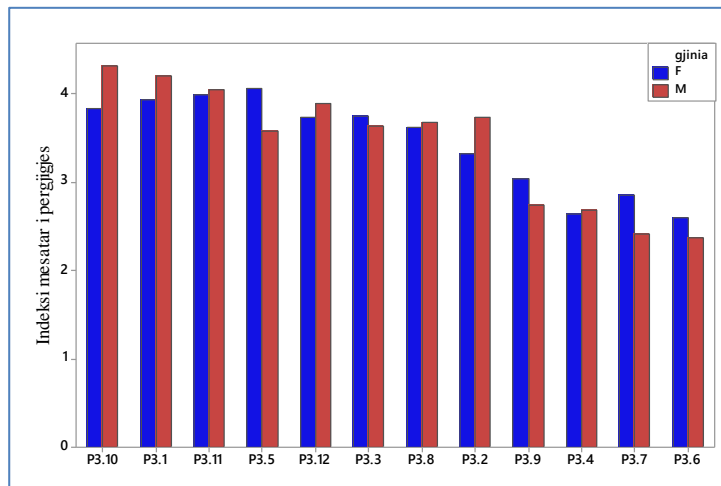
Graf. 4.37.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve lidhur me angazhim akademik sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve.

Në figuren 4.37 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjeve për pyetjen: ka një angazhim për përsosmëri akademike në këtë program të klasifikuar sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve. Siç shihet tek vendbanimi rural 3.7% nuk pajtohen aspak, 16.7% nuk pajtohen, 25.9% pajtohem deri diku, 24.1% pajtohem dhe 29.6% pajtohem plotësisht.

Pëe meshkujt, asnjë nga ato nuk pajtohet aspak, 16.7 % e tyre nuk pajtohet, 25% pajtohet deri diku dhe pjesa tjetër pajtohen dhe pajtohen plotësisht 25%.

Studentët e vendbanimit urban nga gjinia femërore 3.7% nuk pajtohen aspak, 7.4% nuk pajtohen, ndërsa pjesa tjetër pajtohen deri diku dhe pajtohen plotësisht. Pjesa më e madhe e meshkujve të vendbanimit urban 42.9 % e tyre pajtohen deri diku dhe 42.9% që është pjesa tjetër pajtohen plotësisht.

Pra siç shihet femrat dhe meshkujt që banojnë në zonën urbane pajtohen më shumë me dizajnin e programit sesa femrat dhe meshkujt me vendbanim rural.



Graf. 4.38. Indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas gjinisë

Në graf.4.38 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas gjinisë. Ku grafik është plotësuar duke marrë indeksin mesatarë të çdo përgjigjeje për femra dhe për meshkuj dhe janë renditur në bazë të sensit zbritës. Siç shihet pyetja 10 e këtij seksioni e cila thotë: frekuentimi në klasë më ndihmon të kuptoj më mirë materialin është pyetja e cila ka marrë indeksin më të lartë si nga gjinia femerare dhe nga ajo mashkullore, ndërsa pyetja 6 e cila thotë : programi është hartuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve, ka marrë vlerësimin më të ulët si nga femrat ashtu dhe nga meshkujt. Pyetjet e tjera ndryshojnë indeksin, në disa raste indeksi i femrave është më i lartë, në disa raste indeksi i meshkujve është më i lartë. Pra nuk ka një rregullsi në ndryshimet i indekseve sipas gjinisë, por vlerat e indekseve janë shumë pranë njera- tjetres.

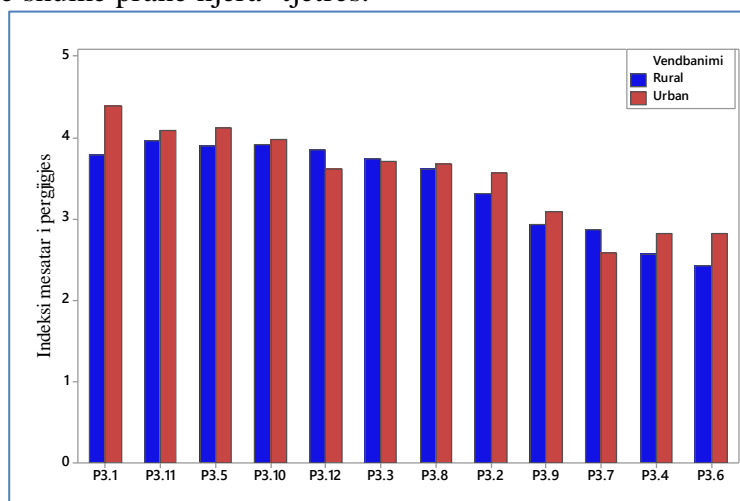
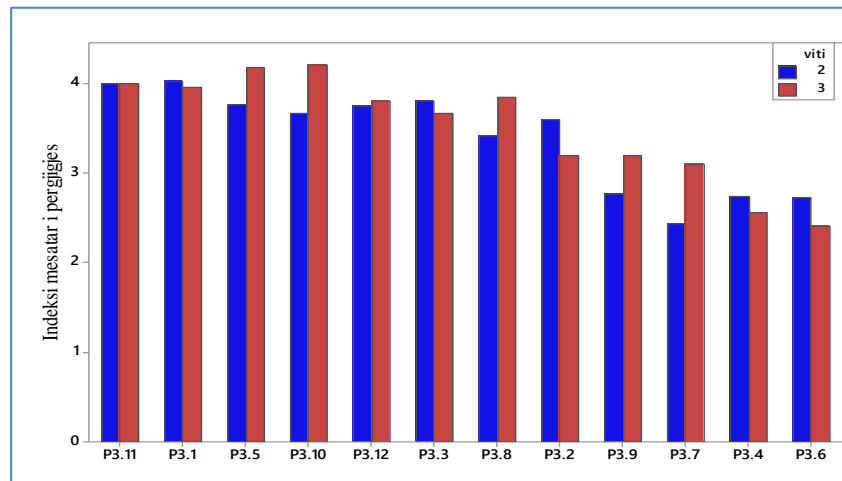


Figura 4.39. Indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vendbanimit

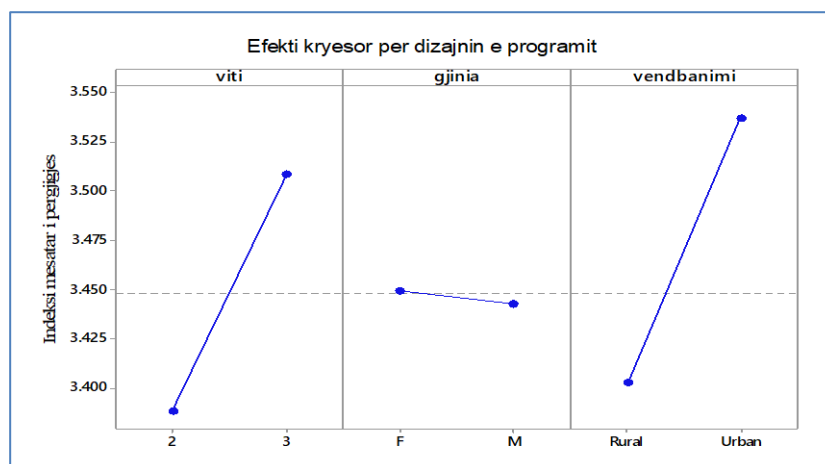
Në graf.4.39, paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vendbanimit. Siç shihet indeksi mesatarë është renditur dhe këtu në sensin zbritës, në këtë rast pyetja 3, 1 ka marrë indeksin më të lartë të vlerësimit që

thotë: ky program ofron një shumëllojshmëri lëndesh, sipas ndarjes rural- urban, studentët në të dy rastet janë të mendimit që ky program ofron një shumëllojshmëri lëndesh, ndërsa pyetja që ka indeksin më të vogël është përsëri pyetja 6 që thotë: programi është hartuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve, pra një numër shumë i vogël studentësh janë dakord me këtë pyetje.



Grafiku 4.40. Indeks mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vitit akademik që ndjek studenti

Në graf. 4.40 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për dizajnin e programit dhe dorëzimit sipas vitit akademik që ndjek studenti. Në këtë rast vleren maksimale të indeksit e ka pyetja 11 e cila thotë: unë jam në gjendje të përcaktoj rritjen intelektuale në program, ndërsa përsëri pyetja 6 e cila thotë: programi është hartuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve, është pyetja që ka vlerësimin më të vogël nga të gjithë studentët.



Grafiku 4.41. Efekti kryesor për dizajnin e programit sipas gjinisë, vendbanimit dhe vitit të shkollimit të studentit

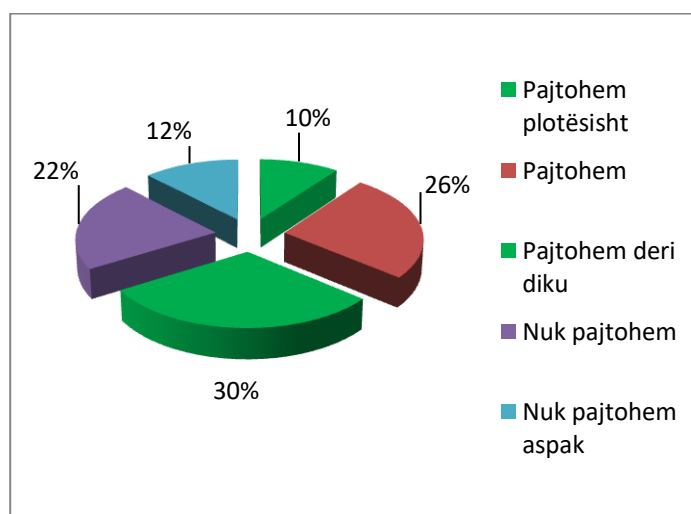
Në figuren 4.41 paraqitet efekti kryesor për dizajnin e programit dhe dorëzimit per gjininë, vendbanimin dhe vitin e shkollimit te studentit. Siç shihet nga grafiku efekti i

vitit për dizajnin e programit rritet duke kaluar nga viti i dytë në vitin e tretë. Studentët e vitit të tretë kanë një indeks më të lartë mesatarë, që tregon se studentët e vitit të tretë mendojnë që dizajni i programit është i saktë dhe i ndihmon ato në formimin e tyre akademik. Ndërsa sipas gjinisë efekti është pothuajse i njëjtë. Sipas vendbanimit, studentët që vinë nga zonat urbane mendojnë që dizajni i programit është më i plotë dhe i kompletuar sesa studentët që vinë nga zonat rurale.

Tabela 4.11. Rezultatet e pyetësorit për mbështetje dhe resurse.

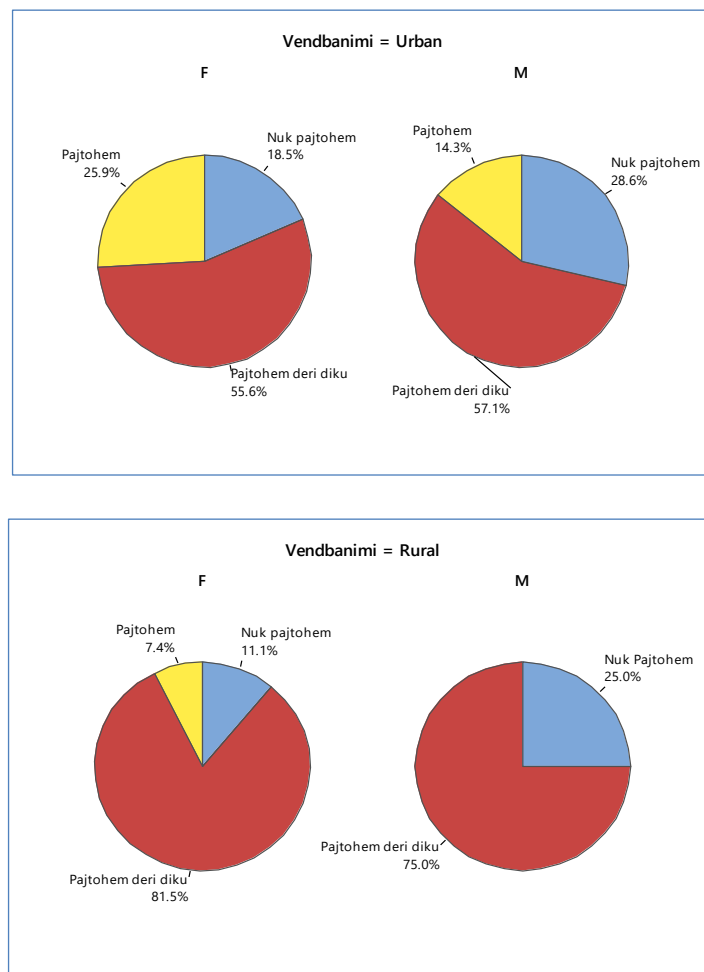
Nr.	Pyetjet	Vlerësimi				
		Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
1	Sekretarët janë të dashur dhe të dobishme		3	30	35	32
2	Sekretarët sillen në mënyrë profesionale		8	24	41	27
3	Mbështetja në laboratorët klinik edhe kompjuterike është në dispozicion.	11	32	39	16	2
4	Kompjuteri dhe laboratorët klinike janë të pajisur mirë, me personel në mënyrë adekuate, dhe janë të arritshme.	14	38	34	14	
5	Objektet (klasa, laboratorët klinike dhe kompjuterike) lehtësojnë të mësuarit.	26	48	24	2	

Pjesa e katërt e pyetësorit për studentët e degës infermieri të Universitetit Shkodër kishte të bënte me mbështetjen institucionale dhe infrastrukurore të Universitetit ndaj degës dhe risurseve që Universiteti i ofron kësaj dege.



Grafiku 4.42. Ekzistenca e mbështetjes dhe burimeve njerëzore adekuate

Kjo pjesë ishte e ndërtua nga 5- pyetje që janë të renditura në tabelen numer 9. Rrezultatet e arritura tregojnë se 10% e studentëve pajtohen plotësisht me faktin që kushtet infrastrukurore janë të përshtatshme për zhvillimin e degës, 26% e tyre pajtohen me faktin që kushtet janë të përshtatshme, 30% pajtohen me faktin deri diku, 22% nuk pajtohen dhe 12% nuk janë aspak dakord që infrastruktura dhe resurset e ndihmojnë këtë degë për të zhvilluar kursin normalisht.



Graf. 4.43.a.b. Indeksi mesatar i përgjigjeve për mbështetje dhe resurse sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve

Në Graf. 4.43.a.b paraqitet indeksi mesatar i përgjigjeve për mbështetje dhe resurse sipas gjinisë dhe vendbanimit të studentëve. Siç shihet studentët e vendbanimit urban janë ndarë në femra dhe meshkuj. Femrat 18.5% e tyre nuk pajtohen me faktin që ka mbështetje dhe resurse për zhvillimin normal të degës, 55.6% pajtohen deri diku dhe 25.9% pajtohen me faktin, pra ato e quajnë normale faktin në lidhje me infrastrukturen dhe resurset.

Meshkujt 28.6% nuk pajtohen, 57.1% pajtohen deri diku dhe 14.3% pajtohen.

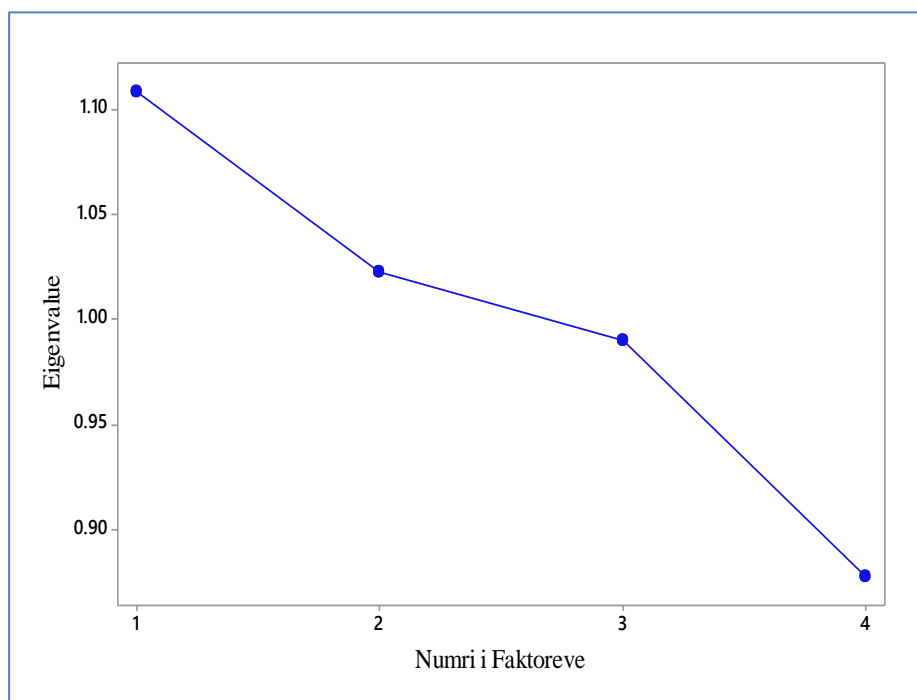
Për studentët e vendbanimeve rurale, për femrat 11.1% nuk pajtohen me faktin që mbështetja dhe resurset janë të përshtatshme për zhvillimin e programit, pajtohem deri diku 81.5% dhe pajtohem 7.4%, ndërsa meshkujt e vendbanimeve rurale, nuk pajtohem 25% dhe pajtohe deri diku 75%. Pra siç shihet sipas studentëve resurset , infrastruktura dhe mbështetja për këtë program studimi nuk është në nivel të kënaqshëm, pjesa dërmuese pajtohen deri duku, ose nuk pajtohen fare.

4.5. Analiza faktoriale

Të dhënat e marra nga plotësimi i pyetsorëve nga studentët e ndarë në katër pjesë ka shërbyer për analizen faktoriale të studimit, e cila ka për qëllim për të nxjerrë dy faktorët më të rëndësishëm që ndikojnë në mbarëvajtjen e këtij kursi. Siç shihet për të bërë analizen faktoriale janë marrë katër faktorë, që janë: mesatarja e plotësimit të pjesës së parë sipas çdo pyetjeje, të pjesës së dytë, tretë dhe të katërt. Vihet re që dy faktorët e parë realizojnë rreth 55% të variancës së gjithë studimit, pra dy faktorët e parë në studim janë më të rëndësishmit.

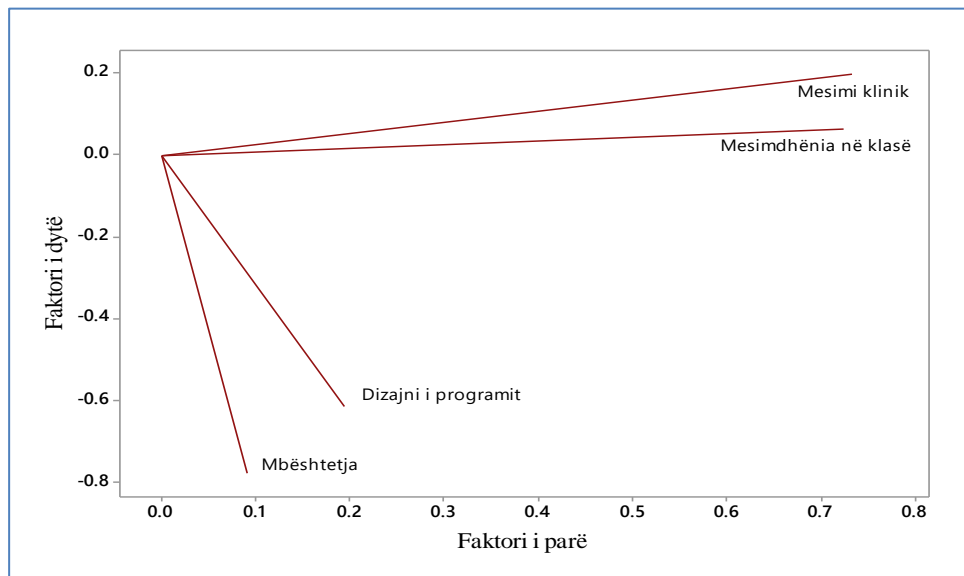
Tab. 4.12. Analiza faktoriale

Variable	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
Mes Pjes1	0.724	0.062	-0.330	-0.602
Mes Pjes2	0.733	0.197	0.202	0.618
Mes Pjes3	0.194	-0.615	0.731	-0.225
Mes Pjes4	0.091	-0.776	-0.554	0.287
Variance	1.1084	1.0231	0.9904	0.8781
% Var	0.277	0.256	0.248	0.220



Graf. 4.44. Vlera e eigenvalue per faktorët në studim.

Në graf. 4.44 paraqitet vlera e eigenvalue për faktorët në studim, shihet se faktori i parë e ka vlerën më të madhe se 1.1 dhe faktori i dytë më të madhe se 1, ndërsa faktori i tretë dhe i katërt më të vogël. Ne marrim në shqyrtim dy faktorët e parë.



Graf. 4.45. Ndikimi i faktoreve të studimit në studimin faktorial.

Graf. 4.45 paraqet ndikimi i faktoreve të studimit në studimin faktorial. Siç shihet mësimi klinik dhe mësimdhënia në klasë kanë vlera pozitive në faktorin e parë, ndërsa dizajni i programit dhe mbështetja kanë vlera negative të faktorit të dytë. Pra ne mund të themi që faktori i parë që ka të bëjë me resurset njëzore është një faktor që vlerësohet shumë nga studentët dhe ky faktor ka ndikim në mësimin klinik dhe mësimdhënjen në klasë, pra kryesisht ky faktor bazohet tek stafi mësimdhënës në klasë ose pjesën klinike, ndërsa faktori i dytë mund të përcaktohet si infrastruktura e hartimit të programit dhe infrastruktura mbështetëse e programit, siç shihet tek ky faktor ka ndikim negativ dizajni i programit dhe mbështetja, pra dizajni i programit duhet të rishikohet sipas mendimit të studentëve, po kështu mbështetja infrastrukturore dhe institucionale duhet të jetë më e madhe në këtë rast.

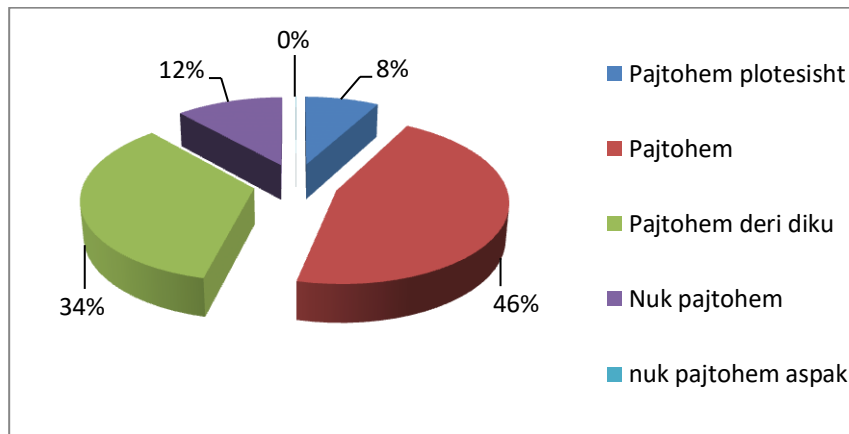
Ky ishte përfundimi i studimit tonë duke u bazuar në katër faktorët i nxirren nga pyetsorii ndërtuar për mbështetjen e programit të studimit nga studentët infermieri, viti i dytë dhe i tretë të Universitetit Luigj Gurakuqi Shkodër

4.6. Cilësia e praktikës

Në tabelen 4.13 jepen rezultatet e pyetsorit të organizuar me studentët e vitit të dytë dhe të tretë infermieri të Universitetit Luigj Gurakuqi Shkodër për cilësinë e praktikës profesionale. Vlerësimi nga studentët ishte me 5- shkallë, pajtohem plotësisht, pajtohem, pajtohem deri diku, nuk pajtohem, nuk pajtohem aspak. Në tabelë janë dhënë numrat e studentëve të cilët janë përgjigjur në njërin nga opsionet sipas çdo pyetjeje. Janë gjithsej 24- pyetje të cilat kanë për bazë të përcaktojnë cilësinë e praktikës klinike.

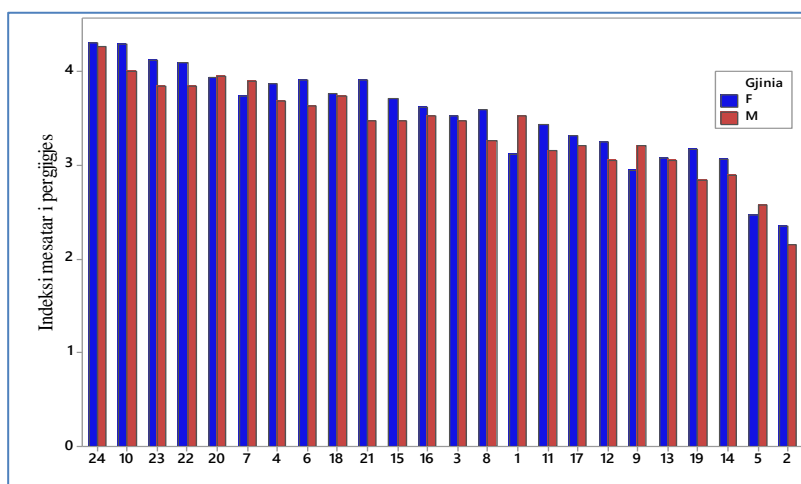
Tabela 4.13. Rezultatet e pyetësorit për cilësinë e praktikës

Nr.	Pyetjet	Vlerësimi %				
		Pajtohem plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
1	Të gjithë infermieret e grupit, deri tek studentet më të rinj, janë ndjerë pjesë e grupit infermieror.	0	21	77	2	0
2	Në përgjithësi, të gjithë infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme.	0	0	31	69	0
3	Mentori klinik përpiqej shumë për të ndihmuar studentët gjatë praktikës klinike.	0	52	48	0	0
4	Ky ishte një organizim i mirë për studentët e infermierisë për të mësuar praktikat klinike.	0	83	17	0	0
5	Ishte e lehtë për të kuptuar standardet pritëse të performances nga studentët e infermierisë	0	0	50	49	1
6	Referenti bëri një përpjekje të vërtetë për të kuptuar vështirësitë që mund të kenë pasur në punë studentët.	5	75	20	0	0
7	Në përgjithësi, ndjekja e praktikave me këtë grup motivon studentët për të bërë punën më të mirë.	8	61	31	0	0
8	Referenti pershkruan me detaje rëndësinë e studimit.	0	57	39	4	0
9	Ishte shpesh e vështirë për të zbuluar pritshmëritë e stafit të pavionit nga studentët gjatë praktikave.	1	21	54	24	0
10	Kjo eksperiencë më ka bërë mua më të vendosur për tu bërë një infermier i licënsuar	44	37	17	2	0
11	U ndjeva sikur isha në gjëndje për të dhënë një kontribut të dobishëm për grupin infermieror të pavionit.	1	52	31	16	0
12	Une zakonisht kam pasur një ide të qartë se çfarë do të bëj dhe çfarë kam pritur gjatë kësaj praktike.	0	43	35	22	0
13	Kjo praktikë më ndihmoi që të zhvilloj më tej aftësitë e mia për të zgjidhur problemet.	0	31	45	24	0
14	Stafi i repartit ka ndikuar shumë në performancën time.	0	28	47	25	0
15	Praktika më kandihmuar shumë në zhvillimin e aftësive të mia komunikuese.	0	67	32	1	0
16	Une mora reagime konstruktive lidhur me praktiken infermierore.	12	44	36	8	0
17	Kjo praktikë më ndihmoi në zhvillimin e mëtejshëm të aftësive teknike.	0	40	49	11	0
18	Në tërësi, unë kam qënë i qartë në lidhje me atë që isha duke e bërë mirë dhe atë që duhej përmirësuar.	0	76	24	0	0
19	Kjo praktikë më ndihmoi të zhvilloj mëtej aftësitë e mia reflektive.	0	27	57	16	0
20	Performanca ime u vlerësua simënyrë e hapur këshilluese.	0	94	6	0	0
21	Praktika më ndihmoi të zhvilloj të kuptuarit e koncepteve dhe principeve të praktikës infermierore.	25	35	38	2	0
22	Kjo praktikë më ndihmoi të zhvilloj aftësitë menaxhuese të kohës.	32	43	22	3	0
23	Në tërësi, kjo praktikë ishte e vlefshme për përvojat e të mësuarit.	33	42	24	1	0
24	Metodologjia Payton na ka ndihmuar shumë në praktikat infermierore.	31	68	1	0	0



Graf. 4.46. Përgjigjet e dhëna nga studentët për cilësinë e praktikës

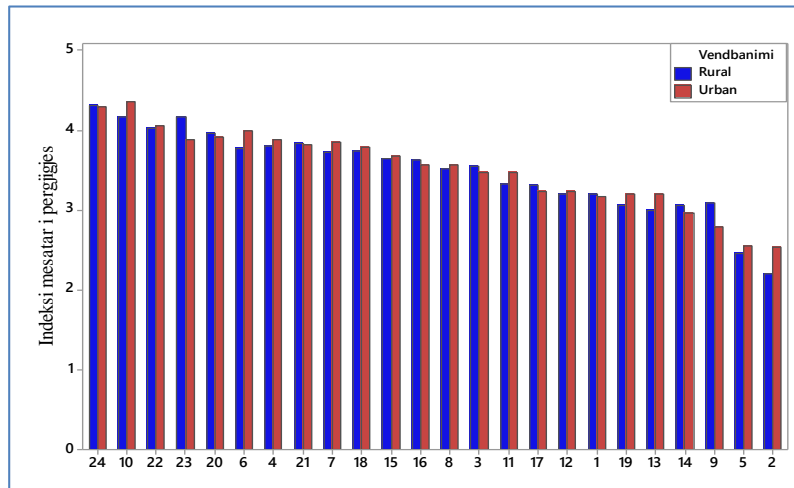
Në graf. 4.46 janë paraqitur përgjigjet e dhëna nga studentët për cilësinë e praktikës, ky grafik është ndërtuar duke marrë numrin në total të studentëve që kanë zgjedhur për secilin opsion, kështu që për opsionin pajtohem plotësisht, që do të thotë që cilësia e praktikës është shumë e mirë 8% e studentëve janë dakord. Për opsionin pajtohem 46% janë dakord. Siç shihet më shumë se gjysma e studentëve të intervistuar mendojnë se praktika është në cilësinë e duhur. 34% e studentëve kanë votuar pajtohem deri diku, që janë të mendimit që praktika nuk realizohet në cilësinë e duhur, ndërsa 12% nuk pajtohen, që mendojnë se praktika nuk realizohet në cilësinë e duhur dhe 0% e studentëve mendojnë se praktika nuk realizohet fare në cilësinë e duhur.



Grafiku 4.47. Indeksi mesatar i pergjigjes për cilësinë e praktikës sipas gjinisë

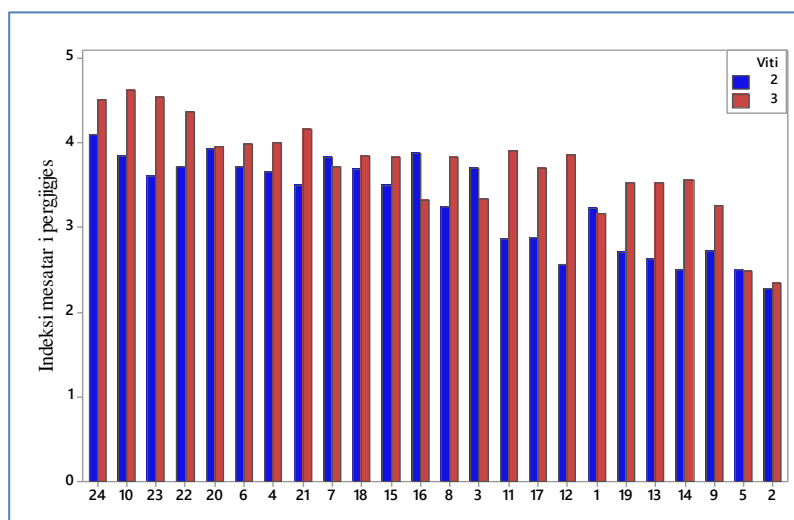
Në graf. 4.47 paraqitet indeksi mesatar i pergjigjes për cilësinë e praktikës sipas gjinisë. Kjo figurë është ndërtuar duke marrë përgjigjet e dhëna nga të gjithë studentët pjesëmarrës në studim dhe duke i mesatarizuar ato sipas gjinisë. Pyetja e cila ka marrë më shumë përgjigje pozitive, që ka indeksin më të lartë të përgjigjes është pyetja 24 e cila thotë: Metodologjia Payton na ka ndihmuar shumë në praktikat infermirore, pas kësaj vjen pyetja 10 e cila thotë: kjo eksperiencë më ka bërë mua më të vendosur për

tu bërë një infermier i licencuar. Pra kjo ka të bëjë me dëshirën dhe kurajon që të jep praktika e zhvilluar mirë për profesionin e infermierit. Dy pyetjet që janë vlerësuar më pak nga të gjitha janë pyetja 2 e cila thotë: në përgjithësi, të gjithë infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme, që do të thotë se studentët pajtohen pak ose aspak me këtë realitet, pra nuk janë infermierët që ndihmojnë studentet për të fituar eksperiencë.



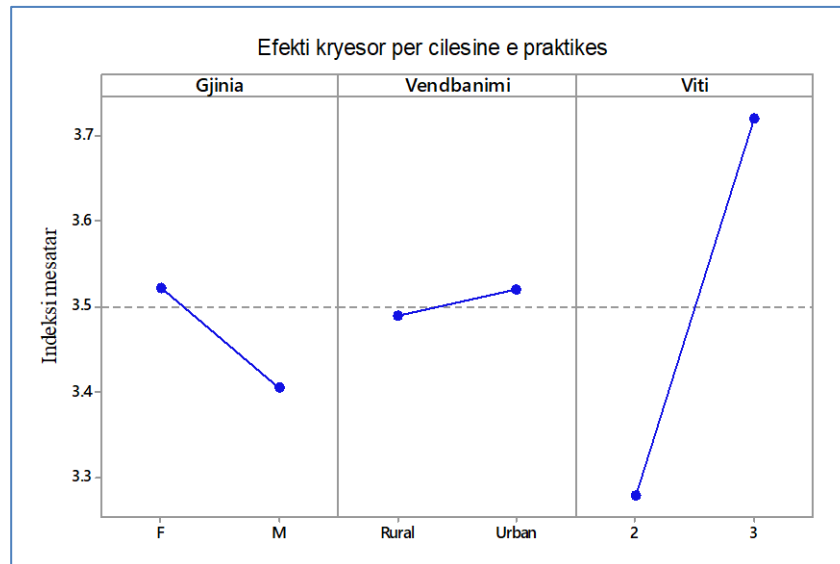
Graf.4.48. Indeksi mesatar i përgjigjeve për cilësinë e praktikës sipas vendbanimit

Në figuren 48 paraqitet Indeksi mesatar i përgjigjes për cilësinë e praktikës sipas vendbanimit. Këto dy figura kanë të njëjten pamje dy pyetjet e para që kanë marrë më shumë janë pyetjet 24 dhe 10 si dhe dy pyetjet që kanë marrë më pak janë 5 dhe 2. Pra siç shihet në ndjekjen e praktikës pavarësisht nga viti i shkollimit, gjinia dhe vendbanimi, studentët kanë pothuajse të njëjtin mendim.



Graf. 4.49. Indeksi mesatar i përgjigjeve për cilësinë e praktikës sipas vitit akademik që ndjek studenti.

Në grafikun 4.49 paraqitet indeksi mesatar i përgjigjes për cilësinë e praktikës sipas vitit akademik që ndjek studenti. Vihet re që viti i tretë ka përgjigje shumë më të larta se viti i dytë, që do të thotë se viti i tretë i jep koeficient më të lartë të gjithë komponentëve duke filluar nga pyetja e parë deri tek pyetja e fundit.



Graf. 4.50. Efekti kryesor i cilësisë së praktikës për gjininë, vendbanimin dhe vitin e shkollimit të studentit.

Në graf. 4.50 paraqitet efekti kryesor i cilësisë së praktikës për gjininë, vendbanimin dhe vitin e shkollimit të studentit. Siç shihet nga grafiku janë tre efektet. Femrat janë më të kënaqura me realizimin e praktikës klinike sesa meshkujt, sepse vetë femrat cilësojnë se praktika ka një indeks më të lartë në krahasim me meshkujt. Studentët që banojnë në zonat rurale, ose urbane kanë pothuajse të njëjtin mendim për cilësinë e praktikës klinike. Mendimi për cilësinë e praktikës ndryshon shumë në lidhje me vitin e studimit të studentëve. kanë një ndryshim të madh të indeksit mesatarë të vlerësimit për cilësinë e praktikës klinike. Tek viti tretë efekti për cilësinë e praktikës është shumë më i madh se tek viti i dytë.

5. KAPITULLI V - KONKLuzionET

Bazuar në rezultatet e marra nga testimi i pedagogëve dhe studentëve të degës infermieri të Universitetit Luigj Gurakuqi Shkodër arrijmë në konkluzionet e mëposhtme:

- Njohuritë për standardin infermior NNN ndërmjet pedagogëve që japin mësim në departamentin e infermierisë janë të tilla: pedagogët e brendshëm kishin njohuri më të larta për standardin infermior NNN, pastaj vinin mentorët dhe në fund pedagogët e jashtëm, kjo lidhet me faktin që pedagogët e brendshëm dhe mentorët janë infermierë dhe standardi infermior NNN është bazë për zbatimin e protokolleve standarde infermiore në praktikën klinike.
- Nga regresioni logjistik binar i realizuar për njohuritë rreth standardit infermior NNN vëmë re që pedagogët e brendshëm në krahasim me pedagogët e jashtëm kanë njohuri jashtëzakonisht të madhe, po kështu dhe pedagogët e brendshëm krahasuar me mentorët. Raporti 0.35 për pedagogët e jashtëm dhe të brendshëm tregon që pedagogët e brendshëm kanë një vëllim njohurishë më të madh sesa ato të jashtëm, po kështu ky raport është i madh në lidhje me mentorët, që tregon që mentorët kanë njohuri më shumë sesa pedagogët e jashtëm dhe raporti mentor- pedagog i jashtëm 1.6 e tregon këtë. Kur regresioni logjistik binar u bë në funksion të degës që është diplomuar pedagogu, u vu re që të diplomuarit në infermieri kishin njohuri më të theksuara sesa të diplomuarit në mjekësi.
- Indeksi i njohurive për standardin infermior NNN rritej shumë me vitet e përfundimit të studimeve, kjo tregon që është një metodë e re në vendin tonë, mentorët ose pedagogët të cilët i kanë përfunduar studimet pas vitit 2005 kanë një indeks më të lartë se 2 në krahasim me indeksin e pedagogëve që kanë mbaruar studimet para vitit 2005, kjo tregon që vëllimi i njohurive për standardin infermior NNN është rritur shumë vitet e fundit.
- Mënyra e të mësuarit rreth standardit infermior NNN nga shumica e stafit është shprehur nëpërmjet teksteve, metodës formale leksione dhe diskutime ballë për ballë si dhe në konferenca kombëtare, ndërsa metoda më e përdorur e të mësuarit rreth standardit infermior NNN ishte nëpërmjet revistës së urdhërit të infermierit dhe revistave të tjera. Siç shihet mungesa e këtyre revistave në tregun e pedagogëve të brendshëm, të jashtëm dhe mentorëve, bën që njohuritë e marra nga ky burim të jenë më të ulëta.
- Përdorimi i standardit infermior NNN është një nga mënyrat më efektive të punës së infermierit në praktikën klinike. Ndër kushtet themelore të mos përdorimit të standardit infermior NNN në praktikën klinike ishin burimet financiare, mungesa e teksteve dhe sistemi i dokumentacionit, ndërsa në kushtet që mund të ndihmonin, ose ishin pengesa më e vogël për përhapjen e standardit infermior NNN në praktikën infermiore ishin sistemi arsimorë i cili është mjaft fleksibël dhe e lejon përdorimin e standardit infermior NNN. Njohuritë janë të mjaftueshme po ashtu dhe koha në dispozicion është e mjaftueshme. Këto tre kushte janë kushtet më optimale që mund të ndihmonin për hapjen e standardit infermior NNN në sistemin arsimorë në vendin tonë për përgatitjen e infermierëve.
- Vlerësimi i cilësisë së praktikave, e parë kjo me syrin e mentorëve tregon se rritja e moshës së mentorëve, rrit indeksin e cilësisë së praktikës klinike të organizuar kryesisht në spitale. Efekti kryesorë i matur nëpërmjet regresionit logjistik binarë ishte

i tillë që për femrat cilësia e realizimit të praktikës klinike ishte më e lartë sesa për meshkujt mentor, ndërsa për vitet e aktivizimit cilësia e realizimit të praktikës nuk ndryshonte.

- Rezultatet e marra nga testet me studentët ishte e ndarë në disa pjesë: pjesa e parë ishte mësimdhënja në klasë. Sipas testimit pjesa më e madhe e studentëve pajtohen plotësisht me një mësimdhënje cilësore në klasë. Pjesa më e madhe e studentëve mendojnë që anëtarët e fakultetit bëjnë çfarë është e mundur për të rritur cilësinë e mësimdhënjes në klasë. Përsa i përket efektit kryesorë për cilësinë e mësimdhënjes në klasë bazuar në gjininë, meshkujt mendojnë se cilësia është më e lartë në krahasim me femrat, po kështu studentët e vendbanimit rural mendojnë që cilësia është më e lartë sesa studentët e vendbanimit urban.

- Mësimi klinik si një pjesë e rëndësishme e mësimit në degën infermieri, tregon se realizohet me një cilësi relativisht të lartë, pasi rreth 60% e studentëve të testuar pajtohen plotësisht, ose pajtohen me cilësi të lartë të realizimit të praktikave klinike. Përsa i përket vlerësimit të mësimit nga ana e studentëve të ndarë sipas gjinisë, femrat mendojnë që shkalla e vlerësimit është më e lartë sesa tek meshkujt, po kështu për studentët e vitit të dytë cilësia është më e lartë sesa për studentët e vitit të tretë. Të ndarë sipas vendbanimit rural, ose urban mendohet se studentët e zonave urbane kanë një vlerësim më të lartë për cilësinë e mësimit klinik në krahasim me studentët e zonave rurale.

- Hartimi ose dizajni i programit ishte një tjetër grup pyetjesh për studentët e degës së infermierisë, i cili kishte për qëllim të nxirrte në pah perceptimin e studentëve në lidhje me programin e degës së infermierisë. Edhe në këtë rast rreth 52% e studentëve pajtohen me faktin që dizajni i programit është në nivel të lartë. Përsa i përket vlerësimit të programit mund të themi se studentët e vitit të tretë kanë një vlerësim më të lartë sesa studentët t vitit të dytë, po kështu studentët e zonave urbane kanë një vlerësim më të lartë sesa studentët e zonave rurale. Gjinia nuk luan rol në rastin e vlerësimit të dizajnit të programit.

- Përsa i përket infrastrukturës dhe resurseve për degën infermieri, studentët janë të mendimit se nuk ka resurse të mjaftueshme. Rezultatet e arritura tregojnë se 10% e studentëve pajtohen plotësisht me faktin që kushtet infrastrukturore janë të përshtatshme për zhvillimin e degës, 26% e tyre pajtohen me faktin që kushtet janë të përshtatshme, 30% pajtohen me faktin deri diku, 22% nuk pajtohen dhe 12% nuk janë aspak dakord që infrastruktura dhe resurset e ndihmojnë këtë degë për të zhvilluar kursin normalisht.

- Analiza faktoriale e bërë me këtë pjesë të studentëve për katër pyetjet themelore ka rezultuar në përfundimin që, dy faktorët e rëndësishëm që ndikojnë në zhvillimin e degës infermieri të Universitetit Shkodër janë: burimet njerëzore, ku futen i gjithë stafi akademik dhe infrastruktura shkollore. Përsa i përket burimeve njerëzore, mesimi klinik dhe mësimdhënja në klasë janë dy nga variablat që kanë një vlerë maksimale, e cila varet nga burimet njerëzore, ndërsa në faktorin e dyte ndikon shumë dizajni i programit dhe mbështetja të cilat kanë dalë me vlera negative, që do të thotë se në të dy rastet si në dizajnin e programit dhe në mbështetje ka nevojë për ndërhyrje në mënyrë që dhe këto dy burime të luajnë një rol pozitiv në të ardhmen për zhvillimin e kësaj dege.

- Cilësia e praktikës e parë me syrin e studentëve, shpie në përfundimin se rreth 55% e tyre pajtohen me faktin që praktika klinike realizohet me cilësi të lartë, ndërsa pjesa tjetër nuk pajtohet me këtë thënjë.

- I ndarë sipas gjinisë, femrat që studiojnë për infermieri mendojnë që realizimi i praktikës klinike bëhet më me cilësi në krahasim me meshkujt.
- Të ndarë sipas viteve të studimit, studentët e vitit të tretë mendojnë që realizimi i praktikës klinike bëhet me cilësore në krahasim me studentët e vitit të dytë.
- I ndarë sipas vendbanimit urbane ose rurale, nuk ka ndonjë ndryshin në cilësinë e realizimit të praktikës klinike.

6. KAPITULLI VI – REKOMANDIME

Standardet infermirore NNN janë domosdosshmëri për shkollat infermirore për krijimin e një figure infermier, të pranueshëm nga gjithë vendet me standard të lartë.

- ❖ Departamenti Infermieri, duhet të sigurojë një fond të veçantë për mundësinë e disponimit, qoftë në formë librash apo aksesit online, të literaturave bashkohore NNN.
- ❖ Futja në kurrikulat e lëndëve klinike apo dhe paraklinike të tematikave me literaturë standarde infermirore NNN.
- ❖ Mundësia e trajnimit të mentorëve që udhëheqin praktikat profesionale klinike gjatë ciklit të detyrueshëm apo të pavarur të studentit, me metodat klinike që rekomandojnë literaturat NNN.
- ❖ Bashkëpunimi me deget Infermieri të vendit tonë dhe vendeve të rajonit dhe më gjërë, që të vendosen standarde edhe pse karta e Bolonjës rekomandon kurikula të njëjta deri në 75%.
- ❖ Ndryshimi i imazhit të praktikave profesionale karshi institucionave ku ato realizojnë praktikat klinike, sepse shpesh herë studentët hasen me probleme dhe mosmarveshje me pjesëtarët e ekipeve të këtyre institucioneve. promovimi i figurës së studentit infermier në këto institucione shëndetësore do ishte një mundësi e mirë për zgjidhjen e këtyre konflikteve.
- ❖ Përmirësimi i infrastrukturës Universitare në shërbim të studentëve.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Potter, P., & Mueller, J.R. (2007). How well do you know your patients? *Nursing Management*, 38(2), 40-411/
2. Krsmanovic, A and M. Walewski (2006): Labor market institutions in Montenegro: A barrier to employment?, Working paper series, ISPP, Podgorica.
3. Beatrice J. Kalisch, Philip A. Kalisch, (1983). *Anatomy of the Image of the Nurse: Dissonant and Ideal Models**
4. Barnum, Barbara (1998). *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-1104-3.
5. Donahue, H.P. (1985). *Nursing, the Oldest Art*. St. Louis: C.V. Mosby.
6. Kalisch, P.A., & Kalisch, B.J. (2004). *American nursing: A history*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
7. Roberts, M. (1937). Florence Nightingale as a nurse educator. *American Journal of Nursing*, vol.37.no.7.773-778. Published by: Lippincott Williams & Wilkins. DOI: 10.2307/3413361. <https://www.jstor.org/stable/3413361>
8. *Essentials of Nursing leadership and Management* fifth edition. 2010. Chap. 15. *Nursing Yesterday and Today*. pg 240-257
9. Rogers, M.E. (1988). Nursing science and art: A perspective. *Nursing Science Quarterly*, 1, 99–102
10. David M. Kennedy. (1938). *Margaret Sanger: An autobiography*. New York: W.W. Norton.
11. Haase, P. (1990). *The origins and rise of associate degree nursing education*. Durham, N.C.: Duke University Press.
12. Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Macmillan.
13. Henderson, V. (1955). ualberta.ca/~jmorris/nt/henderson.htm Retrieved on May 9, 2000, unc.edu/ehallora/henderson.htm.
14. Beletz, E. (1974). Is nursing's public image up-to-date? *Nursing Outlook*, 22, 432–435.
15. Sally A Weiss, Ruth M Tappen, Karen Grimley (2014) *Essentials of Nursing Leadership & Management*. Pg 4.
16. Mansell, D., & Dodd, D. (2005). Professionalism and Canadian nursing. In Bates, C., Bates, D., & Rousseau, N. (eds.) *On all frontiers: Four centuries of Canadian nursing* (pp. 197-211). Ottawa: University of Ottawa Press.
17. American Nurses Association. (2007). Retrieved on October 16, 2007, from <http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA.aspx>
18. CCNURCA: 544169–TEMPUS–1–2013-1-BE-TEMPUS-JPCR
19. WHO 2008. President's Emergency Plan for AIDS Relief, UNAIDS. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines on task shifting*. Geneva, World Health Organization, 2008
20. Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools. *Building Global Alliances III: The Impact of Global Nurse Migration on Health Service Delivery*. Philadelphia, CGFNS, 2007.
21. WHO. 2002. *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services, 2002–2008*. Geneva, World Health Organization, 2002.
22. aKov, 2012. *De Vlaamse kwalificatiestructuur - Ontwikkeld, Goedgekeurd, Geïmplementeerd*.

23. Leuven/Louvain-la-Neuve Communiqué – draft 2 of 20/02/2009. The Bologna Process - The European Higher Education Area in the new decade. eha.info › BFUG_Board_CZ_19_4_draft_communique_200209_594542
24. <https://studylib.net/doc/6610556/analysis-of-current-situation-in-nursing-education-in-eu-...>
25. Commission of the European communities (2007), Commission Staff Working Document, progress towards the Lisbon objectives in education and training, Indicators and benchmarks, 196p.
26. AKov, Evaluatienota, Pilotfase – Uitrol decreet betreffende de Vlaamse Kwalificatiestructuur – Procedure tot erkende beroepskwalificatie (maart 2012)
27. European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA) (2009), Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area, 40p.
28. http://www.ccnurca.eu/sites/dbtgc2.acad.kahosl.be/files/deliverables/ANALYSIS%2520OF%2520CURRENT%2520SITUATION%2520IN%2520EU%2520AND%2520WB_0.docx
29. Armstrong, L. (2009). The Bologna Process: A significant step in the modularization of higher education. *World Education News & Reviews*, 22(3). Retrieved on 7Feb 2014
30. Hazell & Weir-Hughes, 2010. Review of directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications. www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201010
31. CCNURCA: 544169–TEMPUS–1–2013-1-BE-TEMPUS-JPCR. Analysis of current situation in nursing education in EU and in the WB region.
32. European Training Foundation (2006): Labour market review of Albania
33. <http://www.ccnurca.eu/partners>
34. http://eacea.ec.europa.eu/tempus/funding/2012/call_eacea_35_2012_en.php
35. http://www.fondacijafami.org/Project_Staff.html
36. CCNURCA: 544169–TEMPUS–1–2013-1-BE-TEMPUS-JPCR: Competency based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan Universities 544169-TEMPUS-1-2013-1-BE-TEMPUS-JPCR. Pg.8,10.
37. VKM Nr. 784/1, datë 05.06.2001, Programi i ciklit të parë të studimeve në degën “Infermieri e përgjithshme” Urdhri i Ministrisë së Arsimit dhe Shkencës
38. VKM Nr 2740 prot, dt 27. 04. 2006 Krijimi i Seksionit të Infermierisë në Departamentin e Biologji-Kimisë, Ministria e Arsimit dhe e Shkencës
39. VKM Nr. 3955, datë 01.06.2007, Programi i ciklit të parë të studimeve në degën “Mami”, Ministria e Arsimit dhe Shkencës
40. VKM nr . 3954, datë . 01. 06. 2007 Programi i ciklit të parë të studimeve në degën “Fizioterapi”, Ministria e Arsimit dhe Shkencës.
41. American Nurses Association (2010). *Nursing: Scope and Standards of Practice*, 2nd Edition. Silver Spring, Maryland 2010 Pg. 31.
42. American Health Information Management Association. (2007). Statement on the confidentiality, privacy, and security of health records. February 1, 2008.
43. Rutherford, M. A. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).
44. National Association of School Nurses. (2006). Position statement: Nursing classification systems: NANDA, NIC and NOC. Retrieved 6/10, 2009, from <http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=233.41>

45. Sh. Yearous 2011. School nursing documentation: knowledge, attitude, and barriers to using standardized nursing languages and current practices.
46. American Nurses Association and National Association of School Nurses. (2005). School nursing: Scope & standards of practice. Silver Spring, MD: Nurses Books.
47. NANDA International. (2009). Nursing diagnoses: Definitions & classification 2009- 2011. West Sussex, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
48. Rogers, E. M. (2003). Diffusion of innovations (5th ed.). New York: Free Press.
49. American Nurses Association. (2004). Nursing: Scope and standards of practice. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
50. Werley, H. H., Devine, E. C., Zorn, C., Ryan, P., & Westra, B. L. (1991). The nursing minimum dataset: Abstraction tool for standardized, comparable, essential data. American Journal of Public Health, 81(4), 421-426.
51. American Nurses Association. (2004). Nursing: Scope and standards of practice. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org. pg. 21-31.
52. American Nurses Association (2010). Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition. Silver Spring, Maryland 2010. The Nursing Process, pg. 3
53. Lunney, M. (2009). Assessment, clinical judgment, and nursing diagnosis: How to determine accurate diagnoses. In T. H. Herdman (Ed.), Nursing diagnoses: Definitions and classifications 2009-2011 (pp. 3). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
54. Meleis, A. I. (1997). Theoretical nursing: Development and progress (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
55. Brokel, J., & Heath, C. (2009). The value of nursing diagnosis in electronic health records. In T. H. Herdman (Ed.), Nursing diagnosis: Definitions and classification 2009-2011. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
56. American Nurses Association (2010). Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition. Silver Spring, Maryland 2010. The Nursing Process, pg. 10.
57. Marion Johnson Sue Moorhead Gloria Bulechek Howard Butcher Meridean Maas Elizabeth Swanson (Eds.). (2011). NANDA, NOC, and NIC linkages (3rd ed.). St.Louis, MO: Mosby Elsevier.
58. (<http://nursingworld.org/np/terminologies.htm>).
59. Iowa Intervention Project. (2008). In Bulechek G. M., Butcher H. and McCloskey Dochterman J. (Eds.), Nursing interventions classification (NIC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
60. Johnson, M., Bulechek, G. M., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., et al (Eds.). (2006). NANDA, NOC, and NIC linkages (2nd ed.). St.Louis, MO: Mosby Elsevier.
61. Iowa Outcomes Project. (2008). In Moorhead S., Johnson M., Maas M. and Swanson E.(Eds.), Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis, MO: Mosby Elsevier
62. Williams, P.L. and C. Webb. 1994. Clinical supervision skills: a Delphi and critical incident technique study. Medical Teacher, 16: 139-55.
63. Lambert, V. and M. Glacken. 2005. Clinical education facilitators: a literature review. Journal of Clinical Nursing, 14: 664-673.
64. McAllister, L., M. Lincoln, S. McLeod and D. Maloney. 1997. Facilitating Learning in Clinical Settings. Cheltenham: Stanley Thornes.
65. Benner, P. 1984. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Practice. Menlo Park, CA.: Addison-Wesley.

66. J.C. 1994. Nursing Education in Australian Universities. Report of the National review of Nursing Education in the Higher Education Sector - 1994 and Beyond, Canberra: AGPS.
67. Barnard, A. G. and S.V. Dunn. 1994. Issues in the organisation and structure of clinical education undergraduate nursing programs. *Journal of Nursing Education*, 33 (9): 420-422.
68. Bjork I.T. 1999. Practical skill development in new nurses. *Nursing Inquiry*, 6(1): 34-47.
69. White, R. and C. Ewan. 1991. *Clinical Teaching in Nursing*. Cheltenham: Stanley Thornes.
70. Reider, J. and O. Riley-Giomariso. 1993. Baccalaureate nursing students' perspectives of their clinical nursing leadership experience. *Journal of Nursing Education*, 32(3): 127-128.
71. Farmer, S. and J. Farmer. 1989. *Supervision in communication disorders*. Columbus: Merrill Publishing.
72. Maloney, D. and C. Sheard. 1992. An interpersonal skills approach to the learning triad: Client, student and educator. In McAllister, L., M. Lincoln, S. McLeod and D. Maloney. 1997. eds. *Facilitating Learning in Clinical Settings*. Cheltenham: Stanley Thornes
73. Ip, W.Y. and D. Chan. 2005. Hong Kong nursing students' perception of the clinical environment: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6):665-72.
74. Olsen, R.K., Gresley, R.S. and B.S. Heater. 1984. The effects of an undergraduate clinical internship on the self concept and role mastery of Baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 23(3): 105-8. 72
75. Atack, L., Comacu, M., Kenny, R., Labelle, N. and D. Miller. 2000. Staff and student relationships in a clinical practice model: Impact on learning. *Journal of Nursing Education*, 39(9): 387-396.
76. Dunn, S. and B. Hansford. 1997. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6): 1299-306.
77. S. P., Hamer Cox, A., Callister, L. C., Johnsen, V. and G. Matsumura. 2005. Nursing education and service collaboration: Making a difference in the Clinical Learning Environment. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(6): 271-277.
78. Dean, J. and N. Kenworthy. 2000. The principles of learning. In Nicklin P.J. and N. Kenworthy. eds. *Teaching and Assessing in Nursing Practice: An Experiential Approach*. Edinburgh: Bailliere Tindall.
79. Chan, D. 2004. Nursing students' perceptions of hospital learning environments: an Australian perspective. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 1(1):
80. Jackson, D. and J. Mannix. 2001. Clinical nurses as teachers: Insights from students of nursing in their first semester of study. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2): 270-278
81. Neville, S. and S. French. 1991. Clinical education: students' and tutors' views. *Physiotherapy*, 77(5): 351-4.
82. Wilson-Barnett, J. Butterworth, T., White, E., Twinn, S., Davies, S. and L. Riley. 1995. Clinical support and the project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advanced Nursing*, 21: 1152-1158.

83. Grindell, G. G., Bateman, A. L., Patsdaughter, C. A., Babington, L. M., and G. Medici. 2001. Student contributions to clinical agencies. *Nursing and Health Care Perspectives*, 22: 197-202.
84. Grealish, L. and G. Carroll. 1998. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15(2): 3-4.
85. McKenna, L. and S. Wellard. 2004. Discursive influences on clinical teaching in Australian undergraduate nursing programs. *Nurse Education Today*, 24: 229-235
86. Nordgren, J., Richarson, S.J. and V.B. Laurella. 1998. A collaborative preceptor model for clinical teaching of beginning nursing students. *Nurse Educator*, 23(3): 27-32
87. Melander, S. and C. Roberts. 1994. Clinical teaching associate model: creating effective BSN student/faculty/staff nurse triads. *Journal of Nursing Education*, 33(9): 422-425.
88. Karuhije, H. 1986. Educational preparation for clinical teaching. *Journal of Nursing Education*, 25: 137-144.
89. Duke, M. 1996. Clinical evaluation – difficulties experienced by sessional clinical teachers of nursing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 408-414.
90. Richardson, E., Humphries, B., Fuggle, K., Barber, M. and P. Shepherd. 2001. Student placements in the nursing home setting, *Nursing Standard*, 16: 39-44.
91. Brennan, A.M. and R. Huth. 2001. The challenges and conflicts of facilitating learning in practice: the experiences of two clinical educators. *Nurse Education in Practice*, 1: 181-188.
92. Andrews, M. and F. Chilton. 2000. Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today*, 20(7): 555-562.
93. Nash, R. Collaboration in clinical education: Development, implementation and evaluation of an innovative model of clinical education for undergraduate nursing students' 2007. Pg. 201-202.
94. Cook, L.J. 2005. Inviting teaching behaviours of clinical faculty and nursing students' anxiety. *Journal of Nursing Education*, 44(4): 156-162.
95. Burazer, G, Roshi, E. 2013. "Epidemiologjia" pg. 124-128.
96. <https://www.wikihow.com/Use-Minitab>
97. DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. *School Nursing Documentation (SND) Survey Critique* questionnaire.
98. Dennison, S. & El-Masri, MM. (2012). Development and psychometric assessment of the undergraduate nursing Student academic satisfaction scale (UNSASS). *The Journal of Nursing Measurement*. 20(2), 75-89
99. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45: 1233-47.
100. A Joshi, S Kale, S Chandel and D. K. Pal. *British Journal of Applied Science & Technology Likert*. 7(4): 396-403, 2015, Article no. BJASt.2015.157 ISSN: 2231-0843
101. Petrela E. 2009. "Statistika mjekësore". Universiteti Tiranës, Fakulteti i mjekësisë. Tirane 2009. Pg. 161-181.

8. SHTOJCA

8.1. Lista e akronimeve - Shkurtime dhe Inciale

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcome Classification

ANA – American Nurses Association

KEK – Korniza Europiane e Kualifikimeve

ENQA – Shoqata Europiane për Sigurimin e Cilësisë në Arsimin e Lartë

KE – Këshilli i Europës

KEEA – Procesi i Bolonjës

CCNURCA – Competency based Curriculum Reform in Nursing and Caring in Western Balkan

USH – Universiteti i Shkodres

8.2. Pyetësorët

Pyetësori nr. 1. "School nursing documentations: knowledge, attitude and barriers to using standardized nursing languages and current practices". Mendimin e stafit akademik të degës infermieri, për njohuritë rreth gjuhëve të standardizuara infermirore.

Shkalla e nivelit të njohurive të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermirore NNN.

	Njohuritë rreth NANDA, NIC, NOC	lektorët me kohë të plotë	mentorët	lektorët kohë e peshme
1	Aspak (%)			
2	Minimum i njohurisë (%)			
3	Njohuri të kënaqshme (%)			
4	Njohuri maksimale (%)			

Shkalla e nivelit të mënyrës së marrjes së njohurive të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermirore NNN.

	Mënyrat e të mësuarit rreth NANDA, NIC ose NOC	po	jo
17	Formale (ballë për ballë) Leksione përmes shkollës (%)		
18	Leksione online (%)		
19	Konferenca arsimore apo edukimit të vazhdueshëm (%)		
20	Konferenca kombëtare (%)		
21	Tekstet infermirore (%)		
22	Revista e urdherit infermior		
23	Revista të tjera infermirore		
24	Përmes një pune infermirore të tanishme, ose të shkuar (%)		
25	Metoda të tjera (%)		

Shkallën e nivelit të barrierave të stafit akademik rreth njohurive të standardeve infermirore NNN.

	Pengesat në përdorimin e gjuhëve të standardizuara	Nuk është barrierë	Barrierë e vogël	Barrierë mesatare	Barrierë e madhe	Asnjë opinion
1	Mungesa e njohurive në lidhje me gjuhë të standardizuar infermirore (%)					
2	Koha për të mësuar një sistem të ri të dokumentacionit (%)					
3	Sistemi aktual i dokumentacionit nuk përmban gjuhë standardizuara infermirore -Nanda NIC dhe NOC (%)					
4	Burimet financiare për të paguar për pajisjet e nevojshme, të tilla si një kompjuter, program kompjuterik dokumentacionin, ose tarifat e licencimit					
5	Mungesa e librave të referencës, të tilla si Nanda, NIC, dhe librat Noc (%)					
6	Procesi i ndryshimit dokumentacionin e praktikës së tanishme (%)					
7	Mungesa e mentorëve për të ndihmuar në lehtësimin e ndryshimit në gjuhë të standardizuar (%)					
8	Mungesa e lejes nga sistemi arsimor për të përdorur gjuhë të standardizuar infermirore (%)					

Gjinia F / M

mosha vjeç

Vitet e punes Nr.

Fig. 8.2.1.

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

Pyetësi nr. 2 Shkalla e kënaqësisë akademike e studentëve të infermierisë (UNSASS) është një pyetësor i vlefshëm dhe i besueshëm që është projektuar posaçërisht për të vlerësuar plotësimin e studentë infermierisë me programet e tyre akademike. Ky është një pyetësor me 48 pika që mund të përfundojë në 15 - 20 minuta. UNSASS vlerëson kënaqësinë e studentëve " me programin e tyre akademik në katër fusha":

		pajtoheplotësis	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
	Subshkalla I: Mësimdhënia në klasë- Pyetjet e mëposhtme kanë për qëllim për të nxjerrë informacion në lidhje me përvojën tuaj në klasë. (dmth, leksione, seminare detura kursi)					
1	Unë mund të shpreh lirisht shqetësimet e mia akademike me anëtarët e fakultetit.					
2	Anëtarët e fakultetit janë lehtësisht të arritshëm.					
3	Anëtarët e fakultetit bëjnë çdo përpjekje për të ndihmuar studentët kur u kërkohet.					
4	Anëtarët e fakultetit bëjnë përpjekje për të kuptuar vështirësitë e mia akademike.					
5	Anëtarët e fakultetit janë zakonisht në dispozicion edhe në orët e seminarëve dhe oreve të lira.					
6	Unë mund të shpreh lirisht shqetësimet e mia akademike dhe të tjera tek administrata.					
7	Fakulteti është i drejtë dhe i paanshëm në trajtimin individual të studentëve.					
8	Anëtarët e fakultetit japin vlerësime të mjaftueshme në lidhje me progresin e studentëve në një kurs.					
9	Marr reagime të detajuar nga anëtarët e fakultetit në punën time dhe detyrat me shkrim.					
11	Anëtarët e fakultetit janë një shembull i mirë dhe më motivojnë mua për të bërë më të mirën.					
12	Administrata tregon shqetësim për studentët si individë.					
13	Anëtarët e fakultetit tregojnë një nivel të lartë të njohurive në disiplinat e tyre.					
14	Anëtarët e fakultetit na vënë në dispozicion kohë për të dëgjuar / diskutuar çështjet që mund të ndikojnë në punën time akademike.					
15	Anëtarët e fakultetit krijojnë një përshtypje të mirë të përgjithshme.					
16	Në përgjithësi kemi kohë të mjaftueshme për të kuptuar gjërat që duhet të mësojmë.					

Fig. 8.2.2.

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

	Subshkale II: Mësimi klinik	Pajtohe plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
	Pyetjet e mëposhtme kanë për qëllim për të nxjerrë informacion në lidhje me përvojën tuaj klinike në program.					
17	Mentorët klinike janë të afërueshëm dhe i bëjnë studentët të ndihen të kënaqur rreth pyetjeve.					
18	Mentorët klinike të sigurojnë reagime në kohë të përshtatshme dhe jo të më tërheqin vëmendje para të tjerëve (shokët e klasës, stafi, pacientët dhe anëtarët e familjes).					
19	Mentorët klinike janë të hapura për diskutime dhe mendimeve.					
20	Mentorët klinike më japin udhëzime të mjaftueshme para se të kryejmë aftësitë teknike.					
21	Mentorët klinike i shohin gabimet e mia, si pjesë e të mësuarit tim.					
22	Mentorët klinike më japin ide të qarta për atë që pritet nga unë gjatë praktikave klinike.					
23	Mentorët klinik më lehtësojnë punën time gjatë vlerësimit të nevojave të pacientit.					
24	Mentorët klinik më caktojnë mua pacientë të cilët janë të përshtatshëm për nivelin tim të kompetencave.					
25	Mentorët klinik më japin përshtypjet verbale dhe jo- verbale në lidhje me përvojën time klinike.					
26	Mentorët klinik tregojnë një nivel të lartë të njohurive dhe ekspertizës klinike.					
27	Mentorët klinike janë në dispozicion kur është e nevojshme.					
28	Instrukturët klinike ofrojnë mundësi të mjaftueshme për praktikë të pavarur në kabinete dhe departamentet përkatëse.					
29	Instrukturët klinike më inkurajojnë mua për të lidhur teorinë me praktikën.					
30	Udhëzimet janë në përputhje mes të instruktorëve të ndryshme klinike dhe laboratorike.					
31	Anëtarë e fakultetit sillen në mënyrë profesionale.					

Fig. 8.2.3.

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

Subshkalla III: Dizajni i programit dhe dorëzimit Pyetjet e mëposhtme kanë për qëllim për të nxjerrë informacion në lidhje me perceptimin tuaj të programit dhe shpërndarjen e saj		Pajtohe plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
32	Ky program ofron një shumëllojshmëri lëndesh					
33	Programi i rrit aftësitë e mia analitike					
34	Shumica e lëndëve në këtë program janë të dobishme dhe kontribuojnë në zhvillimin tim profesional e të përgjithshëm					
35	Cilësia e mësimin të marr në klasat e mia është e mirë dhe e dobishme					
36	Unë zakonisht kam një ide të qartë se çfarë pritet prej meje në këtë program					
37	Programi është dizajnuar për të lehtësuar punën në grup mes studentëve					
38	Programi rrit zgjidhjen e problemeve apo aftësitë e të menduarit kritik					
39	Ka një angazhim për përsosmëri akademike në këtë program					
40	Si rezultat i lëndëve në program, unë ndjehem i sigurt në lidhje me trajtimin e problemeve klinike të infermierisë					
41	Frekuentimi në klasë më ndihmon të kuptoj më mirë materialin					
42	Unë jam në gjendje të përcaktoj rritjen intelektuale në program					
43	Në përgjithësi, kërkesat e programit janë të arsyeshme dhe të arritshme					

Subshkalla IV: Mbështetje & Resurse Pyetjet e mëposhtme kanë për qëllim për të nxjerrë informacion në lidhje me perceptimin tuaj të mbështetjes dhe burimeve të programit:		Pajtohe plotësisht	Pajtohem	Pajtohem deri diku	Nuk pajtohem	Nuk pajtohem aspak
44	Sekretarët janë të dashur dhe të dobishme.					
45	Sekretarët sillen në mënyrë profesionale.					
46	Mbështetja në laboratorët klinike dhe kompjuterike është në dispozicion					
47	Kompjuteri dhe laboratorët klinike janë të pajisur mirë, me personel në mënyrë adekuate, dhe janë të arritshme					
48	Objektet (klasa, laboratorët klinike dhe kompjuterike) lehtësojnë të mësuarit					

Fig. 8.2.4.

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

Cilësia e praktikës Pyetsorë për eksperiencën					
	Plotësisht dakord	Dakord	Deri diku dakord	Nuk jam dakord	Nuk jam aspak dakord
1-Të gjithë infermieret e grupit, deri tek studentet më të rinj, janë ndjerë pjesë e grupit infermieror.					
2-Në përgjithësi, të gjithë infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme.					
3. Klinika është në dispozicion të studentëve.					
4-Ishte e rëndësishme të përshkruhen nevojat e studimit tek studentët.					
5- Studentët e infermierisë janë konsideruar si anëtarë të stafit dhe jo si nxënës.					
6-Ishte një organizim i mirë për studentët e infermierisë për të mësuar rreth praktikës klinike.					
7- Ishte gjithmonë e lehtë për tu kuptuar çfarë pritej nga studentët.					
8- Ndjehem e përgatitur mjaftueshëm për të udhëhequr studentët.					
9-Unë e kam të qartë se me kë duhet të konsultohem, nëse kam nevojë rreth punës me studentët.					
10-Unë kam kënaqësi të punoj me student.					
11-Ishte një angazhim shtesë komentimi i performancës së studentit.					
12-Unë e dija se çfarë studentët kishin nevojë kur ato ishin në repart.					
13- Puna me studentët është një eksperiencë pozitive.					
14- Studentët janë atje për të për praktikë klinike dhe jo teorike					
15-Për të marrë autpate maksimale kërkohet angazhim maksimal i studentëve.					
16- Unë e kuptoj modelin e praktikës klinike që do realizohet në repartin tim.					
17- Puna me studentët kërkon shumë kohë.					
18- Në tërësi, ndjeva se kjo ishte një eksperiencë e mirë					

Gjinia F / M

mosha vjeç

Vitet e punës Nr.

Fig. 8.2.5.

Kurrikulat e infermierisë: njohuritë, qëndrimet dhe pengesat e standardizimit të dokumentacionit të literaturës dhe praktikave aktuale në ciklin bachelor.

Cilësia e praktikës Pyetsorë për eksperiencën për studentet

	Plotësisht dakord	Dakord	Deri diku dakord	Nuk jam dakord	Nuk jam aspak dakord
1. Të gjithë infermieret e grupit, deri tek studentet më të rinj, janë ndjerë pjesë e grupit infermieror.					
2. Në përgjithësi, të gjithë infermierët e pavionit ndihmuan studentët për të fituar eksperiencën më të gjerë të mundshme.					
3. Mentori klinik përpiqej shumë për të ndihmuar studentët gjatë praktikës klinike.					
4. Ky ishte një organizim i mirë për studentët e infermierisë për të mësuar praktikën klinike.					
5. Ishte e lehtë për të kuptuar standardet pritëse të performances nga studentët e infermierisë					
6. Referenti bëri një përpjekje të vërtetë për të kuptuar vështirësitë që mund të kenë pasur në punë studentët.					
7. Në përgjithësi, ndjekja e praktikave me këtë grup motivon studentët për të bërë punën më të mirë.					
8. Referenti përshkruan me detaje rëndësinë e studimit.					
9. Ishte shpesh e vështirë për të zbuluar pritshmëritë e stafit të pavionit nga studentët gjatë praktikave.					
10. Kjo eksperiencë më ka bërë mua më të vendosur për tu bërë një infermier i licencuar.					
11. U ndjeva sikur isha në gjendje për të dhënë një kontribut të dobishëm për grupin infermieror të pavionit.					
12. Une zakonisht kam pasur një ide të qartë se çfarë do të bëj dhe çfarë kam pritur gjatë kësaj praktike.					
13. Kjo praktikë më ndihmoi që të zhvilloj më tej aftësitë e mia për të zgjidhur problemet.					
14. Staf i reparti ka ndikuar shumë në performancën time.					
15. Praktika më ka ndihmuar shumë në zhvillimin e aftësive të mia komunikuese.					
16. Une mora reagime konstruktive lidhur me praktiken infermierore.					
17. Kjo praktikë më ndihmoi në zhvillimin e mëtejshëm të aftësive teknike.					
18. Në tërësi, unë kam qënë i qartë në lidhje me atë që isha duke e bërë mirë dhe atë që duhej përmirësuar.					
19. Kjo praktikë më ndihmoi të zhvilloj më tej aftësitë e mia reflektive.					
20. Performanca ime u vlerësua si mënyrë e hapur këshilluese.					
21. Praktika më ndihmoi të zhvilloj të kuptuarit e koncepteve dhe principeve të praktikës infermierore.					
22. Kjo praktikë më ndihmoi të zhvilloj aftësitë menaxhuese të kohës.					
23. Në tërësi, kjo praktikë ishte e vlefshme për përvojat e të mësuarit.					
24. Metodologjia Payton na ka ndihmuar shumë në praktikën infermierore					

Gjinia F / M mosha vjeç Viti studimit

Fig. 8.2.6.